



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
“Amazônia: patrimônio dos brasileiros”

PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024-2027



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Secretaria de Estado da Saúde
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

GOVERNADOR DO ESTADO DE RORAIMA

Antonio Denarium

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE

Adilma Rosa de Castro Lucena

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE

Edson Castro Neto

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DA SAÚDE

Eder Rodrigo Figueira Ribeiro

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO

Leandro Freitas dos Santos

OUVIDORIA GERAL DO SUS

Larissa Carla Leitão Wandemberg

AUDITORIA ESTADUAL DO SUS

Cícero Ivo Moura Bezerra Júnior

COMISSÃO PERMANENTE DE SINDICÂNCIA E PAD

Adriano Silva Coelho

COORDENADORIA SETORIAL DE LICITAÇÃO

Bruno Arnaldo Uchôa de França

COORDENADORIA DO NÚCLEO DE PROCESSOS

Jonathan Silva dos Santos Amaral

COORDENADORIA GERAL DO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

Krysna Maria Figueira Lago

COORDENADORIA GERAL DE PLANEJAMENTO

Edileuza Alves Soares

COORDENADORIA GERAL DE ASSUNTOS NORMATIVOS

Ryan Matheus Lima Melville

COORDENADORIA GERAL DE ADMINISTRAÇÃO

Diegho Gomes Cabral de Macedo

COORDENADORIA GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Valdirene Oliveira Cruz

COORDENADORIA GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Charles Gonçalves Silva

COORDENADORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Rafael Queiroz da Silva Sena

COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Léa Maria Alves de Amorim Sversut

COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Cinthia Matilde Oliveira Brasil Pereira

COORDENADORIA GERAL DE SAÚDE INDÍGENA

Lúcia Paiva Macedo

COORDENADORIA GERAL DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Jardiane Moraes Martinez

COORDENADORIA GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Johanne Santos Pontes

ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DO SUS

D'angela Analdina da Silva Kotinski

Secretaria de Estado da Saúde de Roraima – SESAU/RR

Endereço: Rua Madri, n.º 180 – **Bairro:** Aeroporto - Boa Vista - RR – **CEP.:** 69.310-043

E-mail: gabinete@sesau.rr.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Secretaria de Estado da Saúde
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

Apoio:

Ministério da Saúde - MS
Coordenação Geral de Planejamento e Gestão do SUS - CGPS/DGIP/SE/MS
Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Roraima – SEMS/RR
Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa - SEINP/SEMS/MS/RR
Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Roraima - COSEMS/RR
Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS
Conselho Estadual de Saúde de Roraima - CES/RR

Programa de Referência do Ministérios da Saúde:

Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde - (PROADI – SUS)

Projeto de Referência - Triênio I (2021-2023):

Fortalecimento da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde

Projeto de Referência - Triênio II (2024-2026)

Fortalecimento da Função Gestora da SES na Consolidação do SUS

Parceria no Projeto PROADI-SUS:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC)

Produção/Consolidação:

Diretor do Departamento de Planejamento

Nadson Sena da Silva

Diretora do Departamento de PlanejaSUS

Waleria de Nazaré Verçosa Lemos

Secretaria de Estado da Saúde de Roraima
Plano Estadual de Saúde de Roraima 2024-2027.
Boa Vista: SESA/RR, 2024.
459 p.

1. Planejamento

2. Saúde

3. Roraima

Secretaria de Estado da Saúde de Roraima – SESA/RR

Endereço: Av. Madri, n.º 180 – Bairro: Aeroporto - Boa Vista - RR – CEP.: 69.310-043

E-mail: gabinete@sesau.rr.gov.br

SUMÁRIO

MISSÃO	
VISÃO	
VALORES	
APRESENTAÇÃO	
INTRODUÇÃO	19
CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	20
ESTRUTURA DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE.....	22
FLUXOGRAMA ESTRUTURAL	23
1 - MAPA ESTRATÉGICO 2024-2027	24
2 - PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO	25
2.1 - MACRORREGÃO DE SAÚDE DE RORAIMA	25
2.2 - REGIÕES DE SAÚDE	26
2.2.1 - REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE.....	28
2.2.2 - REGIÃO DE SAÚDE SUL	29
3 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	31
3.1 - CONTEXTO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL	31
3.2 - SITUAÇÃO LOCORREGIONAL.....	31
3.3 - CLIMA	32
3.4 - VEGETAÇÃO	32
3.5 - ÁREA TERRITORIAL	32
3.6 - PERFIL DEMOGRÁFICO	33
3.6.1 - POPULAÇÃO RESIDENTE	33
3.6.2 - PIRÂMIDE ETÁRIA.....	34
3.6.3 - POPULAÇÃO URBANA E RURAL.....	36
3.6.4 - POPULAÇÕES INDÍGENAS	37
3.6.5 - MIGRAÇÃO VENEZUELANA	38
3.7 - ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE	39
3.7.1 - CAPACIDADE INSTALADA PÚBLICA.....	39
3.7.2 - CAPACIDADE INSTALADA COMPLEMENTAR PRIVADA	42
3.7.3 - SERVIÇOS, EQUIPAMENTOS E PROFISSIONAIS	43
3.7.4 - PRODUÇÃO HOSPITALAR E ABULATORIAL.....	46
3.8 - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	47
3.8.1 - REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÕES À SAÚDE	48
3.9 - CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS.....	50
3.9.1 - SANEAMENTO BÁSICO.....	51
3.9.2 - ACESSO AO ABASTECIMENTO DE ÁGUA.....	51
3.9.3 - ACESSO AO ESGOTAMENTO SANITÁRIO	54
3.9.4 - ACESSO AO SERVIÇO DE DESTINO DO LIXO	55
3.10 - EDUCAÇÃO.....	59
3.10.1 - ANALFABETISMO	59
3.10.2 - NÍVEL DE INSTRUÇÃO	61
3.10.3 - ESCOLARIZAÇÃO.....	64
3.11 - TRABALHO NÃO REMUNERADO	67
3.11.1 - CUIDADO DE PESSOAS.....	67
3.11.2 - CONSUMO PRÓPRIO.....	70
3.11.3 - AFAZERES DOMÉSTICOS	72
3.12 - TRABALHO REMUNERADO.....	74
3.12.1 - TRABALHO COMO ATIVIDADE PRINCIPAL	77

3.13 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	79
3.13.1 - NATALIDADE	79
3.13.2 - NATALIDADE GERAL	80
3.13.3 - NATALIDADE POR MUNICÍPIO.....	82
3.13.4 - NATALIDADE POR COR E RAÇA	84
3.13.5 - NATALIDADE POR FAIXA ETÁRIA MATERNA	87
3.13.6 - NATALIDADE POR CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	91
3.13.7 - MORBIDADE	95
3.13.8 - MORBIDADE GERAL POR DOENÇAS E AGRAVOS	95
3.13.9 - MORBIDADE POR PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	107
3.13.10 - MORBIDADE POR INTERNAÇÕES HOSPITALARES.....	130
3.13.11 - MORBIDADE POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS	142
3.13.12 - MORBIDADE POR GRUPO DE CAUSAS	159
3.13.13 - MORBIDADE POR FAIXA ETÁRIA	164
3.13.14 - MORBIDADE POR COR E RAÇA.....	168
3.13.15 - MORBIDADE EM INDÍGENAS.....	172
3.13.16 - MORBIDADE EM ESTRANGEIROS	181
3.13.17 - MORBIDADE EM VULNERÁVEIS.....	195
3.13.18 - MORBIDADE MEIO AMBIENTE E CLIMA	203
3.13.19 - MORTALIDADE	205
3.13.20 - MORTALIDADE GERAL POR GRUPO DE CAUSAS	206
3.13.21 - MORTALIDADE POR MUNICÍPIO	211
3.13.22 - MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA.....	216
3.13.23 - MORTALIDADE POR COR E RAÇA	221
3.13.24 - MORTALIDADE MATERNA DIRETA	226
3.13.25 - MORTALIDADE FETAL E INFANTIL	233
3.13.26 - MORTALIDADE EM INDÍGENAS	256
3.13.27 - MORTALIDADE EM ESTRANGEIROS.....	261
3.13.28 - MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS.....	266
3.13.29 - MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	271
3.13.30 - MORTALIDADE POR NEOPLASIAS (CÂNCERES)	276
3.14 - FLUXO DE ACESSO	281
3.14.1 - ACESSO RODOVIÁRIO	281
3.14.2 - ACESSO AÉREO	283
3.14.3 - ACESSO FLUVIAL.....	283
3.14.4 - FLUXO DE ACESSO HOSPITALAR.....	283
3.14.5 - FLUXO DE ACESSO AMBULATORIAL	289
3.15 - RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS.....	293
3.15.1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	293
3.15.2 - EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA (2020 – 2023)	294
3.15.3 - PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA (2024 – 2027)	297
3.15.4 - TIPOS DE REPASSES DE PACTUAÇÕES BIPARTITE.....	298
3.15.5 - SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES	299
3.15.6 - TRANSPARÊNCIA PÚBLICA NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS	310
3.16 - GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....	311
3.16.1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS	311
3.16.2 - TRABALHADORES POR VÍNCULO E ESCOLARIDADE	311
3.16.3 - PERCENTUAL - TRABALHADORES POR VÍNCULO E ESCOLARIDADE	313
3.16.4 - TOTAL DE TRABALHADORES POR VÍNCULO E ESCOLARIDADE	313
3.16.5 - PLANOS DE CARGO CARREIRAS E REMUNERAÇÕES – ÁREA FIM.....	315
3.16.6 - PLANOS DE CARGO CARREIRAS E REMUNERAÇÕES – ÁREA MEIO	316
3.16.7 - DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - DGES.....	317

3.16.8 - ESCOLA TÉCNICA DO SUS - ETSUS	317
3.17 - CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE	318
3.17.1 - TELESSAÚDE	318
3.17.2 - FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE RORAIMA	322
4 - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)	325
CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	325
EIXO TEMÁTICO I – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	327
EIXO TEMÁTICO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE	358
EIXO TEMÁTICO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR.....	382
EIXO TEMÁTICO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE.....	411
EIXO TEMÁTICO V – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	421
EIXO TEMÁTICO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	425
EIXO TEMÁTICO VII – APOIO ADMINISTRATIVO E LOGÍSTICO.....	431
EIXO TEMÁTICO VIII – REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE	433
EIXO TEMÁTICO IX – PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE.....	435
EIXO TEMÁTICO X – GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL	440
EIXO TEMÁTICO XI – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE	443
EIXO TEMÁTICO XII – TRANSPARÊNCIA NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS	445
5 - PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	447
REFERÊNCIAS	448
ANEXO	453

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Macrorregião de Saúde de Roraima	25
Figura 2 - Região de Saúde Centro Norte	28
Figura 3 - Região de Saúde Sul	29
Figura 4 - Mapa do Estado de Roraima	31
Figura 5 - Mapa Rodoviário do Estado de Roraima	281

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide Etária da População de Roraima por Sexo Segundo Grupo de Idades (2022)	35
Gráfico 2 - População Urbana e Rural de Residentes por Município (2022)	36
Gráfico 3 - Municípios e Quantidade de Pessoas Indígenas (2022)	37
Gráfico 4 - Número de Registro de Entrada de Venezuelanos no Estado de Roraima (2016-2023).	38
Gráfico 5 - Médicos por 1.000 Habitantes Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)	45
Gráfico 6 - Variação Percentual de Registro de Empregos Formais (2023-2024)	75
Gráfico 7 - Taxa de Natalidade por Abrangência Geográfica (2014-2023)	80
Gráfico 8 - Taxa de Natalidade por Município (2023)	83
Gráfico 9 - Número Absoluto de Nascidos Vivos por Cor e Raça (2014-2023)	85
Gráfico 10 - Percentual de Nascidos Vivos por Cor e Raça (2014-2023)	86
Gráfico 11 - Taxa Procedimentos Ambulatoriais por 100 Mil Hab. (2015-2024)	110
Gráfico 12 - Taxa de Internação Hospitalar por Abrangência Geográfica (2015-2024)	133
Gráfico 13 - Taxa de Internação Hospitalar Registrada no Interior Por 1.000 Hab (2015-2024)	139
Gráfico 14 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)	144
Gráfico 15 - Número Absoluto de ICSAP por Unidade Hospitalar (2015-2024)	153
Gráfico 16 - Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)	157
Gráfico 17 - Número Absoluto de Internações por Faixa Etária (2015-2024)	166
Gráfico 18 - Número Absoluto de Internações por Cor e Raça (2015-2024)	170
Gráfico 19 - Número Absoluto de Internações de Indígenas (2015-2024)	175
Gráfico 20 - Número Absoluto de Indígenas por Ano Segundo Condição Gestacional (2015-2024) ..	178
Gráfico 21 - Número Absoluto de Internações de Estrangeiros por Nacionalidade (2015-2024)	184
Gráfico 22 - Número Absoluto de Internações de Estrangeiros por Grupo de Causas (2015-2024) ..	188
Gráfico 23 - Número Absoluto de Venezuelanas Segundo Condição Gestacional (2015-2024)	192
Gráfico 24 - Número das Causas de Doenças em Residentes na Extrema Pobreza (2015-2024)	200
Gráfico 25 - Número Absoluto de Mortalidades Segundo Grupo de Causas (2015-2024)	208
Gráfico 26 - Número Absoluto de Mortalidades Segundo Município de Residência (2015-2024)	213
Gráfico 27 - Número Absoluto de Mortalidades por Faixa Etária (2015-2024)	218
Gráfico 28 - Número Absoluto de Mortalidades por Cor e Raça (2015-2024)	223
Gráfico 29 - Número Absoluto de Óbitos Maternos Diretos (2015-2024)	229
Gráfico 30 - Razão de Mortalidade Materna (2015-2024)	230
Gráfico 31 - Número Absoluto de Óbitos Fetais (2015-2024)	235
Gráfico 32 - Taxa de Mortalidade Fetal (2015-2024)	236
Gráfico 33 - Número Absoluto de Óbitos Neonatais Precoces (2015-2024)	239
Gráfico 34 - Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (2015-2024)	240
Gráfico 35 - Número Absoluto de Óbitos Neonatais Tardios (2015-2024)	243
Gráfico 36 - Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (2015-2024)	244
Gráfico 37 - Número Absoluto de Óbitos Pós Neonatais (2015-2024)	247
Gráfico 38 - Taxa de Mortalidade Pós Neonatal (2015-2024)	248
Gráfico 39 - Número Absoluto de Óbitos Infantis (2015-2024)	251
Gráfico 40 - Taxa de Mortalidade Infantil (2015-2024)	252
Gráfico 41 - Número Absoluto de Óbitos Indígenas (2015-2024)	258
Gráfico 42 - Número Absoluto de Óbitos Por País de Residência (2015-2024)	263
Gráfico 43 - Número Absoluto de Óbitos Segundo Causas Externas (2015-2024)	268
Gráfico 44 - Número Absoluto de Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório (2015-2024)	273
Gráfico 45 - Número Absoluto de Óbitos por Neoplasias - Cânceres (2015-2024)	278
Gráfico 46 - Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira - 2020	294
Gráfico 47 - Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira - 2021	295
Gráfico 48 - Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira - 2022	295

Gráfico 49 - Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira - 2023	295
Gráfico 50 - Execução Orçamentária e Financeira por Ente Federado (2020 - 2023)	296
Gráfico 51 - Percentual da Execução Orçamentária e Financeira por Ente Federado (2020 - 2023) ..	296
Gráfico 52 - Execução Orçamentária e Financeira por Custeio e Investimento (2020- 2023)	297
Gráfico 53 - Previsão Orçamentária por Ente Federado (2024 – 2027).....	298
Gráfico 54 - Percentual da Receita Própria Líquida Aplicado em Ações e Serviços de Saúde (ASPS)..	300
Gráfico 55 - Despesa <i>Per Capita</i> - Recursos Próprios e Abrangência Geográfica (2016 – 2023).....	303
Gráfico 56 - Despesa <i>Per Capita</i> - Recursos da União e Abrangência Geográfica (2016 – 2023).....	305
Gráfico 57 - Despesa Geral <i>Per Capita</i> por Abrangência Geográfica (2016 – 2023).....	307
Gráfico 58 - Composição da Quantidade da Força de Trabalho por Vínculo (2024)	312
Gráfico 59 - Composição Percentual da Força de Trabalho por Vínculo (2024).....	313

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios Integrantes da Macrorregião de Saúde (2022).....	26
Tabela 2 - Representação Populacional da Macrorregião de Saúde (2022)	26
Tabela 3 - Municípios Integrantes da Região de Saúde Centro Norte (2022)	28
Tabela 4 - Municípios Integrantes da Região de Saúde Sul (2022).....	30
Tabela 5 - Municípios do Estado de Roraima, Áreas e Data de Criação (2023).....	32
Tabela 6 - População Residente e Densidade Demográfica por Município (2022)	34
Tabela 7 - População Residente do Estado de Roraima (Urbana e Rural) (2022)	36
Tabela 8 - Capacidade Instalada Pública Segundo Localização e Tipo de Atividade (2023).....	39
Tabela 9 - Capacidade Instalada Privada Segundo Localização e Tipo de Atividade (2023)	42
Tabela 10 - Equipamentos em Uso na Rede Pública de Saúde (2023).....	43
Tabela 11 - Produção Hospitalar Segundo Grupo de Procedimentos (2020-2023).....	47
Tabela 12 - Produção Ambulatorial Segundo Grupo de Procedimentos (2020-2023)	47
Tabela 13 - Acesso ao Abastecimento de Água por Abrangência Geográfica (2018-2023)	52
Tabela 14 - Acesso a Esgotamento Sanitário por Abrangência Geográfica (2018-2023).....	55
Tabela 15 - Destino do Lixo Domiciliar por Abrangência Geográfica (2018-2023).....	56
Tabela 16 - Taxa de Analfabetismo (2018-2023)	59
Tabela 17 - Nível de Instrução (2018-2023)	61
Tabela 18 - Taxa Bruta de Escolarização Por Sexo (2018-2023)	65
Tabela 19 - Percentual de Pessoas que Realizam Tarefas de Cuidados de Moradores (2017-2022)	68
Tabela 20 - Percentual de Pessoas que Realizam Trabalho para Consumo Próprio (2017-2022).....	70
Tabela 21 - Percentual de Pessoas que Realizam Afazeres Domésticos no Próprio Lar (2017-2022) ...	73
Tabela 22 - Número de Pessoas de 14 Anos ou Mais por Tipo Principal de Trabalho (2018-2023)	77
Tabela 23 - Número Percentual de Nascidos Vivos e Taxa de Natalidade por Município (2023)	82
Tabela 24 - Número com Percentual Por Faixa Etária Materna e Ano (2014-2023)	88
Tabela 25 - Número com Percentual Por Faixa Etária Materna e Município (2023)	90
Tabela 26 - Número e Percentual de Consultas de Pré-Natal por Ano (2014-2023)	92
Tabela 27 - Número com Percentual de Consultas de Pré-Natal Por Município (2023).....	94
Tabela 28 - Número Absoluto e Percentual de Agravos e Doenças Registrados (2015-2024).....	98
Tabela 29 - Demanda Ambulatorial por Município (2015-2024).....	108
Tabela 30 – Demanda Ambulatorial por Grupo de Procedimentos (2015-2024).....	113
Tabela 31 - Internações Hospitalares por Estabelecimento de Saúde (2015-2024).....	131
Tabela 32 – População Total Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)	132
Tabela 33 - Total de Internações Hospitalares Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)	132
Tabela 34 - Taxa de Internação por 100.000 Habitantes e Abrangência Geográfica (2015-2024).....	133
Tabela 35 - Internações Hospitalares por Estabelecimento e Municípios do Interior (2015-2024)....	138
Tabela 36 - Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)	143
Tabela 37 - Internações por Condições Sensíveis à APS Segundo Município (2015-2024).....	148
Tabela 38 - Internações por Condições Sensíveis à APS por Unidade Hospitalar (2015-2024).....	152
Tabela 39 - Internações Hospitalares Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024).....	156
Tabela 40 - Internações - Condições Sensíveis à APS por Abrangência Geográfica (2015-2024).....	156
Tabela 41 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)	156
Tabela 42 - Número Absoluto e Percentual de Internações Segundo Grupo de Causas (2015-2024)	160
Tabela 43 - Internações Segundo Faixa Etária e Grupo de Causas (2015-2024)	165
Tabela 44 - Internações Segundo Cor e Raça por Grupo de Causas (2015-2024)	169
Tabela 45 - Internações de Indígenas por Ano Segundo Grupo de Causas (2015-2024)	174
Tabela 46 - Internação de Indígenas Segundo a Condição Gestacional (2015-2024).....	178
Tabela 47 - Internações de Estrangeiros por Grupo de Causas (2015-2024)	183
Tabela 48 - Internação de Estrangeiros Segundo Grupo de Causas (2015-2024)	187
Tabela 49 - Internação de Venezuelanas Segundo Risco Gestacional (2015-2024)	192

Tabela 50 - Internação em Residentes na Extrema Pobreza (2015-2024)	196
Tabela 51 - Principais Causas de Doenças em Residentes na Extrema Pobreza (2015-2024).....	200
Tabela 52 - Mortalidade por Ano Segundo Grupo de Causas (2015-2024)	207
Tabela 53 - Mortalidade por Ano Segundo Município de Residência (2015-2024)	212
Tabela 54 - Mortalidade por Grupo de Causas e Faixa Etária (2015-2024)	217
Tabela 55 - Mortalidade por Grupo de Causas Segundo Cor e Raça (2015-2024)	222
Tabela 56 - Mortalidade Materna Direta por Grupo de Causas (2015-2024)	227
Tabela 57 - Mortalidade Fetal por Grupo de Causas (2015-2024)	235
Tabela 58 - Mortalidade Neonatal Precoce - Até o 6º Dia de Vida (2015-2024).....	238
Tabela 59 - Mortalidade Neonatal Tardia - 7 Até 27 dias (2015-2024).....	242
Tabela 60 - Mortalidade Pós Neonatal - 28 Dias Até 11 Meses (2015-2024).....	246
Tabela 61 - Número Absoluto e Taxa de Mortalidade Infantil - < 1 Ano (2015-2024).....	250
Tabela 62 - Mortalidade em Indígenas por Ano Segundo Grupo de Causas (2015-2024)	257
Tabela 63 - Mortalidade por Grupo de Causas e País de Residência (2015-2024)	262
Tabela 64 - Número de Mortalidade Segundo Causas Externas (2015-2024).....	267
Tabela 65 - Número de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (2015-2024).....	272
Tabela 66 - Número de Mortalidade por Neoplasias - Cânceres (2015-2024).....	277
Tabela 67 - Distâncias Percorridas pelo Usuário no Estado de Roraima - 2024.....	282
Tabela 68 - Fluxo de Internações por Município no Hospital Geral (2020 - 2023).....	283
Tabela 69 - Fluxo de Internações por Município no Hospital Materno Infantil (2020 - 2023).....	284
Tabela 70 - Número Total de Internações por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)	285
Tabela 71 - Número Total de Internações por Complexidade (2020 - 2023).....	285
Tabela 72 - Número Total de Internações por Caráter de Atendimento (2020 - 2023)	286
Tabela 73 - Valor Total das Internações por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)	286
Tabela 74 - Valor Médio das Internações por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)	287
Tabela 75 - Dias de Permanência das Internações por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023).....	287
Tabela 76 - Média de Permanência das Internações por Grupo de Procedimentos (2016 - 2019)	288
Tabela 77 - Fluxo de Atendimento por Município na Policlínica Cel. Mota (2020 - 2023).....	289
Tabela 78 - Fluxo por Município no Pronto Atendimento Cosme e Silva (2020 - 2023)	289
Tabela 79 - Fluxo por Município no Centro de Referência de Saúde da Mulher (2020 - 2023)	290
Tabela 80 - Total de atendimentos Ambulatoriais por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023).....	291
Tabela 81 - Total de atendimentos Ambulatoriais por Complexidade (2020 - 2023)	291
Tabela 82 - Valor dos atendimentos Ambulatoriais por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023).....	292
Tabela 83 - Valor dos atendimentos Ambulatoriais por Complexidade (2020 - 2023)	292
Tabela 84 - Execução Orçamentária e Financeira (2020 - 2023)	294
Tabela 85 - Participação da Execução Orçamentária e Financeira por Ente Federado (2020 - 2023).....	296
Tabela 86 - Execução Orçamentária e Financeira por Custeio e Investimento (2020 - 2023)	297
Tabela 87 - Previsão do Teto Orçamentário e Financeiro por Ente Federado (2024 - 2027).....	297
Tabela 88 - Demonstrativo de Valores Pactuados na CIB por Município (Atenção Primária).....	298
Tabela 89 - Demonstrativo de Valores Pactuados na CIB por Município (Med. Básicos e Insulina) ...	299
Tabela 90 - Demonstrativo de Valores Pactuados na CIB por Município (SAMU).....	299
Tabela 91 - Despesa <i>Per Capita</i> com Recursos Próprios por Abrangência Geográfica (2016 – 2023).....	302
Tabela 92 - Despesa <i>Per Capita</i> com Recursos da União por Abrangência Geográfica (2016 – 2023).....	304
Tabela 93 - Despesa Geral <i>Per Capita</i> Geral por Abrangência Geográfica (2016 – 2023)	306
Tabela 94 - Quantidade da Força de Trabalho por Vínculo e Escolaridade (2024)	312
Tabela 95 – Percentual da Força de Trabalho por Vínculo e Escolaridade (2024)	313
Tabela 96 - Percentual Geral da Força de Trabalho por Nível e Escolaridade (2024).....	313
Tabela 97 - Plano de Cargos Carreiras e Remunerações da Área Fim	315
Tabela 98 - Plano de Cargos Carreiras e Remunerações da Área Meio	316
Tabela 99 - Pontos Ativos e Implantados do Telessaúde em Roraima - 2024.....	320
Tabela 100 - Demonstrativo dos Eixos Temáticos das Metas do Plano de Saúde (2024-2027)	326

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
AIH'S	Autorizações de Internação Hospitalar
ALE/RR	Assembleia Legislativa do Estado de Roraima
APS	Atenção Primária à Saúde
ASIS	Análise da Situação de Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
AVC's	Acidentes Vasculares Cerebrais
CAER	Companhia de Águas e Esgotos de Roraima
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEE/RR	Conselho Estadual de Educação de Roraima
CENSO	Censo Demográfico
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGAB	Coordenadoria Geral de Atenção Básica
CGAE	Coordenadoria Geral de Atenção Especializada
CGAF	Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica
CGEES	Coordenação Geral de Estudos Econômicos e Sociais
CGPLAN	Coordenadoria Geral de Planejamento
CGPS	Coordenação Geral de Planejamento e Gestão do SUS
CGRAC	Coordenadoria Geral de Regulação, Avaliação e Controle
CGRAC	Coordenação Geral de Regulação Avaliação e Controle
CGSI	Coordenadoria Geral de Saúde Indígena
CGTES	Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
CGTES	Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
CGUE	Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CIB/RR	Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Roraima
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIES	Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNAE	Classificação Nacional de Atividades Econômicas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/RR	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
COVID-19	Corona Vírus Disease
CRSM	Centro de Referência de Saúde da Mulher
CRSM	Centro de Referência de Saúde da Mulher
CT&I	Ciência, Tecnologia e Inovação
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCNT'S	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCNT's	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGES	Departamento de Gestão da Educação em Saúde
DGIP	Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa
DOE	Diário Oficial do Estado
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença renal crônica
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI/LESTE	Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste
DSEI/YANOMAMI	Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami
EBSERV	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EBSERV	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
e-SUSAB	e-SUS Atenção Básica
ETA	Estação de Tratamento de Água
ETSUS	Escola Técnica do SUS
FAPERR	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Roraima
FPE	Fundo de Participação dos Estados
FUNDES	Fundo Estadual de Saúde
HC	Hospital das Clínicas
HCSA	Hospital da Criança Santo Antônio
HCSA	Hospital da Criança Santo Antônio
HGR	Hospital Geral de Roraima
HMINSN	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IST'S	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexos, Assexuais, e Outros.
LOA	Lei Orçamentária Anual
MF	Ministério da Fazenda
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPME'S	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PCCR	Plano de Cargos Carreiras e Remunerações
PCM	Policlínica Coronel Mota
PES	Plano Estadual de Saúde
PLANARES	Plano Nacional de Resíduos Sólidos
PLANARES	Plano Nacional de Resíduos Sólidos
PLANIFICASUS	Planificação do Sistema Único de Saúde
PMAE	Programa Mais Acesso a Especialistas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPA	Plano Plurianual

PPSUS	Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde
PRI	Planejamento Regional Integrado
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REDOME	Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
RR	Roraima
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
RSS	Resíduos de Serviços de Saúde
SEINP	Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa
SEMS	Superintendência Estadual do Ministério da Saúde
SEPLAN	Secretaria de Planejamento e Orçamento
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIDRA	Sistema IBGE de Recuperação Automática
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISMIGRA	Sistema de Registro Nacional Migratório
SISREG	Sistema de Regulação
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe
STI	Sistema de Tráfego Internacional
STN	Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamentos Fora de Domicílio
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TMF	Taxa de Mortalidade Fetal
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMNP	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce
TMNT	Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia
TMPN	Taxa de Mortalidade Pós Neonatal
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UFRR	Universidade Federal de Roraima
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Terapia Intensiva Neonatal
VIGIÁGUA	Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano



MISSÃO

Implantar e implementar as políticas públicas voltas à promoção e recuperação da saúde, com equidade, voltadas à melhoria da qualidade de vida da população.



VISÃO

Ser referência na gestão participativa e tripartite do SUS.

VALORES

- Ética;
- Integralidade;
- Transparência;
- Responsabilidade;
- Probidade;
- Compromisso; e
- Humanização.

APRESENTAÇÃO

O Plano Estadual de Saúde – PES é o instrumento que expressa as políticas públicas da Secretaria de Estado da Saúde sendo a base norteadora de todas as iniciativas para execução de suas ações para os próximos quatro anos; foi revisado e está baseado nas melhores evidências disponíveis e demonstra as intenções do Governo do Estado em melhorar a gestão do SUS.

Além de ter observância quanto aos prazos das ferramentas constitucionais do planejamento do Governo do Estado de Roraima as quais são: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA); trata-se de um instrumento central que por meio da análise de situação de saúde passa a sistematizar e organizar com base na realidade orçamentária e financeira a necessidade de saúde da população estabelecendo diretrizes, objetivos, metas e indicadores para o quadriênio 2024 – 2027.

INTRODUÇÃO

Sendo de responsabilidade dos Entes Públicos o Plano Estadual de Saúde – PES, configura-se como processo estratégico para a gestão do Sistema Único de Saúde, cuja importância e potencialidade é reconhecida de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde.

Em consonância com o arcabouço legal do SUS em especial a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e a Portaria de Consolidação nº 1 de 28 de setembro de 2017 que dentre outros dispositivos, estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o PES foi alinhado e atualizado de acordo com às especificidades do Estado de Roraima por meio de diretrizes, objetivos, metas e indicadores passíveis de apuração em consonância com as necessidades prioritárias de saúde da população.

Nesse sentido, para orientação do Plano Estadual de Saúde 2024-2027 foram definidos com observância as diretrizes e propostas aprovadas na 9ª Conferência Estadual de Saúde e com atenção também a Rede Temática de Atenção à Saúde Materna Infantil que é a prioridade sanitária aprovada para o Planejamento Regional Integrado - PRI na Comissão Intergestora Bipartite – CIB conforme Resolução CIB/RR nº 38/2023 de 04 de dezembro de 2024 (Publicado no DOE/RR nº 4.833 de 26/12/2024).

Portanto, o Plano de Saúde configura-se como um estudo holístico das problemáticas encontradas pelas coordenações e áreas responsáveis pela gestão e serviços de saúde, tem origem nas necessidades de saúde da população e como um instrumento de planejamento, por meio da análise situacional, expõe as estratégias e intervenções para buscar resultados e prioridades considerando a especificidades locais do Estado de Roraima.

CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

A Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU), por meio da Coordenadoria Geral de Planejamento (CGPLAN) e com suporte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), aderiu ao Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde (2021-2023); nesse período trienal, teve como parceiro o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). A partir dessa iniciativa, a SESAU passou a construir estratégias para a construção do Plano Estadual de Saúde 2024-2027 que passou a contar por meio do HAOC da seguinte oferta para melhoria nos processos de trabalho: apoio técnico para o aperfeiçoamento dos processos gerenciais das equipes (atividades de educação permanente), suporte técnico e metodológico para o planejamento estratégico, para o aprimoramento das práticas de gestão das equipes e o monitoramento e a avaliação. Sendo a SESAU por meio da CGPLAN a condutora do processo de elaboração da referida ferramenta mobilizou e contou com a ajuda de distintas áreas técnicas, instituições e coordenações da SESAU, as quais são:

- Ministério da Saúde (MS);
- Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa (DGIP/MS);
- Coordenação Geral de Planejamento e Gestão do SUS (CGPS/DGIP/SE/MS);
- Superintendência Estadual do Ministério da Saúde (SEMS/MS/RR);
- Serviço de Articulação Interfederativa e Participativa (SEINP/SEMS/MS/RR);
- Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste (DSEI/LESTE);
- Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEI/YANOMAMI);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS);
- Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS/RR);
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- Conselho Estadual de Saúde (CES);
- Ouvidoria Estadual do SUS/RR;
- Auditoria Estadual do SUS/RR;
- Fundo Estadual de Saúde (FUNDES);
- Escola Técnica do SUS (ETSUS);
- Coordenadoria Geral de Planejamento (CGPLAN);
- Coordenadoria Geral de Saúde Indígena (CGSI);
- Coordenadoria Geral de Atenção Básica (CGAB);
- Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS);
- Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência (CGUE);
- Coordenadoria Geral de Atenção Especializada (CGAE);
- Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica (CGAF);
- Coordenadoria Geral de Regulação, Avaliação e Controle (CGRAC); e
- Coordenadoria Geral de Gestão do Trab. e da Educação na Saúde (CGTES).

Neste sentido, teve como norte orientador observância aos seguintes pontos:

- Princípios do planejamento governamental do SUS os quais são:
 - Atividade obrigatória e contínua;
 - Integração à seguridade social e ao planejamento geral do estado;
 - Pactuações realizadas na Comissão Intergestores Bipartite e Tripartite;
 - Articulação contínua com anuência, monitoramento e avaliação da gestão;
 - Integração entre Entes (União, Estado e Municípios);
 - Transparência e visibilidade; e
 - Necessidades de saúde da população.

- Pressupostos estratégicos de sinergia para a construção do instrumento:
 - Atributos do Planejamento Governamental (PPA, LDO e LOA);
 - Planejamento Regional Integrado (PRI);
 - Análise da Situação de Saúde (ASIS);
 - Prioridade sanitária aprovada na Comissão Intergestora Bipartite (CIB);
 - As propostas da 9ª Conferência Estadual de Saúde;
 - A priorização das metas considerando cada setor/coordenação;
 - A sistematização das informações com observância ao mapa estratégico; e
 - O processo de monitoramento e avaliação.

ESTRUTURA DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

O Plano de Saúde do Estado de Roraima foi estruturado com informações que possibilitam aos gestores do SUS o entendimento de questões estratégicas para o planejamento dos serviços de saúde, contemplando os seguintes tópicos:

- **Mapa Estratégico;**

- Representação visual estruturada que a partir da perspectiva das áreas técnicas demonstra o planejamento estratégico da SESA, facilitando a compreensão de gestores e da sociedade quanto aos resultados a serem buscados.

- **Planejamento Regional Integrado (PRI);**

- Identifica os municípios da Macrorregião de Saúde de Roraima suas Regiões de Saúde (Centro Norte e Sul), as populações integrantes, bem como a ofertas mínimas de serviços consideradas para sua conformação.

- **Análise da Situação de Saúde (ASIS);**

- É um processo de identificação, formulação e priorização dos problemas das necessidades de saúde da população. É feita a partir da análise de um conjunto de dados que são trabalhados com vistas a identificar as características de saúde da local.

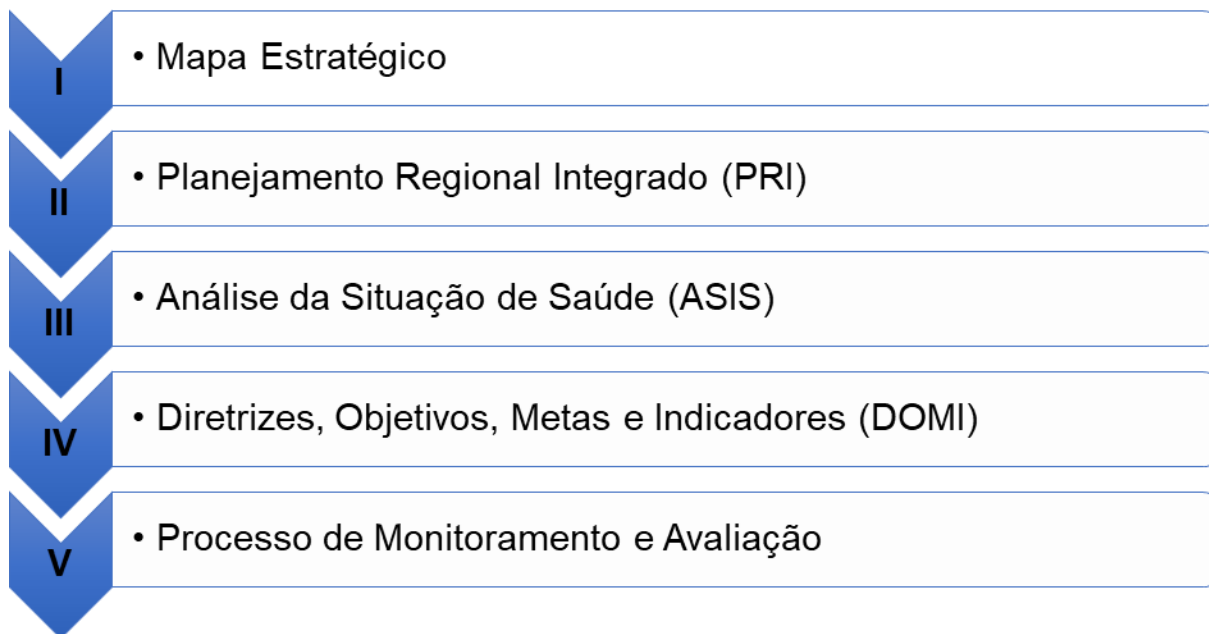
- **Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (DOMI);**

- Ajuda a garantir que o planejamento em saúde seja direcionado e organizado para um processo que contemple da execução à avaliação, para que as políticas públicas sejam verificáveis ao longo do tempo por meio de parâmetros que permitam aos gestores e à população mensurar o cumprimento dos compromissos assumidos.

- **Processo de Monitoramento e Avaliação;**

- É um processo fundamental que visa verificar se as diretrizes, objetivos metas e indicadores planejados estão sendo alcançados. Esse processo inicia-se com a observância aos indicadores propostos que são monitorados e avaliados, possibilitando ajustes ao longo do ciclo quadrienal da gestão.

FLUXOGRAMA ESTRUTURAL



MAPA ESTRATÉGICO 2024-2027

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA

REFERENCIAL ESTRATÉGICO

MISSÃO

Implantar e implementar as políticas públicas voltadas a promoção, recuperação da saúde com equidade, voltada a melhoria da qualidade de vida da população

VISÃO

Ser referência na gestão participativa e tripartite do SUS.

VALORES

Ética, integridade, transparência, responsabilidade, probidade, compromisso e humanização.

RESULTADOS PARA A SOCIEDADE

Acesso universal aos serviços de Saúde

- Apoiar o acesso a Atenção Primária à Saúde executada pelos municípios e sua interrelação com a Atenção Secundária e Terciária, de forma integrada.
- Implementar o fortalecimento dos serviços da rede de Atenção Psicossocial.
- Implementar o tratamento especializado às pessoas vítimas de câncer.
- Ampliar os serviços de saúde de média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares, ofertados a população.

Qualidade no atendimento em Saúde

- Aparelhar e melhorar a infraestrutura móvel e imóvel.
- Ampliar o acesso à procedimentos, medicamentos e insumos estratégicos
- Melhorar o acolhimento aos serviços de forma humanizada

Gestão no SUS

- Priorizar a gestão compartilhada e espaços de entendimento
- Valorizar os direitos e saúde dos profissionais
- Promover a Educação Permanente em Saúde
- Possibilitar acesso aos serviços complementares do SUS

PROCESSOS

Atenção Primária a Saúde (APS)

- Coordenar a atenção primária à Saúde no sentido de consolidá-la como a porta de entrada e ordenadora dos serviços de saúde em relação aos demais níveis de atenção.

Recursos Materiais e Logísticos

- Abastecer com medicamentos e insumos hospitalares, as Unidades de Saúde de forma regular.
- Promover a manutenção e apoio logístico para as atividades e processos de trabalho.

Regulação em Saúde

- Criar Câmara Técnica Estadual da Política de Regulação em Saúde.
- Implementar a integração do Complexo Regulador aos serviços do SUS

Pesquisa e Desenvolvimento

- Aplicar a tecnologia do Telessaúde como meio para expandir o acesso com equidade aos serviços do SUS.
- Implementar a manutenção dos Grupos Condutores das Redes Temáticas da Atenção à Saúde

GESTÃO/ REGIONALIZAÇÃO

Gestão Integrada

- Regulamentar o Comitê Gestor como espaço de apoio à decisão.
- Redimensionar e adequar recursos humanos.
- Reestruturar o organograma.
- Qualificar as equipes das áreas meio e fim.
- Aprimorar a autonomia administrativa e financeira do Conselho Estadual de Saúde

Valorização do trabalho e educação em saúde

- Propor a criação da Escola de Saúde Pública
- Implementar a valorização dos resultados das equipes técnicas

Valorização do trabalho e educação em saúde

- Monitoramento e avaliação

Controle social, participação de intergestores e regionalização

- Apoiar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde
- Apoiar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite.
- Apoiar o processo do Planejamento Regional Integrado

Políticas de Atenção à Saúde para os grupos prioritários

- Apoiar as políticas públicas multisetoriais para as pessoas em condição de vulnerabilidade social

ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA

Transparência dos recursos orçamentários e financeiros

- Manter atualizado os dados informados no Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos de Saúde – SIOPS (Lei Complementar Federal nº 141/2012, Portaria de Consolidação nº 01/2017 e Resolução CNS nº 459/2012.)

2 - PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO

2.1 - MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE RORAIMA

O Estado de Roraima de acordo com os critérios da Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021 (art. 6º, Inciso I) contém apenas 01 (uma) Macrorregião de Saúde a qual foi instituída pela Resolução CIB.RR nº 014/2019 (DOE nº 3.603 de 13/11/2019, pág. 15) e ratificada conforme a Resolução CIB.RR nº 026/2024 (DOE nº 4.722 de 17/07/2024, pág. 102). Com 636.707 Hab. (Censo IBGE 2022) a Macrorregião de Saúde de Roraima é composta por todos os 15 Municípios do Estado, os quais são: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista (Capital), Bonfim (Fronteira com a Guiana Inglesa), Cantá, Caracará, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima (Fronteira com a Venezuela), São João da Baliza, São Luiz, Rorainópolis (Fronteira com o Amazonas) e Uiramutã. (Figura 1).

Figura 1 - Macrorregião de Saúde de Roraima



Tabela 1 - Municípios Integrantes da Macrorregião de Saúde (2022)

Municípios Integrantes		População	Municípios Integrantes		População
1	Boa Vista (Capital)*	413.486	9	Bonfim*	13.923
2	Rorainópolis*	32.647	10	Iracema	10.023
3	Caracaraí	20.957	11	Normandia	13.986
4	Pacaraima*	19.305	12	Uiramutã	13.751
5	Cantá	18.682	13	Caroebe	10.656
6	Mucajá	18.095	14	São J Baliza	8.858
7	Alto Alegre	21.096	15	São Luiz	7.315
8	Amajari	13.927	TOTAL GERAL		636.707

Municípios Prioritários*: Boa Vista (Capital); Pacaraima (Fronteira com a Venezuela); Bonfim (Fronteira com a Guiana Inglesa); Rorainópolis (Fronteira com o Amazonas)

Fonte: Censo IBGE-2022. Edição – CGPLAN/SESAU-RR

Tabela 2 - Representação Populacional da Macrorregião de Saúde (2022)

Municípios Integrantes		Pop. (%)	Municípios Integrantes		Pop. (%)
1	Boa Vista (Capital)*	64,94%	9	Bonfim*	2,19%
2	Rorainópolis*	5,13%	10	Iracema	1,57%
3	Caracaraí	3,29%	11	Normandia	2,20%
4	Pacaraima*	3,03%	12	Uiramutã	2,16%
5	Cantá	2,93%	13	Caroebe	1,67%
6	Mucajá	2,84%	14	São J Baliza	1,39%
7	Alto Alegre	3,31%	15	São Luiz	1,15%
8	Amajari	2,19%	TOTAL GERAL		100%

Municípios de Prioritários*: Boa Vista (Capital); Pacaraima (Fronteira com a Venezuela); Bonfim (Fronteira com a Guiana Inglesa); Rorainópolis (Fronteira com o Amazonas)

Fonte: Censo IBGE-2022. Edição – CGPLAN/SESAU-RR

2.2 - REGIÕES DE SAÚDE

Para organizar a rede regionalizada e hierarquizada da assistência, a Secretaria de Estado da Saúde de Roraima - SES/RR começou em 2009, por meio de discussões entre gestores municipais, junto à Comissão Intergestores Bipartite – CIB e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Roraima – COSEMS/RR a sistematizar este processo com a participação de representantes dos municípios, os quais também, analisaram de forma cooperativa com o Estado possíveis formas de adaptar com critérios baseados no Pacto pela Saúde, a garantia das condições mínimas necessárias para se iniciar um planejamento regional integrado, sem desprezar os processos em andamento.

A partir de então, foram debatidos parâmetros mínimos, possíveis fluxos de usuários e recortes territoriais municipais em Roraima. Deste então, a articulação entre os gestores (Municipais e Estaduais) foi determinante na busca da conformação das Regiões de Saúde, com o objetivo de organizar a atenção e proporcionar a todos os roraimenses um atendimento mais universal, equânime, integral com respeito as diversidades culturais e voltado as necessidades de saúde da população.

O Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, regulamentou a Lei nº 8080/90, nesse sentido, como parte da continuidade do processo de regionalização, nos dias 27 e 29 de março de 2012, com a presença dos apoiadores do Ministério da Saúde do então Departamento de Articulação Interfederativa – DAI/SEGEP nos municípios de Caracaraí e Uiramutã foram realizadas as primeiras reuniões das Comissões Intergestoras Regionais da Região Centro Norte e Região Sul momento em que foram abordados os seguintes temas:

- Objetivos da Regionalização;
- Lei nº 8.080/80;
- Redes de Saúde; Abordagens, tipos e conceitos;
- Rede Interfederativa em Saúde;
- Regionalização e a Governança Regional;
- Planejamento no SUS;
- Planejamento Integrado;
- Mapa da Saúde;

Como resultado destes primeiros encontros conforme Resolução nº 016 de 12 de abril de 2012 (DOE nº 1768 de 13/04/2012, pág. 40) Anexo I, foi acordado as orientações para a organização e funcionamento das Comissões Intergestores Regionais com a definição dos respectivos Regimentos Internos e reconhecida a atual composição de municípios da Região Centro Norte, com a modificação da inclusão do município de Iracema na Região de Saúde Sul.

Em consonância com a Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021 no que tange a Resolução CIT nº 23 de 17 de agosto de 2017, Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018 e a Resolução CIB.RR nº 14 de 13 de novembro de 2019 (DOE nº 3603 de 13/12/2019) e a atual Resolução CIB.RR nº 026/2024 (DOE nº 4.722 de 17/07/2024), foi instituída 01 (uma) Macrorregião ratificando a composição das 02 (duas) Regiões de Saúde: Região de Saúde Centro Norte e a Região de Saúde Sul.

Por conseguinte, com a constituição da Macrorregião de Saúde de Roraima, suas respectivas Regiões de Saúde e a instituição das Comissões Intergestores Regionais a implementação da Redes de Atenção à Saúde foi o próximo passo a ser seguido para a garantia do acesso nesses espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços definidos como prioritários e necessários para a resolução dos problemas de saúde.

Portanto, conforme o Planejamento Regional Integrado (PRI) o desenho da regionalização como parte do processo é considerado o norteador para implementação das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) a serem desenvolvidos em todos os níveis de complexidade com objetivo de potencializar os processos de pactuação e negociação tripartite voltados as necessidades de saúde da população.

2.2.1 - REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE

Figura 2 - Região de Saúde Centro Norte



Tabela 3 - Municípios Integrantes da Região de Saúde Centro Norte (2022)

Municípios Integrantes		População Regional	Representação Regional (%)
1	Boa Vista (Capital)	413.486	75,70%
2	Pacaraima	19.305	3,53%
3	Cantá	18.682	3,42%
4	Mucajaí	18.095	3,31%
5	Alto Alegre	21.096	3,86%
6	Amajari	13.927	2,55%
7	Bonfim	13.923	2,55%
8	Normandia	13.986	2,56%
9	Uiramutã	13.751	2,52%
TOTAL		546.251	100%

Fonte: IBGE-Censo 2022. Edição - CGPLAN/SESAU-RR

O ponto de partida para a configuração do desenho e organização da Região de Saúde Centro Norte foi o território administrativo a partir da avaliação dos critérios no âmbito do Estado (capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços, demanda estimada de países vizinhos e perfil epidemiológico dos Municípios).

Conforme legislação, em especial a Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011, a Região de Saúde é definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Em atenção ao Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (art. 5º, incisos I a V), outro ponto a ser considerado foi o atendimento ao mínimo de ações e serviços que deve conter a região a ser instituída. Nesse contexto os serviços ofertados na Região Centro Norte atenderam aos critérios mínimos contendo em seu território:

- I - Atenção primária;
- II - Urgência e emergência;
- III - Atenção psicossocial;
- IV - Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - Vigilância à saúde.

Importante ressaltar que poderão ser revistos esses limites territoriais independentemente do território administrativo pois onde houver fluxos que envolvam municípios e até mesmo Países e/ou Estados com diferentes ofertas de serviços, populações e culturas, a conformação da Região Centro Norte poderá ser rediscutida e readequada. Esta demonstração reproduz a proposta mais condizente com a realidade atual aprovada por meio de consenso entre os gestores tanto do Estado como dos Municípios na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

2.2.2 - REGIÃO DE SAÚDE SUL

Figura 3 - Região de Saúde Sul

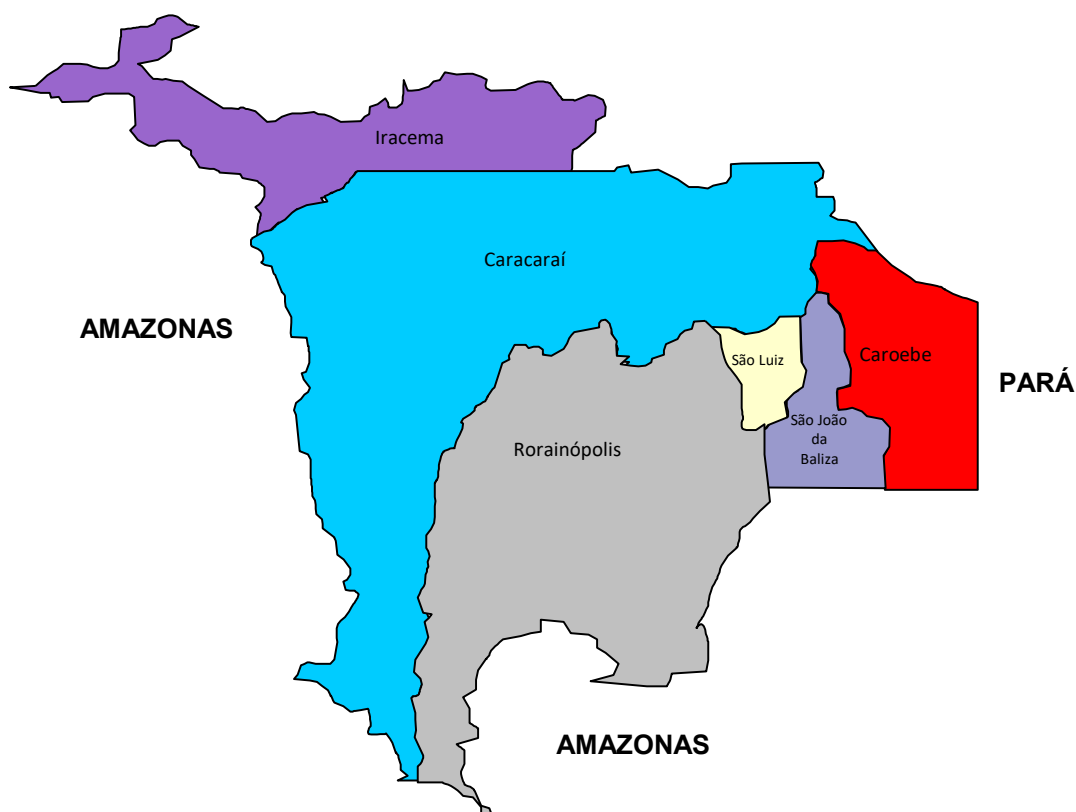


Tabela 4 - Municípios Integrantes da Região de Saúde Sul (2022)

Municípios Integrantes		População Regional	Representação Regional (%)
10	Rorainópolis	32.647	36,09%
11	Caracaraí	20.957	23,17%
12	Iracema	10.023	11,08%
13	Caroebe	10.656	11,78%
14	São João da Baliza	8.858	9,79%
15	São Luiz	7.315	8,09%
TOTAL		90.456	100%

Fonte: (IBGE - Censo 2022). Edição - CGPLAN/SESAU-RR.

O ponto de partida para a configuração do desenho e organização na Região de Saúde Sul foi o território administrativo a partir da avaliação dos critérios no âmbito do Estado (capacidade instalada, fluxo de usuários, produção de serviços, demanda estimada de países vizinhos e perfil epidemiológico dos Municípios).

Conforme legislação, em especial a Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011, a Região de Saúde é definida como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Em atenção ao Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (art. 5º, incisos I a V), outro ponto a ser considerado foi o atendimento ao mínimo de ações e serviços que deve conter a região a ser instituída. Nesse contexto os serviços ofertados na Região Centro Norte atenderam aos critérios mínimos contendo em seu território:

- I - Atenção primária;
- II - Urgência e emergência;
- III - Atenção psicossocial;
- IV - Atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - Vigilância à saúde.

Importante ressaltar que poderão ser revistos esses limites territoriais independentemente do território administrativo pois onde houver fluxos que envolvam municípios e até mesmo Países e/ou Estados com diferentes ofertas de serviços, populações e culturas, a conformação da Região Centro Norte poderá ser rediscutida e readequada. Esta demonstração reproduz a proposta mais condizente com a realidade atual aprovada por meio de consenso entre os gestores tanto do Estado como dos Municípios na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

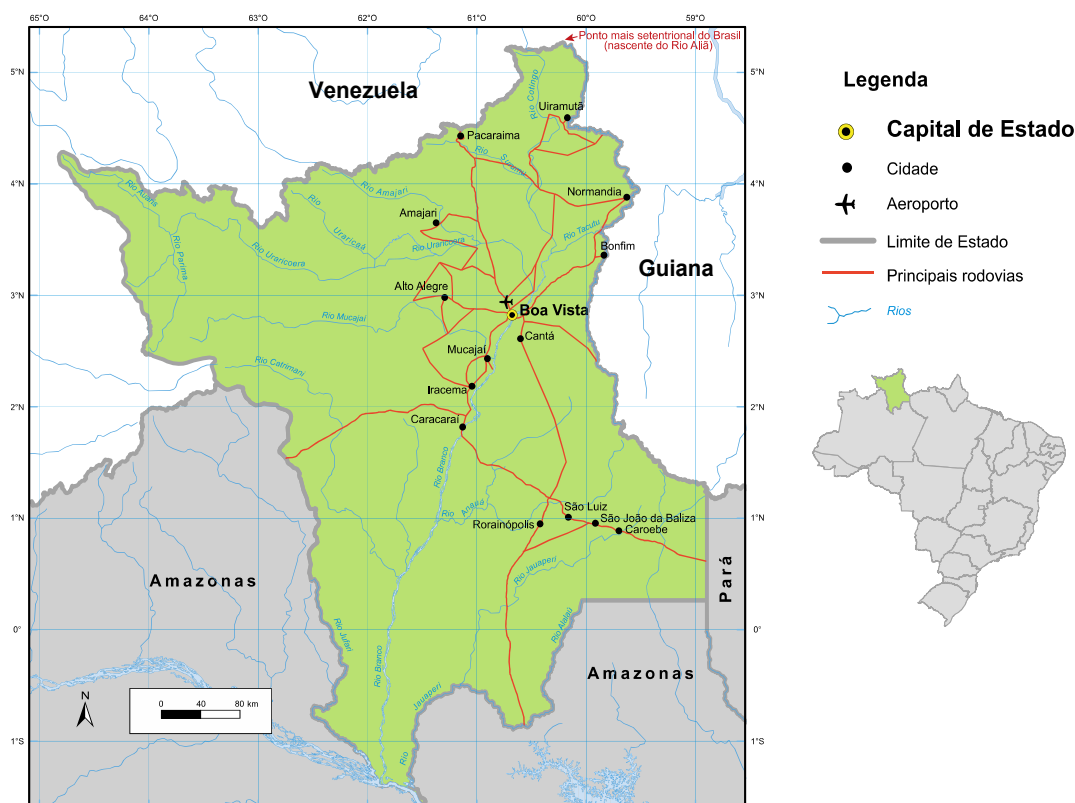
3 - ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

3.1 - CONTEXTO HISTÓRICO-INSTITUCIONAL

O Estado de Roraima foi criado por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e sua implantação deu-se em 1º janeiro de 1991, quando instalou-se a Assembleia Legislativa, o Poder Judiciário, o Tribunal de Contas e o Ministério Público. Em 31 de dezembro de 1991 a Assembleia Legislativa promulgou a Constituição do Estado.

3.2 - SITUAÇÃO LOCORREGIONAL

Figura 4 - Mapa do Estado de Roraima



Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (CENSO - 2022)

Localizado no extremo Norte do Brasil O Estado de Roraima tem como limites, ao **Norte** a República Bolivariana da Venezuela e a República Cooperativista da Guiana Inglesa; ao **Sul**, limita-se o Estado do Amazonas; a **Leste**, faz fronteira com a República Cooperativista da Guiana Inglesa e o Estado do Pará e a **Oeste**, o Estado do Amazonas e a Venezuela. Seus limites internacionais são de 958 km com a República Bolivariana da Venezuela e 964 Km com a República Cooperativista da Guiana Inglesa, perfazendo um total de 1922 Km de fronteiras internacionais. Suas fronteiras estaduais são de 1535 Km, sendo 1375 Km com o Estado do Amazonas e 160 Km com o Estado do Pará.

3.3 - CLIMA

O clima é tropical-úmido, a variação da temperatura varia entre 20°C – 28°C. As mínimas localizam-se nas regiões de relevo ao norte. A estação das chuvas, ocorre entre abril e setembro, sendo os meses de junho e julho os que mais chovem. A estação seca chamada de verão vai de outubro a março, onde a temperatura chega atingir mais de 40°C.

3.4 - VEGETAÇÃO

O Estado de Roraima possui três tipos de cobertura vegetal, bem distintas: Na região norte, nas serras, se encontra uma vegetação de árvores mais rarefeitas e de pouca concentração. Na região central do Estado está localizada a região denominada de lavrado, tecnicamente chamada de savana. Na região sul fica situada a região do baixo Rio Branco com as florestas tropicais amazônicas, densas e úmidas.

3.5 - ÁREA TERRITORIAL

Conforme o Censo - 2022 Roraima possui uma área territorial de 223.644,53 Km², distribuída entre os seus 15 municípios: Alto Alegre, Amajari, Boa Vista (Capital), Bonfim (fronteira com Guiana Inglesa), Cantá, Caracaraí, Caroebe, Iracema, Mucajaí, Normandia, Pacaraima (fronteira com a Venezuela), Rorainópolis (fronteira com o Amazonas), São João da Baliza, São Luiz e Uiramutã.

Tabela 5 - Municípios do Estado de Roraima, Áreas e Data de Criação (2023)

Municípios	Área da Unidade Territorial		Data da Criação	Lei nº
	Absoluta (Km²)	Estado (%)		
Caracaraí	47.379,90	21,19%	27/05/1955	2495/BR
Rorainópolis	33.579,74	15,01%	17/10/1995	100/RR
Amajari	28.473,45	12,73%	01/07/1982	7009/BR
Alto Alegre	25.454,30	11,38%	17/10/1995	097/RR
Iracema	14.011,70	6,27%	04/11/1994	083/RR
Mucajaí	12.337,85	5,52%	01/07/1982	7009/BR
Caroebe	12.065,90	5,40%	04/11/1994	082/RR
Uiramutã	8.113,60	3,63%	17/10/1995	098/RR
Bonfim	8.079,91	3,61%	01/07/1982	7009/BR
Pacaraima	8.025,05	3,59%	17/10/1995	086/RR
Cantá	7.664,83	3,43%	17/10/1995	099/RR
Normandia	6.959,87	3,11%	01/07/1982	7009/BR
Boa Vista (Capital)	5.687,04	2,54%	09/07/1890	049/AM
São João da Baliza	4.284,51	1,92%	01/07/1982	7009/BR
São Luiz	1.526,90	0,68%	01/07/1982	7009/BR
RORAIMA	224.644,55	100%	---	---

Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (CENSO - 2022)

A Tabela acima demonstra que do ponto de vista da área total de Roraima, dentre os 15 (quinze) Municípios integrantes; Caracaraí (47.379,90 Km² – 21,19%), Rorainópolis (33.579,74 Km² – 15,01%) e Amajari (28.473,45 Km² – 12,73%), todos da região sul, compreendem respectivamente os municípios com maior área territorial relativa do Estado.

3.6 - PERFIL DEMOGRÁFICO

Roraima apresenta uma taxa de crescimento populacional alta em relação a outros Estados Brasileiros, impulsionada não só pelo crescimento natural, mas também pela migração, especialmente de venezuelanos nos últimos anos. Esse aumento populacional demanda um planejamento específico para ampliar e adequar os serviços de saúde, incluindo unidades de atendimento e recursos humanos, para dar conta da pressão sobre o sistema de saúde local.

3.6.1 - POPULAÇÃO RESIDENTE

A população roraimense recenseada no ano de 2022 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE contabilizou 636.707 habitantes dos quais; 320.392 (50,32%) são homens e 316.315 (49,68%) são mulheres. Relativo aos últimos dois Censos realizados (2010-2022), os números referentes a população constata que Roraima foi o líder no quesito crescimento populacional. Nos últimos 12 anos, a população do Estado saltou de 450.479 habitantes para 636.707, um aumento de 41,33%. Esse percentual está muito acima da média nacional de 6,42% para o período (CNN Brasil, 2023).

Todos os municípios roraimense cresceram acima da média nacional. Pacaraima, fronteira com a Venezuela, lidera a lista, apresentando um crescimento de 85,03%. Na sequência, temos Uiramutã (64,19%), Normandia (56,44%), Amajari (49,31%), Boa Vista - Capital (45,43%), Rorainópolis (34,46%), Cantá (34,45%), Caroebe (31,32%), São João da Baliza (30,86%), Alto Alegre (28,25%), Bonfim (27,23%), Mucajaí (22,32%), Iracema (15,25%), Caracaraí (13,90%) e São Luiz (8,37%) (CNN Brasil, 2023).

Dados extraídos do Sistema de Tráfego Internacional (STI), mantido pela Polícia Federal, aponta que, entre janeiro e maio de 2023, o número de venezuelanos que entraram no Brasil foi de 66.666 e, desses, 50.518 entraram pela fronteira terrestre em Pacaraima. (CNN Brasil, 2023).

Esses números demonstram o crescimento anormal da população de Roraima nos últimos anos ocorreu sobretudo devido à imigração venezuelana. Contudo, a situação é mais preocupante, pois os dados não captados pelo Censo 2010-2022, apontaram para uma intensificação do fluxo migratório em 2023, principalmente em decorrência dos períodos pré e pós eleição ocorrida no país vizinho em 2024.

Conforme demonstrado na Tabela 6, em relação a variável densidade demográfica os seis municípios em destaque são: Boa Vista (Capital – 72,71 Hab./Km²), São Luiz (4,79 Hab./Km²), Cantá (2,44 Hab./Km²), Pacaraima (2,41 Hab./Km²), São João da Baliza (2,07 Hab./Km²) e Normandia (2,01 Hab./Km²).

Tabela 6 - População Residente e Densidade Demográfica por Município (2022)

Ordem	Município	Área Total Km ²	População Censo 2022	Densidade Demográfica (Hab./Km ²)
1	Boa Vista (Capital)	5.687,04	413.486	72,71
2	São Luiz	1.526,90	7.315	4,79
3	Cantá	7.664,83	18.682	2,44
4	Pacaraima	8.025,05	19.305	2,41
5	São João da Baliza	4.284,51	8.858	2,07
6	Normandia	6.959,87	13.986	2,01
7	Bonfim	8.079,91	13.923	1,72
8	Uiramutã	8.113,60	13.751	1,69
9	Mucajaí	12.337,85	18.095	1,47
10	Rorainópolis	33.579,74	32.647	0,97
11	Caroebe	12.065,90	10.656	0,88
12	Alto Alegre	25.454,30	21.096	0,83
13	Iracema	14.011,70	10.023	0,72
14	Amajari	28.473,45	13.927	0,49
15	Caracaraí	47.379,90	20.957	0,44
População Total Residente				636.707

Fonte: CENSO 2022 - IBGE; Edição: SESAUC/CGPLAN.

3.6.2 - PIRÂMIDE ETÁRIA

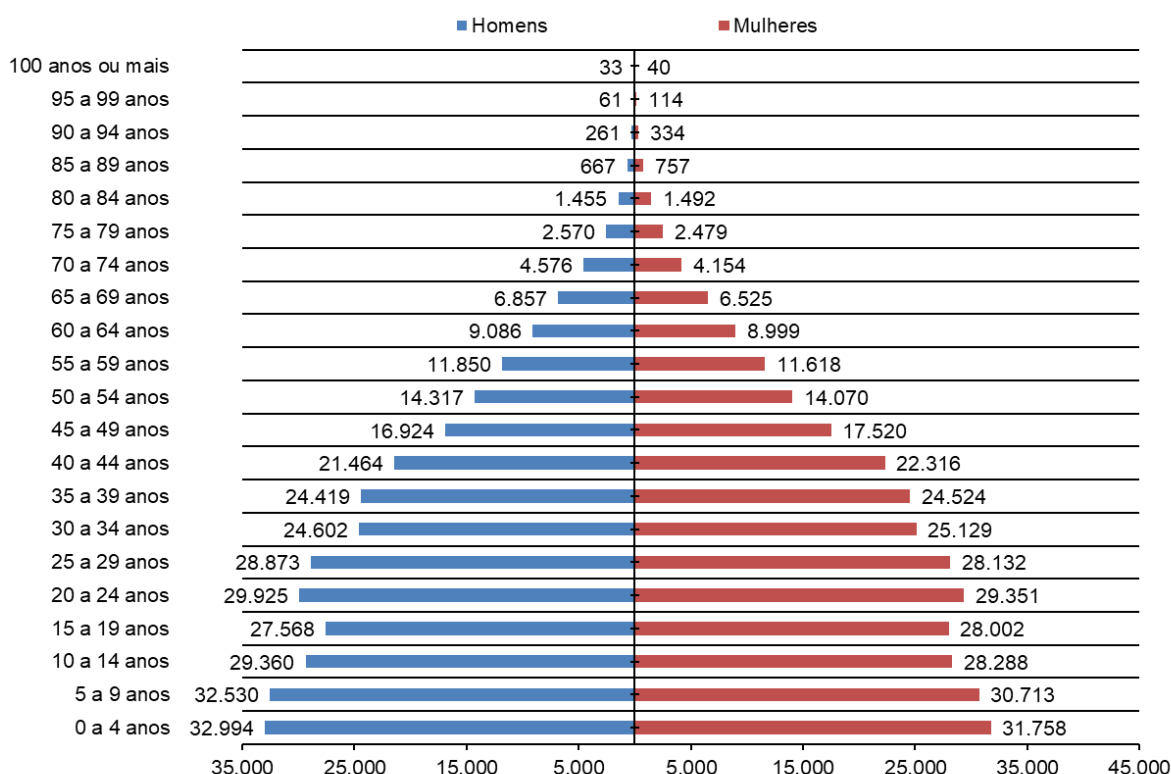
Pirâmide etária populacional também conhecida como pirâmide demográfica é uma ilustração gráfica que mostra a distribuição de diferentes grupos etários em uma população (tipicamente de um país, Estado ou região do mundo), em que normalmente cria-se a forma de uma pirâmide. Esse gráfico é constituído de dois conjuntos de barras que representam o sexo e a idade de um determinado grupo populacional com base em diferentes estruturas etárias da população, ou seja, a repartição da população por idades.

Para o Estado de Roraima, a pirâmide demográfica referente ao Censo 2022 demonstra abaixo no Gráfico 1 que na sua base, correspondente ao grupo de recém-nascidos e jovens (até 19 anos), houve representatividade relativa de 38,18% da população roraimense total recenseada dos quais: 19,53% são do sexo masculino e 18,65% do sexo feminino. Considerando os percentuais divididos por faixa etária para este grupo em ambos os sexos observamos: 10,17% (0-4 anos); 9,93% (5-9 anos); 9,14% (10-14 anos) e 8,93% (15-19 anos) respectivamente.

Para a área intermediária do Gráfico 1, sendo aquela que corresponde ao grupo adulto (entre 20 e 59 anos), constata-se que houve representatividade relativa de 53,90% do total da população roraimense recenseada dos quais 26,78% são do sexo masculino e 27,12% do sexo feminino. Considerando os percentuais divididos por faixa etária para este grupo intermediário em ambos os sexos observamos: 9,22% (20-24 anos), 8,75% (25-29 anos), 7,81% (30-34 anos), 7,69% (35-39 anos), 6,88% (40-44 anos), 5,41% (45-49 anos), 4,46% (50-54 anos) e 3,69% (55-59 anos) respectivamente.

Ao grupo do topo, ou ápice da pirâmide que corresponde a população da melhor idade (entre 60 e 100 anos ou mais) observamos representatividade relativa de 7,93% da população total recenseada dos quais 4,02% são do sexo masculino e 3,91% do sexo feminino. Considerando as faixas etárias para o grupo observamos que: 2,84% (60-64 anos), 2,10% (65-69 anos), 1,37% (70-74 anos), 0,79% (75-79 anos), 0,46% (80-84 anos) e 0,22% (85-89 anos). Na faixa que compreende as pessoas com idade a partir de 90 anos constatou-se 846 pessoas.

Gráfico 1 - Pirâmide Etária da População de Roraima por Sexo Segundo Grupo de Idades (2022)



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censo – 2022)

A pirâmide etária de Roraima apresenta características típicas de uma população jovem, com uma base relativamente larga, indicando uma alta proporção de crianças e jovens. Esse perfil é comum em regiões em que as taxas de natalidade permanecem relativamente altas. Entretanto, observa-se um aumento gradual na expectativa de vida, o que resulta em uma quantidade crescente de adultos e idosos na população, configurando uma transição demográfica inicial, mas ainda marcada pela juventude.

3.6.3 - POPULAÇÃO URBANA E RURAL

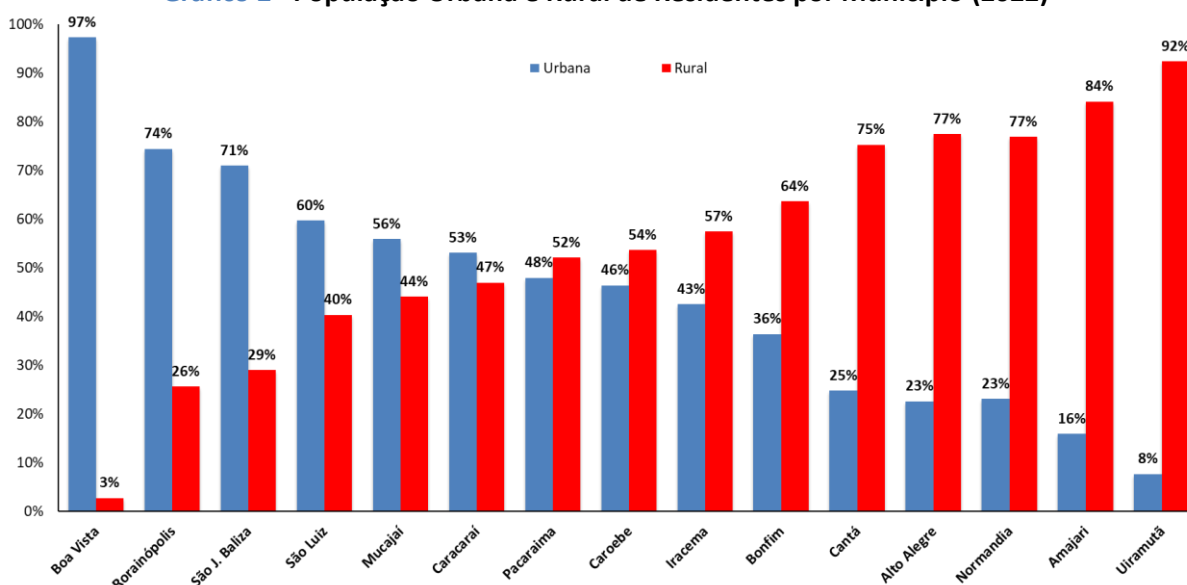
De acordo com a Tabela 07 (Censo 2022), que trata da população residente nos 15 Municípios do Estado, segundo relação entre urbana e rural os números mais expressivos indicam que os cinco municípios mais populosos são respectivamente: Boa Vista (Capital) com 413.486 hab.; Rorainópolis com 32.647 hab.; Alto Alegre com 21.096 hab.; Caracaraí com 20.957 hab.; e Pacaraima com 19.305 hab. Considerando o Gráfico 2 a população total de cada município em seu território administrativo, entre residentes urbanos e rurais, os cinco municípios com maior preponderância de habitantes na área rural são: Uiramutã (92%); Amajari (84%); Normandia (77%); Alto Alegre (77%); e Cantá (75%).

Tabela 7 - População Residente do Estado de Roraima (Urbana e Rural) (2022)

Item	Município	Total	Urbana	Rural	Urbana	Rural
1	Boa Vista	413.486	402.169	11.317	97%	3%
2	Rorainópolis	32.647	24.295	8.352	74%	26%
3	Alto Alegre	21.096	4.763	16.333	23%	77%
4	Caracaraí	20.957	11.113	9.844	53%	47%
5	Pacaraima	19.305	9.251	10.054	48%	52%
6	Cantá	18.682	4.628	14.054	25%	75%
7	Mucajá	18.095	10.121	7.974	56%	44%
8	Normandia	13.986	3.234	10.752	23%	77%
9	Amajari	13.927	2.213	11.714	16%	84%
10	Bonfim	13.923	5.067	8.856	36%	64%
11	Uiramutã	13.751	1.056	12.695	8%	92%
12	Caroebe	10.656	4.945	5.711	46%	54%
13	Iracema	10.023	4.265	5.758	43%	57%
14	São J. Baliza	8.858	6.287	2.571	71%	29%
15	São Luiz	7.315	4.363	2.952	60%	40%

Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censo – 2022)

Gráfico 2 - População Urbana e Rural de Residentes por Município (2022)



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censo – 2022)

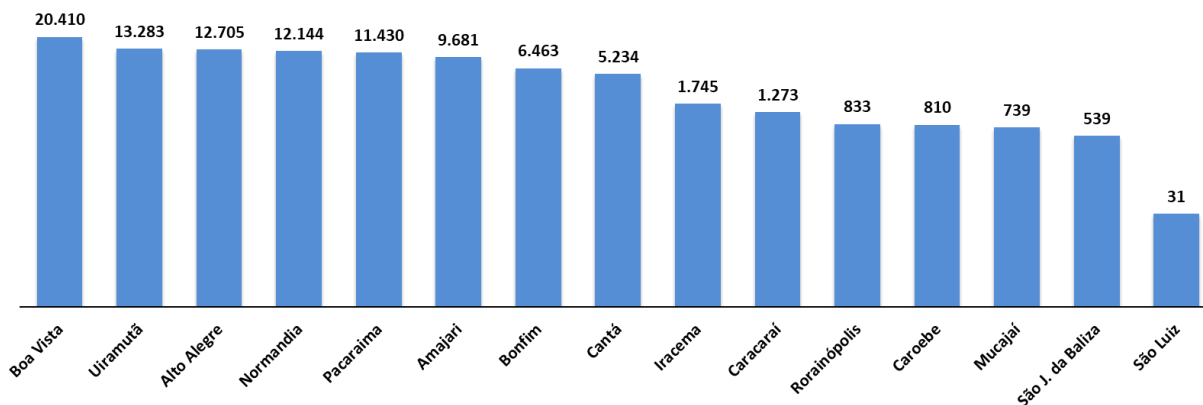
3.6.4 - POPULAÇÕES INDÍGENAS

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, por meio do Censo Demográfico 2022, o Estado de Roraima teve um aumento considerável em sua população indígena, passando de 55.922 em 2010 para 97.320 em 2022, um crescimento de 74,03%. Esse aumento é o quarto maior crescimento absoluto na população indígena do país, representando cerca de 41.398 pessoas indígenas. Isso indica uma forte presença e influência das comunidades indígenas na cultura, na sociedade e na dinâmica demográfica de Roraima (SEPLAN/CGEES).

Ao comparar a distribuição proporcional de indivíduos indígenas em relação a população total do Estado entre as diferentes unidades da federação no ano de 2022, Roraima emerge como líder com 15,29% de sua população total sendo composta por indígenas. Na sequência, vem o Estado vizinho, Amazonas, contabilizando 12,45%, o Mato Grosso do Sul, registrando 4,22% e o Acre com 3,82%, e a Bahia, com 1,62% (SEPLAN/CGEES).

Cinco municípios roraimenses têm sua população composta em grande proporção, por indígenas, são: Uiramutã (96,6%), Normandia (88,8%), Amajari (69,5%), Alto Alegre (60,3%) e Pacaraima (59,2%). Em números absolutos, a capital Boa Vista concentra a maior população indígena do Estado, com 20.410. Isso pode ser atribuído à sua natureza urbana e à disponibilidade de empregos, serviços e oportunidades educacionais, que podem atrair pessoas de várias origens, incluindo indígenas (SEPLAN/CGEES).

Gráfico 3 - Municípios e Quantidade de Pessoas Indígenas (2022)



Fonte: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Censo – 2022)

As populações indígenas em Roraima enfrentam altas taxas de mortalidade, existem evidências de prevalência de doenças infecciosas e endêmicas, como malária, tuberculose, doenças diarreicas e infecções respiratórias, além do crescimento de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, associadas a mudanças nos hábitos de vida. A insegurança alimentar e nutricional é agravada pela substituição da dieta tradicional; soma-se a isso o impacto ambiental ocasionado pelo garimpo ilegal, especialmente em Terras Yanomami, com a contaminação por mercúrio, o que compromete a saúde das comunidades por meio de doenças neurológicas e/ou cardiovasculares.

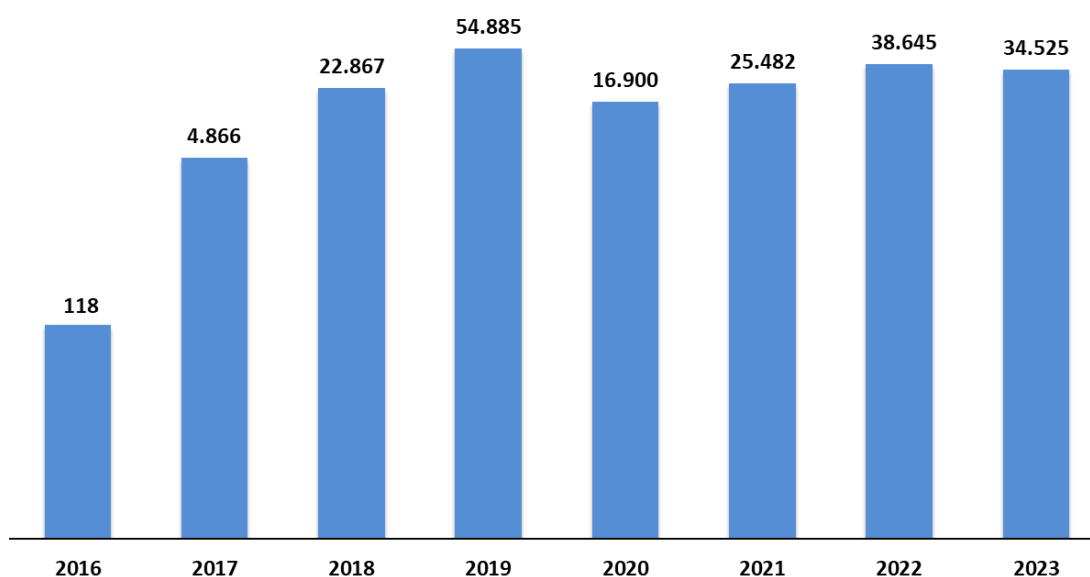
3.6.5 - MIGRAÇÃO VENEZUELANA

A migração venezuelana vem ocorrendo em Roraima desde 2015, com seu pico em 2018, e de alguma forma mudou a vida da população roraimense. No início, essa população era considerada refugiada – pessoas que estão fora de seu país de origem devido a fundados temores de perseguição relacionados a questões de raça, religião, nacionalidade, pertencimento a um determinado grupo social ou opinião política, como também devido à grave e generalizada violação de direitos humanos e conflitos armados; com o passar do tempo, alguns indivíduos foram considerados migrantes – pessoas que escolhem se deslocar não por causa de uma ameaça direta de perseguição ou morte, mas principalmente para melhorar sua vida em busca de trabalho ou educação, por reunião familiar ou por outras razões. Diferente dos refugiados, que não podem voltar ao seu país, os migrantes continuam recebendo a proteção do seu governo - (ACNUR, 2023).

A migração em Roraima configura-se como um fenômeno complexo, dotado de um impacto significativo em diversas esferas da sociedade local. Ela não apenas afeta a demografia, como aumenta a diversidade cultural e étnica da população não só refletida em mudanças nos padrões de assentamento e nas dinâmicas sociais, mas também afeta a economia, principalmente nos setores de serviços, comércio e construção civil. No entanto, o aumento significativo da população migrante coloca pressão sobre os recursos e serviços públicos o que requer uma resposta conjunta do poder público federal estadual e municipal.

Conforme se verifica na Tabela 4 houve o registro de entrada de 34.525 migrantes venezuelanos no Estado de Roraima no ano de 2023, embora com uma redução absoluta de 4.120 em relação a 2022, o número continua elevado. A média dos últimos 8 anos foi 24.786.

Gráfico 4 - Número de Registro de Entrada de Venezuelanos no Estado de Roraima (2016-2023).



Fonte: Sistema de Registro Nacional Migratório - SISMIGRA (Ano de Registro).
Disponível em: <https://www.datamigra.unb.br/>

3.7 - ESTRUTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

Este tópico irá tratar da capacidade instalada pública (própria e privada complementar), evidenciando os estabelecimentos de saúde, desafios para a implementação dos serviços, equipamentos e profissionais, e além disso vai demonstrar a produção das ações e serviços de saúde prestados.

3.7.1 - CAPACIDADE INSTALADA PÚBLICA

Conforme demonstrado na Tabela 8 a SESAU dispõe atualmente de 47 unidade de saúde que compreendem todos os níveis de atenção. Na atenção primária está sob gestão estadual as unidade relacionadas ao cuidado das pessoas privadas de liberdade. Na atenção secundária, mais densamente localizada na capital, a gestão está presente em 13 dos 15 municípios, ou seja, contempla uma presença importante de 86,66% nesse nível de atendimento. A atenção terciária concentra-se somente na capital Boa Vista; sua principal unidade de saúde é o Hospital Geral de Roraima (HGR). Além disso, o ponto de atenção de referência para a Rede Temática de Atenção à Saúde Materna Infantil (Rede Alyne) é o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN); para além dessas unidades os ambulatorios de referência são a Policlínica Coronel Mota (PCCM) e o Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM).

Tabela 8 - Capacidade Instalada Pública Segundo Localização e Tipo de Atividade (2023)

ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE BOA VISTA (CAPITAL)	ATIVIDADE
1	RR	7653131	CENTRAL DE NOTIFICAÇÃO CAPITAÇÃO DISTRIBUIÇÃO DE ÓRGÃOS DE RORAIMA	AMBULATORIAL/ALTA COMPLEXIDADE
2	RR	7162405	CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS DO ESTADO DE RORAIMA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
3	RR	6259170	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRA DROGAS CAPS AD III	HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
4	RR	3068692	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EDNA MACELLARO M. SOUZA CAPS III	HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
5	RR	2566222	CENTRO DE CARDIOLOGIA E DIAG. POR IMAGEM DE RORAIMA	AMBULATORIAL/ALTA COMPLEXIDADE
6	RR	7417799	CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO	HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
7	RR	2566214	CENTRO DE HEMOTERAPIA E HEMATOLOGIA DE RORAIMA	AMBULATORIAL/MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
8	RR	3221172	CENTRO DE REFERÊNCIA DA SAÚDE DA MULHER MARIA LUIZA CASTRO PERIN	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
9	RR	0176222	CENTRO DE SAÚDE PRISIONAL DA CADEIA FEMININA	AMBULATORIAL/ ATENÇÃO BÁSICA
10	RR	0176192	CENTRO DE SAÚDE PRISIONAL DA CADEIA MASCULINA	AMBULATORIAL/ ATENÇÃO BÁSICA
11	RR	6758444	CENTRO DE SAÚDE PRISIONAL RR	AMBULATORIAL/ ATENÇÃO BÁSICA

12	RR	2952009	CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
13	RR	7339194	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO FÍSICA E INTELECTUAL	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
14	RR	5138167	CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
15	RR	7132883	COMPLEXO REGULADOR	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
16	RR	7029896	ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DO SUS EM RORAIMA - ETSUS/RR	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
17	RR	9363211	GERÊNCIA ESTADUAL DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO	AMBULATORIAL/MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
18	RR	2319659	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA HGR	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
19	RR	2566168	HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SRA DE NAZARETH	AMBULATORIAL DE MÉDIA/HOSP. MÉDIA E ALTA
20	RR	9472339	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFRR	AMBULATORIAL DE MÉDIA/HOSP. MÉDIA E ALTA
21	RR	2476835	LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA.	AMBULATORIAL/MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
22	RR	7322879	LABORATÓRIO DE ANATOCITOPATOLOGIA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
23	RR	5545501	NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITACAO FÍSICA 05 DE OUTUBRO	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
24	RR	7563280	NÚCLEO ESTADUAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
25	RR	2589915	POLICLÍNICA CORONEL MOTA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
26	RR	6235476	SAÚDE ITINERANTE	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
27	RR	2566206	UPA 24H COSME E SILVA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE ALTO ALEGRE	ATIVIDADE
28	RR	4004876	HOSP. EPITÁCIO DE ANDRADE LUCENA	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
29	RR	2319950	UNIDADE MISTA BOM SAMARITANO	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE AMAJARI	ATIVIDADE
30	RR	2319667	CENTRO DE SAÚDE JAIR DA SILVA MOTA	AMBULATORIAL/ ATENÇÃO BÁSICA
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE BONFIM	ATIVIDADE
31	RR	2320045	HOSPITAL PEDRO ALVARO RODRIGUES	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE CARACARAÍ	ATIVIDADE
32	RR	2476649	UNIDADE MISTA IRMÃ AQUILINA	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE CAROEBE	ATIVIDADE

33	RR	2476711	UNIDADE MISTA DE CAROEBE	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
34	RR	7677979	CENTRO DE REAB. FÍSICA DE CAROEBE	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE IRACEMA	ATIVIDADE
35	RR	7909152	CAPS I RONILDO MOTA DE OLIVEIRA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
36	RR	2320762	UNIDADE MISTA IRMÃ CAMILA	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE MUCAJAÍ	ATIVIDADE
37	RR	2320886	HOSPITAL JOSÉ GUEDES CATÃO	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
38	RR	7316054	CENTRO DE REABILITAÇÃO DE MUCAJAÍ	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE NORMANDIA	ATIVIDADE
39	RR	2320541	UNIDADE MISTA RUTH QUITÉRIA	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE PACARAIMA	ATIVIDADE
40	RR	2476827	HOSPITAL DÉLIO DE OLIVEIRA TUPINAMBÁ	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE RORAINÓPOLIS	ATIVIDADE
41	RR	7470371	HOSPITAL REGIONAL SUL GOVERNADOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
42	RR	7248008	UNIDADE MISTA ROSA VIEIRA VÓ PRETA	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
43	RR	7053428	CEREST REGIONAL RURAL DE RORAINÓPOLIS DR EDSON DALAZOANA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
44	RR	7738056	LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS MUNICIPAL	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BALIZA	ATIVIDADE
45	RR	2476703	UNIDADE MISTA SÃO JOÃO DA BALIZA	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ	ATIVIDADE
46	RR	2320800	HOSPITAL FRANCISCO RICARDO DE MACÊDO	AMB. E HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
47	RR	7646933	NÚCLEO DE REABILITAÇÃO FÍSICA DE SÃO LUIZ	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

A rede pública de saúde, é a principal responsável pelo atendimento à população, sendo a capital, Boa Vista, o principal polo de concentração dos serviços. Nela estão localizados os hospitais de maior porte, a maternidade estadual, os serviços de urgência e emergência, e os equipamentos de alta complexidade, como tomógrafos, ressonância magnética e etc.

3.7.2 - CAPACIDADE INSTALADA COMPLEMENTAR PRIVADA

A capacidade instalada pública e privada no Estado apresenta fortes contrastes. A saúde privada, embora existente, tem atuação restrita e é voltada majoritariamente para consultas e exames ambulatoriais mais complexos. Isso faz com que o Sistema Único de Saúde (SUS) absorva quase toda a demanda por assistência. Os serviços abrangem nefrologia, exames de imagem, laboratoriais oftalmológicos dentre outros. A saúde privada em Roraima é pequena, com atuação concentrada em hospitais, clínicas especializadas e laboratórios na capital, Boa Vista. Essa cobertura da rede complementar privada ao SUS é limitada, e pode representar um desafio de acesso à saúde pública principalmente aos mais vulneráveis.

Além disso, é fundamental descentralizar os serviços de média complexidade e expandir atendimentos especializados para os municípios, isso torna a rede mais equânime e funcional. A utilização de tecnologias como telemedicina e telessaúde também se apresenta como uma solução viável para diminuir as barreiras de acesso e garantir a continuidade do cuidado, especialmente em áreas de difícil acesso.

Tabela 9 - Capacidade Instalada Privada Segundo Localização e Tipo de Atividade (2023)

ITEM	UF	CNES	MUNICÍPIO DE BOA VISTA (CAPITAL)	ATIVIDADE
1	RR	4005031	CECOR CENTRO ONCOLÓGICO DE RORAIMA - CECOR	AMBULATORIAL/ALTA COMPLEXIDADE
2	RR	2744619	CLÍNICA ALBUQUERQUE	AMBULATORIAL/ALTA COMPLEXIDADE
3	RR	3291588	CLÍNICA PROFTALMO.	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
4	RR	2589923	CLINISCAN - CENTRO CLÍNICO IMAGENOLÓGICO	AMBULATORIAL/ALTA COMPLEXIDADE
5	RR	7521251	HOSPITAL LOTTY IRIS	HOSPITALAR/MÉDIA COMPLEXIDADE
6	RR	9184864	LIFECOR – CARDIOLOGIA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
7	RR	2566257	RBC ULTRAIMAGEM	AMBULATORIAL/ALTA COMPLEXIDADE
8	RR	9408770	ATTIVA SERVIÇOS	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
9	RR	6044646	CLÍNICA MED CENTER	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
10	RR	9980040	CLÍNICA OFTALMOLOGICA DE RORAIMA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
11	RR	7083459	CLÍNICA RENAL DE RORAIMA LTDA	AMBULATORIAL/ALTA COMPLEXIDADE
12	RR	2589877	CLÍNICA SAO MATEUS	AMBULATORIAL/MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
13	RR	5182670	ENDOCAF	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
14	RR	3524396	GUIMARÃES FERNANDES	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE

15	RR	9937854	HOSPITAL DA MULHER	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
16	RR	2600323	IOB	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
17	RR	2936593	LABORATÓRIO BOA VISTA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
18	RR	2744724	LABORATÓRIO SANTA ROSA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
19	RR	5519926	LABORATÓRIOS SANTA MARIA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
20	RR	0907723	MOREIRA KLEIN OFTALMOLOGIA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
21	RR	3653730	NEUROSCAN	AMBULATORIAL/ ALTA COMPLEXIDADE
22	RR	2744767	OCULISTAS ASSOCIADOS DE RORAIMA	AMBULATORIAL/MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE
23	RR	6759408	RV CLÍNICA OFTALMOLÓGICA	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
24	RR	5683467	SANTA LUZIA ESPAÇO E SAÚDE	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE
25	RR	4107950	SAÚDE DOS OLHOS	AMBULATORIAL/MÉDIA COMPLEXIDADE

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES

Um desafio significativo é a baixa cobertura de laboratórios públicos e privados de apoio diagnóstico fora da capital. A ausência de serviços básicos como exames laboratoriais, ultrassonografia e radiografia no interior limita a resolutividade das unidades de saúde localizadas em municípios menores. Como consequência, casos simples acabam sendo encaminhados para Boa Vista, aumentando o custo do sistema e dificultando o acesso de saúde nas populações mais distantes.

3.7.3 - SERVIÇOS, EQUIPAMENTOS E PROFISSIONAIS

Como Roraima tem baixa densidade populacional nos municípios os quais tem infraestrutura menos eficiente, os equipamentos de saúde e a distribuição de profissionais acabam por fortalecer uma importante centralização dos serviços na capital, Boa Vista. Nesse sentido os equipamentos de alta complexidade, como tomógrafos, ressonância magnética e outros essenciais para o diagnóstico e tratamento de doenças, estão concentrados em Boa Vista. Essa centralização é justificada, em parte, pela maior densidade populacional e pela presença dos hospitais de referência na capital. Conforme a Tabela 10 seguem os quantitativos e os principais equipamentos disponíveis e em uso na rede pública de saúde.

Tabela 10 - Equipamentos em Uso na Rede Pública de Saúde (2023)

ITEM	TIPO DE EQUIPAMENTO EM USO	QUANTIDADE
1	CONTROLE AMBIENTAL/AR-CONDICIONADO CENTRAL	1.746
2	BOMBA DE INFUSÃO	507
3	MONITOR DE ECG	208
4	RESPIRADOR/VENTILADOR	180

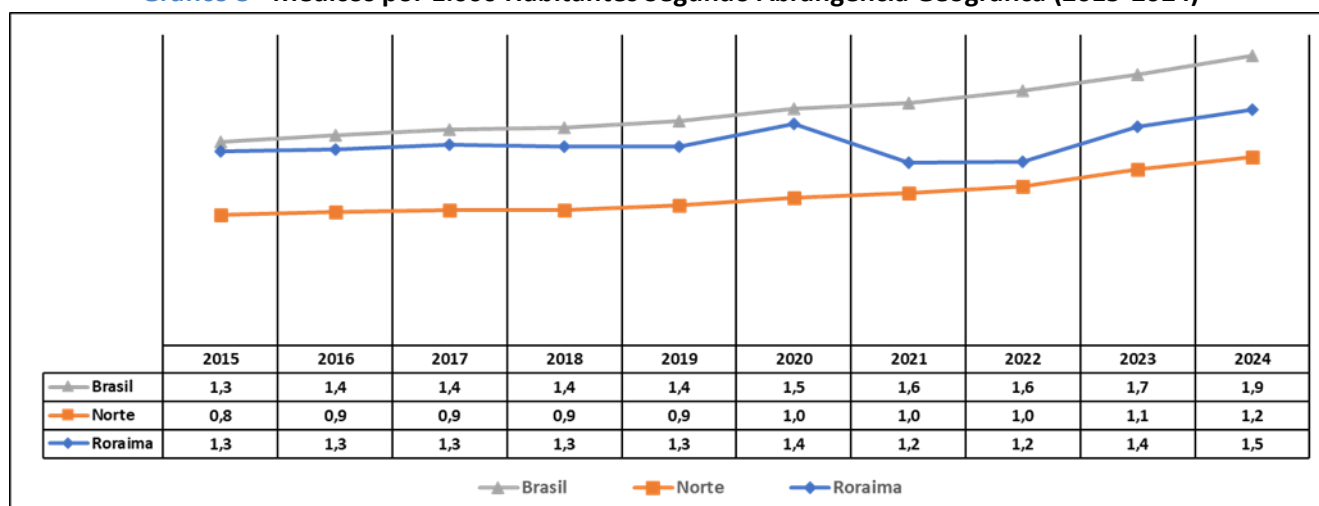
5	MONITOR DE PRESSÃO NÃO-INVASIVO	140
6	REANIMADOR PULMONAR/AMBU	93
7	DEFIBRILADOR	68
8	MONITOR DE PRESSÃO INVASIVO	53
9	BERÇO AQUECIDO	45
10	EQUIPAMENTO DE FOTOTERAPIA	44
11	INCUBADORA	44
12	GRUPO GERADOR	33
13	ELETROCARDIOGRAFO	24
14	CANETA DE ALTA ROTAÇÃO	23
15	EQUIPO ODONTOLÓGICO	22
16	OFTALMOSCÓPIO	21
17	EQUIPAMENTO PARA HEMODIÁLISE	18
18	RAIO X DE 100 A 500 MA	17
19	COMPRESSOR ODONTOLÓGICO	16
20	CANETA DE BAIXA ROTAÇÃO	16
21	APARELHO DE ELETROESTIMULAÇÃO	15
22	ULTRASSOM CONVENCIONAL	12
23	ULTRASSOM ECÓGRAFO	11
24	LAPAROSCÓPIO/VÍDEO	11
25	FOTOPOLIMERIZADOR	11
26	APARELHO DE DIATERMIA POR ULTRASSOM/ONDAS CURTAS	9
27	ULTRASSOM DOPPLER COLORIDO	8
28	TOMÓGRAFO COMPUTADORIZADO	7
29	MICROSCÓPIO CIRÚRGICO	7
30	RAIO X MAIS DE 500MA	6
31	TONÔMETRO DE APLANAÇÃO	6
32	EQUIPAMENTOS DE AFÉRESE	6
33	RAIO X DENTÁRIO	5
34	USINA DE OXIGÊNIO	5
35	ENDOSCÓPIO DIGESTIVO	5
36	CADEIRA OFTALMOLÓGICA	5
37	REFRATOR	5
38	CERATÔMETRO	5
39	BIOMICROSCÓPIO (LÂMPADA DE FENDA)	5
40	PROCESSADORA DE FILME EXCLUSIVA PARA MAMOGRAFIA	4
41	COLUNA OFTALMOLÓGICA	4
42	LENSÔMETRO	4
43	BILIRRUBINÔMETRO	4
44	MAMÓGRAFO COM ESTEREOTAXIA	3
45	RAIO X ATÉ 100 MA	3
46	RAIO X PARA DENSITOMETRIA ÓSSEA	3
47	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	3
48	ENDOSCÓPIO DAS VIAS RESPIRATÓRIAS	3
49	EQUIPAMENTOS PARA OPTOMETRIA	3
50	BOMBA DE INFUSÃO DE HEMODERIVADOS	3

51	APARELHO DE PROFILAXIA C/ JATO DE BICARBONATO	3
52	EMISSIONES OTOACUSTICAS EVOCADAS POR PRODUTO DE DISTORÇÃO	3
53	MAMÓGRAFO COM COMANDO SIMPLES	2
54	RAIO X PARA HEMODINÂMICA	2
55	PROJETOR OU TABELA DE OPTOTIPOS	2
56	RETINOSCÓPIO	2
57	MARCAPASSO TEMPORÁRIO	2
58	FORNO DE BIER	2
59	AMALGAMADOR	2
60	MAMOGRAFO COMPUTADORIZADO	1
61	CAMPIMETRO	1
62	ELETROENCEFALÓGRAFO	1
63	EMISSIONES OTOACÚSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES	1
TOTAL		3.523

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES

A concentração de profissionais de saúde na capital é um gargalo crítico. Boa Vista abriga a maior parte dos médicos, enfermeiros, técnicos e demais profissionais especializados, enquanto o interior sofre com déficit de recursos humanos. Conforme demonstra o Gráfico 5 se observa que na relação médico/habitante, Roraima está abaixo da média nacional, enquanto no Brasil existe uma relação de 1,9 médicos por 1.000 hab. Roraima tem 1,5 por 1.000 hab.

Gráfico 5 - Médicos por 1.000 Habitantes Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)



Fonte: CNES e IBGE - Projeção da População (edição 2024).

A fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e distante da capital é um desafio que combina fatores estruturais, financeiros e sociais. A precariedade das condições de trabalho, a falta de equipamentos adequados, a insegurança em algumas áreas e a ausência de incentivos concretos desestimulam a permanência de médicos e outros profissionais nessas regiões. Isso resulta em rotatividade elevada, dificuldade na continuidade do cuidado e desconfiança da população em relação ao sistema de saúde.

Para enfrentar esse e outros desafios relacionados aos equipamentos de saúde e profissionais, a SESAU vem implementando estratégias integradas e sustentáveis, que objetivam a garantir maior equidade no acesso à saúde dentre essas principais soluções vale a pena ressaltar:

- Instalação equipamentos nos municípios com maior capacidade e capilaridade privilegiando a rota do paciente na Rede de Saúde, isso ajuda a fortalecer e descentralizar o acesso ao diagnóstico e tratamento;
- Utilização do Telessaúde para integrar unidades do interior com centros e especialistas, permitindo a análise remota de exames e outros procedimentos;
- Implantação por meio do Programa Mais Acesso a Especialistas – PMAE de um portfólio de procedimentos integrados de forma a favorecer a oferta de diagnóstico e tratamento em municípios-chave;
- Ampliação do escopo de oferta de cursos por meio da viabilização de uma Escola Pública de Saúde para capacitar profissionais locais e qualificar os serviços;
- Implementação de inovações nos processos de trabalho por meio do PlanificaSUS para ajudar a Atenção Primária na dinâmica operacional com a Atenção Ambulatorial Especializada fortalecendo o cuidado integral e contínuo.
- Incorporação de sistemas digitais como o SISREG para agilizar a emissão e o compartilhamento de resultados de exames e ofertar mais eficiência isso resulta em conforto aos usuário do SUS na busca de resolutividade das demandas que surgirem; e
- Viabilização de potenciais parcerias.

Promover a fixação de profissionais, ofertar serviços, equipamentos estratégicos e utilizar o telessaúde é um caminho sem volta e imprescindível para transformar o cenário atual. As soluções apontadas, tem a finalidade de se integrar e têm potencial de reduzir desigualdades, otimizar recursos e garantir o acesso universal à saúde, promovendo um sistema mais eficiente e alinhado aos princípios do SUS.

3.7.4 - PRODUÇÃO HOSPITALAR E ABULATORIAL

A produção hospitalar e ambulatorial registrada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS SAI/SUS é essencial para a gestão, planejamento e avaliação dos serviços de saúde. O SIH/SUS e SIA/SUS são a base dados da produção registrada a qual permite o monitoramento e avaliação dos procedimentos. No planejamento e na tomada de decisão, auxilia na identificação da demanda por internações e nos perfis epidemiológicos dos pacientes atendidos, com base na formulação de políticas públicas, na gestão de leitos hospitalares e na regulação dos serviços, além de permitir a análise da carga de doenças para definir estratégias de prevenção e assistência. Conforme a Tabela 11 segue o demonstrativo da quantidade de produção hospitalar registrada no quadriênio 2020-2023.

Tabela 11 - Produção Hospitalar Segundo Grupo de Procedimentos (2020-20203)

Item	Grupo procedimentos	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Procedimentos clínicos	26.331	29.177	28.316	27.219	111.043
2	Procedimentos cirúrgicos	9.405	8.312	12.665	10.881	41.263
3	Procedimentos com finalidade diagnóstica	15	15	26	23	79
4	Transplantes de órgãos, tecidos e células	1	-	-	1	2
TOTAL		35.752	37.504	41.007	38.124	152.387

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS

Tabela 12 - Produção Ambulatorial Segundo Grupo de Procedimentos (2020-2023)

Item	Grupo procedimentos	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Procedimentos clínicos	1.560.606	1.895.735	2.232.830	2.529.444	8.218.615
2	Procedimentos com finalidade diagnóstica	1.266.207	1.511.208	1.753.146	1.963.020	6.493.581
3	Medicamentos	628.982	822.728	925.756	1.026.114	3.403.580
4	Ações complementares da atenção à saúde	114.283	122.601	159.852	107.995	504.731
5	Procedimentos cirúrgicos	22.117	18.500	28.153	29.694	98.464
6	Ações de promoção e prevenção em saúde	5.855	8.990	15.812	36.830	67.487
7	Órteses, próteses e materiais especiais	3.182	8.589	13.023	10.787	35.581
8	Transplantes de órgãos, tecidos e células	330	713	350	363	1.756
TOTAL		3.601.562	4.389.064	5.128.922	5.704.247	18.823.795

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

3.8 - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Roraima deve além de tudo refletir as especificidades territoriais, sociais e culturais do Estado, com desafios acentuados pela sua extensa área geográfica, baixa densidade populacional e a presença de comunidades indígenas e rurais isoladas e a migração. A organização e o fortalecimento da RAS são fundamentais para promover a integralidade do cuidado e a equidade no acesso aos serviços de saúde, alinhando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Roraima apresenta uma Rede de Atenção à Saúde em expansão, com uma base estratégica na APS, em uma rede hospitalar em desenvolvimento e esforços contínuos para fortalecer os serviços especializados e de urgência. Nesse sentido o Estado tem avançado na cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), que atende grande parte da população, incluindo áreas de difícil acesso. Contudo, como em qualquer sistema de saúde público, desafios para implementação de invocações persistem e estão sendo enfrentados.

Embora a APS enfrente limitações, ela tem sido um dos pilares do sistema de saúde, especialmente no interior. O aumento da cobertura pela ESF é reflexo de um esforço coordenado para garantir que populações em áreas rurais e indígenas tenham acesso ao cuidado primário. Os desafios, como a necessidade de maior resolutividade e infraestrutura, estão sendo tratados com investimentos em ampliação de unidades, modernização tecnológica e programas de educação permanente para os profissionais.

O território também é uma dimensão fundamental no conceito de rede. A magnitude dos problemas de saúde varia significativamente de um lugar para o outro, interferindo nas definições da composição de cada nível da atenção. Por outro lado, dinâmicas territoriais específicas exprimem determinados modos e ritmos de vida das pessoas, que podem influenciar decisões a serem tomadas quanto à localização dos serviços de saúde, suas áreas de cobertura, formas e horários de funcionamento.

Por outro lado, não podemos desconsiderar que para um mesmo problema de saúde existem diferentes composições de recursos e tecnologias que geram resultados comparáveis, em termos de indicadores e satisfação ao usuário. Na verdade, não existe uma maneira ideal de organizar e prover o cuidado à saúde nos diversos pontos da rede, devendo este se adequar aos contextos e realidades sociais, visando ao atendimento das necessidades de saúde da população.

A responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação entre as unidades deve ser efetiva, para garantir não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado. Ela pressupõe que os usuários sejam encaminhados e atendidos em unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível primário do sistema) para acompanhamento. Isso implica um fluxo adequado de informações entre os diversos pontos e níveis de atenção que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou unidades de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes Municípios e/ou Estados. Portanto a lógica da organização do SUS a partir da APS, integrada a atenção secundária e a terciária em forma de Redes de Atenção à Saúde, se afirmar em três pontos principais:

- Qualificar a Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde;
- Coordenar o caminhar dos usuários pelos outros pontos de atenção da rede, quando suas necessidades de saúde não puderem ser atendidas somente por ações e serviços da APS; e
- De manter o vínculo com estes usuários, dando continuidade à atenção (ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, entre outros), mesmo que estejam sendo cuidados também em outros pontos de atenção da rede.

3.8.1 - REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÕES À SAÚDE

- Rede Temática de Atenção à Saúde Materna Infantil (Rede Alyne)

Objetiva assegurar: (1) às mulheres - o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério; (2) às crianças - direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis;

- Rede Temática de Atenção às Urgências e Emergências;

Objetiva assegurar: a ampliação e a qualificação do acesso de forma humanizada e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde de forma ágio e oportuna.

- Rede Temática de Atenção à Saúde das Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

Objetiva assegurar: a realização da atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

- Rede Temática de Atenção à Saúde Psicossocial;

Objetiva assegurar: a ampliação de políticas públicas para o enfrentamento ao crack, álcool e outras drogas desenvolvendo ações de saúde relativos ao cuidado por meio da assistência social, prevenção, formação e segurança pública de forma coordenada entre União, Estados e Municípios.

- Rede Temática de Atenção à Pessoa com Deficiência;

Objetiva assegurar: (1) ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência no SUS que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual; (2) integralizar e articular os serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada existentes; (3) desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta.

Embora todas as Redes Temática de Atenção à Saúde sejam importantes para o processo de conformação da RAS e que as mesmas estarão sendo trabalhadas e desenvolvidas pelos respectivos Grupos Condutores; conforme análise de situação em saúde e consenso na Comissão Intergestores Bipartite - CIB a Rede Temática prioritária definida para o processo do Planejamento Regional Integrado - PRI, conforme a Resolução CIB/RR nº 38 de 4 de dezembro de 2024 foi a Rede Temática de Atenção à Saúde Materna Infantil (Rede Alyne).

3.9 - CONDIÇÕES SOCIOSSANITÁRIAS

As condições socio sanitárias referem-se ao conjunto de fatores sociais, econômicos e ambientais que influenciam a saúde e o bem-estar da população. Esses fatores incluem aspectos como acesso à água potável e saneamento básico, habitação adequada, alimentação, renda, nível de escolaridade, condições de trabalho dentre outros. Essas condições são determinantes sociais da saúde, pois impactam diretamente a incidência de doenças, a qualidade e a expectativa de vida da população.

A compilação dos dados teve como prioridade o uso do SIDRA (Sistema IBGE de Recuperação Automática) como fonte para o tópico e representa uma decisão metodológica alinhada aos princípios de análise situacional baseada em evidências. O SIDRA é um sistema dinâmico de propagação de dados estatísticos produzidos pelo IBGE, que permite ao usuário extrair, cruzar e personalizar informações de forma precisa, transparente e atualizada.

A plataforma oferece acesso estruturado a diversas pesquisas, sendo especialmente relevante a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual (PNADC/A), por sua capacidade de captar com representatividade e abrangência geográfica os dados sobre domicílios, saneamento básico, características socioeconômicas e acesso a serviços essenciais - elementos centrais para a caracterização das condições socio sanitárias.

A metodologia aplicada no SIDRA respeita os critérios de amostragem complexa, estratificada e probabilística estimadas na PNAD Contínua, o que garante estatística às estimativas geradas. No âmbito das condições socio sanitárias, o sistema permite a desagregação dos dados por tipo, dentre os quais: abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo, tipo de moradia além de cruzamentos com variáveis como, sexo, faixa etária, renda e outros. Essa granularidade é fundamental para compreender os determinantes sociais da saúde em Roraima, um Estado com elevada diversidade cultural, expressiva população indígena e relevante migração.

A possibilidade de atualização personalizada dos dados no SIDRA, com exportação em formatos amigáveis (CSV, Excel), facilita o uso integrado da informação nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas. A flexibilidade da ferramenta ainda permite acompanhar séries históricas, o que é essencial para a comparação temporal e a identificação de tendências e retrocessos. Para a construção de diagnósticos que subsidiem decisões no âmbito da gestão estadual do SUS, esta plataforma se mostra necessária, pois amplia a capacidade do gestor de interpretar a realidade com base em evidências transmitidas, especialmente em regiões onde ainda os sistemas locais de informação em saúde possuem limitações estruturais.

3.9.1 - SANEAMENTO BÁSICO

O saneamento básico é um dos principais determinantes sociais da saúde, influenciando diretamente as condições socio sanitárias de uma população. Ele envolve o conjunto de serviços e infraestruturas essenciais, como o abastecimento de água potável, coleta e tratamento de esgoto, manejo de resíduos sólidos e drenagem urbana. A qualidade desses serviços impacta diretamente a saúde pública, a qualidade de vida e o desenvolvimento sustentável de uma região. A ausência ou precariedade do saneamento básico está diretamente associada a diversos agravos à saúde, incluindo:

- Doenças de Veiculação Hídrica: diarreias, hepatite A, cólera e leptospirose, que são causadas pela ingestão de água contaminada ou contato com esgoto a céu aberto.
- Doenças Parasitárias: verminoses e protozooses são mais prevalentes em locais sem saneamento adequado, afetando especialmente crianças e populações vulneráveis.
- Infecções Respiratórias e Dermatológicas: acúmulo de lixo e esgoto exposto pode favorecer a proliferação de vetores transmissores de doenças, como mosquitos e roedores.
- Impacto na Mortalidade Infantil: a diarreia infantil, muitas vezes associada à água contaminada, é uma das principais causas de morte em crianças menores de 5 anos em países com déficit de saneamento.

3.9.2 - ACESSO AO ABASTECIMENTO DE ÁGUA

A Companhia de Águas e Esgotos de Roraima – CAER é responsável a mais de 51 anos pelo abastecimento de água e coleta de esgotos no Estado. Atualmente atende mais de 650 mil pessoas nos 15 Municípios do Estado.

O abastecimento de água da capital está dividido em dois sistemas: captação superficial das águas do Rio Branco, localizado no bairro São Pedro, que através de adutoras, encaminham a água bruta para as estações de tratamento de águas (ETA) e captação subterrânea realizadas em diversos bairros da cidade através dos poços tubulares instalados que após serem bombeadas recebem cloração antes de serem encaminhadas para o abastecimento domiciliar.

A tabela a seguir demonstra o percentual de acesso ao abastecimento de água em relação à rede geral de distribuição e outros tipos, tais como: poço profundo ou artesiano; poço raso freático ou cacimba; fonte ou nascente. Para efeito de análise o Estado de Roraima obteve nível de desempenho percentual de 84,07% de cobertura de domicílios com abastecimento de água ligados à rede geral de distribuição alcançando mais de 650 mil pessoas com água potável. Nesse sentido, uma análise mais detalhada dos dados sobre esse acesso ao abastecimento de água em Roraima entre 2018 e 2023 revela aspectos importantes que impactam diretamente a saúde pública da população visto que se observa uma redução no percentual de domicílios ligados à rede geral de distribuição, passando de 86,00% em 2018 para 84,7% em 2023.

Tabela 13 - Acesso ao Abastecimento de Água por Abrangência Geográfica (2018-2023)

Variável - Distribuição Percentual de Domicílios (%)					
Situação do Domicílio - Total					
Abrangência Geográfica	Abrangência/Tipo	Ano			
		2018	2019	2022	2023
Brasil	Brasil - Total	100	100	100	100
	Rede geral de distribuição	85,8	85,5	85,5	85,9
	Poço profundo ou artesiano	6,9	7,1	7,8	7,6
	Poço raso, freático ou cacimba	3,2	3,2	2,8	2,7
	Fonte ou nascente	2,0	2,1	2,0	1,9
	Outra	2,1	2,0	1,8	1,9
Região Norte	Região Norte - Total	100	100	100	100
	Rede geral de distribuição	58,9	58,9	60	60,4
	Poço profundo ou artesiano	20,4	21,2	23,2	22
	Poço raso, freático ou cacimba	14,8	13,4	11	11,3
	Fonte ou nascente	2,8	2,8	2,5	2,7
	Outra	3,1	3,7	3,3	3,6
Roraima	Roraima - Total	100	100	100	100
	Rede geral de distribuição	86	85,9	86,3	84,7
	Poço profundo ou artesiano	2,9	4	6,2	7,1
	Poço raso, freático ou cacimba	10,5	9,4	7,3	7,2
	Fonte ou nascente	0,2	0,6	0,1	0,5
	Outra	0,6	0,2	0,1	0,5
Percentual de Domicílios Ligados a Rede Geral de Distribuição (2018-2023)					
Brasil (%)		85,8	85,6	85,6	85,9
Região Norte (%)		58,9	58,9	60,0	60,4
Roraima (%)		85,8	85,8	86,3	84,7

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 1ª Visita - SIDRA. Edição: SESAU/CGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: IBGE - Nota Técnica nº 03/2022, devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2021 e 2022

Embora esse número ainda esteja acima da média nacional (85,9% em 2023), a tendência de queda em Roraima contrasta com a estabilidade ou nível de crescimento verificado no Brasil como um todo. Isso sugere possíveis dificuldades na manutenção e expansão da infraestrutura pública de abastecimento, especialmente em regiões de difícil acesso e/ou de maior vulnerabilidade. Essa redução na cobertura da rede geral de abastecimento tem implicações diretas para a saúde pública, uma vez que a rede oficial costuma ser uma forma mais segura e controlada de fornecimento de água potável. Uma menor cobertura pode levar ao aumento do uso de fontes alternativas, muitas vezes não tratadas ou sem monitoramento sanitário, o que eleva o risco de doenças de veiculação hídrica, como diarreias infecciosas, hepatites virais e parasitoses intestinais.

O uso de poços profundos ou artesianos, por exemplo, aumentou significativamente no período, saindo de 2,9% em 2018 para 7,1% em 2023. Embora esses poços possam fornecer água de boa qualidade, sua segurança depende de fatores como profundidade adequada, proteção contra contaminação e práticas de manutenção, o que nem sempre é garantido quando depende do morador em

contextos de vulnerabilidade social caso de regiões mais isoladas no interior dos municípios e rurais por exemplo. Além disso, uma parcela da população continua recorrendo a fontes notoriamente inseguras, como poços rasos, cacimbas e nascentes, que somam cerca de 7,7% dos domicílios em 2023. Essas formas de captação de água são mais suscetíveis à contaminação por resíduos humanos, animais e químicos, especialmente em áreas sem coleta de esgoto ou manejo adequado de resíduos sólidos. Essa realidade aponta para a existência de bolsas de exclusão no acesso a serviços essenciais, refletindo desigualdades socioespaciais.

A ocorrência do garimpo ilegal, especialmente em terras indígenas como a Terra Yanomami, provocou severa contaminação dos corpos d'água por metais pesados, como o mercúrio, além de destruição ambiental generalizada. Esse tipo de poluição compromete a potabilidade da água utilizada pelas comunidades ribeirinhas e indígenas, forçando-as a recorrer a fontes alternativas de abastecimento, muitas vezes sem segurança e sem tratamento adequado. Como a tabela evidencia, ainda há uma parcela significativa da população em Roraima que depende de poços rasos, cacimbas, fontes e nascentes - sistemas altamente vulneráveis à poluição superficial e aos impactos ambientais decorrentes das atividades garimpeiras.

Paralelamente, a migração venezuelana, intensificada nos últimos anos devido à crise humanitária no país vizinho, tem pressionado a infraestrutura urbana e os serviços públicos em municípios fronteiriços como Pacaraima e Boa Vista. A chegada massiva de migrantes elevou a procura por serviços essenciais, incluindo o acesso à água potável e ao saneamento básico. Em muitos casos, os migrantes não tem domicílio e estão localizados em áreas periféricas onde a cobertura da rede geral de distribuição não os alcança, chega de forma limitada ou inexistente. Isso contribui para o aumento do uso de fontes alternativas e, conseqüentemente, para os riscos sanitários relacionados ao consumo de água contaminada.

O cenário evidenciado pelos dados exige atenção intersetorial, integrando ações das áreas de saúde, saneamento básico, meio ambiente e outros. Nesse sentido, faz-se necessário e fundamental manter a implementação do acesso à rede pública de abastecimento de água com investimentos em infraestrutura com priorização também a áreas vulneráveis.

Voltado a esse aspecto em especial ao setor da saúde, o VIGIÁGUA é o Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, coordenado pelo Ministério da Saúde, esse programa em Roraima é implementado pela Coordenação Geral de Vigilância em Saúde por meio do Departamento de Vigilância Ambiental e visa, dentro da sua abrangência de atuação territorial e geográfica, garantir à população o acesso a água de qualidade conforme os padrões de potabilidade estabelecidos na legislação vigente.

Assim, garantir o acesso universal e seguro à água potável em Roraima exige não apenas investimento em infraestrutura, mas também enfrentamento multisetorial e interfederativo das causas estruturais da gestão ambiental e da vulnerabilidade social, especialmente em contextos agravados pelo garimpo ilegal e pela migração forçada. Trata-se de uma condição indispensável para a promoção da saúde pública e da justiça socioambiental no Estado.

3.9.3 - ACESSO AO ESGOTAMENTO SANITÁRIO

O esgotamento sanitário é essencial para a saúde pública, pois previne doenças, melhora a qualidade de vida e reduz os impactos ambientais. A ausência de um sistema adequado favorece a propagação de doenças como diarreia, hepatite A, leptospirose e cólera, especialmente em crianças, aumentando a mortalidade infantil e a desnutrição. Além disso, a contaminação da água por esgoto sem tratamento compromete o abastecimento, elevando os custos de purificação e coloca em risco a saúde da população. Ambientes com esgoto a céu aberto também favorecem a umidade de vetores transmissores de doenças, como mosquitos e ratos, contribuindo para surtos de dengue e leptospirose.

A partir dos dados apresentados na tabela a seguir sobre a distribuição percentual dos domicílios em Roraima com acesso a banheiro, sanitário ou buraco para dejeções, entre os anos de 2018 a 2023, é possível constatar que entre os aspectos mais relevantes, destaca-se a melhoria no acesso à rede geral ou pluvial de esgoto, Roraima passou de 40,4% em 2018 para 46,8% em 2023, embora positivo esse índice ainda está abaixo da média nacional, que se manteve em 63,8% no mesmo ano. Além disso, uma parcela significativa dos domicílios em Roraima continua utilizando fossas sépticas não ligadas à rede (30% em 2023), o que levanta preocupações quanto à eficácia no tratamento e disposição final dos efluentes fato que levanta preocupações quanto à eficácia no tratamento e disposição final dos mesmos.

Esse cenário, à primeira vista, pode sugerir uma evolução nos indicadores, mas, na prática, revela um panorama de vulnerabilidade estrutural. Em áreas onde o esgotamento sanitário adequado não é garantido, os resíduos humanos tendem a ser descartados de maneiras inconvenientes, contaminando o solo, os lençóis freáticos e os corpos de água superficiais. Tal condição está diretamente associada a surtos de doenças como hepatites virais, giardíase, verminoses e diarreias infecciosas - agravos esses que impactam especialmente crianças e ambientes com menor acesso a cuidados de saúde contínuos.

Ao incorporar o contexto do garimpo ilegal, os riscos sanitários são amplificados. A atividade garimpeira, especialmente em áreas indígenas e regiões remotas do Estado, é frequentemente acompanhada pela desorganização territorial, manipulação ambiental e ausência quase total de infraestrutura sanitária. O descarte de resíduos humanos em áreas próximas a igarapés e rios comuns agrava a contaminação de fontes de água utilizadas por comunidades locais para consumo e higiene. Além disso, o garimpo promove uma ocupação desordenada de áreas sensíveis, sem planejamento urbano ou ambiental, o que fragiliza qualquer esforço de saneamento estruturado.

Por outro lado, a migração forçada da Venezuela em municípios como Boa Vista e Pacaraima, gera pressões adicionais sobre a infraestrutura já precária de esgotamento sanitário. As ocupações espontâneas em áreas periféricas, muitas vezes sem acesso à rede de esgoto, aumentam o risco de propagação de doenças relacionadas à exposição de fezes e urina em ambientes abertos.

Ainda que as ações humanitárias estejam em curso, como o processo de interiorização coordenado pelo Governo Federal e organizações internacionais, o volume migratório pressiona a capacidade instalada dos serviços de saneamento. Sendo assim, investir em saneamento reduz a sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS), reduzindo os custos com internações e tratamentos evitáveis, além de promover dignidade e melhorar a produtividade da população. O desenvolvimento econômico também é impulsionado, pois regiões com infraestrutura sanitária adequada atraem mais investimentos e oferecem melhores condições de vida.

Tabela 14 - Acesso a Esgotamento Sanitário por Abrangência Geográfica (2018-2023)

Variável - Distribuição Percentual dos Domicílios com Banheiro, Sanitário ou Buraco para Dejeções (%)					
Situação do Domicílio - Total					
Abrangência Geográfica	Abrangência/Tipo	Ano			
		2018	2019	2022	2023
Brasil	Brasil - Total	100	100	100	100
	Rede geral ou rede pluvial	66,7	62,5	63,2	63,8
	Fossa séptica ligada à rede		5,6	6,3	6,1
	Fossa séptica não ligada à rede	30,1	19,2	16,3	14,9
	Outro tipo	3,2	12,7	14,1	15,2
Região Norte	Região Norte - Total	100	100	100	100
	Rede geral ou rede pluvial	22,1	19,5	21,5	24,2
	Fossa séptica ligada à rede		7,8	9,6	8,5
	Fossa séptica não ligada à rede	68,6	43	33,4	29,2
	Outro tipo	9,3	29,8	35,5	38,1
Roraima	Roraima - Total	100	100	100	100
	Rede geral ou rede pluvial	40,4	28,2	47,8	46,8
	Fossa séptica ligada à rede		8,7	8,2	8,9
	Fossa séptica não ligada à rede	57,1	34,8	35,3	30,00
	Outro tipo	2,5	28,3	8,6	14,3
Percentual de Domicílios com Banheiro, Sanitário ou Buraco para Dejeções (2018-2023)					
Brasil (%)		66,7	62,5	63,3	63,8
Região Norte (%)		22,1	19,5	21,5	24,2
Roraima (%)		40,4	28,2	47,8	46,8

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 1ª Visita - SIDRA. Edição: SESAU/CGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: IBGE - Nota Técnica nº 03/2022, devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2021 e 2022

3.9.4 - ACESSO AO SERVIÇO DE DESTINO DO LIXO

A gestão adequada dos resíduos sólidos é um componente fundamental das condições socio sanitárias, pois impacta diretamente a saúde da população e o meio ambiente. A forma como o lixo é descartado e tratado influencia a propagação de doenças, a qualidade do solo e da água e a proliferação de vetores transmissores de enfermidades. O manejo adequado dos resíduos sólidos é essencial para prevenir doenças, melhorar a qualidade de vida e reduzir impactos ambientais. Para que essa mudança ocorra, é necessário um esforço conjunto entre governo, sociedade e setor privado na busca por soluções mais eficazes, acessíveis e sustentáveis.

Tabela 15 - Destino do Lixo Domiciliar por Abrangência Geográfica (2018-2023)

Variável - Distribuição Percentual de Domicílios (%)					
Situação do Domicílio - Total					
Abrangência Geográfica	Abrangência/Tipo	Ano			
		2018	2019	2022	2023
Brasil	Brasil - Total	100	100	100	100
	Coletado diretamente por serviço de limpeza	83,0	84,3	86	86,1
	Coletado em caçamba de serviço de limpeza	8,1	7	6,2	6,5
	Queimado (na propriedade)	7,5	7,4	6,8	6,6
	Outro destino	1,4	1,2	0,9	0,9
Região Norte	Região Norte - Total	100	100	100	100
	Coletado diretamente por serviço de limpeza	70,8	72,3	75,2	78,2
	Coletado em caçamba de serviço de limpeza	9,2	7,5	7,3	5
	Queimado (na propriedade)	17,6	17,6	16	15,4
	Outro destino	2,4	2,6	1,6	1,5
Roraima	Roraima - Total	100	100	100	100
	Coletado diretamente por serviço de limpeza	81,3	83,2	87	85,7
	Coletado em caçamba de serviço de limpeza	2,7	1,3	1,1	1
	Queimado (na propriedade)	13,5	11,6	10,7	11,3
	Outro destino	2,5	3,9	1,2	2,1
Percentual da População com Coleta Direta por Serviço de Limpeza (2018-2023)					
Brasil (%)		83,0	84,4	86,1	86,0
Região Norte (%)		70,8	72,3	75,1	78,1
Roraima (%)		81,3	83,2	87,0	85,6

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 1ª Visita - SIDRA. Edição: SESAU/CGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: IBGE - Nota Técnica nº 03/2022, devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2021 e 2022

Dentre os principais patógenos propagados por mosquito estão: dengue, febre amarela e malária; propagadas por moscas: giardíase, disenteria, amebíase, cólera, salmonelose; propagadas por baratas e formigas: giardíase, cólera e diarreia; e propagadas por ratos: leptospirose, peste bubônica e tifo.

Observando a tabela acima Roraima apresentou um aumento expressivo no percentual de domicílios com lixo coletado diretamente por serviço de limpeza, passando de 81,3% em 2018 para 85,6% em 2023. Isso mostra um avanço relevante na cobertura urbana e no fortalecimento dos serviços públicos de limpeza. No entanto, esse dado agregado esconde as assimetrias regionais e socioculturais dentro do Estado. Grande parte dessa cobertura é realizada na capital, Boa Vista, enquanto nos municípios do interior, comunidades indígenas e áreas de ocupação recentes, o acesso continua limitado.

Apesar da redução, o índice de domicílios que ainda queimam o lixo na própria propriedade permanece elevado: 13,5% em 2018 para 11,3% em 2023. Esta prática, além de ambientalmente insustentável, traz sérios riscos à saúde humana, dentre as quais podemos destacar: a emissão de poluentes atmosféricos tóxicos (como dioxinas e furanos); o agravamento de doenças respiratórias, como asma e bronquites; atração de vetores como ratos e moscas, que se proliferam em resíduos mal descartados. Esses efeitos são particularmente críticos em áreas onde os serviços não chegam - como áreas rurais, ribeirinha, comunidades indígenas, áreas

ocupadas por migrantes e locais afetados pelo garimpo, onde há acúmulo de resíduos não orgânicos e químicos.

Parte das terras indígenas em Roraima não possui estrutura regular de coleta de resíduos sólidos. Isso obriga as comunidades a lidar de forma artesanal com o lixo gerado, muitas vezes por meio de enterramento ou queima ao ar livre. Além disso, há a presença de embalagens industrializadas e lixo urbano que advém do comércio informal intensificando o acúmulo de resíduos não biodegradáveis nessas áreas sem que haja contrapartida de coleta estruturada. Esse cenário compromete a saúde das populações indígenas, o impacto dos ecossistemas tradicionais e rompe com modos de vida sustentáveis.

Nas regiões afetadas pelo garimpo ilegal, especialmente nas áreas de floresta e dentro de territórios indígenas, o impacto sobre os resíduos sólidos é duplo. Em primeiro lugar, há a produção direta de lixo pelos próprios garimpeiros - como plásticos, metais, restos de equipamentos e até óleo - que são abandonados no meio ambiente. Em segundo lugar, não há nenhum tipo de coleta formal ou gestão de resíduos nesses locais. Isso gera acúmulo descontrolado de materiais tóxicos, agravando a contaminação de solos e fluxos de água. O lixo gerado por essas atividades agrava ainda mais os riscos de doenças infecciosas, contaminantes alimentares e proliferação de vetores de doenças.

Com migração da Venezuela, os municípios principalmente da capital Boa Vista e Pacaraima na fronteira, tem que depender da infraestrutura urbana de forma intensa. O crescimento populacional rápido e não planejado em bairros periféricos dificulta a manutenção da regularidade da coleta domiciliar. Muitos migrantes acabam depositando lixo em terrenos baldios ou em vias públicas, devido à falta de acesso regular à coleta. Essa situação favorece surtos de arboviroses (como dengue e chikungunya), infestações de roedores e desvirtua a paisagem urbana, impactando também os moradores locais e sobrecarregando os serviços de saúde pública.

Nas áreas rurais de Roraima, preponderantemente nas comunidades ribeirinhas e agrícolas, onde a cobertura de coleta direta é limitada ou inexistente a situação merece atenção. A população nessas regiões recorre frequentemente à queima do lixo na propriedade, enterramento ou descarte em matas e cursos d'água. Essa prática, além de nociva ao meio ambiente, representa um risco sanitário elevado, expondo os moradores à inalação de fumaça tóxica, à contaminação da água e à presença de vetores de doenças diversas .

Roraima, como o Brasil e outros Estados e municípios da Região Norte, enfrentam grandes desafios quanto à existência e funcionamento adequado de aterros sanitários regulamentados. Em vários municípios, os resíduos ainda são descartados em lixões ao céu aberto ou em áreas com baixa proteção ambiental, sem controle de chorume, gases tóxicos ou separação entre tipos de resíduos. Isso acarreta riscos diretos, dentre os quais: contaminação do solo e das águas subterrâneas, especialmente em regiões com aquíferos rasos; emissão de gases de efeito estufa, como metano, contribuindo para as mudanças climáticas; e atração de vetores como moscas, ratos e baratas, com implicações sanitárias diretas para as comunidades próximas.

Além dos impactos ambientais, o lixo expõe catadores e trabalhadores da limpeza urbana a uma gama de riscos biológicos e químicos, os quais muitas vezes estão sem Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados ou qualquer tipo de vigilância à saúde ocupacional. Nesse mesmo contexto, estão as unidades de saúde (postos, hospitais, unidades básicas e laboratórios) que geram um tipo específico de lixo - os chamados Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) - os quais devem ter a coleta e o destino diferenciados. Incluem-se aqui materiais perfurocortantes (agulhas, bisturis), contaminantes biológicos (sangue, curativos, restos de tecido) e químicos (medicamentos vencidos, desinfetantes e reagentes laboratoriais).

Em Roraima, a incineração desses resíduos ainda é realizada especialmente fora da capital no Estado do Amazonas. Nesse sentido, muitos municípios não possuem autoclaves, incineradores licenciados ou contratos regulares com empresas especializadas devido à inexistência em nível local desses tipos específicos de serviço. Isso pode resultar em práticas indevidas, como: mistura do lixo hospitalar com o lixo comum, encaminhado para lixões; queima a céu aberto de resíduos contaminantes; e armazenamento prolongado sem refrigeração ou controle microbiológico. Essas falhas aumentam exponencialmente os riscos de acidentes ocupacionais, contaminações cruzadas e até surtos de infecções em ambientes vulneráveis.

A ineficiência na separação e destinação final do lixo - principalmente em áreas com lixões ou ausência de gestão diferenciada de resíduos de saúde - acarreta constante exposição a agentes infecciosos, tóxicos e materiais perfurocortantes. Essa situação pode ocasionar: lesões, infecções, contaminações por HIV, hepatites B e C; distúrbios respiratórios; dermatológicos; e agravos emocionais decorrentes da precariedade das condições de trabalho. É oportuno pontuar também que esses problemas tendem a não ficar restritos aos profissionais que lidam diretamente com o lixo ou profissionais de saúde, a iminência probabilística desse cenário se expandir para a sociedade em geral é real em decorrência das consequências devido à contaminação dos cursos d'água ou da manipulação por crianças e adultos em busca de recicláveis, situação recorrente de populações vulneráveis.

Para enfrentar, mitigar ou romper com esse cenário, é fundamental que Estados e Municípios, no que couber, avancem em algumas frentes estratégicas, tais como:

- Implantação de aterros sanitários adequados, com controle de resíduos perigosos e sistema de tratamento de chorume e gases;
- Gestão integrada dos resíduos de serviços de saúde, com rotas seguras, transporte especializado e destino final ambientalmente adequado;
- Fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador, com atenção especial aos profissionais da limpeza urbana, catadores e trabalhadores da saúde;
- Educação ambiental e sanitária nas comunidades, principalmente nas áreas rurais e indígenas;
- Responsabilidade ambiental das instituições de saúde públicas e privadas, com monitoramento regular e auditoria dos processos de descarte.

O destino final do lixo domiciliar e dos resíduos hospitalares em Roraima está diretamente relacionado à promoção ou à negação do direito à saúde. Quando esses resíduos não são tratados de forma segura e sustentável, tornam-se fontes de contaminação, de doenças e de violação dos direitos humanos - especialmente para os mais vulneráveis. A construção de uma política estadual de resíduos sólidos, alinhada ao Plano Nacional de Resíduos Sólidos (PLANARES), é essencial para garantir qualidade de vida, proteção ambiental e dignidade a população.

3.10 - EDUCAÇÃO

No contexto do Estado de Roraima, a inter-relação entre os setores de educação e saúde pública é estratégica e decisiva para o desenvolvimento social, econômico e humano da população. A educação, ao promover o conhecimento, a formação crítica e a autonomia dos cidadãos, exerce influência direta sobre os determinantes sociais da saúde e contribui para a melhoria dos indicadores sanitários e da qualidade de vida. Em um território marcado por grandes desafios de acesso, a diversidade cultural - especialmente pela presença significativa de populações indígenas - e as desigualdades sociais, o fortalecimento do setor educacional representa uma ferramenta indispensável para a promoção da equidade em saúde.

Sendo assim, a partir da perspectiva dos determinantes sociais da saúde, a educação é um dos principais fatores associados às condições de vida, comportamento em saúde e acesso a assistência seja nos diversos níveis, seja na atenção primária, ambulatorial e/ou hospitalar. A deficiência educacional compromete não apenas o desempenho econômico, mas também a capacidade individual e coletiva de agir sobre os próprios determinantes de saúde, limitando a autonomia, a participação social e o exercício pleno da cidadania.

3.10.1 - ANALFABETISMO

O analfabetismo se configura como um fator crítico que amplia as desigualdades em saúde e compromete a efetividade das políticas públicas externas ao bem-estar da população. A falta de habilidades básicas de leitura e escrita impacta diretamente a capacidade dos indivíduos de compreender informações sobre saúde, seguir prescrições médicas, interpretar rótulos de medicamentos, adotar práticas preventivas e acessar os serviços de saúde de maneira adequada.

Tabela 16 - Taxa de Analfabetismo (2018-2023)

Variável - Taxa de Analfabetismo das Pessoas de 15 Anos ou Mais de Idade (%)				
Situação do Domicílio - Total				
Abrangência Geográfica	Ano			
	2018	2019	2022	2023
Brasil	6,3	6,1	5,6	5,4
Região Norte	7,4	7,0	6,4	6,4
Roraima	5,5	4,6	3,9	4,2

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 2ª Trim. - SIDRA. Edição: SESAU/CGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: IBGE - Nota Técnica nº 03/2022, devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2021 e 2022

Com base na tabela apresentada, a taxa de analfabetismo em Roraima apresentou uma tendência de queda entre 2018 (5,5%) e 2022 (3,9%) , mas voltou a subir em 2023 (4,2%). No Brasil, a redução foi mais consistente, passando de 6,3% (2018) para 5,4% (2023). Essa variação em Roraima pode ter implicações significativas na saúde pública , principalmente no acesso, compreensão e adesão a políticas e serviços de saúde.

Embora esse desempenho, à primeira vista, demonstre avanços importantes em termos de acesso à alfabetização, exige um olhar mais refinado quando desagregado por contextos populacionais, territoriais e sociais que moldam a realidade do Estado. Nas áreas urbanas, por exemplo e principalmente na capital Boa Vista, onde estão equipadas com as maiores estruturas educacionais e serviços públicos, é possível observar os reflexos de políticas educacionais mais eficazes. A presença de escolas urbanizadas, maior qualificação docente e acesso à tecnologia favorecem a alfabetização em idade adequada. No entanto, mesmo nesses centros, persistem bolsões de pobreza, com ocupações irregulares e comunidades periféricas que abrigam tanto roraimenses quanto migrantes venezuelanos em situação de vulnerabilidade, cuja inserção no sistema de ensino enfrenta barreiras linguísticas e socioeconômicas.

Por outro lado, o cenário nas áreas rurais e remotas do Estado é consideravelmente mais adverso. A escassez de escolas próximas às residências, a falta de transporte escolar regular e a dificuldade na manutenção de professores em regiões isoladas são fatores que contribuem diretamente para a manutenção do analfabetismo funcional. Isso pode ocorrer principalmente pela realidade de famílias que priorizam o trabalho agrícola ou extrativista de adolescentes e jovens em detrimento da escolarização formal, comumente podendo ser observadas em áreas de difícil acesso.

A situação se complica entre as populações indígenas, que representam cerca de 15% da população do Estado, distribuídas em diversas etnias e territórios. Muitos desses povos vivem em comunidades sem acesso contínuo à educação bilíngue ou intercultural, ou que envolvem o processo de alfabetização, especialmente quando ela não é adaptada à sua realidade linguística e cultural. A ausência de materiais didáticos específicos e a desvalorização do conhecimento tradicional na escola ocidental pode impactar para a eficácia das políticas educacionais nessas regiões. Embora a taxa geral de analfabetismo em Roraima esteja abaixo da média nacional, é muito provável que entre indígenas, esse índice seja mais elevado, o que evidencia uma desigualdade estrutural que pode estar persistindo ao longo do tempo.

O agravamento ocasionado pela presença do garimpo ilegal ocorrido na contemporaneidade de Roraima em territórios indígenas e áreas florestais também representa um fator de desestruturação do tecido social e educacional. A prática garimpeira envolve mudanças constantes, instalação de estruturas provisórias e, muitas vezes, a retirada de crianças e adolescentes da escola para atividades informais de apoio ao garimpo ou para viver em contextos insalubres, sem garantia de direitos fundamentais. Além disso, o garimpo ilegal atrai pessoas de várias regiões do país e cria uma dinâmica populacional instável, dificultando o planejamento e a permanência de políticas públicas de educação nessas regiões.

A migração forçada da Venezuela também exerce uma pressão significativa sobre o sistema educacional roraimense. Milhares de venezuelanos chegaram ao Estado nos últimos anos, e, embora esforços de interiorização e inclusão escolar tenham sido realizados, muitos adolescentes e adultos não foram integrados em programas de alfabetização ou ensino regular. As barreiras linguísticas, o trabalho informal e a instabilidade socioeconômica são obstáculos reais que são reduzidos para o aumento do analfabetismo funcional nessa população, principalmente entre aqueles que já chegaram ao país com baixa escolarização.

Em termos de saúde pública, o analfabetismo está diretamente relacionado pois compromete a capacidade dos indivíduos de compreender orientações médicas, aderir a tratamentos, interpretar bulas e acessar direitos. Nas comunidades analfabetas, há maior incidência de doenças infecciosas, baixa adesão a campanhas de vacinação e maior exposição a agravos evitáveis, tornando o combate ao analfabetismo um eixo essencial da política socio sanitária.

Conclui-se que, embora Roraima apresente indicadores gerais positivos em relação aos nacionais, esses números refletem em parte a realidade de grupos sociais e territoriais específicos. A superação mais efetiva do analfabetismo em Roraima exige uma abordagem intersectorial, culturalmente sensível e territorializada, integrando as políticas de educação, saúde, assistência social e direitos humanos, sobretudo para populações indígenas, migrantes e comunidades impactadas por atividades ilegais como ocorre no garimpo ilegal. Dessa forma, é possível transformar o acesso à alfabetização em um verdadeiro instrumento de cidadania, saúde e inclusão social.

3.10.2 - NÍVEL DE INSTRUÇÃO

Do ponto de vista da saúde pública, uma elevação no nível educacional pode ter resultados positivos significativos. Estudos demonstram que maiores níveis de escolaridade estão associados a melhores condições de saúde, uma vez que indivíduos mais instruídos tendem a compreender e aderir com mais facilidade a medidas de prevenção, buscar assistência médica de forma mais proativa e adotar hábitos de vida saudáveis. Em contrapartida, uma população com baixa escolaridade enfrenta barreiras na assimilação de informações sobre saúde, o que pode resultar em menor adesão a esquemas vacinais, falta de conhecimento sobre doenças crônicas e dificuldades no uso adequado de serviços de saúde.

Tabela 17 - Nível de Instrução (2018-2023)

Variável - Distribuição Percentual das Pessoas de 14 Anos ou Mais de Idade (%)					
Situação do Domicílio - Total					
Abrangência Geográfica	Abrangência/Nível de Instrução	Ano			
		2018	2019	2022	2023
Brasil	Brasil – Total (%)	100	100	100	100
	Sem instrução	5,2	4,8	4,9	5,0
	Ensino fundamental incompleto ou equivalente	29,9	29,0	26,2	25,4
	Ensino fundamental completo ou equivalente	9,3	9,2	8,7	8,5
	Ensino médio incompleto ou equivalente	8,3	8,2	8,3	8,2
	Ensino médio completo ou equivalente	28,2	28,8	30,6	31,1
	Ensino superior incompleto ou equivalente	5,5	5,6	5,3	5,3

	Superior completo	13,6	14,4	16,0	16,5
Região Norte	Região Norte – Total (%)	100	100	100	100
	Sem instrução	6,1	5,2	5,7	5,6
	Ensino fundamental incompleto ou equivalente	33,1	32,5	28,9	28,1
	Ensino fundamental completo ou equivalente	9,0	8,8	8,3	8,3
	Ensino médio incompleto ou equivalente	9,6	9,7	9,7	9,6
	Ensino médio completo ou equivalente	27,4	28,3	30,1	30,9
	Ensino superior incompleto ou equivalente	5,0	5,2	5,1	5,0
	Superior completo	9,9	10,4	12,2	12,5
Roraima	Roraima – Total (%)	100	100	100	100
	Sem instrução	5,4	5,0	4,4	4,4
	Ensino fundamental incompleto ou equivalente	23,8	21,6	18,8	18,8
	Ensino fundamental completo ou equivalente	7,8	7,2	8,9	7,7
	Ensino médio incompleto ou equivalente	9,8	10,3	9,4	10,5
	Ensino médio completo ou equivalente	30,5	32,7	37,3	36,6
	Ensino superior incompleto ou equivalente	7,7	7,5	6,6	6,3
	Superior completo	15,0	15,7	14,6	15,6
Distribuição Percentual das Pessoas de 14 Anos ou Mais com Nível Superior (2018-2023)					
Brasil (%)		13,6	14,4	16,0	16,5
Região Norte (%)		9,9	10,4	12,2	12,5
Roraima (%)		15,0	15,7	14,6	15,6
Distribuição Percentual das Pessoas de 14 Anos ou Mais com Nível Médio (2018-2023)					
Brasil (%)		28,2	28,8	30,6	31,1
Região Norte (%)		27,4	28,3	30,1	30,9
Roraima (%)		30,5	32,7	37,3	36,6

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 2ª Trim. - SIDRA. Edição: SESAU/CGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: IBGE - Nota Técnica nº 03/2022, devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2021 e 2022

A análise do nível de instrução da população de Roraima e suas implicações na saúde pública revela uma demonstração direta entre escolaridade e condições de saúde, acesso a serviços e adesão a políticas de prevenção. Com base nos dados da tabela, observa-se uma melhoria na escolaridade da população de Roraima entre 2018 e 2023, evidenciada pela redução do percentual de pessoas sem instrução (de 5% para 4%) e do ensino fundamental incompleto (de 24% para 19%), ao mesmo tempo em que houve um aumento daqueles com ensino médio completo (de 30,5% para 36,6%) e nível superior completo (de 15% para 15,6%).

A queda no percentual de pessoas com ensino fundamental incompleto e o crescimento das faixas de ensino médio e superior indicam um potencial para a melhoria dos indicadores de saúde em Roraima. Isso pode estar associado a um aumento da empregabilidade e de renda, proporcionando melhores condições de vida e acesso a uma alimentação mais adequada, além da melhora da vulnerabilidade consequentemente de doenças relacionadas à pobreza, como desnutrição e infecções. Além disso, uma população mais instruída tende a ter menores taxas de fecundidade, o que impacta com certeza na mortalidade infantil e a saúde materna.

O percentual de pessoas com ensino médio completo em Roraima passou de 30,5% em 2018 para 36,6% em 2023, superando a média nacional (31,1%). Esse avanço reflete o esforço das redes estaduais e federais em ampliar a cobertura educacional no ensino médio, com destaque para a expansão de escolas técnicas, institutos federais e programas de incentivo à permanência escolar. Já no ensino superior completo, o crescimento foi mais modesto, saindo de 15,0% em 2018 para 15,6% em 2023, praticamente estagnado ao longo dos anos e abaixo da média brasileira (16,5% em 2023). Essa estagnação pode indicar barreiras de acesso à educação superior, sobretudo relacionadas à renda, mobilidade territorial e estrutura de oferta nos municípios do interior.

Nos centros urbanos, especialmente na capital Boa Vista, observa-se uma maior concentração de pessoas com ensino médio e superior completo, reflexo da presença de instituições educacionais, maior oferta de cursos técnicos, universidades, cursos preparatórios e melhores condições de conectividade digital. Já nas zonas rurais, o cenário é bastante distinto: persistem taxas mais altas de ensino fundamental incompleto e de população sem instrução, que embora tenham caído de 5,4% para 4,4% no Estado entre 2018 e 2023, permanece como indicativo da exclusão vivida por essas comunidades.

Entre os povos indígenas, a situação é ainda mais desafiadora. A escolarização nesses territórios esbarra na dificuldade de manter professores capacitados, na escassez de material didático bilíngue e na rotatividade de gestores escolares. Grande parte das escolas indígenas oferece apenas o ensino fundamental, e pouco alcançou o ensino médio com qualidade adequada. Como resultado, a maior parte da população indígena de 14 anos ou mais de idade ainda se concentra nos níveis de ensino fundamental incompleto ou equivalente, o que limita tanto o acesso às oportunidades profissionais quanto à compreensão crítica sobre os direitos em saúde, saneamento, segurança alimentar e território.

Para enfrentar essa situação na comunidade indígena Raposa I, após 22 anos sem manutenção, representa um marco positivo e simbólico no avanço do direito à educação dos povos originários de Roraima. A entrega ocorrida em 2023 contou com um espaço físico digno, com estrutura adequada e climatização, essa importante unidade educacional contribui não apenas para a melhoria do processo de ensino-aprendizagem, mas também fortalece a autoestima coletiva da comunidade e o reconhecimento de sua identidade e cultura. Nesse sentido a ação governamental vai além da infraestrutura: sinalizando um compromisso com a inclusão educacional indígena e abre caminho para políticas públicas mais justas e interculturais, ao oferecer condições mínimas para que as crianças e os jovens aprendam em um ambiente seguro, acolhedor e que respeite seus modos de vida. Nesse sentido, a reforma da escola é um avanço concreto na valorização da educação como ferramenta de emancipação, cidadania e promoção da saúde integral das populações indígenas (Roraima, 2023).

Outro fator que fragiliza o nível de instrução em Roraima é o impacto do garimpo ilegal, especialmente em terras indígenas e áreas de difícil acesso. Essa prática desorganiza o território e destrutura vínculos familiares e escolares, afetando jovens e adolescentes que abandonaram os estudos para apoiar as atividades garimpeiras. Além da evasão escolar, o ambiente de garimpo envolve o

desenvolvimento cognitivo e social dos adolescentes expostos a riscos como violência, abuso e uso de substâncias psicoativas. A ausência de instrução formal nessa população resulta em ciclos contínuos de exclusão social e precarização das condições de saúde e trabalho .

A migração forçada da Venezuela, por sua vez, promove um novo perfil populacional com importantes repercussões nos indicadores educacionais. Muitos adolescentes e adultos migrantes chegam ao Brasil com escolarização interrompida, desatualizada ou sem documentação. Embora os programas de interiorização e acolhimento tenham buscado ampliar o acesso à educação, o número de migrantes com nível de instrução inferior ao ensino médio ainda é elevado, o que exige políticas específicas de alfabetização de jovens e adultos, cursos profissionalizantes e reconhecimento de diplomas estrangeiros.

No campo das implicações para a saúde, é importante ressaltar que o nível de instrução está intimamente associado à capacidade de compreensão e adesão aos cuidados preventivos, ao uso racional de medicamentos, à leitura de receitas, ao acesso a serviços especializados e à participação em ações de promoção da saúde. Grupos com baixa escolarização tendem a apresentar piores indicadores de saúde, maior incidência de doenças evitáveis e menor expectativa de vida . Por isso, elevar o nível de instrução da população é também investir em determinantes sociais da saúde, promovendo a cidadania, a autonomia e a qualidade de vida.

Embora Roraima apresente avanços importantes nos indicadores de escolaridade, os dados ainda refletem desigualdades históricas e territoriais profundas. Os desafios são maiores nas zonas rurais, entre indígenas, migrantes e populações vulneráveis. Portanto, é necessário que o Estado reforce e mantenha políticas educacionais inclusivas, com foco na permanência escolar, na formação docente intercultural, na integração com os serviços de saúde e no fortalecimento das redes comunitárias de apoio - caminho necessário para transformar o nível de instrução em um verdadeiro pilar da equidade em saúde e desenvolvimento humano.

3.10.3 - ESCOLARIZAÇÃO

A taxa de bruta de escolarização por sexo é um indicador educacional que mostra o percentual da população que frequenta a escola, para permitir analisar qual o nível de acesso à educação em cada caso. A desagregação desse indicador por sexo pode revelar iniquidades que influenciam diferentes exposições a fatores de risco. Mulheres fora da escola, por exemplo, estão mais vulneráveis à gravidez precoce, violência sexual e exclusão social, enquanto homens fora do sistema educacional podem estar mais suscetíveis ao envolvimento com violência urbana, trabalho infantil e uso precoce de substâncias psicoativas. Essas vulnerabilidades têm impactos diretos sobre a saúde mental, a saúde sexual e reprodutiva, e sobre o risco de adoecimento e morte precoce.

Do ponto de vista da gestão pública, a análise da taxa de bruta de escolarização por sexo contribui para o diagnóstico situacional em saúde e para a estratificação de riscos sociais, sendo essencial no planejamento de ações intersetoriais articuladas entre saúde, educação e assistência social. Essa

abordagem é coerente com os princípios da equidade e da integralidade do SUS, fortalecendo programas como o Programa Saúde na Escola (PSE), a Rede Alyne (Rede Materna Infantil) e estratégias de enfrentamento às violências e agravos evitáveis na adolescência.

Tabela 18 - Taxa Bruta de Escolarização Por Sexo (2018-2023)

Variável - Taxa de Escolarização (%)								
Abrangência Geográfica	Ano x Sexo							
	2018		2019		2022		2023	
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Brasil (%)	28,6	27,7	28,4	27,3	27,6	26,9	27,5	26,7
Região Norte (%)	32,3	33,3	32,4	32,5	31,2	31,3	30,9	30,8
Roraima (%)	32,3	35,3	34,0	34,9	30,1	30,9	31,3	31,6

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 2ª Trim. - SIDRA. Edição: SESAU/CGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: IBGE - Nota Técnica nº 03/2022, devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2021 e 2022

A análise do Indicador Bruto de Escolarização por Sexo em Roraima, no período de 2018 a 2023, evidencia um desempenho relativamente superior ao da média nacional, porém com oscilações persistentes entre os sexos. Os dados revelam que, embora homens e mulheres mantenham percentuais semelhantes em 2023 com 31,3% e 31,6%, respectivamente, essa paridade aparente não reflete as diferenças qualitativas e contextuais vivenciadas pelos dois grupos, especialmente quando inseridas em contextos de maior vulnerabilidade social.

Entre os homens, observa-se uma leve recuperação da taxa de escolarização em 2023 (31,3%), após uma queda acentuada em 2022 (30,1%). Essa trajetória aponta para a necessidade de atenção especial à permanência escolar masculina, especialmente no ensino médio, onde historicamente se observa maior evasão entre os rapazes, motivada pela inserção precoce no mercado informal, vulnerabilidades sociais e envolvimento em outras atividades. Esta última é um agravante relevante em Roraima, pois atrai adolescentes e jovens do sexo masculino para atividades econômicas informais, desgarrando-os da vida escolar e os expondo a riscos ambientais, sociais e de saúde.

Já entre as mulheres, a taxa de escolarização feminina também teve leve melhora em 2023 (31,6%), após quedas em 2019 e 2022. Apesar disso, o histórico de escolarização feminina em Roraima apresenta desafios, especialmente nas áreas rurais e indígenas, onde o acúmulo de responsabilidades domésticas, a maternidade precoce e a falta de políticas de cuidado dificultam a continuidade dos estudos. Em muitas comunidades indígenas e fronteiriças, meninas adolescentes são retiradas da escola para auxiliar no sustento familiar ou cuidar de irmãos menores, o que compromete a escolarização plena e limita as possibilidades futuras de autonomia econômica e acesso à saúde com qualidade.

A situação das populações indígenas, por sua vez, impõe um recorte necessário à análise. Mesmo que os dados gerais de Roraima estejam acima da média brasileira, é importante considerar que grande parte dessa população ainda está fora das estatísticas educacionais regulares, seja por ausência de registro, dificuldades de acesso físico às escolas ou baixa permanência no sistema. Nas

comunidades indígenas, o ensino médio ainda é escasso, e quando oferecido, deve respeitar a interculturalidade, a língua materna ou os saberes tradicionais, integrando os jovens a escola. A baixa escolarização indígena impacta diretamente os indicadores de saúde, ao dificultar o acesso à informação, à prevenção de doenças e ao uso adequado dos serviços públicos.

A migração predominantemente da Venezuela também alterou o cenário educacional em Roraima, especialmente nos municípios de Boa Vista e Pacaraima. Jovens migrantes, tanto meninas quanto meninos, enfrentam barreiras linguísticas, dificuldades de documentação e, muitas vezes, a necessidade de contribuir financeiramente com a família, o que prejudica a inserção e a continuidade no sistema educacional. Os impactos são ainda mais severos entre os adolescentes migrantes, que enfrentam riscos associados à exploração, à evasão escolar e à saúde sexual e reprodutiva sem suporte adequado. Ainda que existam políticas de acolhimento e interiorização, essas ações precisam ser ampliadas e adaptadas à realidade educacional da população migrante.

Em termos de melhorias possíveis, o Estado de Roraima deve priorizar a valorização de políticas educacionais territorializadas, com abordagem de gênero e interculturalidade, promovendo a inclusão de meninas indígenas, jovens trabalhadores e migrantes no ambiente escolar. É fundamental ampliar o acesso à educação básica e profissionalizante nas áreas mais remotas, fortalecer o transporte escolar, oferecer alimentação adequada e desenvolver programas de combate à evasão escolar atrelados à saúde, à assistência social e à empregabilidade. A expansão da rede de escolas indígenas de ensino médio, a capacitação de professores bilíngues, e a criação de programas de reforço e acolhimento escolar para migrantes são medidas que podem garantir mais equidade no acesso à educação.

Por outro lado, o Estado apresenta aspectos positivos que merecem destaque. Roraima, desde 2018, mantém um índice de escolarização brutal superior à média nacional para ambos os sexos. Isso demonstra um potencial importante de cobertura e capilaridade da rede de ensino, além da presença de políticas públicas que geram impacto positivo na inclusão escolar. Com a continuidade e o aprimoramento dessas ações, aliadas a uma atenção especial às populações vulneráveis, Roraima pode consolidar uma política educacional que contribui não apenas para o acesso à educação, mas também para a promoção da saúde, da cidadania e da equidade social em seu território.

Os homens, que apresentam taxas de escolarização menores, podem enfrentar maiores barreiras no acesso à informação em saúde, refletindo em menores taxas de adesão a exames preventivos e tratamentos contínuos, como o controle de hipertensão e diabetes. Além disso, a menor escolarização pode estar associada a uma maior exposição a comportamentos de risco, como consumo de substâncias psicoativas e acidentes de trabalho, e violências gerando impacto direto nos serviços de urgência e emergência. Promover a equidade entre os sexos no campo educacional não apenas melhora os indicadores de escolarização, mas também fortalece a base para uma sociedade mais justa, saudável e preparada para enfrentar os desafios sociais e econômicos de forma integrada.

3.11 - TRABALHO NÃO REMUNERADO

A análise de outras formas não remuneradas de trabalho é um avanço metodológico que amplia a compreensão de atividades desenvolvidas com implicações na dimensão social e econômica. No contexto das condições socio sanitárias, especialmente para Estados com alta heterogeneidade territorial como Roraima, essa abordagem é necessária para revelar realidades que, até recentemente, eram invisibilizadas pelas estatísticas oficiais mais tradicionais.

A estratificação das formas de trabalho, portanto, permite enxergar toda complexidade daquelas atividades que não estão ligados a renda, sendo considerada a sua transcendência para além da relação formal de emprego. Ao mesmo tempo, contribui para que a análise das condições socio sanitárias seja mais sensível à realidade concreta das famílias e territórios, especificamente ajuda a compreender esse cenário e pode contribuir como base para implementação de políticas públicas mais eficazes, inclusivas e adaptadas às múltiplas formas existentes de produção que marcam o Brasil e, em particular, o Estado.

Em resumo, a informação do trabalho em suas várias formas contribui para identificar bolsões de vulnerabilidade, onde a ausência de vínculo formal muitas vezes se soma a moradias precárias, ausência de saneamento e insegurança alimentar, variáveis importantes e determinantes centrais vinculados as condições socio sanitárias.

3.11.1 - CUIDADO DE PESSOAS

Conforme a classificação utilizada pelo IBGE, o trabalho relacionado ao cuidado de pessoas é reconhecido dentro da categoria mais ampla de trabalho não remunerado. Esse tipo de trabalho envolve atividades externas à assistência, proteção e bem-estar de outras pessoas, geralmente realizadas no âmbito do domicílio, sem contrapartida financeira direta. Esse tipo de trabalho abrange: cuidar de crianças, incluindo alimentação, dar banho, acompanhar em atividades escolares ou de lazer; cuidar de idosos ou pessoas com deficiência, como administrar medicamentos, acompanhar em consultas, ajudar na locomoção e na higiene pessoal; e também oferecer companhia e apoio emocional aos membros do domicílio dependentes, essa classificação se diferencia do cuidado profissionalizado, que nesse caso seria prestado mediante pagamentos por cuidadores formais, babás ou profissionais de saúde.

Geralmente esse tipo de trabalho não remunerado recai predominantemente por mulheres especialmente aquelas que: não estão inseridas no mercado de trabalho formal; tem menor escolaridade; e/ou vivem em domicílios com crianças pequenas, idosos ou pessoas com deficiência, ou seja, trata-se de uma atividade invisibilizada, não contabilizada no PIB, mas fundamental para o funcionamento da sociedade, pois permite que outros membros da família tenham disponibilidade para o mercado de trabalho ou para estudar.

No contexto das condições socio sanitárias, o trabalho de cuidado de pessoas é um fator determinante. Ele afeta diretamente: a autonomia econômica das mulheres; o acesso a serviços de saúde e assistência por parte de dependentes; e a distribuição desigual da carga de trabalho no interior das famílias.

Incluir essa dimensão do trabalho não remunerado no Plano Estadual de Saúde é fundamental para propor políticas de apoio aos cuidadores informais, tais como: expansão de creches e serviços de atenção à pessoa idosa; reconhecimento do tempo de cuidado para fins previdenciários; ações de saúde mental para sobrecarga emocional dos cuidadores.

Tabela 19 - Percentual de Pessoas que Realizam Tarefas de Cuidados de Moradores (2017-2022)

Variável - Distribuição Percentual das Pessoas de 14 Anos ou Mais de Idade que Realizaram Tarefas de Cuidados de Moradores ou de Parentes não Moradores (%)									
Abrangência Geográfica	Grupo de Idade	Ano X Sexo							
		2017		2018		2019		2022	
		Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Brasil (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	16,8	19,5	16,5	19,5	15,8	18,5	15,3	17,1
	25 a 49	66,4	61,8	66,4	61,3	66,3	61,0	64,8	60,6
	50 +	16,9	18,6	17,2	19,2	17,9	20,5	20,0	22,4
Região Norte (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	22,5	26,7	22,1	26,0	20,9	25,0	20,9	22,0
	25 a 49	63,5	58,4	62,2	58,7	63,2	58,5	62,2	60,1
	50 +	14,0	14,9	15,7	15,3	15,9	16,5	16,9	17,9
Roraima (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	20,1	29,2	27,7	25,8	21,2	23,5	14,3	17,3
	25 a 49	66,0	58,9	56,0	59,8	64,2	61,9	64,2	61,9
	50 +	13,9	11,9	16,3	14,4	14,6	14,6	21,4	20,9

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 5ª Visita - SIDRA. Edição: SESAUCGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2020 e 2021

Com observância da tabela acima, se percebe um aspecto muitas vezes negligenciado na formulação de políticas públicas que é o peso do trabalho de cuidado de pessoas realizadas de forma não remunerada dentro dos domicílios. Trata-se de uma forma de trabalho intimamente ligada à estrutura social e aos determinantes sociais da saúde, especialmente em territórios com grande diversidade como é o caso de Roraima. Os percentuais expressivos entre mulheres - especialmente no grupo de 14 a 24 anos (com 29,2% em 2017 e 25,8% em 2018) - revelam a sobrecarga de jovens cuidadoras, muitas delas ainda na idade escolar ou na transição para o mercado de trabalho, essa situação afeta em alguma medida o grau de seu acesso na economia formal e/ou na educação, além de ter o potencial de gerar consequências psicossociais de médio e longo prazo.

O predomínio das tarefas de cuidado de pessoas nos domicílios entre mulheres de 25 a 49 anos, faixa que concentra de 58% a mais de 60% do total de cuidadoras no período analisado, indica que esse trabalho permanece sendo uma responsabilidade socialmente atribuída ao gênero feminino, perpetuando ciclos de

dependência econômica, dupla jornada e invisibilidade no campo das políticas de saúde. Em termos de condições socio sanitárias, essas mulheres muitas vezes deixam de procurar atendimento médico, cuidados preventivos ou inserção produtiva no mercado de trabalho porque estão totalmente ocupadas pelo cuidado de filhos, idosos ou pessoas com deficiência no próprio domicílio. Isso ocorre também em áreas rurais, ribeirinhas, e respeitadas as identidades culturais, em comunidades indígenas, onde o acesso aos serviços de saúde devido a essa vulnerabilidade ocorre em menor grau ou de forma inexistente e a infraestrutura estatal é muitas vezes ausente.

A interseção com a realidade rural e de comunidades isoladas ou mais distantes dos centros urbanos em Roraima agrava o cenário: nessas localidades, o cuidado domiciliar muitas vezes é a única forma de atenção à saúde disponível. As cuidadoras tornam-se, na prática, agentes informais de cuidado continuado, mesmo sem qualificação técnica, apoio psicológico ou suporte institucional. A ausência de serviços de apoio, como creches públicas, centros de convivência para idosos ou apoio à deficiência, transfere para os lares uma carga que deveria ser compartilhada pelo sistema de proteção social. Isso é acentuado, por exemplo, entre populações que vivem próximas ou dentro de áreas agravadas pela atividade garimpeira ilegal, onde há rompimento de vínculos familiares, agravamento de doenças infecciosas, violência e ausência de políticas públicas. Nessas regiões, mulheres e jovens acabam acumulando responsabilidades não apenas pelos cuidados físicos, mas também pela segurança, alimentação e bem-estar emocional de seus familiares, em contextos de extrema vulnerabilidade ambiental e social.

Como não poderia deixar de ser retratado, a migração em Roraima, intensificada desde 2017 com a chegada de imigrantes e refugiados da Venezuela, gerou uma sobreposição de demandas por cuidado, tanto dentro dos domicílios quanto em espaços improvisados de acolhimento. As mulheres migrantes, que também assumem o cuidado de crianças, idosos ou doentes - muitas vezes sem documentos, rede de apoio ou fluência no idioma - enfrentam desafios ainda mais severos para acesso ao SUS ou serviços de proteção social. Ao mesmo tempo, as mulheres roraimenses que acolhem familiares migrantes também sofrem sobrecarga emocional e material, sem qualquer tipo de compensação por esse trabalho informal e essencial.

Assim sendo, o trabalho de cuidado não remunerado em Roraima, evidenciado na tabela, não é apenas um reflexo de dinâmicas familiares: ele é um marcador profundo de desigualdade social e um componente estruturante das condições socio sanitárias no Estado. Invisibilizado pelas estatísticas reveladas, esse tipo de trabalho exige reconhecimento institucional interfederativo e políticas de suporte aos cuidadores, com enfoque especial para população de com dificuldade de acesso, mulheres pobres, migrantes e comunidades impactadas por atividades ilegais seja elas quais forem. Tratar esse tema como prioridade em Roraima não é apenas uma questão de justiça social, mas de coerência técnica e ética frente à realidade concreta vivida por milhares de cuidadoras que sustentam silenciosamente a saúde de suas famílias e comunidades.

3.11.2 - CONSUMO PRÓPRIO

O trabalho na produção para o próprio consumo é uma forma de ocupação não remunerada. Trata-se de atividades em que uma pessoa produz bens ou serviços para serem consumidos por ela mesma, por sua família ou por membros do domicílio. A produção para o próprio consumo abrange a produção exclusiva para o consumo ou para o uso dos moradores do domicílio ou de parentes, incluindo as seguintes atividades: cultivo, pesca, caça e criação de animais; produção de carvão, corte ou coleta de lenha, coleta de água e extração de sementes, de areia ou de outro material; fabricação de roupas, cerâmicas, rede de pesca, alimentos, produtos medicinais ou outros produtos; construção de edificação, cerca, estrada ou outras obras. Esse tipo de trabalho está incluído entre os trabalhos para uso próprio, e o IBGE o distingue dos trabalhos para o mercado, ou seja, aqueles realizados com o objetivo de obtenção de renda.

Apesar de não gerar remuneração direta, esse tipo de trabalho é relevante para medir o esforço produtivo da população, especialmente em contextos rurais ou em áreas com acesso limitado ao mercado de trabalho formal. Por isso, ele é considerado na mensuração da força de trabalho ampliada, embora não entre diretamente no cálculo da taxa de desocupação, que considera apenas aqueles que buscam trabalho remunerado.

Tabela 20 - Percentual de Pessoas que Realizam Trabalho para Consumo Próprio (2017-2022)

Variável - Distribuição Percentual das Pessoas de 14 Anos ou Mais de Idade que Trabalharam na Produção para o Próprio Consumo (%)									
Abrangência Geográfica	Grupo de Idade	Ano X Sexo							
		2017		2018		2019		2022	
		Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Brasil (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	13,4	9,0	12,3	8,2	11,6	8,2	11,0	7,4
	25 a 49	45,8	45,3	45,6	45,0	45,5	43,8	43,9	42,2
	50 +	40,7	45,7	42,1	46,8	42,9	48,0	45,1	50,3
Região Norte (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	20,1	13,5	17,3	12,9	16,7	12,0	15,7	11,3
	25 a 49	50,9	55,2	51,3	52,6	50,7	52,3	49,8	50,2
	50 +	29,0	31,3	31,4	34,5	32,6	35,8	34,5	38,5
Roraima (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	16,8	11,8	18,0	14,0	12,2	9,2	5,0	4,0
	25 a 49	46,8	55,3	47,6	56,8	50,7	51,5	52,7	44,3
	50 +	36,4	32,9	34,4	29,3	37,1	39,3	42,3	51,7

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 5ª Visita - SIDRA. Edição: SESAU/CGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2020 e 2021

A leitura dos dados apresentados na tabela acima evidencia que o trabalho para o próprio consumo, entre os anos de 2017 e 2022, se mantém como uma prática na população de Roraima, com destaque para os adultos de 25 a 49 anos e para os idosos com 50 anos ou mais. Essa modalidade de trabalho, como bem já explanado acima não é voltada à geração de renda monetária, mas sim à

autossuficiência e à subsistência familiar, revela traços profundos da organização socioeconômica local, especialmente em regiões rurais, comunidades indígenas e áreas afetadas pela instabilidade territorial ou pela ausência de políticas públicas regulares.

É notável que, em 2022, mais da metade das pessoas com 50 anos ou mais (51,7% das mulheres e 42,3% dos homens) de Roraima declararam realizar trabalho para consumo próprio. Esse dado, por si só, já sugere a existência de uma estrutura de resiliência comunitária que se organiza a partir da produção alimentar, da construção e reparação de moradias, do cultivo de roças e da criação de animais como forma de garantir a segurança alimentar e autonomia mínima diante da escassez de renda ou da precarização dos vínculos de trabalho formais. Trata-se, portanto, de um traço estrutural do modo de vida de boa parte da população de Roraima - principalmente na zona rural, em comunidades ribeirinhas e áreas indígenas - onde o trabalho para o próprio consumo não é uma escolha, mas uma necessidade seja ela cultural ou diante da ausência do Estado e do mercado.

A interseção com o garimpo ilegal e os fluxos migratórios - fatores da contemporaneidade em Roraima - adiciona uma camada de complexidade. Em áreas impactadas por garimpos ilegais, por exemplo, há deslocamentos provocados, desestruturação de comunidades tradicionais, contaminação ambiental e desorganização das formas tradicionais de trabalho e subsistência. Com a manipulação ambiental e a perda de acesso à terra fértil, muitas famílias ou migrantes afetados por esse contexto acabam recorrendo à produção para o consumo como última estratégia de sobrevivência. Isso se reflete nos números da faixa etária de 25 a 49 anos, que mesmo em idade economicamente ativa, parecem majoritariamente ocupados nesse tipo de atividade, revelando uma fragilidade estrutural do mercado de trabalho formal,

No campo da saúde pública, esse cenário gera múltiplas implicações. Primeiro, porque o trabalho para consumo próprio, embora garanta alimentação básica e certa estabilidade no curto prazo, não garante renda para aquisição de medicamentos, transporte, atendimento privado ou serviços complementares. Em segundo lugar, porque essa população muitas vezes está fora do radar das políticas de emprego, assistência e saúde, sendo invisibilizada por estratégias que focam apenas na ocupação formal ou no cadastro de beneficiários. Terceiro, porque essa forma de trabalho costuma se sobrepor ao cuidado com idosos, crianças e pessoas com deficiência, o que resulta em sobrecarga física e mental, especialmente entre as mulheres.

Outro ponto importante é que o trabalho para o consumo próprio exige esforço físico constante, muitas vezes sem os equipamentos de proteção adequados ou condições ergonômicas, o que expõe os trabalhadores - principalmente os mais velhos - a riscos de lesões, doenças musculoesqueléticas e complicações crônicas, com impactos diretos nas demandas por cuidados de saúde. Além disso, há também a questão nutricional: embora essas famílias cultivem parte do que consomem, a variedade e o valor nutricional dos alimentos podem ser limitados, especialmente em períodos de seca, enchentes ou deslocamentos provocados por conflitos fundiários ou manipulação ambiental, resultando em desequilíbrios alimentares e carências nutricionais.

Portanto, considerar e analisar o trabalho para consumo próprio como uma dimensão legítima da ocupação no território roraimense é um passo essencial para uma leitura realista e inclusiva das condições socio sanitárias. Ele revela não apenas os vazios deixados pelo Estado, mas também estratégias de resistência e sobrevivência das populações locais. Na saúde, esse dado precisa ser interpretado não como simples ausência de emprego formal, mas como sinal de um modo de vida enraizado em práticas coletivas e em saberes tradicionais, que exige do poder público não apenas assistência, mas respeito, reconhecimento e políticas integradas de segurança alimentar, acesso à terra, saúde da família e fortalecimento da economia solidária. Trata-se, em suma, de uma face do trabalho que não aparece nos holofotes do crescimento econômico, mas que sustenta, silenciosamente, a vida nas margens do sistema.

3.11.3 - AFAZERES DOMÉSTICOS

Pessoas que realizam ações domésticas no próprio domicílio sem receber remuneração são consideradas como trabalhadores não remunerados em atividades de autocuidado e reprodução social; esse tipo de atividade não é considerado emprego formal ou ocupação para fins de taxa de desocupação, mas é reconhecido como uma forma legítima de trabalho não remunerado, com impacto econômico e social relevante. As afazeres domésticos compreendem várias atividades, dentre as quais: limpeza da casa (varrer, lavar, passar roupa); preparação de alimentos; lavagem de louças; organização dos ambientes do lar; cuidar de plantas, animais domésticos ou pequenas manutenções; e gerenciar o domicílio (compras, contas etc.). Nesse sentido, são tarefas realizadas dentro do domicílio onde a pessoa reside, configurando uma atividade de autoconsumo ou de reprodução da vida cotidiana.

De forma geral a maioria desse tipo de trabalho é formado por mulheres, o que evidencia uma divisão sexual do trabalho historicamente desigual. Mesmo quando inseridos no mercado de trabalho remunerado, elas são responsáveis pela maior parte das ações domésticas não pagas. Isso gera a chamada “dupla jornada”, que diz respeito à saúde física e mental, ao tempo de lazer, à qualificação profissional e ao acesso à proteção social.

Esse tipo de trabalho tem implicações diretas nas condições socio sanitárias : está fortemente associado à pobreza de tempo, ou seja, à impossibilidade de cuidar de si por excesso de obrigações; prejudica a autonomia econômica de quem o realiza exclusivamente, pois não gera renda nem direitos trabalhistas; é invisibilizado pelas políticas públicas, embora seja essencial para o bem-estar do domicílio e para a reprodução da força de trabalho da sociedade .

Reconhecer esse trabalho é essencial para a formulação de políticas intersetoriais de cuidado, de proteção social, de incentivo à corresponsabilidade doméstica e à criação de equipamentos públicos de apoio (como creches, lavanderias comunitárias dentre outros).

Tabela 21 - Percentual de Pessoas que Realizam Afazeres Domésticos no Próprio Lar (2017-2022)

Variável – Distribuição Percentual das Pessoas de 14 Anos ou Mais de Idade que Realizaram Afazeres Domésticos no Próprio Domicílio (%)									
Abrangência Geográfica	Grupo de Idade	Ano X Sexo							
		2017		2018		2019		2022	
		Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher	Homem	Mulher
Brasil (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	19,7	20,1	19,7	19,9	19,7	19,4	18,5	18,0
	25 a 49	51,1	48,8	50,8	48,5	50,3	48,3	50,3	48,2
	50 +	29,2	31,1	29,5	31,6	30,0	32,2	31,1	33,7
Região Norte (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	25,7	27,2	25,2	26,3	24,8	25,8	24,8	23,4
	25 a 49	51,6	50,8	51,4	50,2	51,0	50,1	50,4	50,7
	50 +	22,7	22,0	23,4	23,5	24,2	24,0	24,8	25,9
Roraima (%)	Total	100	100	100	100	100	100	100	100
	14 a 24	27,8	28,5	30,3	26,3	27,0	26,3	22,2	21,8
	25 a 49	52,5	52,3	48,2	53,3	51,5	50,6	55,7	54,4
	50 +	19,7	19,2	21,5	20,3	21,5	23,1	22,2	23,8

Fonte: IBGE - PNAD Contínua Anual - 5ª Visita - SIDRA. Edição: SESAU/CGPLAN. Acessado em: 11/03/2025

Obs.: devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2020 e 2021

Conforme evidenciado na tabela acima em Roraima a realização de ações domésticas no próprio domicílio constitui uma atividade cotidiana extremamente difundida entre todos os grupos etários, com concentração especial nas faixas de 14 a 49 anos, e marcante predominância entre as mulheres. Embora tal atividade não seja reconhecida como ocupação formal, trata-se de uma forma de trabalho essencial à reprodução da vida familiar, cujas implicações ultrapassam o espaço privado e impactam diretamente as condições socio sanitárias da população. Em 2022, por exemplo, entre as mulheres de 25 a 49 anos, 54,4% declararam realizar ações domésticas regularmente, revelando uma carga de trabalho invisibilizada que afeta sua saúde feminina física e mental, limita sua inserção no mercado de trabalho e compromete o acesso às políticas públicas de tempo livre, lazer e autocuidado.

O dado se torna ainda mais expressivo quando observado em relação à juventude: 21,8% dos jovens de 14 a 24 anos e 22,2% dos homens da mesma faixa já se encontram dedicados às ações domésticas, o que revela que desde cedo parte da população é ocupada por tarefas não remuneradas que limitam trajetórias escolares, produtivas e de emancipação pessoal. Nas regiões urbanas periféricas de Roraima, essa sobrecarga doméstica muitas vezes se soma a contextos de informalidade, moradias precárias e ausência de equipamentos públicos de apoio, como creches, cozinhas comunitárias ou centros de convivência. Nas áreas rurais, ribeirinhas e comunidades indígenas, onde a lógica do cuidado é coletiva, mas os serviços do Estado são ausentes ou intermitentes, os afazeres domésticos acumulam-se com o trabalho de subsistência, o cuidado com dependentes e a organização comunitária, ampliando a jornada de trabalho informal - especialmente com mais impacto nas mulheres.

A interseção com os territórios impactados pela migração forçada e pelo garimpo ilegal torna esse cenário ainda mais delicado. A chegada de famílias migrantes em situação de vulnerabilidade e a presença de grupos deslocados por conflitos fundiários ou manipulação ambiental têm sobrecarregado as estruturas familiares e comunitárias. As mulheres locais - e muitas vezes também as migrantes - acabam assumindo a organização doméstica e o cuidado com crianças, idosos e doentes, mesmo em contextos onde falta o básico, como acesso à água potável, saneamento e energia elétrica. Nesse ambiente de ausência institucional, os afazeres domésticos passam a ser uma atividade de sobrevivência : cozinhar com lenha, carregar água de longas distâncias, lavar roupas em rios contaminados, tudo isso exige esforço físico em condições sanitárias insalubres.

Do ponto de vista da saúde pública, as implicações são contundentes. A intensificação das ações domésticas em contextos de vulnerabilidade produz efeitos cumulativos sobre o corpo e a mente, especialmente entre as mulheres, nesse caso não é raro a ocorrência de: dores osteomusculares, estresse nervoso, ansiedade, depressão e exaustão física. Além disso, muitas dessas pessoas deixam de acessar os serviços de saúde por falta de tempo ou por não perceberem como prioridade nos cuidados, o que agravam os quadros clínicos e comprometem o rastreamento precoce de doenças crônicas. O trabalho doméstico não remunerado, portanto, precisa ser reconhecido cada vez mais como um marcador social de iniquidade em saúde, que atravessa gênero, território, classe e etnia, motivo pelo qual segue incorporado e deve ser mantido nas análises de situação e no planejamento intersetorial de políticas públicas.

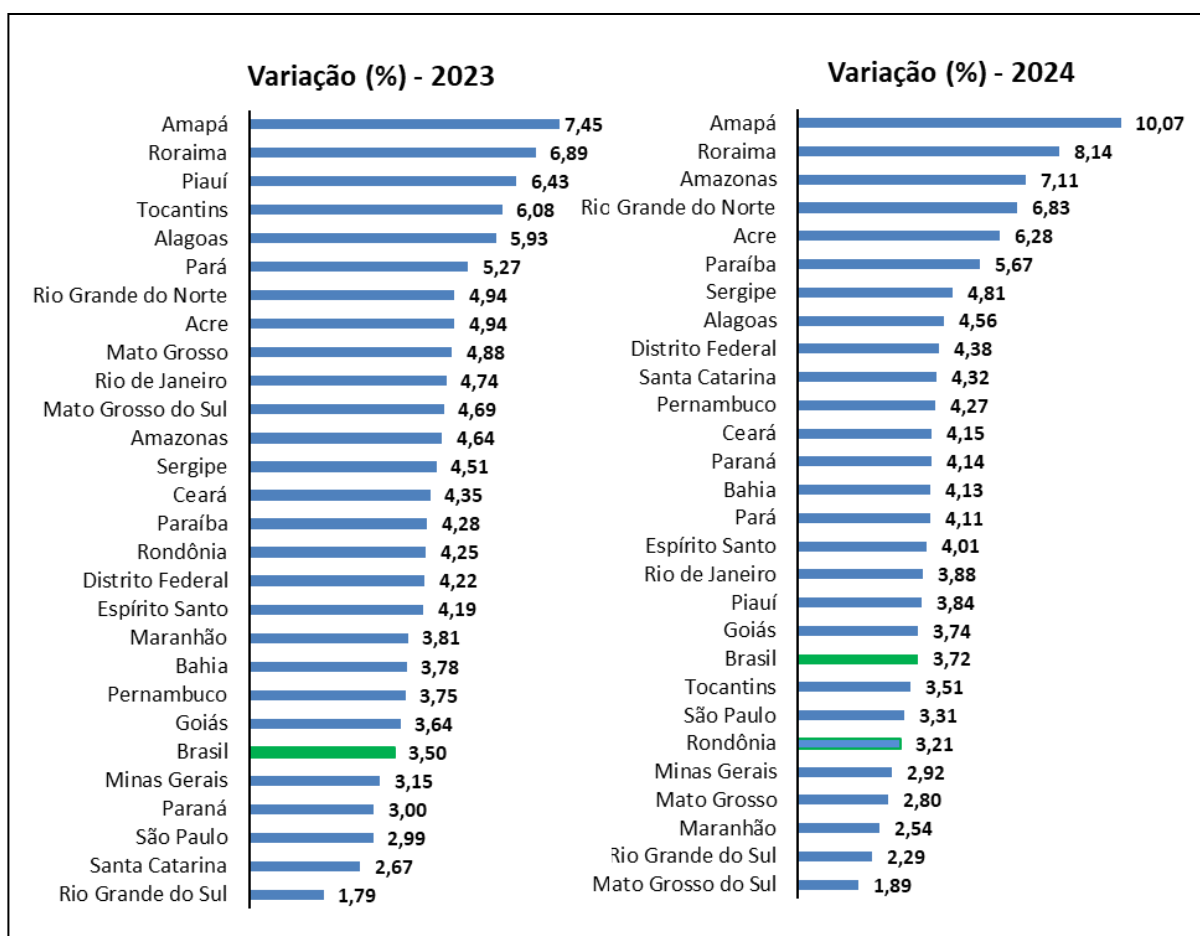
Desse modo, considerar as ações domésticas como variável relevante para o planejamento em saúde é um passo necessário para romper com a invisibilização dessa carga de trabalho que sustenta silenciosamente milhares de domicílios. É também importante que o cuidado com a casa seja considerado, na verdade, cuidado com a vida - e que a ausência de suporte público transfere esse cuidado integralmente para os ombros de mulheres, jovens e/ou idosos, especialmente nos territórios onde o Estado chega tardiamente, ou nem chega. Dessa forma, incorporar esses dados fortalece o compromisso com a equidade, a integralidade e a justiça social, pilares fundantes do SUS e exigência diante da complexidade real dos modos de viver e resistir no território roraimense.

3.12 - TRABALHO REMUNERADO

Compreender a importância do emprego formal no contexto da análise da situação de saúde exige um olhar que vá além dos números e reconheça o trabalho como um dos principais organizadores da vida social, do acesso aos direitos e da construção da dignidade humana. O vínculo formal de trabalho, em certa medida, garante proteção previdenciária, estabilidade de renda e acesso a benefícios como licença médica, maternidade e aposentadoria atuando diretamente na redução de iniquidades e na ampliação das oportunidades de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Em um Estado marcado por contrastes territoriais, diversidade sociocultural e que busca a ampliação e melhoria da qualidade no acesso aos serviços públicos, a formalização das relações laborais constitui uma ponte que fortalece o desenvolvimento econômico e as condições socio sanitárias.

O trabalho formal também se expressa como um determinante estruturante das trajetórias individuais e coletivas, influenciando diretamente as possibilidades de acesso à alimentação adequada, à moradia segura, ao saneamento, à educação continuada e ao tempo disponível para o autocuidado. No território roraimense, onde convivem centros urbanos dinâmicos, comunidades indígenas, populações ribeirinhas e áreas impactadas pela migração, o trabalho com vínculo formal representa uma importante fronteira de inclusão e proteção social. Por isso, incorporá-lo como elemento no diagnóstico da situação de saúde é importante por dialogar com os fatores que sustentam, viabilizam ou restringem vários direitos, dentre eles o da própria saúde e o trabalho formal está no centro desse debate.

Gráfico 6 - Variação Percentual de Registro de Empregos Formais (2023-2024)



Por conseguinte, no contexto roraimense, os dados consolidados da Secretaria de Estado do Planejamento (SEPLAN), com base nas informações do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), revelam uma trajetória ascendente do emprego formal nos anos de 2023 e 2024, configurando-se como um elemento estratégico para a análise das condições socio sanitárias no território. Em 2023, Roraima registrou um saldo positivo de 4.966 empregos formais, enquanto em 2024 esse número avançou para 6.206 postos, elevando o Estado em dois anos consecutivos como a segunda maior taxa de crescimento relativo aos empregados formais do país (6,89% e 8,14%), percentual significativamente superior à média nacional (3,50% e 3,51%).

Do ponto de vista setorial e desagregando os percentuais em relação as outras Unidades Federativas por setor o destaque de Roraima em 2023 ficou por conta da agropecuária (20,10% - 1º lugar) e serviços (11,03% - 1º lugar). Em 2024 pela desagregação setorial os destaques com as respectivas colocações nacionais foram: Construção (13,14% - 2º lugar), Serviços (10,04% - 2º lugar), Indústria (8,96% - 2º lugar) e Comércio (5,36% - 5º lugar). É importante observar que, apesar da sazonalidade típica do mês de dezembro, que impactou alguns saldos mensais, os dados consolidados do ano demonstram robustez no crescimento do estoque de empregos formais, especialmente em municípios como a capital Boa Vista, Mucajaí, e Iracema, que apresentaram perfil mais dinâmico no seu mercado de trabalho (SEPLAN,2024).

Em termos de perfil da força de trabalho, os relatórios da SEPLAN evidenciam que no último mês do biênio o trabalho formal foi majoritariamente masculino tanto em 2023 (61%) como em 2024 (79%), concentrado preponderantemente na faixa etária de 17 a 25 anos e fortemente vinculado a ocupações de nível médio. No entanto, destaca-se o crescimento das admissões entre jovens até 24 anos, especialmente nas funções de atendimento, vendas e apoio administrativo, o que representa um ponto de atenção e oportunidade para políticas públicas de qualificação e de inserção juvenil no mundo do trabalho (SEPLAN,2024).

É crucial destacar que, embora o emprego formal represente um fator de proteção social, ele convive com desafios importantes como a alta rotatividade, a informalidade nos setores rurais e fronteiriços e a vulnerabilidade laboral em áreas impactadas pela migração. Esses elementos impõem barreiras ao acesso a empregos seguros, em especial para mulheres, migrantes e moradores de comunidades das zonas rurais. Em tais territórios, o trabalho informal ou precário, aliado à ausência de políticas de qualificação, amplia as desigualdades em saúde e pode perpetuar ciclos de pobreza e adoecimento.

Contudo, a trajetória positiva do emprego formal nos dois últimos anos, aliada ao potencial agrícola, logístico e de serviços de Roraima, aponta para uma janela estratégica de oportunidade. Ao incorporar o trabalho remunerado como variável na leitura da situação de saúde o planejamento reforça o entendimento de que a melhoria nas condições de vida exige trabalho digno e protegido, com acesso à saúde ocupacional, segurança no ambiente laboral, promoção ativa da saúde e do trabalhador. Por conseguinte, essa leitura deve dialogar com políticas intersetoriais de desenvolvimento econômico sustentável, educação profissional e interiorização de oportunidades, respeitando as especificidades culturais e territoriais da população roraimense.

Contudo, essa tendência não apenas fortalece a capacidade de geração de renda, como também contribui decisivamente para a estruturação de uma base mais sólida de proteção social e acesso a direitos - aspectos fundamentais para a promoção da saúde, a redução de desigualdades e a melhoria das condições socio sanitárias nos diferentes territórios roraimenses. Nessa perspectiva, o crescimento do emprego formal deve ser compreendido e utilizado como uma fortaleza estratégica do Estado no enfrentamento das vulnerabilidades sociais, na ampliação da cidadania e na consolidação das políticas públicas voltadas ao desenvolvimento humano e à justiça social.

3.12.1 - TRABALHO COMO ATIVIDADE PRINCIPAL

A atividade principal diz respeito à ocupação considerada mais importante pela pessoa, independentemente de ser formal, informal, autônoma ou não remunerada. A classificação por grupo de atividade segue a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) em grandes grupos (como agricultura, comércio, serviços, administração pública etc.).

Ao utilizar a atividade principal para análise de situação de saúde ou condições socio sanitárias, se pode captar a real diversidade da inserção produtiva da população, inclusive em contextos de vulnerabilidade ou informalidade. Isso torna os dados mais sensíveis à realidade territorial, especialmente onde o trabalho informal e por conta própria predomina, como nas zonas rurais, comunidades indígenas e regiões de fronteira.

Tabela 22 - Número de Pessoas de 14 Anos ou Mais por Tipo Principal de Trabalho (2018-2023)

Ordem	Variável – Pessoas de 14 Anos ou Mais de Idade Ocupadas na Semana de Referência (Mil pessoas)					
	Atividade no Trabalho Principal	Ano				
		2018	2019	2022	2023	Total
1	Administração pública, defesa, seguridade social, educação, saúde humana e serviços sociais	61	54	58	71	244
2	Comércio, reparação de veículos automotores e motocicletas	45	50	52	55	202
3	Construção	20	19	28	23	90
4	Agricultura, pecuária, produção florestal, pesca e aquicultura	20	17	21	21	79
5	Informação, comunicação e atividades financeiras, imobiliárias, profissionais e administrativas	19	15	21	24	79
6	Serviços domésticos	13	16	19	14	62
7	Indústria geral	13	11	11	16	51
8	Alojamento e alimentação	10	18	14	15	57
9	Outros serviços	11	12	12	11	46
10	Transporte, armazenagem e correio	7	6	10	12	35
Total		219	218	246	262	945

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Anual - 1ª visita

Obs.: devido a COVID-19 não houve a divulgação nos anos de 2020 e 2021

Conforme demonstrado na tabela acima referente ao número de pessoas de 14 anos ou mais ocupadas segundo a atividade no trabalho principal, no período de 2018 a 2023, se percebe um panorama bastante expressivo sobre a dinâmica do mercado de trabalho roraimense e sua ligação com as condições socio sanitárias da população. A predominância de trabalhadores inseridos no setor de administração pública, saúde, educação e serviços sociais (com um total acumulado de 244 mil pessoas no período) demonstra não apenas a força do setor público, mas também sua importância estratégica como indutor da estabilidade de renda, acesso aos direitos trabalhistas e ampliação da cobertura social, aspectos centrais para a promoção da saúde e a mitigação das desigualdades sociais.

Uma análise do setor da construção civil, com 90 mil pessoas não acumuladas, e da indústria geral com 51 mil, revela um volume importante de mão de obra exposto a riscos ocupacionais físicos, químicos e ergonômicos, geralmente associados a trabalhos manuais pesados, baixa escolaridade e rotinas de informalidade, especialmente em áreas urbanas periféricas e zonas de expansão urbana. Essas áreas são historicamente pouco cobertas por ações estruturadas de saúde do trabalhador, o que exige atenção ampliada no contexto de vigilância em saúde, sobretudo em municípios de médio porte com intensa urbanização, como a capital Boa Vista, Rorainópolis (fronteira com o Amazonas) e Mucajaí (município próximo da capital - cerca de 55 Km).

O grupo de atividades financeiras, administrativas e de informação e comunicação, que envolve 79 mil pessoas, mostra um setor em crescimento nos últimos anos, refletindo a modernização de parte do mercado de trabalho local. Ainda assim, esse segmento concentra desigualdades de acesso, frequentemente associadas à maior escolaridade e concentração nas sedes urbanas. Isso de certa forma, exclui, por consequência, populações rurais, ribeirinhas e comunidades mais vulneráveis que, em sua maioria, permanecem alheias às oportunidades de inserção nesses setores as quais seguem vinculadas a formas tradicionais de trabalho em ocupações informais e/ou de subsistência.

Importante destacar que, embora não diretamente descrito na tabela, muitos trabalhadores, especialmente em zonas rurais de difícil acesso e regiões impactadas por migração, acabam sendo envolvidos em atividades não rotineiras ou agregadas na categoria “outros serviços”, que somaram 46 mil pessoas no período. Essas ocupações costumam ocorrer à margem da formalização e sem qualquer proteção legal, sujeitando esses trabalhadores a longas jornadas, ausência de acesso à saúde ocupacional, alta rotatividade e exposição a ambientes insalubres.

No contexto da saúde pública, a composição setorial da ocupação principal da população influencia diretamente o perfil de agravos, a forma de adotar e a relação das pessoas com os serviços de saúde. Enquanto os trabalhadores do setor público tendem a acessar com maior regularidade os serviços preventivos e de assistência especializados, os segmentos vinculados à informalidade ou à subsistência tendem a buscar o SUS apenas em situações de urgência, dificultando o cuidado continuado, a prevenção de acidentes graves e o controle sanitário de riscos ocupacionais.

Além disso, o tipo de ocupação interfere diretamente na possibilidade de acesso a políticas públicas integradas: quem trabalha com vínculo formal e jornada regular tem mais condições de participação em programas de educação continuada, qualificação profissional e inclusão produtiva, enquanto aqueles inseridos em ciclos instáveis de trabalho, como muitos trabalhadores e migrantes, por exemplo têm maior dificuldade de permanência em ações de saúde, assistência social ou escolarização de seus filhos.

Em suma, o retrato apresentado reforça a tese de que a atividade principal de trabalho é um marcador social de desigualdade em saúde, influenciando desde o tipo de moradia até a forma como o trabalhador acessa o SUS. Para Roraima, Estado de grande heterogeneidade territorial e populacional, essa variável deve ser incluída como elemento central e interfederativa, orientando políticas de saúde do trabalhador, estratégias de atenção e ações intersetoriais voltadas à promoção da equidade e da justiça social.

3.13 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Compreender a interrelação entre as condições socio sanitárias e o perfil epidemiológico é essencial para fundamentar uma análise de situação de saúde que seja sensível às desigualdades, alinhada aos princípios da integralidade e equidade do SUS e deve ser estrategicamente retratada e orientada com base no planejamento e respeitando as especificidades locais. Na perspectiva da saúde coletiva, essas duas dimensões não atuam de forma isolada: as condições de vida - como acesso à água potável, moradia, renda, trabalho e saneamento — estruturam o grau de exposição da população a agravos e determinam padrões diferenciados de adoecimento e morte. O perfil epidemiológico, por sua vez, expressa esses padrões na forma de indicadores que são expressos na natalidade, morbidade e mortalidade, funcionando como espelho resultado do contexto social e ambiental em que os indivíduos estão inseridos. Essa interdependência reforça a necessidade indispensável de integrar ambas as abordagens no diagnóstico situacional para ajudar na definição de prioridades em saúde.

Portanto, quando falamos em condições socio sanitárias, estamos nos referindo ao acesso à água limpa, moradia digna, renda, alimentação e outros fatores que determinam o bem-estar de todos. Já o perfil epidemiológico nos mostra, por meio de números e dados, como as pessoas estão nascendo, adoecendo e morrendo. Juntos, esses dois olhares ajudam a compreender a realidade de cada território, permitindo que as políticas de saúde cheguem onde são possíveis, oportunizando priorizar estratégias para o enfrentamento de adversidades em saúde com mais justiça e igualdade.

3.13.1 - NATALIDADE

A análise dos indicadores de natalidade é fundamental para compreender as transformações demográficas, sociais e culturais que afetam diretamente a organização da rede de atenção à saúde, especialmente no que tange à atenção materno-infantil, saúde sexual e reprodutiva e o planejamento familiar.

No contexto de Roraima, a taxa de natalidade adquire um peso estratégico ainda maior para reflexão não apenas pelo notável crescimento populacional, mas também pelas dinâmicas territoriais e populacionais complexas, como os fluxos migratórios, a fecundidade elevada em certos grupos populacionais, as desigualdades de acesso aos serviços e as especificidades vividas por comunidades indígenas, ribeirinhas, rurais e urbanas.

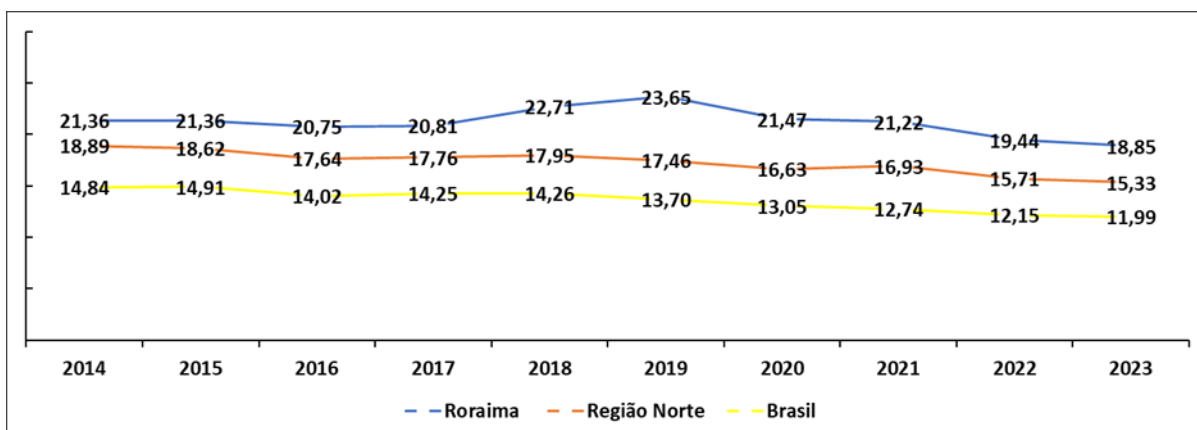
A natalidade em Roraima apresenta historicamente padrões diferentes do restante do país, com taxas acima da média nacional e concentrações de nascimentos em faixas etárias mais precoces, especialmente entre adolescentes e mulheres jovens. Esses dados dialogam diretamente com as condições socio sanitárias, pois revelam desigualdades no acesso à informação, à educação, à contracepção e à atenção ao pré-natal. Além disso, o comportamento de natalidade em diferentes municípios do Estado exige uma leitura sensível às particularidades culturais, logísticas e socioeconômicas do território.

Incluir o estudo da natalidade no perfil epidemiológico é mais do que descrever quantitativamente o número de nascidos vivos. É importante considerar que cada nascimento traz implicações diretas sobre a estrutura e a capacidade de resposta do sistema de saúde, desde a atenção primária até a alta média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, influenciando a distribuição de recursos, a necessidade de ampliação da oferta de serviços obstétricos e neonatais e o planejamento de políticas públicas para a primeira infância. Ao analisar a natalidade de forma integrada à realidade local, se pretende fortalecer a perspectiva da equidade, princípios que sustentam a organização do SUS para a garantia de respostas mais justas, oportunas e eficazes para toda a população roraimense.

3.13.2 - NATALIDADE GERAL

A taxa de natalidade é um indicador demográfico que expressa o número de nascimentos vivos ocorridos em um determinado período (geralmente um ano), em relação ao total da população de uma área, multiplicado por mil. Esse índice serve para estimar o ritmo de crescimento da população a partir da reprodução biológica e é essencial na análise de dinâmicas populacionais, planejamento de políticas públicas e avaliação de serviços de saúde materno-infantil.

Gráfico 7 - Taxa de Natalidade por Abrangência Geográfica (2014-2023)



Fonte: SINASC e IBGE - Projeção Populacional (Edição 2024)

Conforme demonstrado no gráfico acima as taxas de natalidade em Roraima entre 2014 e 2023 revela um comportamento distinto em relação a Região Norte e ao Brasil, evidenciando características demográficas e sociais que impactam diretamente a organização da rede de saúde, especialmente a Rede de Atenção Materna e Infantil. De acordo com o gráfico apresentado, a taxa de natalidade em Roraima se manteve acima da média da Região Norte e, sobretudo, muito acima da média brasileira durante todo o período. Enquanto o Brasil apresentou uma trajetória com tendência de baixa, saindo de 14,84% em 2014 para 11,99% em 2023, Roraima iniciou o período com 21,36% e finalizou com 18,85% - ainda com um indicador de natalidade elevado. Isso confirma que o Estado possui um padrão reprodutivo mais intenso, sustentado por fatores históricos, culturais e sociais que devem ser considerados.

Esse padrão elevado de natalidade se expressa de forma ainda mais acentuada em extratos populacionais específicos, como a população indígena, que representa um percentual significativo da composição demográfica do Estado e mantém taxas de fecundidade acima da média nacional, sobretudo nas faixas etárias mais jovens. Nas comunidades rurais e ribeirinhas, se percebem os mesmos fatores, dentre os quais: menor acesso à educação, pouco ou nenhum acesso aos serviços de planejamento reprodutivo e maior valor social atribuído à maternidade precoce tem como consequência altos índices de natalidade. A migração venezuelana, por sua vez, apresenta uma nova dimensão a essa discussão: desde 2016, o fluxo migratório constante tem impactado diretamente os indicadores de natalidade do Estado, com registros expressivos de nascidos vivos de mães migrantes em unidades públicas de saúde, especialmente na capital Boa Vista. Trata-se de uma característica que exige respostas articuladas dos serviços de saúde, com foco na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de vulnerabilidade.

Do ponto de vista geral da saúde pública, o comportamento da taxa de natalidade exige a consolidação e o fortalecimento da Rede Materna Infantil, com ênfase na atenção ao pré-natal, parto e puerpério e também do cuidado ampliado à infância. As altas taxas de natalidade não podem ser consideradas apenas como indicador que relaciona nascimento e população - elas refletem, em última instância, as condições de vida, as desigualdades, o acesso à educação e o grau de proteção social oferecido às mulheres e famílias. Portanto, o perfil de natalidade apresentado reforça a necessidade de ampliar o acesso a métodos contraceptivos modernos, educação sexual, ações de saúde reprodutiva e, sobretudo, estruturar a rede de cuidado respeitando as especificidades culturais e locais.

Embora não exista uma meta universal estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ou pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que definam uma taxa de natalidade ideal, os organismos internacionais orientam que os nascimentos ocorram em condições que respeitem os direitos humanos, a autonomia das mulheres e o acesso equitativo à saúde sexual e reprodutiva. No âmbito da Agenda 2030, metas como o ODS 3.1, que visa reduzir a mortalidade materna, e o ODS 3.2, que busca eliminar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, já refletem preocupações diretamente relacionadas à natalidade.

Em suma, a abordagem internacional não propõe reduzir ou aumentar a taxa de natalidade com base em valores numéricos de referência, mas sim criar condições sociais, sanitárias e institucionais que assegurem que cada nascimento seja seguro, desejado e sustentado por políticas públicas que garantam dignidade e proteção às mães, bebês e famílias. Para o Estado de Roraima, isso significa priorizar o fortalecimento da Rede de Atenção Materna e Infantil, garantir o acesso aos métodos contraceptivos modernos, ampliar a cobertura do pré-natal executada pela Atenção Primária com qualidade, e combater as desigualdades que ainda marcam o território, principalmente, no que couber, com olhar atendo ao acolhimento das populações indígenas, rurais e migrantes.

Dessa forma, mais importante do que atingir uma taxa específica de natalidade é garantir que os fatores que influenciam essa taxa - como educação, renda, segurança, acesso à saúde e autonomia das mulheres - estejam alinhados com os compromissos locais e pactos internacionais de justiça social, equidade de gênero e bem-estar para todas as pessoas, em todas as fases da vida.

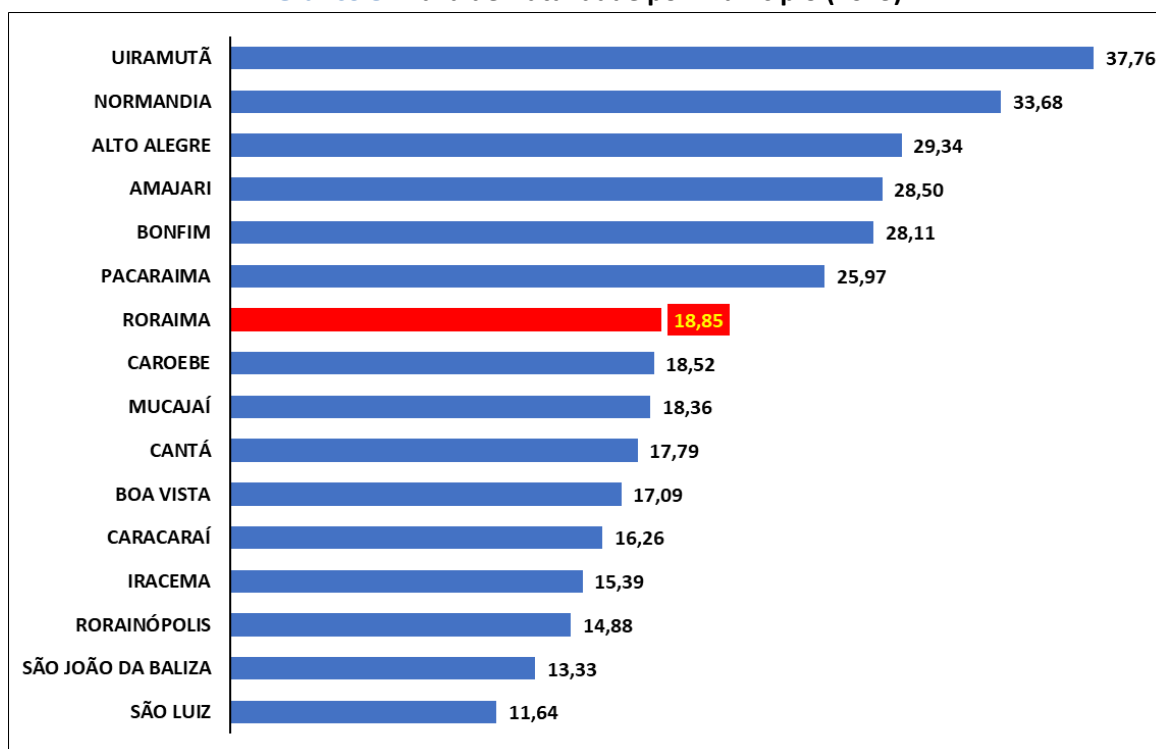
3.13.3 - NATALIDADE POR MUNICÍPIO

Tabela 23 - Número Percentual de Nascidos Vivos e Taxa de Natalidade por Município (2023)

Ordem	Município	Nascidos Vivos - 2023		População 2023	Taxa de Natalidade
		Número Total	%		
1	UIRAMUTÃ*	564	4,30%	14.938	37,76
2	NORMANDIA*	511	3,90%	15.171	33,68
3	ALTO ALEGRE	661	5,04%	22.526	29,34
4	AMAJARI	429	3,27%	15.053	28,50
5	BONFIM*	419	3,20%	14.905	28,11
6	PACARAIMA*	546	4,17%	21.025	25,97
7	RORAIMA	13.105	100%	695.270	18,85
8	CAROEBE	212	1,62%	11.449	18,52
9	MUCAJAÍ	354	2,70%	19.281	18,36
10	CANTÁ	357	2,72%	20.064	17,79
11	BOA VISTA (Capital)	7.776	59,34%	454.980	17,09
12	CARACARAÍ	361	2,75%	22.198	16,26
13	IRACEMA	164	1,25%	10.653	15,39
14	RORAINÓPOLIS	532	4,06%	35.764	14,88
15	SÃO JOÃO DA BALIZA	127	0,97%	9.530	13,33
16	SÃO LUIZ	90	0,69%	7.733	11,64
17	MUNICÍPIO IGNORADO - RR	2	0,02%	-	-

Fonte: SINASC e IBGE - Projeção Populacional (Edição 2024)

Obs.*: Uiramutã e Normandia (municípios com alta preponderância indígena); Bonfim (fronteira com a Guiana Inglesa) e Pacaraima (fronteira com a Venezuela).

Gráfico 8 - Taxa de Natalidade por Município (2023)

Fonte: SINASC e IBGE - Projeção Populacional (Edição 2024)

A distribuição do número de nascidos vivos e da taxa de natalidade por município no Estado de Roraima, conforme apresentado na tabela de 2023, revela um cenário profundamente marcado por desigualdades territoriais, realidades populacionais específicas e expressivas implicações para a organização e fortalecimento da Rede de Atenção Materna e Infantil. O Estado registrou um total de 13.105 nascidos vivos, resultando em uma taxa média de natalidade de 18,85%, um índice superior à média nacional, confirmando o padrão já identificado no perfil demográfico de Roraima. Esse dado, no entanto, esconde disparidades relevantes quando analisamos a desagregação municipal, sobretudo considerando o recorte urbano-rural, a presença de populações indígenas e o impacto da migração venezuelana.

O município de Boa Vista, capital e principal centro urbano do Estado, concentra mais da metade dos nascidos vivos (7.776), com uma taxa de natalidade de 17,74%. Esse dado, ainda que abaixo da média estadual, deve ser lido com cautela, pois reflete a intensa concentração populacional urbana e, principalmente, o papel da capital como polo receptor de gestantes oriundas de outros municípios e também de migrantes venezuelanos que buscam na capital acesso a maternidades públicas com estrutura adequada fato que impacta no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth principal unidade do Estado. Essa pressão sobre a capital evidencia a centralização da assistência obstétrica e neonatal o que denota necessidade de melhoria da Rede Materna Infantil no Estado como um todo para evitar sobrecarga, desassistência e iniquidades na atenção.

Por outro lado, outros municípios com populações indígenas como Uiramutã (37,76%), Normandia (33,68) e Amajari (28,50%), apresentam as maiores taxas de natalidade do Estado, reforçando o padrão de fecundidade elevado entre

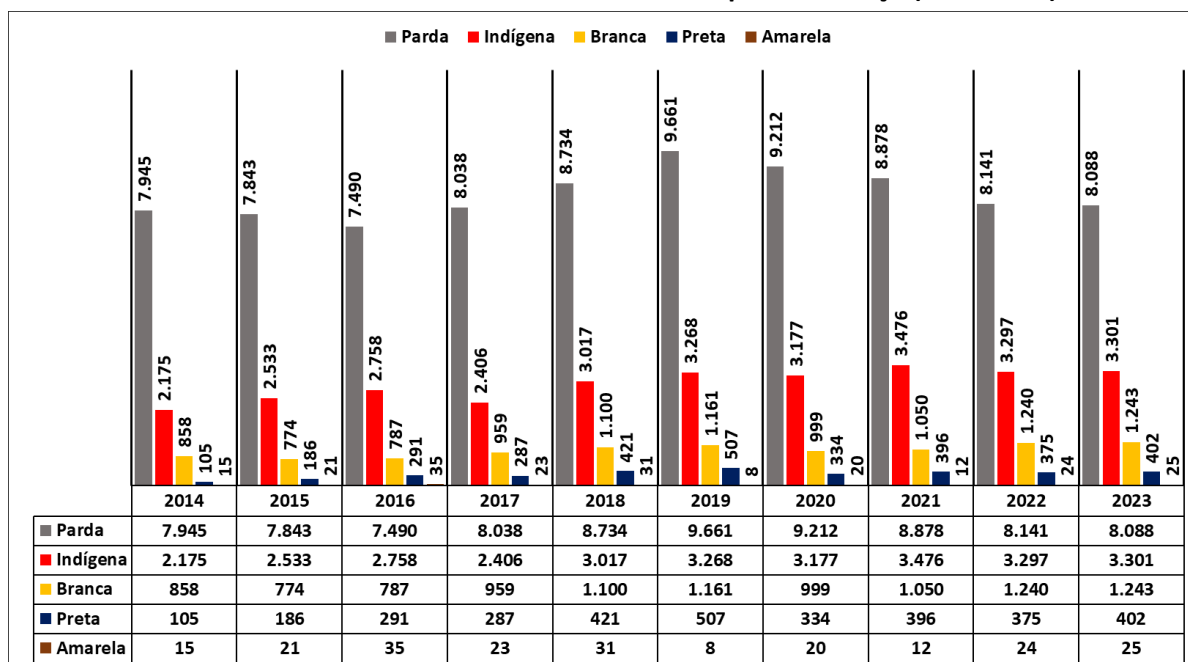
populações indígenas. Esse indicador, longe de ser lido apenas como um dado demográfico, é reflexo de padrões culturais, menor acesso a métodos contraceptivos, barreiras de acesso geográfico e linguístico à informação em saúde reprodutiva, além de limitações históricas na presença estruturada do SUS nesses territórios. Esses municípios por meio da Atenção Primária devem inovar em estratégias diferenciadas e culturalmente aplicáveis de atenção à gestação, ao parto e ao puerpério, com respeito às especificidades e fortalecer a articulação com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's).

Já em municípios como Caracaraí, Rorainópolis, Mucajaí e Cantá, observam-se taxas de natalidade que giram em torno da média estadual, mas com perfil rural expressivo. Essas localidades enfrentam desafios adicionais, como rotas de transporte precárias, escassez de médicos especialistas e fragilidade na retaguarda obstétrica, ou que comprometem a integralidade e a segurança do cuidado. A presença da população migrante em áreas próximas à BR-174 e nas rotas de escoamento agrícola também influencia o aumento da demanda por serviços, sem necessariamente haver infraestrutura correspondente, gerando sobrecarga nas unidades de saúde em todos os níveis de atenção. No outro extremo, municípios com menor número absoluto de nascimentos e taxas de natalidade reduzidas, como São Luiz (11,64%), São João da Baliza (13,33%), e Rorainópolis (14,88%), podem estar iniciando uma transição demográfica mais acelerada, o que deve ser monitorado para não comprometer a oferta contínua de serviços de saúde, evitando a desmobilização da estrutura assistencial onde ainda há demanda oculta ou sazonal.

Em resumo, os dados por município revelam que a natalidade em Roraima é um aspecto multifacetado, influenciado por fatores culturais, territoriais, econômicos e migratórios. A leitura crítica desses indicadores exige que a saúde articule a ampliação da Rede Materna Infantil, com enfoque especial em municípios com preponderância indígenas, fronteiriças e/ou rurais, garantindo o acesso equânime, oportuno e culturalmente adequado ao cuidado materno-infantil. A análise da natalidade, portanto, é estratégica não apenas para prever demandas assistenciais, mas para identificar territórios em vulnerabilidade, redesenhar fluxos de atenção e reafirmar o compromisso do SUS com o direito ao nascimento seguro e digno para todas as mulheres e crianças do Estado de Roraima.

3.13.4 - NATALIDADE POR COR E RAÇA

A cor e a raça são determinantes sociais da saúde reconhecidos pelo SUS e pela literatura científica. A análise da distribuição de nascidos vivos segundo cor e raça é fundamental para identificar grupos historicamente vulneráveis, como indígenas e a população preta, que costumam apresentar indicadores que denotam dificuldade de acesso e evolução da saúde materno-infantil insatisfatória. A utilização desses dados permite mapear prioridades e orientar ações da Rede de Atenção Materna e Infantil, com estratégias direcionadas para mulheres indígenas, negras ou pertencentes a grupos mais expostos à pobreza, ao racismo estrutural e às barreiras de acesso aos serviços. Nesse contexto, essa estratificação oportuniza dentre outros aspectos verificar necessidades específicas e culturalmente sensíveis para diferentes grupos o que confere atenção com a justiça social e o enfrentamento das desigualdades.

Gráfico 9 - Número Absoluto de Nascidos Vivos por Cor e Raça (2014-2023)

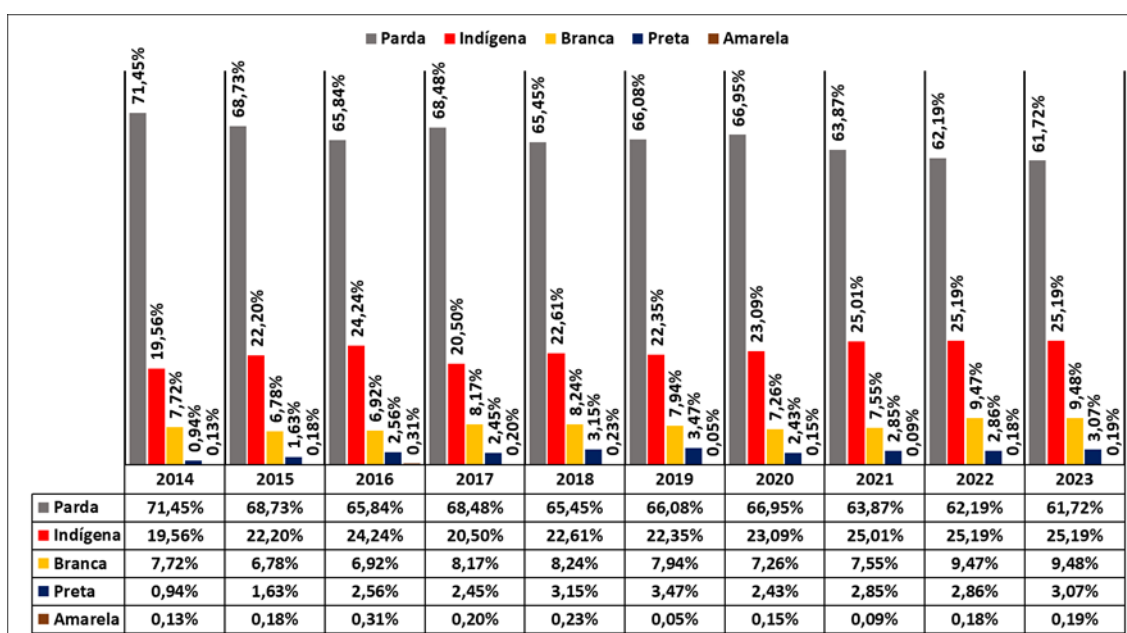
Fonte: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A observação do número absoluto de nascidos vivos por cor e raça no Estado de Roraima entre os anos de 2014 e 2023 revela uma dinâmica populacional marcada pela predominância da população parda e pela forte presença de nascimentos entre indígenas, reafirmando o perfil demográfico singular da região Norte e, em especial, do território roraimense. Ao longo de toda a série, os nascidos vivos pardos permaneceram-se como maioria absoluta, oscilando entre 7.490 (2016) e 9.661 (2019), o que indica um padrão reprodutivo consolidado nesse grupo. Esse comportamento reprodutivo pode estar relacionado a múltiplos fatores, como maior concentração da população parda em áreas periféricas urbanas e zonas rurais do Estado, assim como maior exposição a vulnerabilidades sociais, menor acesso a métodos contraceptivos e barreiras a políticas de saúde reprodutiva de qualidade e com abordagem na equidade.

A segunda maior concentração de nascidos vivos em Roraima, de forma consistente em todos os anos confirmados, ocorre entre a população indígena. Esse dado é particularmente expressivo, com números absolutos que cresceram de 2.175 em 2014 para 3.301 em 2023, sendo especialmente notável o salto registrado a partir de 2018. Trata-se de um reflexo direto da estrutura etnodemográfica do Estado, onde há uma presença significativa de povos indígenas distribuídos por diversos municípios, com destaque para os territórios Yanomami, Macuxi, Wapichana e Taurepang. Esse comportamento demográfico entre mulheres indígenas exige do sistema de saúde uma abordagem diferenciada, não apenas quanto à garantia de acesso, mas sobretudo quanto à interculturalidade no cuidado, respeito às práticas tradicionais e fortalecimento da articulação com os DSEI's (Distritos Sanitários Especiais Indígenas).

Já os nascimentos de brancos mantêm uma trajetória mais discreta, ainda que estável, oscilando de 774 (2015) até 1.243 em 2023. A leitura dessa estabilidade sugere uma concentração desse grupo nos centros urbanos, com menores taxas de fecundidade, características socioeconômicas específicas e maior cobertura de planejamento reprodutivo. A população preta, por sua vez, embora apresentasse valores absolutos menores, passou de 105 nascimentos em 2014 para 402 em 2023, representando uma taxa de crescimento específica na década. Esse aumento pode refletir tanto maior visibilidade e autodeclaração racial, como também mudanças nos padrões migratórios e urbanização, o que reforça a necessidade de maior sensibilidade institucional na abordagem ao racismo estrutural e às desigualdades raciais na atenção pré-natal, parto e puerpério. Os nascimentos de autodeclarados amarelos, como esperado pela composição de minorias do Estado, apresentam números residuais ao longo do período, não ultrapassando 35 nascidos por ano até 2019, com leve aumento nos anos recentes, alcançando 25 em 2023.

Gráfico 10 - Percentual de Nascidos Vivos por Cor e Raça (2014-2023)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos – SINASC.

A representação percentual dos nascidos vivos por cor e raça em Roraima entre os anos de 2014 e 2023 aprofunda a compreensão dos dados absolutos previamente analisados, permitindo identificar mudanças na estrutura demográfica da natalidade estadual, para além das variações quantitativas. O grupo de nascidos vivos pardos, embora siga como majoritário, apresenta tendência de redução percentual ao longo da década: em 2014, representavam 71,45% de todos os nascimentos, ao passo que em 2023 esse percentual caiu para 61,72%. Tal declínio não significa, necessariamente, uma diminuição no número absoluto de nascimentos desse grupo, mas sim um aumento relativo da participação de outros grupos raciais, especialmente os indígenas e pretos, evidenciando uma diversificação étnico-racial no perfil reprodutivo do Estado.

A população indígena se destacou como o segundo maior grupo em todos os anos, com crescimento proporcional importante: passou de 19,56% dos nascidos vivos em 2014 para 25,19% em 2023. A manutenção e ampliação desse patamar reforçam a importância dos povos originários na composição da natalidade de Roraima, tornando marcante a manutenção e o direcionamento de políticas de saúde materno-infantil com respeito à sua autonomia cultural e organização social. O dado também evidencia a insuficiência de abordagens universais, exigindo estratégias adaptadas às realidades multiculturais e territoriais do Estado, especialmente nas regiões de difícil acesso e de abrangência dos DSEI's.

Outro dado de destaque é o aumento gradual da proporção de nascidos vivos pretos, que saltaram de apenas 0,94% em 2014 para 3,07% em 2023. Embora esse grupo ainda represente uma minoria, o crescimento percentual indica transformações tanto no reconhecimento identitário (autodeclaração racial) quanto nas dinâmicas sociais e migratórias internas. Esse movimento exige concomitante combate ao racismo obstétrico, de qualificação das equipes quanto à abordagem das especificidades étnico-raciais e de vigilância da equidade no acesso e nos avanços de saúde reprodutiva.

A população branca mantém uma proporção relativamente estável, com nível de tendência de crescimento nos últimos três anos, passando de 7,72% em 2014 para 9,48% em 2023. Já o grupo autodeclarado amarelo permanece com condições bastante baixas ao longo de todo o período, nunca ultrapassando 0,31%, o que está de acordo com sua pequena representatividade populacional no Estado.

Uma análise da composição percentual dos nascimentos reforça que a saúde materno-infantil em Roraima deve ser orientada por princípios de justiça racial e social, com assistência diferenciada conforme as necessidades de cada grupo. Os dados reiteram a urgência de fortalecer a atuação da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil com ênfase na equidade e no reconhecimento da diversidade étnico-racial como fator estruturante dos indicadores de saúde. Nesse sentido, incorporar essas análises é mais do que um exercício técnico: é a reafirmação do SUS como projeto de cuidado plural, inclusivo e democrático.

3.13.5 - NATALIDADE POR FAIXA ETÁRIA MATERNA

A análise da natalidade por faixa etária materna representa um eixo fundamental na caracterização do perfil epidemiológico de uma população. A idade da mãe no momento do parto está diretamente associada a desfechos obstétricos, neonatais e sociais, sendo um dos principais preditores de risco na saúde materno-infantil. Gestantes em extremos etários - particularmente adolescentes e mulheres com 35 anos ou mais - tendem a apresentar maior incidência de complicações como pré-eclâmpsia, partos prematuros, baixo peso ao nascer e maior mortalidade perinatal. Além disso, o recorte etário permite avaliar o acesso e a efetividade das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva, assim como o grau de autonomia reprodutiva das mulheres. No contexto de Roraima, com sua diversidade populacional, expressiva presença indígena e população em situação de vulnerabilidade socioeconômica, compreender esses padrões por idade é essencial para desenhar estratégias de atenção e cuidado.

A gravidez na adolescência é reconhecida como uma vulnerabilidade em saúde pública, com repercussões significativas no ciclo de vida da mãe e da criança. A maternidade precoce costuma estar relacionada à interrupção da escolarização, maior dependência econômica, precarização das relações familiares e maior risco de morbimortalidade materna e neonatal. No plano epidemiológico, ela reflete contextos de desigualdade social, falhas na cobertura de políticas de educação sexual, e limitações de acesso a métodos contraceptivos eficazes e seguros. Em Roraima, onde coexistem áreas urbanas e rurais com diferentes níveis de acesso à informação e serviços, além de contextos específicos como comunidades indígenas, fronteiriças e migrantes, a presença de taxas elevadas de natalidade entre adolescentes demanda atenção para o enfrentamento articulado e interfederativo. Nesse sentido, este subitem visa qualificar o olhar da gestão estadual, municipal e DSEI's para a população adolescente como grupo prioritário, propondo abordagens que aliem prevenção, acolhimento e integralidade do cuidado, especialmente no âmbito da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil.

Tabela 24 - Número com Percentual Por Faixa Etária Materna e Ano (2014-2023)

Ano	Faixa Etária e Percentual Relativo						Idade Ignorada		Total
	< 20a		20 a 34a		35 e+				
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	
2014	2.867	10,09	7.232	8,52	1.010	7,19	11	11,70	11.120
2015	2.778	9,77	7.521	8,86	1.104	7,86	9	9,57	11.412
2016	2.811	9,89	7.355	8,66	1.205	8,58	5	5,32	11.376
2017	2.696	9,48	7.772	9,15	1.267	9,02	2	2,13	11.737
2018	3.047	10,72	8.836	10,41	1.432	10,20	29	30,85	13.344
2019	3.210	11,29	9.685	11,41	1.703	12,13	22	23,40	14.620
2020	2.829	9,95	9.287	10,94	1.635	11,64	9	9,57	13.760
2021	2.936	10,33	9.362	11,03	1.602	11,41	1	1,06	13.901
2022	2.638	9,28	8.908	10,49	1.540	10,97	5	5,32	13.091
2023	2.616	9,20	8.942	10,53	1.546	11,01	1	1,06	13.105
RORAIMA	28.428	22,30	84.900	66,61	14.044	11,02	94	0,07	127.466

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/TABNET

Conforme observância da tabela acima, no grupo das mães com menos de 20 anos, observa-se um quantitativo acumulado de 28.428 nascidos vivos, o que corresponde a 22,3% do total de partos no período, com variações percentuais anuais que oscilaram entre 9,20% (2023) e 11,29% (2019). Este dado, por si só, aponta para uma tendência estável, porém preocupante, considerando que a gravidez na adolescência é um marcador de vulnerabilidade social, maior risco obstétrico e de desfechos adversos, como partos prematuros, baixo peso ao nascer e abandono escolar. Em Roraima, essa faixa etária envolve com frequência adolescentes em situação de vulnerabilidade, especialmente entre comunidades indígenas, onde a gravidez precoce e falta de acesso à educação sexual, exige atenção intersetorial com enfoque étnico-cultural. Além disso, a presença significativa de adolescentes migrantes venezuelanas em territórios de fronteira representa um novo desafio, que demanda a manutenção e/ou intensificação de ações articuladas e interfederativas. A Rede Materna-infantil, nesse caso, deve reforçar a implantação de protocolos de acolhimento qualificado, com ênfase na atenção humanizada, ao pré-natal, nascimento, parto e pós-parto (puerpério).

Na faixa de 20 a 34 anos, encontramos a maior concentração de nascidos vivos: 84.900 registros (66,6% do total). Este grupo representa a faixa etária considerada ideal do ponto de vista obstétrico, com menor risco de complicações gestacionais. Ainda assim, essa população deve ser analisada em suas condições sociais e socioeconômicas, pois nem toda mulher de 20 a 34 anos tem acesso garantido ao pré-natal de qualidade, ao parto seguro e ao planejamento familiar no pós-parto. Em Roraima, há importantes disparidades entre os grandes centros urbanos e as áreas rurais o que pode repercutir em desfechos materno-infantis distintos, mesmo dentro da mesma faixa etária. O foco para este grupo também deve estar na qualificação da linha de cuidado materna, ampliação da cobertura pré-natal e da garantia do parto adequado, além da integração da Rede Materna-infantil aos serviços de Atenção Primária em locais de difícil acesso, bem como os encaminhamentos aos serviços ambulatoriais e hospitalares necessários, principalmente tendo em vista a dificuldade em cada caso e onde houver.

Na faixa de 35 anos ou mais, foram registrados 14.044 nascidos vivos (11% do total). Este grupo representa uma população com maior risco de morbidades obstétricas, como hipertensão gestacional, diabetes, anomalias congênitas e maior incidência de cesarianas. Apesar de proporcionalmente menor, esse segmento exige atenção diferenciada nos protocolos de cuidado, pois tende a demandar mais exames especializados e monitoramento intensivo no pré-natal. Em Roraima, onde há carência de cobertura em áreas remotas, isso impõe desafios operacionais à Rede Materna-infantil, que precisa se articular com a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar para garantir segurança no acompanhamento dessas gestantes. Deve também considerar que muitas mulheres migrantes nessa faixa etária apresentam gravidez tardia após longos períodos de instabilidade social, o que exige sensibilidade cultural e estratégias que combinem saúde reprodutiva, direitos humanos e regularização documental.

Com base nos dados de nascidos vivos por faixa etária materna em Roraima entre 2014 e 2023, é possível concluir que a estrutura etária das mães no Estado mantém um padrão reprodutivo fortemente concentrado entre 20 e 34 anos, faixa considerada de menor risco obstétrico, mas que ainda exige políticas robustas de garantia do pré-natal de qualidade, parto seguro e puerpério assistido. A persistência de taxas expressivas de nascimentos entre adolescentes com menos de 20 anos - mais de 28 mil em uma década - reforça a necessidade de estratégias intersetoriais e interfederativos com foco em educação sexual, enfrentamento da gravidez precoce e atenção diferenciada para populações em situação de vulnerabilidade, como indígenas e migrantes. Ao mesmo tempo, a ampliação de partos entre mulheres com 35 anos ou mais traz à tona novos desafios clínicos e logísticos, principalmente nas regiões de difícil acesso e de menor cobertura da Rede Materna Infantil. Assim, a análise por faixa etária não apenas contribui para o perfil reprodutivo das mulheres em Roraima, mas também revela importantes marcadores de desigualdade que precisam ser enfrentados qualificando políticas públicas com a equidade, o cuidado integral e os direitos reprodutivos.

Tabela 25 - Número com Percentual Por Faixa Etária Materna e Município (2023)

Ordem	Município	< 20a		20-34a		35 e+		Idade Ignorada		Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	
1	Boa vista	1.251	47,8	5.539	61,9	986	63,8	-	-	7.776
2	Alto alegre	174	6,7	408	4,6	78	5,0	1	100	661
3	Uiramutã	161	6,2	340	3,8	63	4,1	-	-	564
4	Pacaraima	121	4,6	368	4,1	57	3,7	-	-	546
5	Rorainópolis	101	3,9	382	4,3	49	3,2	-	-	532
6	Normandia	144	5,5	315	3,5	52	3,4	-	-	511
7	Amajari	138	5,3	246	2,8	45	2,9	-	-	429
8	Bonfim	116	4,4	259	2,9	44	2,8	-	-	419
9	Caracaraí	97	3,7	231	2,6	33	2,1	-	-	361
10	Canta	83	3,2	243	2,7	31	2,0	-	-	357
11	Mucajaí	72	2,8	238	2,7	44	2,8	-	-	354
12	Caroebe	59	2,3	136	1,5	17	1,1	-	-	212
13	Iracema	45	1,7	100	1,1	19	1,2	-	-	164
14	São João da Baliza	30	1,1	83	0,9	14	0,9	-	-	127
15	São Luiz	22	0,8	54	0,6	14	0,9	-	-	90
16	Município Ignorado	2	0,1	-	-	-	-	-	-	2
RORAIMA		2.616	19,96	8.942	68,23	1.546	11,80	1	0,01	13.105

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/TABNET

Conforme demonstrado na tabela acima, que apresenta o número e percentual de nascidos vivos por faixa etária materna e município de residência em Roraima entre 2014 e 2023, observa-se um padrão que revela importantes determinantes sociais e territoriais da saúde materno-infantil. A faixa etária materna <20 anos concentra 19,96% do Estado, com destaque para os municípios com forte presença indígena e características rurais como Uiramutã (6,2%), Normandia (5,5%) e Amajari (5,3%). Essa alta proporção de nascimentos entre adolescentes exige uma abordagem intersetorial e interfederativa de prevenção da gravidez precoce e fortalecimento da educação em saúde, considerando os obstáculos históricos de acesso à atenção primária, especialmente nos territórios indígenas.

As mulheres de 20 a 34 anos representam a maioria (68,23%) em Roraima, com predomínio nos grandes centros urbanos como Boa Vista (61,9%). Essa faixa etária corresponde ao ciclo reprodutivo mais esperado, o que reforça a centralidade da estrutura urbana no suporte da Rede Materna Infantil. Entretanto, mesmo dentro desse grupo, é necessário monitorar desigualdades e garantir que o cuidado pré-natal seja iniciado de forma precoce e com continuidade até o parto. A prevalência dessa faixa etária também indica um momento estratégico para o planejamento familiar e qualificação das práticas de acolhimento reprodutivo Atenção Primária à Saúde.

Na faixa de mulheres com 35 anos ou mais, que representam 11,8% dos nascimentos, merece atenção específica devido ao maior risco obstétrico associado à idade avançada. Municípios como Alto Alegre (5%), Uiramutã (4,1%) e Pacaraima (3,7%) apresentam proporções elevadas nesse grupo, o que pode indicar tanto

mudanças no perfil reprodutivo quanto fragilidades na oferta contínua de contracepção. A baixa ocorrência de registros com idade ignorada (apenas 1 caso em todo o Estado) reforça a qualidade da base informacional, elemento essencial para o monitoramento da situação materna-infantil. Em síntese, a análise evidencia a necessidade de uma Rede Materna Infantil fortalecida e sensível às realidades locais, com especial atenção aos contextos de vulnerabilidade social, presença indígena e impacto da migração, assegurando cuidado integral e equitativo à saúde das gestantes.

Diante da análise por faixa etária materna e distribuição municipal dos nascimentos ocorridos em Roraima entre 2014 e 2023, evidencia-se um cenário que expressa com nitidez as desigualdades sociais e étnico-culturais que permeiam o acesso e os desfechos na atenção materna. A elevada proporção de nascimentos entre adolescentes nos municípios indígenas e de fronteira revela atenção para ações integradas e interfederativas adaptadas à realidade local, enquanto a predominância de nascimentos na faixa de 20 a 34 anos nos centros urbanos reforça a importância da consolidação da Rede Materna Infantil nas áreas mais densamente povoadas. Por sua vez, a presença significativa de gestações tardias, sobretudo em regiões interiorizadas, sinaliza a necessidade de ampliar o planejamento reprodutivo e o monitoramento de riscos obstétricos específicos. A organização da atenção ao pré-natal, parto e puerpério deve ser orientada respeitando as singularidades socioculturais da população, especialmente no que tange aos povos indígenas, populações migrantes e comunidades rurais dispersas. Assim, o cuidado materno-infantil no Estado deve se pautar pela equidade, integralidade e pela escuta ativa das mulheres nos diferentes ciclos da vida reprodutiva.

3.13.6 - NATALIDADE POR CONSULTAS DE PRÉ-NATAL

No contexto da saúde pública, a qualificação e o acesso ao pré-natal representam um dos pilares estratégicos mais sensíveis e determinantes da Rede Materna Infantil. O pré-natal, compreendido como um conjunto de ações programadas e contínuas que antecedem o parto, deve ser considerado não apenas uma etapa clínica, mas uma verdadeira janela de oportunidade para acolher, educar, prevenir agravos e estabelecer vínculo entre gestante e equipe de saúde. Em Roraima, com suas particularidades territoriais e sociodemográficas marcadas pela presença significativa de comunidades indígenas, população migrante e áreas rurais de difícil acesso, as fragilidades no início precoce e na continuidade do pré-natal ainda constituem entraves relevantes para a garantia de um ciclo gravídico-puerperal seguro.

A integralidade da assistência, da gestação ao puerpério, demanda uma atuação coordenada entre a Atenção Primária à Saúde e os demais pontos da Rede de Atenção. Cabe à APS, especialmente nas equipes da Estratégia Saúde da Família, o papel central na identificação precoce da gestação, no acolhimento contínuo da mulher, no rastreamento de vulnerabilidades clínicas, sociais e psicossociais, e no encaminhamento qualificado para o parto. Contudo, o comprometimento da atuação da APS em territórios de fronteira e nas áreas indígenas tem impactado a equidade do cuidado, especialmente entre adolescentes gestantes, mulheres em situação de mobilidade migratória e aquelas em contexto de

vulnerabilidade social agravada. A falta de integração entre o pré-natal e o momento do parto, com a consequente descontinuidade entre os serviços, também impacta negativamente os desfechos perinatais e maternos.

Nesse sentido é essencial destacar que o ciclo gravídico não se encerra no parto. O nascimento - entendido como evento biológico, social e simbólico - deve ser cercado de cuidados respeitosos, com acesso a práticas baseadas em evidências e livre de intervenções desnecessárias, especialmente em populações específicas como as mulheres indígenas e migrantes. O pós-parto, por sua vez, é uma etapa importante que inspira cuidados do modelo assistencial por ser um momento crítico para a saúde física e emocional da mulher e do recém-nascido. A ausência de políticas efetivas para o puerpério precoce e tardio pode acentuar vulnerabilidades, dificultar o início e manutenção do aleitamento materno, e favorecer a reincidência de gestações não planejadas. Assim, manter e aprimorar a Rede Materna Infantil em Roraima – tendo a APS realizando o pré-natal como porta de entrada qualificada - é imperativo para reduzir as iniquidades e garantir o direito ao nascimento seguro e digno para todas as mulheres e crianças.

Tabela 26 - Número e Percentual de Consultas de Pré-Natal por Ano (2014-2023)

Ano	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2014	527	6,5	1.728	8,4	4.082	9,8	4.779	8,4	4	-	11.120
2015	525	6,5	1.762	8,6	4.089	9,8	5.024	8,8	12	9,8	11.412
2016	529	6,5	1.716	8,4	3.963	9,5	5.165	9,1	3	-	11.376
2017	598	7,4	1.661	8,1	4.026	9,6	5.432	9,5	20	16,3	11.737
2018	922	11,4	2.202	10,7	4.513	10,8	5.682	10,0	25	20,3	13.344
2019	1.029	12,7	2.417	11,8	4.776	11,4	6.394	11,2	4	3,3	14.620
2020	914	11,3	2.591	12,6	4.626	11,1	5.625	9,9	4	-	13.760
2021	1.068	13,2	2.263	11,0	4.292	10,3	6.261	11,0	17	13,8	13.901
2022	986	12,2	2.200	10,7	3.923	9,4	5.976	10,5	6	-	13.091
2023	987	12,2	1.956	9,5	3.510	8,4	6.624	11,6	28	22,8	13.105
RORAIMA	8.085	6,3	20.496	16,1	41.800	32,8	56.962	44,7	123	0,1	127.466

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/TABNET

A análise da série histórica de consultas de pré-natal realizadas em Roraima entre 2014 e 2023 revela tendências que explicitam tanto avanços quanto desafios persistentes no acompanhamento da gestação no Estado. Observa-se que 44,7% das gestantes realizaram sete ou mais consultas de pré-natal. No entanto, ao considerar que 32,8% realizaram entre quatro e seis consultas — portanto, abaixo do ideal — e que 16,1% compareceram de uma a três vezes, é possível concluir que mais da metade das gestantes ainda não alcança o número ideal de atendimentos, o que aponta para barreiras persistentes no acesso e na continuidade da atenção pré-natal em diversas regiões do Estado.

Outro dado crítico é a proporção de gestantes que não realizaram nenhuma consulta durante a gestação: 6,3% em toda a série, com aumento progressivo entre os anos de 2017 e 2019, atingindo 13,2% em 2021, durante o período pandêmico.

Ainda que esse índice tenha reduzido ligeiramente nos anos seguintes, permanece elevado, sinalizando fragilidades na identificação precoce da gravidez, especialmente em áreas remotas e em populações vulneráveis, como comunidades indígenas e migrantes em situação de mobilidade e insegurança territorial. Esse quadro reforça a necessidade de intensificar estratégias de busca ativa e ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde, particularmente nos municípios com vastas áreas rurais e indígenas como Amajari, Uiramutã e Pacaraima, este último por ser fronteira com a Venezuela, bastante afetado pela migração.

A predominância de consultas insuficientes também pode estar associada à descontinuidade da assistência, à ausência de vínculo entre usuárias e equipes de saúde e à sobrecarga de unidades sem estrutura adequada, em especial em localidades onde a migração internacional gera pressão sobre os serviços. Ademais, o aumento dos registros de gestantes com nenhum ou pouco acompanhamento pode também refletir dificuldades de integração entre os sistemas de informação e a realidade do território, sobretudo em áreas onde o acesso digital ou físico aos serviços de saúde é limitado.

Em termos de impacto na Rede Materna Infantil, a realização de um número inadequado de consultas compromete diretamente o rastreamento de agravos, o controle de comorbidades e a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal. Isso fragiliza tanto o parto seguro quanto o acompanhamento no puerpério e o início do cuidado neonatal, ampliando os riscos para a saúde materna e infantil, especialmente em territórios vulnerabilizados. Assim, os dados apontam para estratégias territoriais diferenciadas, fortalecimento das equipes da Estratégia Saúde da Família e ampliação de políticas intersetoriais que assegurem a equidade no acesso ao pré-natal, priorizando populações indígenas, migrantes e mulheres em situação de vulnerabilidade social.

A migração venezuelana em Roraima tem representado um importante desafio para a organização da rede de atenção à saúde, especialmente no que se refere ao acompanhamento pré-natal de gestantes em situação de vulnerabilidade social. Muitas mulheres venezuelanas chegam ao Estado em condições precárias, com baixo acesso à informação, insegurança alimentar, ausência de vínculos familiares e sem documentação regularizada, o que dificulta sua inserção no sistema de saúde e o início precoce do pré-natal. Além disso, a barreira linguística, a instabilidade habitacional e a sobrecarga dos serviços públicos nos municípios de fronteira, como Pacaraima e Boa Vista, agravam ainda mais esse cenário. Essas gestantes, muitas vezes em situação de mobilidade constante, têm dificuldade de manter o acompanhamento contínuo durante a gestação, o que compromete o monitoramento de condições clínicas e o acesso a exames e vacinas fundamentais. Portanto, a presença crescente de mães migrantes impõe a necessidade de estratégias diferenciadas de acolhimento, com foco na atuação da Atenção Primária em territórios sensíveis, fortalecimento do papel dos agentes comunitários de saúde, articulação com organizações internacionais e capacitação das equipes para o atendimento intercultural, garantindo o acesso universal e igualitário ao pré-natal conforme os princípios do SUS.

Tabela 27 - Número com Percentual de Consultas de Pré-Natal Por Município (2023)

Ordem	Município	Nenhuma		1-3 vezes		4-6 vezes		7 e +		Ignorado		Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1	Boa vista	302	30,6	990	50,6	1.888	53,8	4.596	69,4	-	-	7.776
2	Alto alegre	331	33,5	102	5,2	95	2,7	132	2,0	1	3,6	661
3	Uiramutã	35	3,5	167	8,5	259	7,4	103	1,6	-	-	564
4	Pacaraima	47	4,8	151	7,7	208	5,9	123	1,9	17	60,7	546
5	Rorainópolis	6	0,6	31	1,6	103	2,9	390	5,9	2	7,1	532
6	Normandia	15	1,5	171	8,7	210	6,0	114	1,7	1	3,6	511
7	Amajari	112	11,3	99	5,1	126	3,6	92	1,4	-	-	429
8	Bonfim	16	1,6	70	3,6	182	5,2	150	2,3	1	3,6	419
9	Caracaraí	35	3,5	53	2,7	113	3,2	160	2,4	-	-	361
10	Canta	18	1,8	35	1,8	122	3,5	181	2,7	1	3,6	357
11	Mucajaí	30	3,0	31	1,6	79	2,3	214	3,2	-	-	354
12	Caroebe	3	0,3	16	0,8	55	1,6	136	2,1	2	7,1	212
13	Iracema	34	3,4	21	1,1	28	0,8	81	1,2	-	-	164
14	São João da Baliza	3	0,3	12	0,6	29	0,8	81	1,2	2	7,1	127
15	São Luiz	-	-	7	0,4	13	0,4	69	1,0	1	3,6	90
16	Ignorado	-	-	-	-	-	-	2	0,0	-	-	2
RORAIMA		987	7,5	1.956	14,9	3.510	26,8	6.624	50,5	28	0,2	13.105

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC/TABNET

A análise do número e percentual de consultas de pré-natal por município em Roraima, no ano de 2023, revela significativas disparidades territoriais que refletem tanto as desigualdades no acesso aos serviços de saúde quanto as especificidades socioculturais da população roraimense. Observa-se que, embora o percentual estadual de gestantes com sete ou mais consultas tenha alcançado 50,5% - um dado positivo frente ao cenário histórico, ainda é preocupante o fato de que 7,5% das gestantes não realizaram nenhuma consulta e 14,9% realizaram apenas de uma a três, o que indica fragilidade no acompanhamento gestacional em muitos territórios. Municípios como Alto Alegre (33,5%) e Boa Vista (30,6%) apresentaram os maiores percentuais de gestantes sem nenhuma consulta, o que pode ser associado ao predomínio de comunidades indígenas, migração, distâncias geográficas, barreiras linguísticas e limitações estruturais da Atenção Primária à Saúde.

Por fim os municípios como Rorainópolis, Caroebe e São João da Baliza apresentaram os menores percentuais de ausência de consultas, com taxas inferiores a 1%, sugerindo maior resolutividade da rede local e maior adesão ao pré-natal. No entanto, mesmo nestes contextos, a proporção de gestantes que não atingem as sete consultas recomendadas ainda é expressiva, o que pode comprometer a detecção precoce de complicações e o acesso oportuno a exames e vacinas. É importante destacar que municípios com intensa presença migratória, como Pacaraima, também enfrentam desafios adicionais, com 4,8% das gestantes sem nenhuma consulta registrada, refletindo os entraves do acompanhamento contínuo de mulheres em situação de mobilidade e vulnerabilidade.

3.13.7 - MORBIDADE

A análise da morbidade no Estado de Roraima foi estruturada com base em uma abordagem técnica e estratégica que visa articular as evidências epidemiológicas aos sistemas oficiais de informação em saúde do SUS. A decisão metodológica de organizar os subitens deste eixo segundo as principais fontes de produção e registro de dados (notificações, atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e registros por causas) reflete uma opção deliberada por ampliar a capacidade de vigilância, monitoramento e avaliação do processo de adoecimento da população.

Tal estrutura facilita a extração, leitura e interpretação de dados diretamente nos sistemas como SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais) e SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares), além de permitir o cruzamento com outros dados. Essa lógica de organização não apenas respeita a diversidade e a complexidade das formas de registro dos agravos à saúde, como também aprimora a vigilância epidemiológica no território, contribuindo para a identificação de tendências, surtos, desigualdades e padrões específicos de adoecimento.

Cada subitem desta seção foi elaborado com atenção às especificidades de Roraima, levando em consideração sua juventude demográfica, proporção de população indígena, presença expressiva de migrantes venezuelanos, além de comunidades ribeirinhas, zonas rurais isoladas e o garimpo ilegal. Também foi assegurado o recorte sobre populações em situação de vulnerabilidade, de modo a evidenciar os condicionantes sociais e territoriais do adoecimento, alinhando a análise ao princípio da equidade em saúde, um dos fundamentos do SUS.

Adicionalmente, a utilização do termo “morbidade” no início de cada subitem segue a padronização técnica recomendada na literatura da saúde coletiva e facilita a organização do conteúdo para fins de indexação, pesquisa, e interface com os sistemas de informações de saúde. Assim, a presente seção busca promover uma leitura ampliada e intersetorial da realidade epidemiológica de Roraima, subsidiando a formulação de políticas públicas orientadas por evidências e comprometidas com a justiça social.

3.13.8 - MORBIDADE GERAL POR DOENÇAS E AGRAVOS

Os agravos constituem um dos pilares fundamentais para a compreensão dos padrões de enfermidade, sendo também um instrumento estratégico de ação imediata para o controle de riscos sanitários e respostas a possíveis emergências na saúde pública. A obrigatoriedade da notificação tem como fundamento maior respaldar o interesse coletivo e a capacidade do Estado de intervir tempestivamente diante de doenças que impactam na saúde e que tenham potencial de disseminação, agravamento ou morte. No contexto roraimense, essa análise não deve se limitar somente a um levantamento quantitativo: trata-se de entender quais eventos adoecem a população, onde, com que intensidade, e sob quais condições sociais, ambientais e territoriais eles se reproduzem.

Com padrão de morbidade singular e com características amazônicas, Roraima apresenta especificidades que tornam os agravos e doenças ainda mais desafiadores a começar pelo perfil demográfico: conforme o IBGE trata-se do Estado com a menor média de idade do Brasil, com aproximadamente 26 anos. Isso revela uma população predominantemente jovem, que convive com exposições típicas desse ciclo de vida - como agravos e doenças relacionados à sexualidade, à mobilidade, à informalidade no trabalho e às violências interpessoais e estruturais. Esse dado, por si só, já redefine prioridades, pois amplia a incidência de doenças infecciosas, lesões por causas externas, intoxicações e agravos de notificação compulsória, como sífilis adquirida e congênita, tuberculose, acidentes por animais peçonhentos e infecções respiratórias agudas.

A distribuição territorial dos agravos também impõe leitura diferenciada. municípios com forte concentração urbana, como a capital Boa Vista, concentram grande parte das notificações devido à densidade populacional e à estrutura de vigilância mais consolidada. No entanto, municípios fronteiriços como Pacaraima (fronteira com a Venezuela) e Uiramutã, enfrentam realidades distintas, nas quais a pressão migratória, a presença de comunidades indígenas, e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde tornam a subnotificação um desafio latente. Nesses territórios, os agravos e doenças funcionam como termômetro das fragilidades do sistema: doenças como malária, leishmaniose, hepatites virais, sífilis e sarampo retornam ou persistem não por ausência de políticas, mas por inadequação da resposta frente ao território.

Outro fator crucial diz respeito às populações indígenas, conforme o CENSO do IBGE 2022 Roraima é o 5º Estado do Brasil com maior preponderância relativa e tem representatividade de 15,29% de todo o Estado as quais ocupam vastas áreas do interior roraimense. Esses povos, com práticas de cuidado e saúde distintas da medicina ocidental, enfrentam dificuldades no acesso à atenção primária e à vigilância em saúde, seja por barreiras linguísticas, geográficas ou institucionais. A isso se somam as dificuldades de integração entre o sistema de saúde indígena (DSEI-Leste e DSEI-Yanomami) e o Sistema Único de Saúde (SUS), o que dificulta o fluxo de notificação, investigação e encerramento dos casos. Agravos como malária, tuberculose, hepatites e doenças respiratórias têm comportamento endêmico entre esses grupos, muitas vezes invisibilizados nas estatísticas públicas.

A migração internacional, sobretudo da população venezuelana, é outro eixo de análise importante. Roraima, por sua localização geográfica, tem sido nos últimos anos o principal ponto de entrada dessa população, cujas condições de vida - em situação de rua, insegurança alimentar, trabalho precário e ausência de vínculos familiares - agravam o risco de adoecimento. Casos de sífilis, HIV, tuberculose, surtos de sarampo e episódios de violência contra migrantes têm exigido uma vigilância mais sensível, articulada com redes de proteção social e com serviços interculturais que garantam o direito à saúde sem discriminação. A subnotificação entre migrantes não é rara devido sobretudo pelo medo de deportação, ausência de documentação ou desconhecimento sobre o SUS.

Destaca-se ainda os agravos e doenças de grupos historicamente vulnerabilizados, como pessoas em situação de rua, trabalhadores informais, população LGBTQIA+, dentre outros. Esses grupos, frequentemente afastados dos serviços de saúde por estigmas, discriminação institucional ou precariedade de acesso, apresentam maior risco de exposição a violências, agravos infecciosos, abuso de substâncias e negligência nos cuidados preventivos. A invisibilidade estatística desses segmentos dificulta o planejamento de ações em saúde e compromete a vigilância de agravos dentre os quais: a violência física e sexual, infecções sexualmente transmissíveis e agravos relacionados ao trabalho informal. A vigilância epidemiológica, estadual e/ou municipal em cada âmbito de atuação de forma intersetorial, deve se manter atenta, oportunizando a garantia dos sujeitos em situação de vulnerabilidade social com estratégias de sensibilização, orientação, prevenção e cuidado.

No contexto dos agravos não transmissíveis, o crescimento das notificações de violências interpessoais e autoprovocadas - especialmente contra mulheres, adolescentes e crianças - revela não só um problema de saúde pública, mas também uma dívida histórica com os determinantes sociais. Roraima tem registrado notificações de tentativa de suicídio, violência sexual, trabalho infantil e acidentes com exposição a material biológico, que demandam respostas intersetoriais e fortalecem a necessidade de vigilância em unidades de referência, com articulação entre saúde, educação, assistência social e segurança pública.

Embora em alguns casos a qualidade da notificação deva ser compreendida como um desafio estrutural devido a municípios com baixa capacidade instalada, alta rotatividade de profissionais ou ausência de acesso à internet as quais comprometem o ciclo da notificação essas ainda são imprescindíveis. Outros pontos relevantes são: o tempo entre notificação e investigação, a completude das fichas, e a dependência de critérios clínicos sem confirmação laboratorial os quais também interferem na precisão dos dados e dificultam a análise epidemiológica. Contudo, a manutenção das iniciativas de fortalecimento das salas de situação, integração com a atenção primária e formação continuada em vigilância em saúde são caminhos implementados e promissores que superam essas lacunas.

Em suma, mesmo diante das inúmeras dificuldades operacionais, sejam estruturais ou territoriais que permeiam o processo de trabalho no Sistema Único de Saúde a notificação de agravos e doenças permanecerá sendo uma ferramenta indispensável para a compreensão real e qualificada do adoecimento da população. É a partir dela que o sistema de saúde consegue gerar evidências epidemiológicas concretas, sustentadas por dados que refletem não apenas a presença de um agravo, mas sua distribuição, intensidade, recorrência e impactos sociais. Diante disso, a seguir será apresentada uma tabela com o conjunto de doenças e agravos com registro de casos em Roraima dos últimos 10 anos (2015-2024), essas informações servirão como base para análise crítica dos padrões de adoecimento no Estado; esta dimensão analítica, tem como medida subsidiar as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) com foco na equidade, no território e nos determinantes sociais que estruturam a realidade roraimense.

Tabela 28 - Número Absoluto e Percentual de Agravos e Doenças Registrados (2015-2024)

Ordem	Agravos e Doenças Registrados	Período de Abrangência (2015-2024)										Total	%
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2015/2024	
1	Malária (casos confirmados)	8.065	9.026	14.216	23.567	23.194	30.635	26.628	27.069	36.062	32.394	230.856	38,66
2	Infecção - coronavírus (confirmados)	-	-	-	-	-	71.910	58.267	51.756	4.658	4.166	190.757	31,95
3	Atendimento antirrábico	2.167	3.636	4.222	4.054	4.316	3.307	3.878	4.490	5.280	5.874	41.224	6,90
4	Violência interp /autoprovocada	737	892	1.095	1.313	1.955	1.389	1.726	2.362	2.720	2.690	16.879	2,83
5	Acidente de trabalho grave	645	425	356	387	536	610	1.412	4.005	3.885	3.735	15.996	2,68
6	Síndr do corrimento em mulheres	1.306	1.118	1.035	1.198	1.383	816	1.254	1.038	1.204	930	11.282	1,89
7	Acidente por animais peçonhentos	583	644	933	1.145	1.310	1.001	940	1.140	1.276	1.155	10.127	1,70
8	Intoxicação exógena	281	490	500	782	999	694	547	794	850	1.147	7.084	1,19
9	Varicela - Catapora	536	1.266	1.050	813	1.327	191	209	164	438	504	6.498	1,09
10	Sífilis não especificada	107	267	181	673	672	436	544	850	971	816	5.517	0,92
11	Hepatites virais	1.421	1.191	724	562	379	241	274	188	219	218	5.417	0,91
12	Aids	438	337	589	654	599	389	516	513	624	544	5.203	0,87
13	Candidíase	477	558	474	641	582	327	372	401	395	453	4.680	0,78
14	Dengue (casos confirmados)	984	197	203	108	1.595	495	118	62	209	544	4.515	0,76
15	Chikungunya (casos confirmados)	-	23	3.965	38	22	7	50	97	27	17	4.246	0,71
16	Leishmaniose tegum americana	630	208	320	429	248	253	542	441	400	408	3.879	0,65
17	Tuberculose	181	175	223	279	333	340	396	524	634	664	3.749	0,63
18	Sífilis em gestante	112	145	105	209	297	343	448	468	571	418	3.116	0,52
19	Doença aguda pelo vírus zika	26	362	855	155	193	74	194	118	306	525	2.808	0,47
20	Afecções inflam da vagina e vulva	232	434	215	213	178	133	151	440	451	330	2.777	0,47
21	Acidente trab. com exp. a mat. bio	194	184	212	259	245	209	261	272	288	297	2.421	0,41
22	Doen inflam pélvicas femininas	322	274	319	473	336	196	221	109	52	78	2.380	0,40
23	Corrimento uretral em homem	138	161	251	354	329	133	115	113	151	156	1.901	0,32
24	IST's, não especificadas	407	349	231	220	290	80	55	34	29	71	1.766	0,30
25	Condiloma acuminado - HPV	135	176	153	181	142	71	94	91	55	67	1.165	0,20
26	Sífilis congênita	34	53	81	78	76	70	206	165	219	171	1.153	0,19
27	Hanseníase	110	106	193	135	121	56	85	64	78	70	1.018	0,17

28	Doenças exantemáticas	51	7	6	586	58	5	30	45	14	6	808	0,14
29	Gestante com HIV	44	36	60	66	74	88	91	96	134	108	797	0,13
30	Tricomoníase	57	78	57	79	161	127	66	49	70	52	796	0,13
31	Leishmaniose visceral	94	141	93	74	66	31	36	45	93	91	764	0,13
32	Sífilis em adulto	89	66	349	56	17	21	26	28	33	18	703	0,12
33	Febres virais esp. trans artrópodes	-	106	-	-	-	4	22	24	170	301	627	0,11
34	Doen proto compl. no parto e puerp	-	-	-	2	63	95	139	155	90	80	624	0,10
35	Criança exposta ao HIV	95	48	24	36	57	44	72	55	87	58	576	0,10
36	Herpes genital	55	66	67	40	87	26	39	33	49	38	500	0,08
37	Meningite	65	56	42	18	40	27	31	58	70	71	478	0,08
38	Caxumba (parotidite epidêmica)	-	-	1	115	45	24	19	22	21	90	337	0,06
39	Rotavírus	28	130	35	12	7	2	-	1	3	42	260	0,04
40	Toxoplasmose congênita	60	2	-	1	1	10	16	11	34	57	192	0,03
41	Coqueluche	10	16	29	18	38	15	4	4	-	43	177	0,03
42	Leptospirose	21	13	8	14	19	13	13	25	20	28	174	0,03
43	Transtorno mental	-	1	2	5	12	5	6	-	40	86	157	0,03
44	Úlcera genital (exclu herpes genital)	17	24	17	30	27	4	3	1	3	6	132	0,02
45	Doença de chagas aguda	22	6	3	3	19	7	10	7	14	11	102	0,02
46	Toxoplasmose	21	22	15	13	2	4	10	5	3	5	100	0,02
47	Pneumonia não especificada	8	39	40	1	-	-	-	-	-	-	88	0,01
48	LER/DORT	4	4	1	5	3	5	2	1	20	33	78	0,01
49	Febre maculosa/rickettsioses	1	5	5	5	6	3	6	6	5	9	51	0,01
50	Febre amarela	2	1	4	2	2	1	1	-	1	8	22	*
51	Cólera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	18	*
52	Difteria	-	1	2	2	-	-	-	-	8	-	13	*
53	Febre hemorrágica por arenavírus	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	13	*
54	Influenza humana por novo subtipo	2	-	-	-	-	-	-	-	-	11	13	*
55	Paralisia flácida aguda poliomielite	-	1	1	-	1	2	-	2	1	5	13	*
56	Dermatoses ocupacionais	1	2	-	1	1	-	-	1	1	3	10	*
57	Pneumoconiose	1	-	-	1	2	-	2	1	1	-	8	*

58	Febre tifoide	1	3	1	-	-	-	-	-	1	1	7	*
59	Hantavirose	-	1	-	2	-	1	-	-	1	1	6	*
60	Raiva humana	-	1	-	-	1	-	-	1	-	3	6	*
61	Esquistossomose	-	-	1	3	-	-	-	-	-	1	5	*
62	Febre do nilo	1	1	-	2	-	-	-	1	-	-	5	*
63	Doença infectocontagiosa - MORMO	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	4	*
64	Câncer relacionado ao trabalho	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	*
65	Doença de creutzfeldt-jacob	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	*
66	Eventos adversos pós-vacinação	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	*
67	Perda auditiva indu por ruído - PAIR	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	*
68	Síndrome da rubéola congênita	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	*
69	Tétano acidental	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	*
70	Brucelose	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	*
71	Doença de lyme	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	*
72	Filariose não especificada	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	*
Total		21.020	23.574	33.565	40.113	42.467	114.987	100.148	98.447	63.040	59.726	597.087	100

Fonte¹: Ministério da Saúde - Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025. **Fonte**²: Sala de Situação de Saúde (SESAU/CGVS) - Painéis de Monitoramento. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/>. Acesso em: 11 de mar. 2025. **Obs.:** *Para a apuração dos percentuais foram considerados somente aqueles até a segunda casa decimal.

A análise dos dados consolidados de doenças e agravos registrados no Estado de Roraima entre os anos de 2015 a 2024 revela um panorama epidemiológico complexo, desafiador e profundamente marcado por desigualdades territoriais e sociais. Com um total de 597.087 registros no período, a morbidade no Estado é fortemente impactada por condições endêmicas, surtos epidêmicos, agravos relacionados à vulnerabilidade social, além de eventos emergentes de saúde pública, como a infecção por coronavírus. A diversidade de agravos evidencia tanto a carga persistente de doenças transmissíveis quanto o crescimento de causas externas e doenças crônicas negligenciadas, o que exige uma vigilância em saúde atenta.

Dos registros mais expressivos, a malária, representa sozinha 38,66% do total de registros da série histórica, com tendência de crescimento especialmente a partir de 2017, atingindo pico em 2023 com mais de 36 mil casos. Trata-se de uma doença cuja alta incidência está diretamente relacionada à vulnerabilidade ambiental e social de territórios amazônicos, com destaque para áreas indígenas, comunidades ribeirinhas e regiões de garimpo ilegal, onde há intensa circulação de pessoas e baixa cobertura de serviços de saúde e saneamento. A persistência da malária como principal registro reforça a necessidade de ações específicas no controle vetorial, tratamento precoce e ampliação da vigilância ativa em regiões remotas.

O segundo maior volume de registros é da infecção por coronavírus, com 190.757 casos confirmados entre 2020 e 2024, correspondendo a 31,95% do total. O impacto da pandemia mundial pela COVID-19 em Roraima, afetou, principalmente nos anos de 2020 a 2022 a capacidade de resposta dos serviços, agravando doenças pré-existentes, interrompendo fluxos assistenciais e contribuindo para a subnotificação de outros agravos no período pandêmico. A retomada gradual dos registros como sífilis, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis no pós-pandemia sugere um represamento de notificações durante os anos mais críticos da crise sanitária.

Entre os agravos mais preponderantes, chama atenção a escalada progressiva dos acidentes de trabalho graves, que saltaram de menos de 400 casos/ano até 2019 para mais de 3.700 em 2024. Essa explosão que pode estar associada à intensificação de atividades laborais principalmente informais e perigosas como o garimpo ilegal, a construção civil, sobretudo nas zonas de expansão urbana e nas regiões de fronteira. Esse agravo representa hoje 2,68% do total de casos registrados e evidencia um vazio estrutural na política de proteção laboral, exigindo além da manutenção maior integração da vigilância em saúde do trabalhador com a atenção primária.

Outro destaque é o aumento contínuo das notificações de violência interpessoal e autoprovocada, que passaram de 737 registros em 2015 para 2.690 em 2024, acumulando mais de 16 mil casos em dez anos. Esse crescimento aponta para a necessidade de fortalecer a vigilância relativo a externalidades, ampliar as notificações da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e implementar estratégias intersetoriais de enfrentamento às violências contra mulheres, adolescentes e populações LGBTQIA+, que estão entre os grupos mais expostos. A violência como agravo exige abordagem ampliada, transversal, com dados territorializados e estratégias que integrem saúde, educação, segurança pública e assistência social.

Doenças sexualmente transmissíveis como sífilis em gestantes, sífilis adquirida, HIV/Aids e hepatites virais apresentam oscilações, mas mantêm tendência de crescimento nos últimos cinco anos, com aumentos notáveis entre 2022 e 2024. Esses dados denotam não apenas falhas no rastreio e tratamento, mas também a fragilidade das políticas de saúde sexual e reprodutiva em populações vulneráveis como indígenas, migrantes, ribeirinhos e jovens em zonas urbanas precárias. Essas condições são frequentemente subdiagnosticadas, especialmente nas regiões onde há rotatividade de profissionais e baixa estrutura laboratorial.

As notificações de intoxicação exógena, acidentes com animais peçonhentos, doenças diarreicas, leishmanioses e síndromes febris infecciosas (como dengue, chikungunya e zika) reiteram o caráter ambiental e vetorial das condições de saúde no Estado. As leishmanioses tegumentar e visceral permanecem endêmicas, com ciclos de reincidência, especialmente em áreas com saneamento precário, desmatamento acelerado e vazios assistenciais. O controle desses agravos exige abordagem territorializada, ações intersetoriais e reforço da vigilância ambiental, além de capacitação contínua aos profissionais da atenção primária.

Dentre as características da notificação por intoxicações exógenas (fora do corpo) podemos destacar: substâncias químicas; situações acidentais diversas, ocupacionais, ambientais, terapêuticas ou intencionais (como tentativas de suicídio ou homicídio). Além desses, o agente tóxico pode ser de natureza industrial, doméstica, agrícola, medicamentosa, alimentar ou até referente a picadas de animais. São exemplos de agentes causadores: medicamentos (superdosagem ou uso indevido de fármacos); agrotóxicos (exposição rural ou por contaminação alimentar); produtos de limpeza (como água sanitária, desinfetantes, soda cáustica); gases tóxicos (como monóxido de carbono ou fumaça de incêndio); metais pesados (como chumbo ou mercúrio); drogas em geral (álcool, cocaína, crack etc.); animais peçonhentos (veneno de escorpião, serpente, aranha e etc.).

As doenças infecciosas e parasitárias representam um grupo de agravos que mantém alta relevância epidemiológica em Roraima. Neste grupo, destacam-se a malária, as leishmanioses, hepatites virais e tuberculose. A malária, já abordada anteriormente, é endêmica em territórios indígenas e de garimpo, sendo também exacerbada por fatores ambientais e de mobilidade. A leishmaniose tegumentar americana mostra distribuição irregular, com picos em municípios com maior presença de áreas desmatadas ou de expansão urbana desordenada. Já as hepatites se concentram em áreas de difícil acesso ao rastreio sorológico e diagnóstico precoce, como comunidades ribeirinhas e áreas fronteiriças.

A tuberculose permanece como agravo de alta incidência e deve ter atenção redobrada quanto as populações indígenas, em situação de rua e pessoas privadas de liberdade. A escassez de diagnósticos oportunos, associada à baixa adesão ao tratamento em regiões com barreiras linguísticas e logísticas, contribui para sua persistência. A alta densidade populacional de migrantes venezuelanos em Boa Vista e Pacaraima devido a sua vulnerabilidade socioeconômica também é um fator de risco adicional para transmissão comunitária, reforçando a necessidade de estratégias intersetoriais e culturalmente sensíveis. Nunca é demais ressaltar que a tuberculose é causada pela bactéria *mycobacterium tuberculosis*, transmitida pelo ar,

por meio da inalação de partículas contaminadas (gotículas) expelidas por pessoas doentes com tuberculose pulmonar ativa, ao falar, tossir ou espirrar. Essa doença infecciosa de transmissão direta, não depende de vetores e pode se espalhar rapidamente em ambientes comunitários, como: escolas; presídios; abrigos; aldeias e casas com aglomeração familiar. Os riscos para a saúde coletiva são altos, principalmente se houver: casos não diagnosticados ou não tratados; abandono de tratamento, que pode gerar formas resistentes; e a falta de educação em saúde para orientar populações sobre prevenção, sinais e sintomas.

O grupo das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) inclui agravos como sífilis adquirida, sífilis em gestantes, HIV/aids e as hepatites virais, com crescimento sustentado desde 2018. A incidência de sífilis em gestantes é particularmente preocupante pela relação direta com a sífilis congênita, agravo evitável com ações simples de rastreio e cuidado pré-natal. Essa situação revela deficiências nos serviços de atenção primária, especialmente em áreas urbanas periféricas, localidades rurais e aldeias indígenas onde o pré-natal é intermitente ou inexistente. A população LGBTQIA+ também figura entre os grupos mais expostos às IST's, muitas vezes em razão da estigmatização, da exclusão institucional e da ausência de políticas de saúde inclusivas.

Nunca é demais lembrar; as IST's são transmitidas, principalmente por contato sexual desprotegido (sem preservativo), com uma pessoa infectada. A transmissão ocorre por meio de fluidos corporais, como: esperma, secreção vaginal e sangue. Em alguns casos também podem ser transmitidas verticalmente, da gestante para o bebê (durante a gestação, parto ou amamentação); transfusão sanguínea, compartilhamento de seringas; e em caso de feridas e mucosas expostas, há risco em práticas sexuais orais, anais e vaginais.

Em suma a categoria das IST's colocam em risco a população por diversos motivos relevantes: muitas são assintomáticas, dificultando o diagnóstico precoce; favorecendo a transmissão contínua e silenciosa, sobretudo em populações vulneráveis; aumentam o risco de infecções oportunistas e neoplasias (ex.: câncer de colo do útero, no caso do HPV); demandam recursos contínuos do SUS, tanto para tratamento quanto para ações preventivas; e podem ter consequências intergeracionais, como a sífilis congênita ou HIV perinatal;

Em relação as doenças do trato respiratório essas geralmente são de repetição estão em grande parte intimamente ligados as condições socioeconômicas e o baixo acesso à vacinação. Nos últimos anos, a sobreposição com os casos de COVID-19 dificultou o diagnóstico diferencial e aumentou o risco de complicações respiratórias em populações vulneráveis. Essa realidade pode ser crítica na população em situação de rua, em ocupações improvisadas, aglomerações com ventilação inadequada e/ou onde ocorrem altos fluxos populacionais podendo agravar o risco de surtos. Além da tuberculose e da pneumonia, essas doenças podem ser diagnosticadas como gripe, bronquiolite, entre outras) são geralmente causadas por vírus ou bactérias e têm transmissão direta pelo ar, por meio de: gotículas expelidas ao tossir, espirrar ou falar; e contato com superfícies contaminadas com posterior toque no rosto.

Particularidades de Roraima que podem implicar em aumentos de casos são: regiões de difícil acesso e baixa densidade populacional; clima quente e seco por parte do ano, queimadas; fluxo migratório e vulnerabilidades sociais. Em especial nas crianças esse cenário é agravado devido a imunidade imatura, vias aéreas estreitas e maior risco de desenvolver bronquiolite, pneumonia e otites; complicações graves que podem evoluir à internação ou óbito, especialmente nas populações indígenas e ribeirinhas. Já nos idosos, as infecções respiratórias comuns associadas as doenças crônicas podem ser agravadas por diabetes, cardiopatias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e maior suscetibilidade a pneumonias graves, tuberculose reativa e descompensações clínicas.

A vacina é a principal estratégia de prevenção das doenças respiratórias e em caso de baixa cobertura representam alto risco coletivo, especialmente porque: são altamente transmissíveis; muitas vezes são subnotificadas ou tratadas tardiamente; podem causar epidemias sazonais (como influenzas e bronquiolites); impactam fortemente na atenção primária, serviços de urgência e leitos hospitalares; aumentam a morbimortalidade infantil e geriátrica; estão associadas a desigualdades sociais e ambientais; podem ter doenças crônicas associadas (diabetes, cardiopatias, DPOC), o que agrava infecções respiratórias comuns; são mais suscetíveis a pneumonias graves, tuberculose reativa e descompensações clínicas e a baixa cobertura vacinal agrava o cenário. Em Roraima, as doenças do trato respiratório devem ser enfrentadas com estratégias específicas para o território, integrando vigilância em saúde, atenção primária, vacinação e ações intersetoriais. O risco à saúde coletiva é potencializado por fatores como migração, isolamento geográfico, queimadas e desigualdade no acesso aos serviços, exigindo respostas coordenadas, territorializadas e baseadas em evidências.

As arboviroses, como dengue, chikungunya e zika, seguem uma dinâmica sazonal no Estado, com picos nos meses chuvosos e forte correlação com a ausência de saneamento básico, descarte irregular de lixo e água tratada. A expansão urbana na capital Boa Vista e demais municípios podem contribuir para a proliferação de criadouros do *Aedes Aegypti*. Municípios com áreas ribeirinhas também enfrentam dificuldades no controle vetorial, exigindo vigilância ambiental ativa e educação popular em saúde para o enfrentamento desses casos. Em suma, Roraima pode ser impactada por ser um local de clima tropical quente e úmido, com acelerado crescimento urbano, elevado fluxo migratório e dificuldade de controle em áreas indígenas e remotas.

Nesse contexto, quando lidamos com a gestante, recém-nascidos e idosos esse cenário pode resultar para a criança em: risco de síndrome congênita do zika, que pode causar microcefalia, atraso no desenvolvimento, distúrbios neurológicos; possibilidade de transmissão vertical (durante a gestação); e maior vulnerabilidade à desidratação rápida em casos de dengue. Para a gestante: ter o zika é o principal risco, podendo afetar o desenvolvimento fetal mesmo em casos leves; com dengue pode causar complicações obstétricas, como parto prematuro, sangramentos e sofrimento fetal. Para todas essas situações o pré-natal de qualidade na atenção primária é medida prioritária e essencial para o diagnóstico precoce, monitoramento fetal adequado e orientações preventivas. Em relação aos idosos, existe maior risco de complicações cardíacas, hepáticas e renais, especialmente em casos de

chikungunya e dengue; maior chance de hospitalização e óbito; e a presença de comorbidades como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias agrava o quadro.

As implicações na saúde coletiva ocasionadas pelas arboviroses abrangem: epidemias recorrentes, com grande número de casos em curto tempo; alto custo para o SUS com exames, hospitalizações e licenças de trabalho; impacto no bem-estar das famílias como sequelas neurológicas (zika), dores crônicas (chikungunya) e óbitos por dengue grave; interrompem atividades escolares e produtivas; e demandam ações constantes de controle vetorial e mobilização intersetorial (saúde, educação, saneamento, meio ambiente).

No rol de agravos não podemos deixar de relacionar as violências, como tentativas de suicídio, violência doméstica e sexual as quais vem sendo recorrentes. Essa tendência atinge especialmente adolescentes, mulheres, pessoas LGBTQIA+ e não raro na população indígena, cujos registros têm crescido. A violência contra adolescentes, por exemplo, muitas vezes envolve múltiplas formas de abuso (sexual, físico e psicológico) e segue em alguma medida com importante invisibilização nos registros oficiais. A notificação qualificada e a atuação articulada entre saúde, assistência social e justiça deve ser mantida e ampliada para romper os ciclos de violência e garantir o cuidado integral das vítimas.

Outra observação relevante diz respeito ao recorte por sexo. O percentual de notificações entre mulheres (53,54%) é superior ao de homens (46,46%), indicando não apenas diferenças biológicas e de exposição a agravos e doenças, mas também possíveis disparidades no acesso aos serviços de saúde e na própria sensibilidade da rede de atenção para a saúde da mulher. Esse dado pode refletir tanto a maior procura feminina por atendimentos e diagnósticos, especialmente no contexto da atenção primária, saúde sexual e reprodutiva, quanto uma maior vulnerabilidade a determinados agravos que acometem majoritariamente as mulheres, como as violências de gênero e os agravos maternos. Esse padrão também pode estar relacionado a uma subnotificação entre os homens, historicamente mais resistentes à busca por cuidados preventivos.

Em relação à raça/cor, o dado mais expressivo é o número de notificações entre pessoas autodeclaradas pardas, com 72,31% dos registros, um percentual que corresponde à ampla maioria. Esse achado está em consonância com a composição populacional de Roraima, cuja maioria se declara parda, segundo o CENSO 2022. No entanto, essa constatação também sugere que a população parda concentra maior carga de adoecimento, o que pode ser reflexo direto da intersecção entre pobreza, acesso precário aos serviços e exposição contínua a fatores de risco sociais e ambientais. Já os números de notificações entre indígenas, embora visivelmente menores, devem ser lidos com cautela: há uma forte subnotificação nesse grupo devido à baixa integração dos sistemas de informação entre os DSEI's (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) e o restante da rede SUS, somada às barreiras linguísticas, geográficas e culturais que dificultam o acesso ao diagnóstico e registro adequado. A baixa notificação entre pretos e amarelos também pode indicar invisibilidade estatística e não necessariamente menor adoecimento.

A distribuição percentual por faixa etária, por sua vez, revela um dado epidemiologicamente relevante: a maior concentração de notificações está entre jovens adultos de 20 a 29 anos (24,20%), seguidos pela faixa de 30 a 39 anos (20,08%) e de 40 a 49 anos (14,51%). Esse recorte confirma a realidade demográfica de Roraima, cuja população tem a menor média de idade do país (26 anos), e também aponta para a sobrecarga de adoecimentos incidentes em faixas etárias economicamente ativas, o que implica diretamente em perda de produtividade, aumento da demanda por serviços ambulatoriais e hospitalares e maior pressão sobre políticas públicas. A significativa carga de notificações entre adolescentes de 15 a 19 anos (8,42%) e até mesmo entre crianças e pré-adolescentes (destacando-se os grupos de 10 a 14 e de 5 a 9 anos, com cerca de 9,81%) exige atenção especial à saúde infantojuvenil e à integração de ações intersetoriais envolvendo educação, proteção social e saúde mental. O grupo com 60 anos ou mais evidencia um processo de transição epidemiológica e demográfica da população em ritmo menos acentuado que no restante do país. A presença de agravos nessa faixa etária remete à importância da atenção às doenças crônicas e do cuidado longitudinal, especialmente na atenção primária e na média e alta complexidade seja ambulatorial ou hospitalar.

De maneira geral em se tratando de sexo, cor/raça e faixa etária é fundamental destacar que os dados refletem não apenas a carga real de adoecimento, mas também a capacidade do sistema de saúde de diagnosticar e notificar os casos. Em áreas indígenas, ribeirinhas, de garimpo ilegal ou de alta mobilidade migratória, como ocorre com a população venezuelana, os números tendem a ser subestimados devido às falhas estruturais na cobertura e na integração nas informações, o que compromete a visibilidade estatística dessas populações. Portanto, a análise desses dados exige olhar técnico e crítico, para que os indicadores não sejam interpretados isoladamente, mas em relação às desigualdades que estruturam a produção e o registro do adoecimento. Esses recortes populacionais, somados às tendências observadas, devem orientar a formulação de políticas públicas mais justas, e com foco na equidade.

Partindo para os acidentes e causas externas, incluindo acidentes de trabalho, intoxicação exógena, acidentes com animais peçonhentos e afogamentos, notamos expressivos número que pode ter relação com áreas de garimpo ilegal, zonas rurais e em municípios com preponderância rural. Os acidentes de trabalho vêm se ampliando com a expansão da economia informal. A intoxicação por mercúrio, por exemplo, já é reconhecida em estudos sobre impactos do garimpo em povos indígenas e populações que consomem peixe em rios contaminados. Doenças negligenciada, como hanseníase e algumas zoonoses permanecem elevadas, a hanseníase, embora em queda no Brasil, pode aparecer com casos e graus de incapacidade, sugerindo diagnóstico tardio. A estrutura de vigilância para zoonoses devido ao fator ambiental também precisa ser reforçada tanto nas áreas urbanas dos municípios como em regiões de expansão agropecuária ou nas predominâncias rurais onde a interação entre seres humanos e animais domésticos ou silvestres for intensa.

Outro ponto crítico e que deve ser reiterado é a fragilidade nos registros e subnotificação em áreas remotas. Em muitos territórios indígenas, ribeirinhos e áreas rurais, o acesso aos sistemas oficiais de notificação depende da presença física de equipes itinerantes de saúde ou de agentes comunitários, o que compromete a regularidade e a completude dos dados. Essa limitação em alguma medida pode não apenas distorcer o retrato epidemiológico como prejudicar a equidade da atenção à saúde. Essas limitações ganham maior complexidade diante da interoperabilidade entre os sistemas de informação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), como o DSEI Yanomami e o DSEI Leste, e os sistemas oficiais do SUS, como o e-SUS AB, SINAN, SI-PNI e SIVEP-Gripe e etc. Agravos importantes registrados pelos DSEI's muitas vezes não são incorporados aos dados estaduais e municipais, criando um vácuo de informação o que dificulta ações coordenadas entre os Entes. A superação dessa barreira exige estratégias de integração tecnológica e implementação de ações entre as esferas de gestão.

Apesar do cenário desafiador, Roraima possui potências estratégicas e mobilizadoras, as quais podem fortalecer a resposta do SUS no território. Nesse sentido, a consolidação de uma saúde sensível às especificidades culturais e territoriais, aliada ao fortalecimento da atenção primária à saúde, pode transformar a adversidade em oportunidade de inovação e integração. A ampliação da conectividade digital, a qualificação das equipes de saúde, a integração das bases de dados entre o subsistema indígena e o SUS, além de investimentos contínuos em infraestrutura, são caminhos mantidos e que estão em andamento. A juventude da população roraimense nesse contexto deve ser vista como um ativo demográfico favorável à prevenção e promoção da saúde, sendo especialmente mobilizada por políticas públicas intersetoriais e inclusivas. Da mesma forma, a ampliação do acesso aos procedimentos da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar é imprescindível para garantir a integralidade do cuidado, assegurando resolutividade e humanização nos casos que ultrapassem a atenção primária. O reconhecimento das singularidades e desafios do Estado representa, portanto, não apenas uma fotografia crítica da realidade, mas sobretudo um convite à melhoria e à consolidação de uma Rede de Atenção à Saúde centrada no cuidado, pautada pela equidade, justiça social e respeito às especificidades locais.

3.13.9 - MORBIDADE POR PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS

Conforme demonstrado na tabela 29 a morbidade foi analisada com base na extração dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) abrangendo o período de 2015 a 2024. Foram organizados oito grandes grupos de procedimentos: (1) clínicos; (2) finalidade diagnóstica; (3) medicamentosos; (4) complementares de atenção à saúde; (5) cirúrgicos; (6) de promoção e prevenção em saúde; (7) relacionados a órteses, próteses, materiais especiais; e (8) transplantes de órgãos, tecidos e células. A consolidação foi realizada por ano e consolidada por biênios com o total acumulado e permitiu identificar tendências, respectivos percentuais, variações anuais e áreas prioritárias da atenção ambulatorial. Ao demonstrar os volumes de procedimentos distribuídos por grupos foi possível também estratificá-los por municípios ampliando a percepção territorial dos principais tipos de adoecimento em curso, sua frequência, sazonalidade ao longo do tempo, bem como sua interrelação com os determinantes sociais da saúde.

Tabela 29 - Demanda Ambulatorial por Município (2015-2024)

Gestão: Estado Pleno ¹													
Ordem	Município	Pop. Indígena ²	Terras Indígenas	Outras Áreas Institucionais ³	Área Remanescente ⁴	Distância da Capital	2015-2016	2017-2018	2019-2020	2021-2022	2023-2024	Total	%
1	Boa Vista*	4,41%	24,82%	11,04%	64,14%	-	7.318.805	9.300.805	7.080.507	7.943.496	10.105.300	41.748.913	86,19
2	Rorainópolis *	2,55%	19,25%	11,46%	69,29%	321 Km	131.359	317.129	341.463	305.057	407.172	1.502.180	3,10
3	Mucajaí	4,06%	57,65%	9,04%	33,31%	55 Km	158.421	312.635	209.953	158.174	212.985	1.052.168	2,17
4	Alto Alegre	58,34%	75,30%	7,98%	16,72%	95 Km	85.895	103.113	89.658	327.294	198.785	804.745	1,66
5	Caracaraí	5,90%	16,29%	29,67%	54,04%	170 Km	52.235	151.884	145.579	185.991	210.867	746.556	1,54
6	Pacaraima*	0,53%	98,27%	-	1,73%	218 Km	93.813	152.860	97.584	118.221	124.597	587.075	1,21
7	Caroebe	7,60%	54,56%	12,38%	33,06%	170 Km	20.913	84.297	78.906	125.392	145.228	454.736	0,94
8	São Luiz	0,41%	-	12,07%	87,93%	335 Km	55.930	73.668	67.576	76.033	121.799	395.006	0,82
9	São João da Baliza	6,08%	47,82%	8,17%	44,01%	352 Km	38.248	62.891	78.923	90.509	90.668	361.239	0,75
10	Bonfim*	43,34%	21,22%	4,78%	74,00%	124 Km	32.876	55.785	56.504	74.070	74.670	293.905	0,61
11	Normandia	76,12%	96,60%	-	3,40%	180 Km	33.756	62.952	44.348	25.595	36.445	203.096	0,42
12	Iracema	17,30%	74,47%	6,44%	19,09%	93 Km	8.231	8.490	277	87.418	72.787	177.203	0,37
13	Amajari	65,51%	60,41%	5,74%	33,85%	164 Km	25.120	22.966	11.446	0	-	59.532	0,12
14	Cantá	24,04%	7,19%	23,02%	69,79%	38 Km	40.776	3.773	4.233	736	-	49.518	0,10
15	Uiramutã	94,45%	99,76%	-	0,24%	319 Km	132	147	240	0	-	519	0,001
Total de Procedimentos Ambulatoriais (2015-2024)							8.096.510	10.713.395	8.307.197	9.517.986	11.801.303	48.436.391	100

Fonte¹: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SAI/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025. **Fonte²:** Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento (SEPLAN/RR)/Mapoteca. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/mapoteca/>. Acesso em: 11 de mar. 2025. **Obs.:** *Municípios de fronteira tendo como principal acesso as rodovias federais: Rorainópolis - Fronteira com o Amazonas (BR-174 sentido sul); Pacaraima - Fronteira com a Venezuela (BR-174 sentido norte) e Bonfim Fronteira com a Guiana Inglesa (BR-401 sentido nordeste).

¹ A análise realizada para este item (Morbidade por Procedimentos Ambulatoriais) foi baseada na produção ambulatorial sob gestão estadual, utilizando dados agregados a partir do Sistema SIA/SUS no período de 2015 a 2024. Essa metodologia está alinhada com a estratificação, que tem por objetivo o escopo de ações sob responsabilidade direta da SESAU. As análises complementares sobre procedimentos da gestão municipal devem compor os Planos Municipais de Saúde em respeito à lógica federativa e a autonomia dos Entes locais.

² Foi considerada população indígena o percentual em relação a população total do Município respectivo conforme o Censo-2022 (IBGE).

³ São áreas institucionais as Unidades de Conservação Federais (ICMBio), Unidades de Conservação Estaduais, Áreas do Ministério da Defesa e/ou Projetos de Assentamento.

⁴ Foi considerada área remanescente o saldo resultante do Ente Municipal, excluindo as terras indígenas e as outras áreas institucionais.

PROCEDIMENTOS E TERRITORIALIZAÇÃO

Conforme demonstrado na tabela 29 a análise da produção ambulatorial registrada no Estado de Roraima, com base nos dados extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) por local de atendimento entre os anos de 2015 e 2024, evidencia considerar algumas desigualdades no acesso e na oferta de serviços de saúde, nesse sentido, observa-se forte concentração da produção no município de Boa Vista, que responde por aproximadamente 86% de todos os procedimentos ambulatoriais realizados no Estado no período analisado. Embora a capital tenha a maior população relativa do Estado (mais de 64%) e seja a sede das estruturas de maior complexidade, essa concentração denota a centralização do sistema de saúde roraimense, com efeitos diretos na mobilidade dos usuários, sobrecarga da rede da capital e dependência dos municípios do interior.

Municípios com elevada proporção de terras indígenas, como: Uiramutã (99,76%), Pacaraima (98,27%), Normandia (96,60%) e Alto Alegre (75,30%), apresentam baixos percentuais de produção ambulatorial. Em Uiramutã, por exemplo, apenas 519 procedimentos ambulatoriais foram registrados em 10 anos, apesar da vastidão territorial (99,76%), distância da capital (319 km) e do predomínio populacional indígena (94,45%). Além das subnotificações de registro, isso também pode refletir barreiras geográficas, insuficiência de unidades de referência do SUS, bem como, fragilidades na atenção primária para os aspectos de prevenção e promoção em saúde onde o atendimento longitudinal de acompanhamento pelas equipes acaba em alguma medida sendo prejudicado.

Em que pese o papel importante dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's) é oportuno pontuar que as informações advindas das áreas operam em um subsistema que ainda não se comunica integralmente com os sistemas oficiais de informação, isso pode estar gerando subnotificações e invisibilidades importantes advindas de áreas predominantemente indígenas, caso dos municípios de Uiramutã, Normandia, Pacaraima e Alto Alegre. Isso se justifica dentre outras razões pelo fato de muitas unidades do interior desses Entes acolher boa parte dessa demanda. A ausência de interoperabilidade, dentre outros fatores, gera fragilidade nas análises e no conhecimento real da situação do território para medidas interventivas e preventivas que por consequência acabam sendo absorvidos de forma agravada pela rede estadual e/ou municipal em nível ambulatorial.

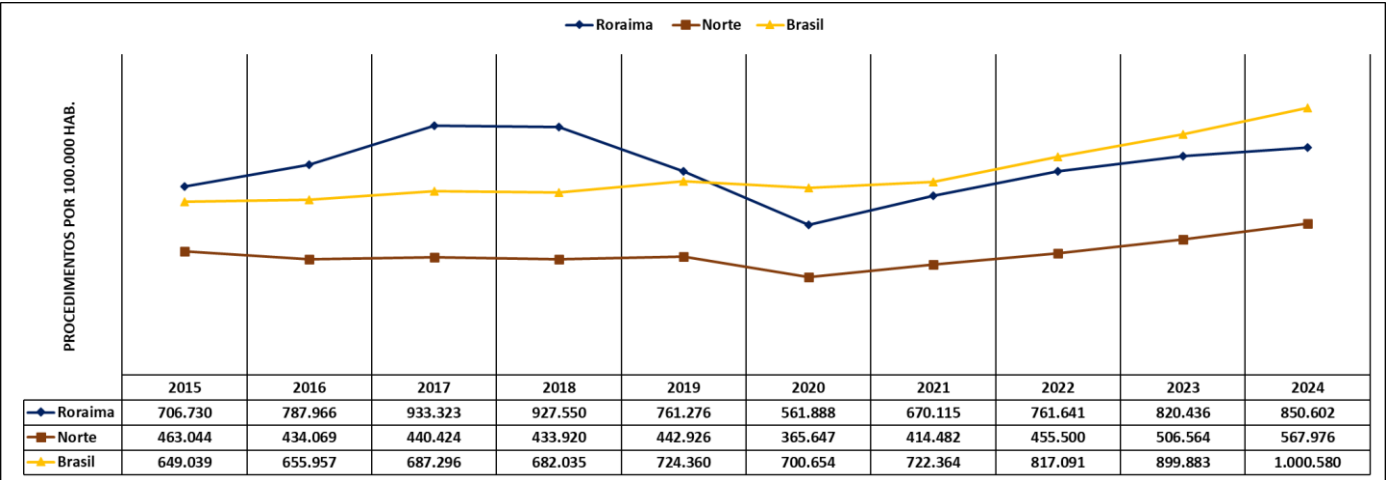
No contexto da Crise Yanomami, agravada a partir de 2021 e evidenciada em 2023, os efeitos do garimpo ilegal nas terras indígenas do Norte do Estado resultou em desdobramentos diretos e indiretos sobre a rede ambulatorial. O aumento de doenças infecciosas (como malária, tuberculose, hepatites e infecções sexualmente transmissíveis), desnutrição grave em crianças, distúrbios psiquiátricos agudos e intoxicações por mercúrio foram evidenciados não apenas nos territórios indígenas, mas também em municípios como Alto Alegre, Iracema, Mucajaí e Caracaraí, que receberam demanda secundária decorrente dos deslocamentos forçados e da desestruturação assistencial nessas áreas. A crise impacta o SUS em múltiplas frentes: aumenta a demanda por consultas clínicas e diagnósticas, gera pressão por medicamentos específicos, amplia a necessidade de ações complementares (como transporte sanitário e exames especializados) e impõe ao sistema ambulatorial um desafio de resposta rápida, contínua e sensível à cultura local.

O caso de Pacaraima, por ser município de fronteira acaba por ser ainda mais emblemático. O município, além de sua composição territorial ser 98,27% indígena, também enfrenta os efeitos complexos da migração venezuelana, a qual gera sobrecarga em seus limitados serviços de saúde originando demandas ambulatoriais em volume e complexidade crescentes. Apesar da sua localização estratégica e do fluxo migratório permanente, Pacaraima registrou produção ambulatorial inferior a muitos municípios de menor complexidade, como São Luiz e Caroebe, sugerindo uma lacuna de continuidade na atenção especializada fronteiriça.

Municípios mais ao sul do Estado, como Rorainópolis, Caracaraí e São João da Baliza, apresentam crescimento progressivo da produção ambulatorial, representando um avanço do acesso e qualidade no registro dos serviços ofertados, mas ainda requer ampliação. Nesse sentido, a área territorial e estratégica de Rorainópolis (fronteira com o Amazonas), mesmo concentrando a maior população relativa do interior do Estado, com uma população crescente e localizada a 321 km da capital, depende fortemente da BR-174 e enfrenta desafios estruturais, como a rotatividade de profissionais e limitação na oferta de especialidades, o que impacta diretamente no perfil da morbidade ambulatorial local.

A análise revela, portanto, que a oferta ambulatorial do Estado de Roraima é profundamente condicionada por fatores logísticos, geográficos socioeconômicos e socioculturais, e que há territórios com forte demanda potencial, mas com populações ainda com dificuldades de acesso. Tal constatação impõe intervenções interinstitucionais perenes para expandir os serviços com equidade, especialmente em territórios indígenas e de fronteira, promover a integração com os sistemas de saúde e fortalecer investimentos estruturais, de mobilidade sanitária, saúde digital e vigilância ativa em áreas remotas. Com base no Gráfico 11 anualizado que apresenta a taxa de procedimentos ambulatoriais por 100 mil habitantes entre os anos de 2015 a 2024, para Roraima, Região Norte e Brasil, é possível realizar uma análise situacional que evidencia importantes tendências sobre o acesso e a oferta de serviços ambulatoriais no Estado.

Gráfico 11 - Taxa Procedimentos Ambulatoriais por 100 Mil Hab. (2015-2024)



Fonte¹: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025. Fonte²: Censo Demográfico 2022 (IBGE): ajustado pela projeção populacional - edição 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 11 mar. 2025.

Conforme demonstrado no Gráfico 11 ao longo de toda a série histórica, Roraima apresenta um volume de procedimentos por 100 mil habitantes superior à média da Região Norte. No ano de 2017, atinge o pico de 933.323, mantendo um patamar elevado até 2018 devido à crise da migração venezuelana. Apesar da queda expressiva em 2020 (561.888), reflexo direto da pandemia da COVID-19 e da suspensão de diversos serviços ambulatoriais, o Estado demonstrou forte capacidade de recuperação nos anos subsequentes, culminando em 850.602 em 2024.

Essa performance reafirma que Roraima é um ponto fora da curva dentro da Amazônia Legal, principalmente quando comparado à média regional, que em 2024 ainda está em 567.976, mesmo após contínuo crescimento desde 2020. Tal cenário indica melhor desempenho na retomada e expansão da rede ambulatorial, reforçando a notável resiliência da gestão estadual e das equipes do SUS.

A Região Norte permanece com os menores índices de procedimentos ambulatoriais por 100 mil habitantes durante os dez anos, com uma queda acentuada em 2020 (365.647), que escancara a vulnerabilidade da região frente a crises sanitárias. A retomada é lenta, apesar do crescimento recente. A diferença entre os valores de Roraima e da Região Norte indica desigualdade de acesso ambulatorial entre os Estados da região, frequentemente explicada por barreiras geográficas, carência de infraestrutura, escassez de especialistas e a logística complexa dos serviços de saúde em territórios de difícil acesso.

O Brasil por sua vez como um todo apresenta uma curva de crescimento mais estável ao longo do tempo. Mesmo com uma leve queda em 2020, de 724.360 para 700.654 procedimentos, o país se recupera com rapidez e registra 1.000.580 em 2024, o maior valor da série. Isso mostra a capacidade de resiliência do sistema nacional, impulsionada pela retomada dos serviços eletivos, investimentos em atenção ambulatorial e implementação de estratégias nas Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Entretanto, a comparação com o dado de Roraima em 2024 ainda evidencia uma diferença de cerca de 150 mil procedimentos por 100 mil habitantes a menos, indicando que, apesar do bom desempenho local, há margem para qualificação e expansão da oferta ambulatorial, sobretudo em outras regiões.

Em suma a análise do comportamento dos procedimentos ambulatoriais evidencia que Roraima possui um dos melhores desempenhos relativos ao Norte, mas ainda inferior à média nacional. Reforçando a necessidade de:

- Ampliar a oferta de média complexidade;
- Fortalecer a capilaridade dos serviços ambulatoriais especializados, com apoio logístico e infraestrutura tecnológica;
- Integrar os dados do subsistema indígena com o SUS para visibilidade das ações em territórios tradicionais;

Implementar ações que qualifiquem o uso do sistema e evitem a sobrecarga dos atendimentos especializados.

Como já explicitado reiteradas vezes Roraima e sua realidade sanitária é profundamente marcada por especificidades territoriais, vulnerabilidades sociais, dispersão populacional e grande presença de populações indígenas e migrantes. Nessas condições, a lógica que define o melhor cenário não se resume somente à quantidade de procedimentos ambulatoriais realizados, mas sim à aderência desses atendimentos às necessidades reais da população, garantindo acesso oportuno, apropriado, integral e resolutivo.

Nesse contexto, é correto dizer que uma atenção primária forte, territorializada, com foco em promoção e prevenção pode, sim, reduzir a pressão por atendimentos ambulatoriais especializados ao evitar agravamentos de doenças crônicas, identificar precocemente riscos e ampliar o cuidado longitudinal. Aliás, este é um dos fundamentos do SUS: resolver no território para evitar medicalização e hospitalizações desnecessárias.

Por outro lado, Roraima ainda convive com vazios assistenciais importantes na média complexidade ambulatorial. Existem grandes áreas do Estado sem serviços de apoio diagnóstico, oferta de pequenas cirurgias, acesso a consultas especializadas e medicamentos de uso continuado fora da capital. Portanto, uma baixa produção ambulatorial não significa por consequência sucesso da atenção primária, mas sim barreiras de acesso e subnotificação, especialmente quando somada à ineficiência de registros. A redução da produção ambulatorial, para ser considerada benéfica, precisa vir acompanhada de evidências de que a atenção primária está sendo eficaz, resolutiva para além da boa cobertura, do contrário, representa um cenário preocupante: invisibilidade do adoecimento, descontinuidade do cuidado, e centralização dos fluxos para a capital.

Portanto, embora ter o acesso ambulatorial seja extremamente relevante até porque evita certos agravos e doenças e ajuda para integralidade do cuidado; no contexto geral, pensando em quantidade de procedimentos ambulatoriais, o melhor cenário para Roraima, no que couber as suas atribuições não é simplesmente “mais” ou “menos” atendimentos e sim que venha acompanhado também de:

- Um SUS que ofereça atendimentos ambulatoriais proporcionais à necessidade da população, com foco especial aos municípios com baixa cobertura;
- Uma rede estadual que desconcentre serviços da capital, promovendo acessibilidade física, cultural e digital à média complexidade;
- Um modelo que integre os dados da saúde indígena aos sistemas nacionais, para que a real carga de atendimento seja conhecida e incorporada; e
- E uma atenção primária que não apenas evite procedimentos ambulatoriais desnecessários, mas que tenha retaguarda ambulatorial suficiente para garantir a integralidade do cuidado.

Tabela 30 – Demanda Ambulatorial por Grupo de Procedimentos (2015-2024)

Gestão: Estado Pleno⁵								
Grupo	Grupos de Procedimentos Ambulatoriais	2015-2016	2017-2018	2019-2020	2021-2022	2023-2024	Total	%
1	Clínicos	3.654.757	5.133.209	3.952.908	4.128.565	4.758.062	21.627.501	
1.1	Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	3.381.117	4.748.578	3.609.747	3.648.496	4.312.933	19.700.871	91,09
1.2	Fisioterápicos	134.431	192.344	163.279	139.883	116.097	746.034	3,45
1.3	Nefrológicos	58.459	68.915	72.820	72.027	85.774	357.995	1,66
1.4	Odontológicos	7.263	11.093	6.319	144.862	113.722	283.259	1,31
1.5	Hemoterápicos	50.561	56.839	49.033	57.326	44.140	257.899	1,19
1.6	Terapias Especializadas	2.956	35.769	32.037	32.177	47.088	150.027	0,69
1.7	Tratamentos Clínicos	17.474	18.581	17.218	28.570	30.667	112.510	0,52
1.8	Tratamentos Oncológicos	2.496	1.090	2.453	5.224	7.641	18.904	0,09
1.9	Tratamentos de Causas Externas	-	0	2	-	-	2	-
2	Finalidade Diagnóstica	2.934.718	3.814.760	2.777.071	3.264.354	4.403.406	17.194.309	%
2.1	Diagnóstico em laboratório clínico	1.969.197	2.704.114	1.921.619	2.324.301	3.385.343	12.304.574	71,56
2.2	Diagnóstico por radiologia	496.085	572.629	454.129	354.684	411.240	2.288.767	13,31
2.3	Métodos diagnósticos em especialidades	184.539	186.175	99.605	102.844	139.575	712.738	4,15
2.4	Diagnóstico por teste rápido	42.701	73.758	67.455	193.372	152.368	529.654	3,08
2.5	Diagnóstico em hemoterapia	77.198	79.490	73.876	85.174	115.553	431.291	2,51
2.6	Diagnóstico por ultrassonografia	55.829	64.930	46.487	44.317	49.424	260.987	1,52
2.7	Diagnóstico - vig. epidemiológica e ambiental	31.834	44.905	27.988	39.583	55.639	199.949	1,16
2.8	Diagnóstico por tomografia	23.584	36.786	36.059	58.265	39.454	194.148	1,13
2.9	Diagnóstico por anat. patológica e citopatologia	25.612	17.179	22.502	30.747	19.720	115.760	0,67
2.10	Diagnóstico por ressonância magnética	15.046	19.236	12.096	15.727	25.027	87.132	0,51
2.11	Coleta de material	7.097	5.955	7.834	9.624	4.882	35.392	0,21
2.12	Diagnóstico por endoscopia	2.105	6.057	5.592	4.197	3.057	21.008	0,12

⁵ A análise realizada para o Item 6.2.2 - Morbidade por Procedimentos Ambulatoriais foi baseada na produção ambulatorial sob gestão estadual, utilizando dados agregados a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), abrangendo o período de 2015 a 2024. Essa metodologia está alinhada com a estratificação, que tem por objetivo o escopo de ações sob responsabilidade direta da SESAU. As análises complementares sobre procedimentos da gestão municipal devem compor os Planos Municipais de Saúde em respeito à lógica federativa e a autonomia dos Entes locais.

2.13	Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	3.822	3.477	1.823	1.475	2.067	12.664	0,07
2.14	Diagnóstico por radiologia intervencionista	69	69	6	44	57	245	*
3	Medicamentosos	1.170.167	1.345.878	1.177.881	1.748.484	2.184.797	7.627.207	%
3.1	Med. p/ tratam. da hipercalemia e hiperfosfatemia	279.080	392.131	309.969	412.274	393.298	1.786.752	23,43
3.2	Diazepinas, oxazepinas e tiazepinas	122.236	190.234	225.411	383.659	504.984	1.426.524	18,70
3.3	Imunossupressores seletivos	129.977	181.968	171.554	219.950	269.316	972.765	12,75
3.4	Inibidores da calcineurina	93.688	118.902	108.803	167.449	197.038	685.880	8,99
3.5	Outras preparações antianêmicas	45.426	58.906	63.959	77.317	77.003	322.611	4,23
3.6	Outros imunossupressores	37.378	33.078	13.830	90.975	126.824	302.085	3,96
3.7	Agonistas da Dopamina/inibidor da prolactina	45.167	62.102	47.649	69.603	74.441	298.962	3,92
3.8	Outros antipsicóticos	88.219	68.111	40.331	34.677	51.214	282.552	3,70
3.9	Nucleosídeo e nucleotídeo, inibidor da transcriptase	55.970	78.290	72.370	17.550	-	224.180	2,94
3.10	Outros antiepilépticos	18.845	25.936	5.326	44.401	103.695	198.203	2,60
3.11	Retinóides para tratamento da acne	69.730	-	18.570	45.502	43.685	177.487	2,33
3.12	Anticolinesterases	41.766	31.786	26.213	31.769	37.450	168.984	2,22
3.13	Somatropina e agonistas da somatropina	11.686	12.938	15.793	42.242	53.302	135.961	1,78
3.14	Ácido Aminosalicílico e Similares	20.563	20.727	11.856	11.410	19.855	84.411	1,11
3.15	Outros Agentes Antiparatireoide	-	428	3.756	28.257	34.763	67.204	0,88
3.16	Vit. D e análogos, incluído combinação dos dois	2.589	1.260	4.526	750	49.841	58.966	0,77
3.17	Nucleosídeo e nucleotídeo (excl. inibidores)	23.083	15.650	6.190	1.220	-	46.143	0,60
3.18	Aminoquinolinas	6.285	13.170	-	8.924	15.962	44.341	0,58
3.19	Inibidores do fator de necrose tumoral alfa (TNF-α)	7.154	8.435	7.559	8.591	10.045	41.784	0,55
3.20	Ferro trivalente, preparações parenterais	4.249	3.959	4.307	8.079	16.514	37.108	0,49
3.21	Agonistas sel. dos receptores beta 2 adrenérgicos	23.660	-	134	983	1.095	25.872	0,34
3.22	Outros medicamentos do sistema nervoso	788	1.982	3.297	7.007	11.334	24.408	0,32
3.23	Outros Antivirais	6.750	10.828	5.998	756	-	24.332	0,32
3.24	Inibidores da HMG-CoA redutase	5.774	4.850	920	1.160	9.390	22.094	0,29
3.25	Derivados do adamantano	17.570	-	-	-	3.540	21.110	0,28
3.26	Inibidores da fosfodiesterase	-	-	286	5.330	12.505	18.121	0,24
3.27	Agentes antitrombóticos	-	-	-	6.569	11.225	17.794	0,23

3.28	Insulinas análogas de ação rápida de uso injetável	-	3	1.063	1.918	10.488	13.472	0,18
3.29	Outros relaxantes musculares de ação periférica	571	1.347	1.441	3.902	5.525	12.786	0,17
3.30	Preparações de enzimas	-	-	-	360	12.150	12.510	0,16
3.31	Produtos div. p/ o trato alimentar ou metabolismo	-	-	-	2.165	7.980	10.145	0,13
3.32	Interferonas	2.419	1.823	1.225	1.245	816	7.528	0,10
3.33	Outros imunoestimulantes	2.276	1.917	1.389	876	585	7.043	0,09
3.34	Anti-hipertensivos	-	-	-	2.087	3.266	5.353	0,07
3.35	Análogos do hormônio liberador de gonadotrofina	617	10	288	1.731	1.739	4.385	0,06
3.36	Agentes Quelantes de Ferro	1.341	-	605	1.084	1.263	4.293	0,06
3.37	Outros agentes citotóxicos	420	2.650	-	504	440	4.014	0,05
3.38	Inibidores de Interleucinas	-	108	346	1.364	1.788	3.606	0,05
3.39	Enzimas	371	454	491	1.002	961	3.279	0,04
3.40	Análogos das Prostaglandinas	-	-	711	991	1.298	3.000	0,04
3.41	Imunoglobulinas, humana normal	407	462	601	329	1.132	2.931	0,04
3.42	Derivados de ácidos graxos	1.130	-	-	330	960	2.420	0,03
3.43	Fibratos, Acido Nicotínico e seus derivados	900	910	-	360	-	2.170	0,03
3.44	Inibidores da monoamino oxidase tipo b	300	-	91	150	1.410	1.951	0,03
3.45	Inibidores de Protease	1.414	420	-	-	-	1.834	0,02
3.46	Agentes Beta Bloqueadores	-	-	568	210	505	1.283	0,02
3.47	Inib. do co-transportador 2 de sódio-glicose(SGLT2)	-	-	-	-	1.123	1.123	0,01
3.48	Simpatomiméticos na terapia de glaucoma	-	-	155	329	401	885	0,01
3.49	Retinóides para tratamento da psoríase	-	-	-	330	540	870	0,01
3.50	Vasopressina e análogos	37	32	50	399	318	836	0,01
3.51	Derivados da benzodiazepina	-	-	-	-	650	650	0,01
3.52	Inibidores da anidrase carbônica	-	-	185	94	336	615	0,01
3.53	Outros produtos para o sistema respiratório	-	-	-	-	486	486	0,01
3.54	Anticorpos monoclonais	66	44	60	71	88	329	*
3.55	Fatores de estimulação de colônias	188	-	-	-	67	255	*
3.56	Mocolíticos	-	-	-	240	-	240	*
3.57	Análogos da mostarda nitrogenada	2	27	-	-	140	169	*

3.58	Glicocorticoides	75	-	-	-	5	80	*
3.59	Somatostatina e análogos	-	-	5	9	3	17	*
3.60	Alimentos dietéticos isentos de fenilalanina	-	-	-	-	9	9	*
3.61	Corticosteróides de potência muito alta (Grupo IV)	-	-	-	-	6	6	*
4	Complementares de Atenção à Saúde	266.461	309.366	301.023	282.453	307.992	1.467.295	100
4.1	Ajuda de custo p/ alimentação/pernoite de paciente	94.813	108.503	111.460	100.431	123.166	538.373	36,69
4.2	Ajuda de custo p/ aliment. pernoite de acomp.	86.007	100.206	103.818	94.981	116.182	501.194	34,16
4.3	Desloc de paciente - transp aéreo (cada 200 milhas)	31.461	34.309	29.194	29.259	28.598	152.821	10,42
4.4	Desloc de acomp - transp aéreo (cada 200 milhas)	29.388	32.606	27.306	29.824	27.464	146.588	9,99
4.5	Ajuda de custo de paciente - (tratamento CNRAC)	6.818	8.395	7.491	8.876	4.334	35.914	2,45
4.6	Ajuda de custo de paciente - (tratamento CNRAC)	6.789	8.061	7.292	8.711	4.364	35.217	2,40
4.7	Desloc. Interest. paciente aéreo (200 mil milhas)	5.526	6.243	4.003	4.565	1.918	22.255	1,52
4.8	Desloc. Interest. acomp aéreo (200 mil milhas)	5.534	5.911	4.040	4.637	1.966	22.088	1,51
4.9	Desloc de paciente transp. terrestre (cada 50 km)	69	2.738	3.555	700	-	7.062	0,48
4.10	Desloc de acomp. transp. terrestre (cada 50 km)	56	2.394	2.864	469	-	5.783	0,39
5	Cirúrgicos	33.152	65.058	50.096	46.653	56.284	251.243	%
5.1	Pequenas e da pele, tecido subcut. e mucosa	19.107	46.516	42.281	27.998	21.435	157.337	62,62
5.2	Cirurgia do aparelho da visão	8.758	7.831	2.559	11.674	23.518	54.340	21,63
5.3	Bucomaxilofacial	2.416	5.583	3.063	3.714	9.022	23.798	9,47
5.4	Cirurgia em nefrologia	1.333	1.592	607	899	1.012	5.443	2,17
5.5	Cirurgia do aparelho geniturinário	596	734	445	533	43	2.351	0,94
5.6	Cirurg. das vias aéreas super., face, cabeça e pesc.	581	607	372	368	357	2.285	0,91
5.7	Cirurgia do aparelho circulatório	6	1.406	138	309	105	1.964	0,78
5.8	Cirurgia do sistema osteomuscular	183	30	449	721	118	1.501	0,60
5.9	Cirurg. do apar. digest., órgãos anexos e abdom.	8	603	36	94	159	900	0,36
5.10	Anestesiologia	33	30	3	121	450	637	0,25
5.11	Outras cirurgias	2	38	100	171	31	342	0,14
5.12	Cirurgia reparadora	124	80	31	17	11	263	0,10
5.13	Cirurgia torácica	-	3	11	32	21	67	0,03
5.14	Cirurgia de mama	5	5	1	2	1	14	0,01

5.15	Cirurgia obstétrica	-	-	-	-	1	1	*
6	Promoção e Prevenção em Saúde	33.342	34.621	42.542	24.802	70.357	205.664	%
6.1	Saúde bucal	11.970	7.657	10.629	7.032	50.048	87.336	42,47
6.2	Educação em saúde	16.763	19.634	28.991	1.765	1.087	68.240	33,18
6.3	Alimentação e nutrição	1.598	4.182	1.674	13.719	15.421	36.594	17,79
6.4	Vigilância sanitária	2.599	1.644	697	1.884	2.372	9.196	4,47
6.5	Vigilância em Saúde do Trabalhador	101	1.297	207	391	1.415	3.411	1,66
6.6	Visita domiciliar	311	207	218	11	12	759	0,37
6.7	Práticas Integrativas/Complementares	-	-	126	-	2	128	0,06
7	Órteses, Próteses e Materiais Especiais	3.432	8.949	4.532	21.612	20.042	58.567	%
7.1	OPM em gastroenterologia (não cirúrgico)	-	4.550	2.674	17.886	15.584	40.694	69,48
7.2	OPM em nefrologia (cirúrgico)	3.362	3.769	760	972	985	9.848	16,81
7.3	OPM auxiliares da locomoção (não cirúrgico)	44	566	1.097	1.987	639	4.333	7,40
7.4	OPM oftalmológicas (não cirúrgico)	10	-	-	617	2.280	2.907	4,96
7.5	OPM auditivas (não cirúrgico)	-	-	-	7	455	462	0,79
7.6	OPM ortopédicas (não cirúrgico)	16	2	1	143	87	249	0,43
7.7	OPM em odontologia (não cirúrgico)	-	62	-	-	11	73	0,12
7.8	OPM em cirurgia bucomaxilofacial (cirúrgico)	-	-	-	-	1	1	*
8	Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células	481	1.554	1.144	1.063	363	4.605	%
8.1	Coleta de sangue em hemocentro p/ exames de histocompatibilidade (REDOME).	481	1.554	1.144	1.063	363	3.461	100
Total de Procedimentos Ambulatoriais 2015-2024		8.096.510	10.713.395	8.307.197	9.517.986	11.801.303	48.436.391	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025. Obs.: *Para a apuração dos percentuais foram considerados somente aqueles até a segunda casa decimal.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

A análise da série histórica dos procedimentos clínicos realizados no âmbito ambulatorial entre os anos de 2015 a 2024 revela uma produção acumulada de 21.627.501 procedimentos, evidenciando a robustez e a essencialidade das ações clínicas na composição da rede de atenção à saúde no território. O pico ocorreu no biênio 2017–2018, com mais de 5,1 milhões de atendimentos, seguido por oscilações nos períodos subsequentes, especialmente durante 2019–2020, certamente em decorrência do impacto da pandemia mundial da COVID-19 na oferta de serviços.

A retomada progressiva dos atendimentos, com elevação para 4,1 milhões (2021–2022) e 4,7 milhões (2023–2024), reflete os esforços de reorganização dos fluxos assistenciais e a reestruturação dos serviços, especialmente na Atenção Ambulatorial; via estratégica que por meio da Atenção Primária é essencial para resolutividade integrada do cuidado. Isso é particularmente relevante em um Estado como Roraima, cuja população jovem, dispersa territorialmente e marcada pela interculturalidade, depende fortemente da oferta regular de procedimentos clínicos como consultas médicas, administração de medicamentos, curativos, controle de doenças crônicas e cuidados preventivos.

Os dados refletem ainda a crescente demanda gerada pela presença de migrantes venezuelanos, cuja incorporação ao sistema de saúde pressionou os atendimentos ambulatoriais em regiões de fronteira, especialmente no município de Pacaraima e na capital, Boa Vista. O aumento nos atendimentos clínicos também pode estar relacionado ao maior acesso da população indígena e ribeirinha a serviços primários, especialmente com o avanço de estratégias itinerantes e de saúde da família em áreas remotas, embora ainda existam desafios importantes na continuidade do cuidado.

Vale destacar que os procedimentos clínicos respondem por uma diversidade de diagnósticos, com destaque para condições prevalentes como infecções respiratórias agudas, doenças diarreicas, hipertensão arterial, diabetes mellitus e agravos dermatológicos – enfermidades que estão diretamente relacionadas aos determinantes sociais da saúde, como acesso à água potável, saneamento básico precário, alimentação inadequada e exposição ambiental, como ocorre com frequência em áreas rurais e urbanas afetadas por queimadas e desmatamento.

As populações em situação de vulnerabilidade social, como indígenas, migrantes e comunidades rurais isoladas, podem enfrentar barreiras logísticas e culturais para o acesso a serviços especializados, o que confere aos procedimentos clínicos ambulatoriais um papel central na resolução de demandas básicas. Em muitos casos, são também os únicos cuidados disponíveis. Assim, o elevado número de atendimentos não apenas reflete a carga de doença, mas também certa insuficiência ou ausência da promoção e prevenção em saúde com resolutividade na APS o que acaba por gerar possível sobrecarga na média complexidade.

Nesse contexto, deve prevalecer é a manutenção e o fortalecimento da oferta qualificada dos procedimentos clínicos em Roraima o quais são estratégicos para o enfrentamento das desigualdades em saúde. A ampliação da cobertura da

Estratégia Saúde da Família, o investimento em formação permanente dos profissionais, e a adequação das estruturas físicas e tecnológicas são fundamentais para garantir o cuidado longitudinal e integral à população. A articulação com a vigilância em saúde, por meio de protocolos de notificação, rastreamento e acompanhamento de casos, também é imprescindível para transformar a prática clínica em um instrumento efetivo de análise de situação de saúde e tomada de decisão.

PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA

A produção ambulatorial referente aos procedimentos com finalidade diagnóstica totalizou aproximadamente 17,1 milhões de procedimentos ao longo do período de 2015 a 2024. Esse volume expressivo reflete a ampla demanda por serviços de diagnóstico que são fundamentais para o rastreamento, confirmação e monitoramento de agravos e doenças na população. Em um Estado marcado por desafios de acesso aos serviços de saúde, como é o caso de Roraima, a expansão dos procedimentos diagnósticos possibilita uma identificação precoce das doenças, sendo uma via de orientação do cuidado estratégica para a intervenção.

Destaca-se que o maior subgrupo dentro desse conjunto é o de Diagnóstico em Laboratório Clínico, que acumulou mais de 12,3 milhões de procedimentos. Esse dado evidencia a centralidade dos testes laboratoriais na prática ambulatorial, permitindo o rastreamento e o monitoramento de condições crônicas (como diabetes, hipertensão e dislipidemia), de infecções (incluindo a COVID-19, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis) e de outras condições que necessitam de confirmação diagnóstica. Em Roraima, a alta demanda por exames laboratoriais está associada, em parte, à necessidade de acompanhar uma população jovem, mas também a desafios específicos em áreas de difícil acesso, como as regiões indígenas e ribeirinhas, onde o diagnóstico precoce pode ser crucial para evitar complicações.

Outro subgrupo relevante é o de Diagnóstico por Radiologia, que atingiu um total de aproximadamente 2,2 milhões de procedimentos. O uso intensivo de técnicas de imagem como radiografias e tomografias é relevante para a identificação de agravos do aparelho respiratório, ortopédicos e de lesões traumáticas. Dada a realidade de Roraima, onde fatores ambientais como queimadas, desmatamento, eventos climáticos e violências em todas as suas formas podem agravar condições respiratórias e traumatismos, esse volume de procedimentos diagnósticos evidencia a importância de investir em infraestrutura de imagem e em formação técnica para uma interpretação acurada dos resultados.

A realização de Testes Rápidos também se mostra significativa, com aproximadamente 530 mil procedimentos. A implementação de métodos rápidos de diagnóstico é crucial em cenários de emergência, como surtos de arboviroses (dengue, chikungunya e zika) e outras infecções emergentes, especialmente em regiões remotas e de difícil acesso, onde a demora no processamento de exames pode comprometer a eficácia do tratamento e o controle da disseminação dos agravos. Essa modalidade de diagnóstico rápido tem se mostrado ainda mais relevante em áreas onde a infraestrutura laboratorial é limitada.

Além disso, os procedimentos de Métodos Diagnósticos em Especialidades e Diagnósticos Especiais em Hemoterapia, embora em volumes menores quando comparados aos exames laboratoriais e radiológicos, apontam para a crescente necessidade de diagnósticos mais sofisticados em situações de complexidade clínica, como no manejo de agravos oncológicos, infecções raras e condições hematológicas. Esses procedimentos complementam a estratégia de diagnóstico e permitem uma abordagem mais integral do processo saúde-doença.

Em Roraima, a expansão dos serviços de diagnóstico está diretamente associada a desafios estruturais e sociais específicos. A presença de populações indígenas, migrantes venezuelanos, comunidades ribeirinhas e áreas rurais com baixa densidade populacional impõe barreiras de acesso e integrações intersetoriais. Por exemplo, a dificuldade de deslocamento e a escassez de laboratórios bem equipados em áreas remotas podem atrasar o diagnóstico de doenças crônicas e infecciosas, afetando a eficácia do cuidado e a capacidade de intervenção precoce. Essa realidade reforça a necessidade de estratégias de mobilidade e de integração dos serviços diagnósticos com a utilização de tecnologias de telemedicina e a intensificação dos programas de saúde itinerante.

Do ponto de vista epidemiológico, a estratificação dos procedimentos com finalidade diagnóstica permite inferir quais agravos e doenças têm maior impacto na população. O elevado volume de exames laboratoriais, por exemplo, sugere uma alta demanda por monitoramento das condições crônicas e infecciosas, enquanto o significativo número de exames radiológicos aponta para a prevalência de agravos do aparelho respiratório e ortopédico. Essa análise é fundamental para orientar as políticas públicas de saúde, priorizando a alocação de recursos para as áreas que apresentam maior risco e necessidade, como a melhoria da infraestrutura laboratorial, a alta vulnerabilidade e o reforço da rede de atenção primária.

Em síntese, os dados dos Procedimentos com Finalidade Diagnóstica refletem não apenas o volume de serviços prestados, mas também a complexidade que envolve o processo de diagnóstico em Roraima. Eles apontam para uma demanda crescente e diversificada que exige uma abordagem intersetorial e territorializada, com atenção especial àquelas regiões e grupos populacionais historicamente vulnerabilizados. Essa perspectiva diagnóstica se torna importante para a formulação de estratégias de vigilância, prevenção e controle, contribuindo para um sistema de saúde mais equitativo e eficaz no enfrentamento dos agravos que afetam a população do Estado.

PROCEDIMENTOS MEDICAMENTOSOS

A série histórica dos procedimentos medicamentosos realizados no âmbito ambulatorial do SUS em Roraima por sua vez revelou um total de 7.627.207 procedimentos registrados entre 2015 e 2024, demonstrando o elevado grau de complexidade clínica e a dependência da população a medicamentos de uso contínuo ou especializado. Esse dado aponta para um perfil epidemiológico com forte prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's), agravos imunológicos, transtornos psiquiátricos e infecções de difícil controle, que exigem suporte terapêutico permanente e acompanhamento multiprofissional.

Com base na análise da produção ambulatorial de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) entre 2015 e 2024, foi possível perceber a morbidade registrada por meio desses procedimentos medicamentosos, com atenção às especificidades epidemiológicas e sociais. O conjunto de dados demonstra não apenas os agravos mais prevalentes na população, mas também aponta para os desafios estruturais enfrentados por indígenas, migrantes e comunidades expostas a contextos ambientais e sociais críticos, como exposição ao álcool e outras drogas, violências, queimadas, e etc.

A categoria de maior volume de dispensação corresponde aos medicamentos para tratamento da hipercalemia e hiperfosfatemia, totalizando 1.786.752 procedimentos, denotam que tais substâncias, como o Sevelamer, são utilizadas no tratamento de pacientes com Doença renal crônica (DRC) em estágio avançado, em especial aqueles em terapia dialítica. Esse dado revela a magnitude da DRC como problema de saúde pública em Roraima, cuja origem pode estar associada ao controle ineficaz da hipertensão e diabetes, ausência de diagnóstico precoce e fragilidade do seguimento longitudinal em comunidades rurais, ribeirinhas e indígenas. Soma-se a isso a dificuldade de acesso a nefrologistas e exames laboratoriais regulares em municípios fora da capital.

Em seguida, observa-se o elevado volume de dispensação de diazepinas, oxazepinas e tiazepinas, com 1.426.524 procedimentos no período. Essa classe farmacológica é amplamente utilizada no manejo de transtornos de ansiedade, insônia, agitação psicomotora e episódios de pânico, indicando uma carga elevada de sofrimento psíquico e transtornos mentais comuns na população roraimense. Esse padrão pode estar sendo intensificado pela desestruturação socioeconômica de famílias afetadas por migração forçada, insegurança alimentar, desemprego e experiências traumáticas vividas em áreas de fronteira e de tensão territorial. O uso prolongado e contínuo desses medicamentos exige vigilância rigorosa, já que estão associados a efeitos adversos importantes e risco de dependência química.

O grupo de imunossupressores seletivos e inibidores da calcineurina, com mais de 1,6 milhão de procedimentos somados, reforça o perfil de agravos relacionados a transplantes de órgãos sólidos, doenças autoimunes e condições inflamatórias crônicas, como a esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide. Esses dados revelam não apenas a presença desses agravos, mas também o fortalecimento da linha de cuidado especializada, cuja manutenção depende da logística eficiente de dispensação, estabilidade de fornecimento e suporte ambulatorial multiprofissional. Em áreas de difícil acesso do Estado, onde o deslocamento entre municípios pode demandar longas distâncias por vias rodoviárias, a garantia da continuidade terapêutica desses pacientes permanece um desafio.

Medicamentos usados no tratamento da esquizofrenia, transtorno bipolar e outras psicoses graves, como antipsicóticos (282.552 procedimentos) e agonistas dopaminérgicos (298.962 procedimentos), evidenciam o impacto de transtornos mentais severos e persistentes na população. A expressiva dispensação desses medicamentos indica a existência de pacientes que dependem do acompanhamento contínuo em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e no cuidado partilhado com a Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, é necessário manter e na medida do

possível melhorar a cobertura dos serviços, para minimizar eventuais desigualdades a tratamentos complexos, especialmente entre comunidades vulnerabilizadas socioeconomicamente como indígenas, migrantes e localidades rurais onde o idioma, a dinamicidade social, a distância e o deslocamento podem dificultar o vínculo terapêutico e o uso contínuo da medicação seja via dispensação direta ou por meio do ponto de atenção específico.

A presença significativa de medicamentos antirretrovirais (224.180 procedimentos) também sugere uma carga relevante de HIV/AIDS e hepatites virais, que pode estar concentrada em populações em situação de maior vulnerabilidade, como migrantes venezuelanos, pessoas privadas de liberdade e populações em situação de rua. A relação entre mobilidade humana e risco ampliado de infecções sexualmente transmissíveis exige resposta articulada entre vigilância epidemiológica, testagem ativa, educação em saúde e ampliação do acesso à terapia antirretroviral.

Adicionalmente, medicamentos como antiepilépticos, retinóides para acne, ácido aminossalicílico e somatropina apontam para condições neurológicas, dermatológicas, gastrointestinais e endócrinas que, embora menos expressivas em número absoluto, exigem seguimento ambulatorial contínuo e acesso garantido a especialistas. É fundamental assegurar que essas terapias alcancem também os mais vulnerabilizados, especialmente áreas ribeirinhas e indígenas onde o desabastecimento de medicamentos recorrente pode comprometer gravemente a adesão e os desfechos clínicos.

Finalmente, os medicamentos relacionados ao tratamento da osteoporose (vitamina D e análogos, antiparatiroides), hiperlipidemia (estatinas) e controle da glicemia (insulinas) reforçam a predominância das DCNT's na carga de morbidade em Roraima. Essas enfermidades são influenciadas diretamente por determinantes sociais da saúde como hábitos alimentares, nível de escolaridade, renda e acesso regular a serviços de saúde, sendo prevalentes entre adultos jovens, faixa majoritária da população roraimense. Esse cenário aponta para a necessidade de fortalecer as ações de promoção da saúde, controle de fatores de risco e acesso universal e equitativo à farmacoterapia.

Em síntese, a análise dos procedimentos medicamentosos em Roraima entre 2015 e 2024 revela um perfil de adoecimento compatível com doenças crônicas, imunomediadas, mentais e infecciosas, com padrões de distribuição influenciados pelas desigualdades e pelos determinantes sociais da saúde. Esses dados devem subsidiar a formulação de políticas públicas mais eficazes, sustentadas pela ampliação da atenção ambulatorial, fortalecimento da regulação farmacêutica, integração intersetorial e valorização de práticas de cuidado que respeitem as especificidades culturais e geográficas do Estado.

AÇÕES COMPLEMENTARES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Com base nos dados extraídos do SIA/SUS para o Grupo das Ações Complementares de Atenção à Saúde no Estado de Roraima entre 2015 e 2024, é possível constatar os condicionantes logísticos, sociais e estruturais que determinam a necessidade desses procedimentos. Tais ações não se referem diretamente ao

tratamento de doenças em si, mas ao suporte assistencial imprescindível para viabilizar o cuidado, além de garantir a permanência dos pacientes e seus acompanhantes no sistema de atenção à saúde.

O total de 1.467.295 procedimentos registrados no período demonstra a magnitude e a importância dessas ações complementares como parte indissociável da política de atenção à saúde. Entre esses, destacam-se as ajudas de custo para alimentação e pernoite de pacientes (538.373 procedimentos) e de acompanhantes (501.194), o que revela a dependência da população roraimense em relação ao apoio institucional para deslocamentos prolongados em busca de atendimento especializado. Esse fenômeno é especialmente sensível tendo em vista a situação locorregional de Roraima, onde o acesso à média e alta complexidade pode exigir viagens a longas distâncias objetivando a busca de tratamentos em outros Estados.

Adicionalmente, os procedimentos de deslocamento aéreo para pacientes e acompanhantes incluindo pernoites somam mais de 323 mil registros, refletindo a peculiaridade de Roraima: extensa malha geográfica, baixa densidade populacional e forte presença de áreas remotas e de floresta, que muitas vezes só são acessíveis por aeronaves. Essa realidade se impõe com ainda mais vigor nos DSEI's Yanomami e Leste, onde a assistência em saúde depende de aeronaves fretadas para remoções sanitárias, seja para atendimentos de urgência, partos de risco, condições clínicas descompensadas ou acesso à continuidade terapêutica em centros urbanos.

Outro ponto sensível identificado é a utilização de transporte interestadual aéreo, com mais de 44 mil procedimentos registrados, o que indica que o Estado de Roraima ainda possui lacunas na oferta de determinados serviços de alta complexidade como: tratamentos oncológicos específicos, cirurgias cardiovasculares e terapias especializadas as quais exigem deslocamentos para centros como Manaus, Brasília ou outros Estados. Isso reforça a importância da regulação interestadual e também expõe a vulnerabilidade do sistema não somente em Roraima como na Amazônia Legal.

As ajudas de custo específicas para tratamento CNRAC, tanto para pacientes (35.914) quanto para acompanhantes (35.217), corroboram o raciocínio anterior, ao mesmo tempo em que destacam a persistente dependência da logística institucional para assegurar o acesso a direitos básicos, como alimentação e estadia durante o tratamento. Esses números, ainda que administrativos, têm profunda correlação com os indicadores de morbidade, pois representam o custo invisível do tratamento, frequentemente arcado pelas famílias em regiões com baixa cobertura de atenção especializada.

Do ponto de vista dos determinantes sociais da saúde, o padrão observado nesse grupo de procedimentos evidencia as barreiras estruturais à integralidade do cuidado, incluindo:

- A vulnerabilidade de populações indígenas em territórios isolados, com baixa densidade de serviços de saúde.

- Os impactos da migração venezuelana, especialmente sobre os serviços de regulação e transporte na fronteira.
- A dependência de transporte terrestre e aéreo para acesso ao cuidado, que amplifica os custos da política pública.
- O efeito de eventos ambientais sazonais (ex: queimadas), que agravam doenças respiratórias e demandam remoções aéreas em caráter de urgência.

Por todas as colocações elencadas sobre as ações complementares de atenção à saúde os números não podem ser tratados como meramente operacionais, mas como um indicador sensível das inequidades de acesso aos serviços de saúde e da fragilidade da oferta de média e alta complexidade. Os dados analisados reforçam a necessidade de investimentos em infraestrutura hospitalar, de profissionais especialistas, ampliação de telemedicina, fortalecimento da regulação e expansão da cobertura da atenção primária com capacidade resolutiva, para que a dependência dessas ações complementares se transforme, progressivamente, em melhoria do acesso direto e oportuno ao cuidado integral o mais próximo possível do domicílio da família.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Com base na produção ambulatorial relativo aos procedimentos cirúrgicos registrados em Roraima entre 2015 e 2024, registrada pelo SIA/SUS, é possível destacar os agravos mais prevalentes que demandam essas intervenções, além de relacionar esses dados aos determinantes sociais, estruturais e ambientais. Ao todo, foram realizados 251.243 procedimentos cirúrgicos ambulatoriais no período, refletindo a dinâmica da oferta, da demanda e da capacidade instalada da rede estadual.

O maior volume de procedimentos está concentrado nas pequenas cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa, que representam 157.337 procedimentos (mais de 62% do total). Essa categoria abrange desde drenagens de abscessos, ressecção de lesões dermatológicas e procedimentos para tratamento de infecções cutâneas até correções de pequenas deformidades e biópsias. A alta prevalência pode ser atribuída a uma combinação de fatores como exposição a infecções tropicais (ex: leishmaniose cutânea), más condições de higiene, infestações parasitárias, acidentes de trabalho e traumas superficiais, muito comuns em zonas rurais.

Analisando outros contextos, é notório que Roraima possui clima equatorial, quente e úmido, o que favorece o surgimento de infecções cutâneas bacterianas e fúngicas, como impetigo, erisipela, micoses profundas, e também condições inflamatórias como furúnculos e abscessos. Essas lesões frequentemente requerem drenagens e pequenas intervenções ambulatoriais, justificando parte da demanda. Não raro existe uma importante incidência de leishmaniose tegumentar americana (LTA) no Estado, especialmente em áreas indígenas e rurais. Muitas vezes, essas lesões precisam de biópsias, ressecções ou tratamentos cirúrgicos de reconstrução, devido à ulceração crônica e deformidades. Isso eleva os registros de procedimentos ambulatoriais para a pele e tecido subcutâneo.

Boa parte da população em áreas vulneráveis vive em locais com saneamento básico ausente ou precário, o que aumenta a incidência de infecções de pele, parasitoses e feridas infectadas, que inevitavelmente necessitam de curativos especializados e pequenos procedimentos. Em regiões com trabalho informal, como o garimpo e agricultura familiar, são frequentes os traumas com objetos cortantes, perfurantes ou abrasivos, bem como queimaduras, que geram lesões superficiais e exigem intervenções rápidas, como suturas, limpeza cirúrgica ou desbridamento.

Em populações com baixa escolaridade e acesso limitado a dermatologistas, lesões de pele benignas e pré-malignas, como lipomas, cistos sebáceos, verrugas e queratoses, muitas vezes evoluem sem tratamento adequado e acabam sendo removidas cirurgicamente como forma de prevenção, diagnóstico ou alívio de sintomas. A escassez ou diminuta quantidade de dermatologistas e de centros de diagnóstico histopatológico no interior do Estado faz com que muitas lesões cutâneas sejam encaminhadas diretamente para biópsias ou excisões ampliando o volume de pequenas cirurgias ambulatoriais.

O segundo grupo mais frequente, com 54.340 registros, corresponde à cirurgia do aparelho da visão. Esse número expressivo demonstra a carga de deficiência visual evitável e corrigível, especialmente de catarata e pterígio, que afeta amplamente a população mais idosa, ou aqueles pacientes que têm acesso tardio ou limitado à atenção oftalmológica especializada. A concentração desses procedimentos nos últimos biênios da série indica para a manutenção dos serviços e mutirões e/ou intensificação de campanhas oftalmológicas principalmente após as restrições impostas pela pandemia da COVID-19.

Em terceiro lugar está a cirurgia bucomaxilofacial, com 23.798 procedimentos realizados no decênio. Esse volume evidencia o impacto de traumas faciais, cáries profundas, lesões ósseas da mandíbula, fraturas e infecções odontogênicas graves, frequentemente relacionados à falta de acesso à saúde bucal preventiva, hábitos alimentares inadequados e uso de substâncias como álcool e tabaco. Há ainda importantes vínculos com situações de violência, acidentes de trânsito e acidentes em áreas de trabalho informal onde não há proteção adequada.

A realização de cirurgias em nefrologia (5.443 procedimentos) aponta para a magnitude dos casos de doença renal crônica que requerem intervenções para confecção de fístulas arteriovenosas, implantes de cateteres ou tratamentos relacionados à terapia renal substitutiva. Esses procedimentos estão diretamente associados a pacientes com hipertensão e diabetes mal controlados, condições prevalentes em Roraima e intimamente ligadas a fatores sociais como alimentação, renda e educação em saúde.

Outros grupos, com menores volumes, como cirurgias do sistema osteomuscular, aparelho digestivo, vias aéreas superiores, aparelho geniturinário, mama, aparelho circulatório e cirurgia torácica, ainda que representem frações menores do total, apontam para demandas de média complexidade, muitas vezes represadas por falta de especialistas, equipamentos e logística hospitalar. Isso é especialmente constatado em grande parte das cirurgias ambulatoriais as quais são referenciadas para Boa Vista, gerando deslocamentos longos, custos indiretos e descontinuidade do cuidado.

Procedimentos registrados como anestesiologia (637) e cirurgia reparadora (263) refletem tanto os processos anestésicos em cirurgias ambulatoriais quanto intervenções relacionadas à reconstrução de danos por trauma, queimaduras ou malformações. Sua presença, embora reduzida, reforça a importância da qualificação das equipes multiprofissionais e da estrutura cirúrgica básica.

De maneira geral a análise da morbidade cirúrgica ambulatorial em Roraima evidencia a persistência de agravos evitáveis, a demanda reprimida por procedimentos eletivos de menor complexidade, e a necessidade de reorganizar a oferta de serviços cirúrgicos ambulatoriais, priorizando a criação de centros de pequenas cirurgias estratégicos. Além disso, é essencial considerar as especificidades de populações vulnerabilizadas: indígenas, migrantes, ribeirinhos, trabalhadores informais e etc. se atentando para melhorar o acesso universal, humanizado no cuidado cirúrgico ambulatorial.

AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE

Em continuidade a observância da base nos dados da produção ambulatorial do SUS para o grupo de Ações de Promoção e Prevenção em Saúde no Estado de Roraima entre 2015 e 2024, é possível observar com clareza que essas atividades, embora muitas vezes subnotificadas, desempenham papel estratégico para enfrentar a carga de morbidade. Ao todo, foram 205.664 procedimentos registrados, com picos em 2019 (36.687), 2023 (36.830) e 2024 (33.527), o que indica momentos de maior mobilização dos serviços de saúde para ações comunitárias, campanhas de educação em saúde e iniciativas itinerantes em territórios vulneráveis.

O subgrupo Saúde Bucal foi o mais expressivo no período, com 87.336 procedimentos realizados. O volume elevado revela não apenas a carga de doenças odontológicas evitáveis, como cárie, gengivite, abscessos dentários e perda dentária precoce, mas também a escassez de atendimento odontológico regular. Muitos desses procedimentos se concentram em mutirões ou ações pontuais, o que demonstra uma atenção fragmentada e descontínua, agravada por dificuldades de acesso geográfico, rotatividade profissional e/ou ausência de infraestrutura mínima.

A Educação em Saúde aparece como o segundo maior volume (68.240 procedimentos), com picos notáveis em 2016, 2018 e 2019, seguidos por uma queda acentuada durante a pandemia da COVID-19. Esse padrão revela a vulnerabilidade da mobilização comunitária frente a emergências sanitárias e reforça a necessidade de consolidar metodologias de educação e estratégias permanentes de empoderamento da população. No contexto roraimense, onde há diversidade étnico-cultural, alta presença de migrantes venezuelanos e desafios linguísticos em áreas indígenas, a educação em saúde deve ser multilinguística, territorializada e sensível aos valores tradicionais, o que exige capacitação constante das equipes multiprofissionais.

As ações em Alimentação e Nutrição, com 36.594 procedimentos, cresceram especialmente a partir de 2021, refletindo um aumento da preocupação com insegurança alimentar e desnutrição, agravadas pela crise humanitária migratória e os impactos econômicos da pandemia. Em especial nas regiões fronteiriças e entre povos indígenas, observa-se alta prevalência de déficits nutricionais em crianças,

gestantes e idosos, além de crescimento do sobrepeso e obesidade em áreas urbanas, fenômeno paradoxal que exige abordagem intersetorial. A ausência de água potável, falta de acesso a alimentos saudáveis e a dependência de produtos ultraprocessados nas cidades pequenas também contribuem para esse perfil nutricional duplo.

A baixa frequência de visitas domiciliares (759 em dez anos) e práticas integrativas (apenas 128 procedimentos) indica subutilização de estratégias de cuidado ampliado e territorializado, sobretudo nas regiões periféricas e nas comunidades mais isoladas. As visitas domiciliares são essenciais em contextos de alta vulnerabilidade, onde o acesso ao serviço de saúde é limitado por distância geográfica, insegurança ou questões culturais. Já as práticas integrativas e complementares (como fitoterapia, acupuntura, auriculoterapia) têm alto grau de aceitabilidade, mas permanecem subfinanciadas e ausentes da lógica hegemônica do cuidado.

As ações de Vigilância Sanitária (9.196) e de Saúde do Trabalhador (3.411) completam o conjunto de procedimentos, revelando um esforço ainda tímido de institucionalização da vigilância em ambientes produtivos formais e informais. O número crescente de notificações entre 2019 e 2024 nesses dois subgrupos coincide com a intensificação das denúncias relativas a condições de trabalho degradantes ou que suscita risco à saúde do trabalhador, com forte vinculação na agricultura e na construção civil. Essa relação chama atenção para a necessidade de articulação entre vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental, incluindo parcerias interinstitucionais e com movimentos sociais que atuam em defesa de populações vulnerabilizadas.

As ações de promoção e prevenção em saúde analisadas neste grupo não apenas apontam para o volume de atividades educativas e de base comunitária realizadas, mas também revelam as lacunas no cuidado preventivo e nas estratégias de vigilância territorializadas. A análise evidencia que há forte dependência de campanhas pontuais e mutirões, e não de ações estruturadas e contínuas nos territórios, o que fragiliza o impacto transformador dessas ações no perfil epidemiológico da população. Nesse sentido a prioridade é o fortalecimento da atenção primária com foco na promoção e prevenção da saúde, articulando ações intersetoriais, práticas educativas permanentes e reconhecimento dos saberes tradicionais.

ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

Com base nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), o grupo de Procedimentos Ambulatoriais com Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME's) no Estado de Roraima totalizou 58.567 procedimentos entre 2015 e 2024. Esses números evidenciam não apenas o avanço tecnológico na assistência à saúde, mas, sobretudo, os desafios relacionados à oferta de reabilitação, manutenção de funções vitais e acesso à atenção especializada.

O maior volume de procedimentos está vinculado às OPME's em gastroenterologia, com 40.694 registros, equivalendo a mais de 69% de toda a produção no período. Esse número expressivo está fortemente relacionado ao uso

de cateteres, sondas e próteses para suporte nutricional, indicando um número elevado de pacientes em estado crônico ou com comprometimentos digestivos graves como: câncer gastrointestinal, disfagias, estenoses esofágicas, doenças neuromusculares e síndromes incapacitantes. Esses agravos são comuns em populações em envelhecimento, mas também refletem os desafios em garantir o acompanhamento de pacientes em áreas mais distantes, onde a desnutrição, a perda de massa muscular e a dependência funcional são frequentes.

Em seguida, aparecem as OPME's em nefrologia (9.848), como cateteres de hemodiálise e acessórios para terapia renal substitutiva. Esses dados reforçam a carga crescente da Doença Renal crônica (DRC) em Roraima, frequentemente associada ao controle inadequado da hipertensão e diabetes. A situação se agrava nas regiões onde o acesso à Atenção Primária é precário, como em comunidades rurais e indígenas. É importante ressaltar que muitos desses dispositivos são essenciais para manter o paciente vivo até o acesso regular a serviços de diálise hospitalar ou domiciliar.

As OPME's auxiliares da locomoção somaram 4.333 procedimentos de entrega a população, englobando cadeiras de rodas, muletas, andadores e próteses ortopédicas. Esse dado revela o impacto da deficiência física adquirida ou congênita, frequentemente ligada a acidentes (de trânsito, de trabalho ou domésticos), malformações, doenças degenerativas e complicações do diabetes (como amputações). A prevalência desses agravos pode ser maior entre trabalhadores informais e em áreas com elevada sinistralidade geralmente sem proteção laboral e revela a lacuna na oferta sistematizada de profissionais e serviços de reabilitação física e fisioterapia no SUS.

A presença crescente de OPME's oftalmológicas (2.907), sobretudo a partir de 2022, indica a retomada de políticas de combate à cegueira evitável, como mutirões de catarata, que se intensificaram após a pandemia. A realização desses procedimentos reflete a carga de doenças visuais na população idosa e em grupos com exposição solar intensa (como agricultores, ribeirinhos e indígenas), para os quais o uso de lente intraocular e materiais cirúrgicos específicos é indispensável à reabilitação visual. Esse tipo de agravo, se não tratado, compromete severamente a autonomia e qualidade de vida da pessoa, resultando em dependência funcional inclusive com risco de isolamento social.

Embora com números ainda reduzidos, começam a aparecer registros de OPME's auditivas (462), ortopédicas (249) e odontológicas (73), sugerindo expansão progressiva da linha de cuidado em outras especialidades. No entanto, é notável a quase total ausência de registros em áreas críticas como cirurgia bucomaxilofacial (apenas 1 procedimento em 10 anos), o que pode ser reflexo de subnotificações, ou baixa disponibilidade de especialistas quanto a não incorporação desses insumos. Tais lacunas penalizam principalmente pacientes com deformidades faciais, traumas complexos, câncer de cavidade oral ou necessidades de reabilitação funcional da mastigação e fala.

Importante destacar que os dados analisados revelam uma forte concentração de procedimentos nos últimos quatro anos (2021–2024), com picos em 2022 e 2023, sugerindo aumento da capacidade logística, maior acesso a recursos e

o fortalecimento ambulatorial no Estado. Embora com melhoras, a produção de OPME's ainda está muito aquém das necessidades da população roraimense, considerando o histórico de subdiagnóstico e as desigualdades.

Por fim, é imprescindível reforçar que as OPME's representam elemento central da integralidade do cuidado, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade, onde são frequentemente a única via de acesso à manutenção da vida com autonomia e dignidade. Em Roraima, seu uso está diretamente vinculado a determinantes como migração forçada, envelhecimento populacional precoce, precarização do trabalho, acidentes, violências, deficiência nutricional e metabólica, desassistência de populações isoladas, dentre outras.

TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS TECIDOS E CÉLULAS

Com base na análise dos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), o grupo de Procedimentos Ambulatoriais Relacionados ao Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células no Estado de Roraima entre 2015 e 2024 apresenta um total de 4.605 procedimentos, todos vinculados exclusivamente à coleta de sangue para exames de histocompatibilidade em hemocentro, com vistas ao cadastro de doadores voluntários no REDOME (Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea). Isso indica que, em termos operacionais, Roraima ainda não realiza transplantes efetivos no território estadual, mas atua de forma importante na etapa de identificação e registro de possíveis doadores.

O volume expressivo de procedimentos em anos como 2017 (805), 2018 (749), 2019 (814) e 2021 (713) demonstra que o Estado possui uma capacidade estruturada de mobilização e coleta hemoterápica para fins de compatibilidade, geralmente centralizada no hemocentro. Essa etapa é fundamental para garantir a ampliação do banco nacional de doadores, o que beneficia diretamente pacientes em busca de transplante de medula óssea em todo o país, inclusive os próprios roraimenses que não encontram doadores compatíveis em suas famílias.

Contudo, a ausência de outros procedimentos ligados à realização de transplantes de órgãos sólidos, como rins, fígado ou coração, evidencia que Roraima ainda depende integralmente da regulação interestadual para esses tratamentos de alta complexidade, sendo os pacientes transferidos via CGRAC (Coordenação Geral de Regulação Avaliação e Controle) de Roraima para Estados como Amazonas, São Paulo, Distrito Federal ou outras localidades. Essa dependência impõe barreiras geográficas, emocionais e financeiras aos usuários e seus acompanhantes, especialmente os socioeconomicamente mais vulneráveis, onde a informação sobre o direito ao transplante nem sempre é acessível.

Adicionalmente, a logística de deslocamento, o custo indireto do tratamento fora de domicílio, as fragilidades no acompanhamento pós-transplante e o difícil acesso a medicamentos imunossupressores são elementos que limitam o sucesso terapêutico desses pacientes. Em situações de ilegalidade ambiental, como o garimpo, onde há ampla exposição ao mercúrio e contaminantes que causam hepatopatias e nefropatias graves, o acesso ao transplante torna-se ainda mais complexo, sendo necessário um esforço institucional para viabilizar rotas de cuidado que considerem tais exposições ambientais como agravantes clínicos.

Em termos de gestão em saúde, os dados analisados reforçam que Roraima deve manter e ampliar a política de incentivo à doação voluntária de sangue e medula, garantindo infraestrutura adequada no hemocentro estadual com articulação com as redes de regulação nacional. No médio prazo, a construção de uma estratégia de transplantes regional, ainda que incipiente, pode envolver etapas como diagnóstico situacional, formação de equipes especializadas e parcerias com centros transplantadores de referência na Amazônia Legal ou outras localidades de referência. Essa política deve estar integrada à vigilância de agravos crônicos e às ações da assistência farmacêutica especializada, especialmente para garantir continuidade de cuidado aos pacientes transplantados que residem no Estado, mesmo quando o procedimento tenha ocorrido fora do território.

3.13.10 - MORBIDADE POR INTERNAÇÕES HOSPITALARES

A análise da morbidade hospitalar do Estado de Roraima, no período de 2015 a 2024, foi realizada a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS); uma base estratégica de informações para compreender os padrões de internação no SUS e sua relação com o perfil epidemiológico da população. Os dados foram estratificados por unidades hospitalares de saúde, municípios de internação e anos de ocorrência, possibilitando uma leitura evolutiva, territorial e institucional da morbidade hospitalar.

Ainda este item se concentre na análise da morbidade hospitalar sob a perspectiva do volume de internações e sua distribuição territorial por unidade de saúde no Estado de Roraima, ele representa apenas uma dimensão inicial do entendimento do adoecimento grave da população. A complexidade clínica e os perfis epidemiológicos associados a essas internações serão verificadas nos itens subsequentes, em especial no que trata da morbidade geral por grupo de causas (6.2.5), no qual se detalham os principais grupos de doenças segundo a classificação da CID-10. Além disso, para uma leitura mais aprofundada das desigualdades e determinantes sociais que influenciam o padrão de internações, serão analisadas as condições sensíveis à atenção primária (6.2.4), bem como os recortes de morbidade hospitalar por faixa etária (6.2.6), por cor e raça (6.2.7) e por migrantes internacionais (6.2.8). A estrutura proposta visa proporcionar uma leitura ampliada e articulada do perfil de adoecimento da população, conectando a oferta e demanda hospitalar com os fatores estruturais, clínicos, sociais, demográficos e culturais que moldam a realidade de saúde em Roraima.

A partir da sistematização de todos esses dados para conhecimento da demanda, tornou-se possível inferir, dada a sua localização, quais populações estão mais expostas a essas morbidades (como indígenas, migrantes venezuelanos, ribeirinhos e habitantes de áreas urbanas e rurais), além de apontar vulnerabilidades estruturais do sistema de saúde, como rotatividade de profissionais, dificuldades estruturais, ausência de profissionais especializados, dentre outros. Dessa forma, o presente tópico visa apresentar uma leitura crítica e holística da realidade hospitalar de Roraima oportunizando subsidiar decisões, organizar a Rede de Atenção à Saúde com foco na integralidade do cuidado, reduzir as internações evitáveis e implementar as Ações e Serviços de Públicos de Saúde (ASPS).

Tabela 31 - Internações Hospitalares por Estabelecimento de Saúde (2015-2024)

Ordem	Descrição do Estabelecimento	Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
1	Hospital Materno Infantil N.S.N (HMINSN)	Boa Vista	17.558	16.953	18.697	20.176	20.649	18.599	18.765	19.816	16.458	10.971	178.642	42,75
2	Hospital Geral de Roraima (HGR)	Boa Vista	10.139	14.771	14.045	12.381	11.050	9.534	9.927	10.413	12.217	11.149	115.626	27,67
3	Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA)	Boa Vista	3.331	3.926	4.322	4.776	5.203	3.809	4.726	5.606	7.230	6.911	49.840	11,93
4	Hospital Lotty Iris*	Boa Vista	1.320	1.364	1.970	1.492	1.635	1.295	1.861	3.779	3.490	1.805	20.011	4,79
5	Hosp. Reg. Sul Gov. Ottomar de Sousa Pinto	Rorainópolis	736	1.216	2.062	1.969	2.254	2.187	2.083	2.767	2.131	2.146	19.551	4,68
6	Hospital Universitário (UFRR)*	Boa Vista	-	-	-	467	1.432	2.373	1.984	2.444	2.053	2.194	12.946	3,10
7	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá	Pacaraima	310	482	444	624	564	299	453	581	588	402	4.747	1,14
8	Unidade Mista Ruth Quitéria	Normandia	344	272	359	392	297	330	234	173	176	162	2.739	0,66
9	Unidade Mista São João da Baliza	São João da Baliza	127	247	397	252	346	204	106	314	239	396	2.628	0,63
10	Unidade Mista de Caroebe	Caroebe	125	222	454	300	322	235	176	184	240	112	2.370	0,57
11	Hospital Epitácio de Andrade Lucena	Alto Alegre	226	119	150	144	220	188	141	168	238	131	1.725	0,41
12	Hospital José Guedes Catão	Mucajá	198	243	273	303	245	186	96	-	-	17	1.561	0,37
13	Unidade Mista Irmã Aquilina	Iracema	168	-	90	181	212	156	162	187	188	125	1.469	0,35
14	Hospital Francisco Ricardo de Macedo	São Luiz	158	339	227	98	110	105	91	130	51	91	1.400	0,34

15	Hospital Estadual de Retaguarda COVID-19	Boa Vista	-	-	-	-	-	-	1.368	-	-	-	1.368	0,33
16	Hospital Pedro Álvaro Rodrigues	Bonfim	94	115	168	190	133	61	57	51	55	28	952	0,23
17	Hospital da Mulher*	Boa Vista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	255	255	0,06
Total de Internações 2015-2024			34.834	40.269	43.658	43.745	44.672	39.561	42.230	46.613	45.354	36.895	417.831	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: * Todas as unidades hospitalares do interior listadas acima foram estratificadas segundo local de internação, estão sob a gestão estadual exceto: o Hospital Universitário (UFRR) que está sob a gestão da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e atende ao SUS; o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) que atende ao SUS crianças < 14 anos, bem como o Hospital Lotty Iris e o Hospital da Mulher que estão sob a gestão de entidades empresariais e também atendem ao SUS.

Tabela 32 – População Total Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)

População Total Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)										
Abrangência Geográfica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Roraima	534.380	548.233	564.013	587.497	618.125	640.975	654.972	673.404	695.270	716.793
Norte	17.236.948	17.429.371	17.606.346	17.783.329	17.970.930	18.137.222	18.272.491	18.403.491	18.535.113	18.669.345
Brasil	202.403.642	203.871.925	205.211.557	206.529.038	207.900.099	209.164.889	210.103.642	210.862.983	211.695.158	212.583.750

Fonte: Censo Demográfico 2022: ajustado pela projeção populacional – edição 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 11 mar. 2025.

Tabela 33 - Total de Internações Hospitalares Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)

Internações Hospitalares Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)										
Abrangência Geográfica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Roraima	34.834	40.269	43.658	43.745	44.672	39.561	42.230	46.613	45.354	36.895
Norte	953.988	941.273	966.804	993.151	1.015.938	909.765	1.013.857	1.055.737	1.130.049	1.165.133
Brasil	11.638.853	11.527.712	11.675.269	12.000.838	12.356.283	10.688.203	11.629.005	12.520.914	13.355.814	14.145.035

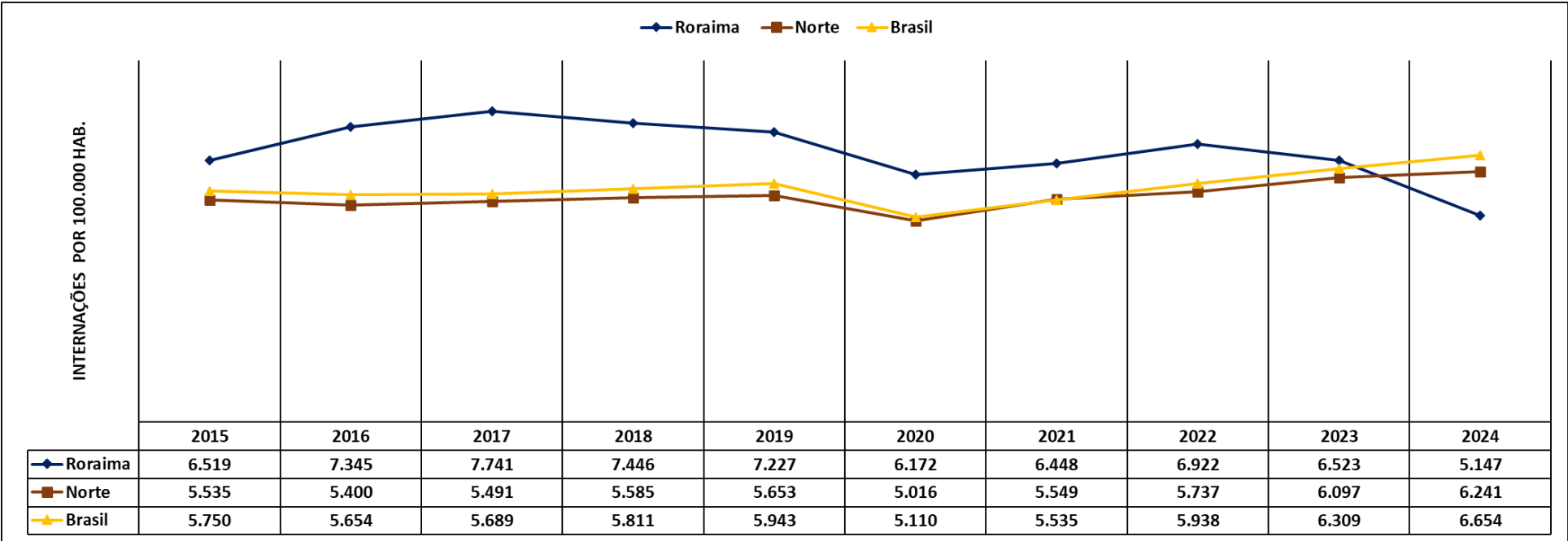
Fonte: Ministério da Saúde – Sist. de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 34 - Taxa de Internação por 100.000 Habitantes e Abrangência Geográfica (2015-2024)

Taxa de Internações por 100.000 Habitantes Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)										
Abrangência Geográfica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Roraima	6.519	7.345	7.741	7.446	7.227	6.172	6.448	6.922	6.523	5.147
Norte	5.535	5.400	5.491	5.585	5.653	5.016	5.549	5.737	6.097	6.241
Brasil	5.750	5.654	5.689	5.811	5.943	5.110	5.535	5.938	6.309	6.654

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Indicador apurado pela SESAU/RR com base nos dados do SIH/SUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 12 - Taxa de Internação Hospitalar por Abrangência Geográfica (2015-2024)



Fonte¹: Ministério da Saúde – Sist. de Inf. Hospitalares (SIH/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Censo Demográfico 2022 (IBGE): ajustado pela projeção populacional - edição 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 11 mar. 2025.

INTERNAÇÕES POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

A análise das internações hospitalares no Estado de Roraima revela uma profunda concentração de atendimentos na capital Boa Vista, com destaque para três grandes unidades que, juntas, registraram aproximadamente 82,4% de todas as internações do Estado entre 2015 e 2024. O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) principal unidade para o seu público alvo e referência para todo o Estado é responsável isoladamente por 42,75% de todas as internações no período, totalizando 178.642 atendimentos. O segundo maior volume constatado é do Hospital Geral de Roraima (HGR) principal unidade de média e alta complexidade, com 27,67% das internações (115.626), seguido pelo Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), com 11,93% (49.840 internações), este último responsável no atendimento de crianças < 14 anos. Em princípio esses primeiros números apontam que essa concentração evidencia uma assistência hospitalar especializada na capital, especialmente para demandas de urgência, obstetrícia, pediatria o que compromete a equidade territorial do cuidado.

Embora a capital Boa Vista concentre cerca de 65% da população total do Estado de Roraima, sendo o único município com características urbanas amplamente consolidadas, infraestrutura de grande porte e presença de hospitais estaduais de referência, o dado demográfico, por si só, explica parte dessa concentração das internações, já que uma população maior tende, naturalmente, a demandar mais serviços. No entanto, o que observamos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) é que Boa Vista com mais de 80% das internações detém proporcionalmente muito mais internações do que sua representação populacional indicaria. Isso ratifica a centralização da oferta de serviços hospitalares e, sobretudo, a existência de vazios assistenciais nos demais municípios, que, apesar de suas necessidades, têm unidades hospitalares com capacidade resolutive parcial.

A migração venezuelana, a crise Yanomami, somados aos agravos e a expansão do garimpo ilegal, em alguma medida com certeza criaram zonas de pressão sanitária, especialmente em municípios de fronteira como Pacaraima, Amajari, Alto Alegre e Uiramutã. Esses territórios apresentam elevada circulação de pessoas com agravamento dos determinantes sociais da saúde (saneamento, alimentação, acesso a medicamentos, violência), e, consequentemente, aumento de doenças infecciosas, agravos nutricionais, doenças respiratórias e gineco-obstétricas que frequentemente evoluem para quadros que exigem hospitalização. Contudo, a inexistência de hospitais mais estruturados nesses municípios impõe a transferência forçada dos casos para a capital, o que acentua ainda mais a sobrecarga dos hospitais de referência.

Vale constatar que além da média e alta complexidade, a baixa resolutive da atenção primária em muitos municípios rurais e indígenas contribui para a elevação das internações por causas evitáveis que poderiam ter sido prevenidas ou manejadas na APS, mas que acabam sendo atendidas nos hospitais da capital. Isso demonstra a necessidade de melhoria da Rede de Atenção à Saúde, com atenção aos acessos intermunicipais e representa sobretudo um desafio regulatório na articulação e integração com os demais níveis de atenção.

Esses fatores associados se refletem na escassez de infraestrutura hospitalar resolutive no interior, sobretudo nos municípios de pequeno porte e com baixa densidade populacional. Mesmo a unidade com função regional, como o Hospital Regional Sul de Rorainópolis, apresentou apenas 4,68% das internações no período de 10 anos (19.551). Hospitais localizados em municípios como Pacaraima (1,14%), Normandia (0,66%), Caroebe (0,57%) e São João da Baliza (0,63%) respondem por percentuais extremamente baixos, o que pode ser atribuído tanto à limitação de oferta de serviços quanto à ausência de retaguarda diagnóstica, recursos humanos especializados e leitos regulados. Esses baixos percentuais não significam baixa demanda, mas sim forte dependência da capital e deslocamentos frequentes de pacientes em busca de cuidado hospitalar, especialmente em situações de média e alta complexidade.

O antigo Hospital das Clínicas (HC), por muitos anos sob a gestão direta da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU/RR), passou por um importante processo sendo oficialmente incorporado à Universidade Federal de Roraima (UFRR) o qual foi transformado em Hospital Universitário. Esta transição administrativa e funcional articulada pela SESAU, ocorreu no âmbito da expansão da rede de hospitais universitários federais, com apoio da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e representa um marco na qualificação da assistência hospitalar, do ensino e da pesquisa em saúde. A estatal EBSERV e a UFRR assinaram contrato em 2024 passando a gerir o Hospital das Clínicas (HC) e desde então, o novo Hospital Universitário deve desempenhar papel complementar no sistema de internações, contribuindo especialmente para a formação de profissionais, a ampliação da oferta de leitos, bem como no fortalecimento da integração ensino-serviço no SUS de Roraima.

Outro ponto relevante sobre o funcionamento do Hospital Universitário da UFRR é que ele passará não somente a contribuir com pesquisas e estudos inovadores, mas também ofertará serviços à comunidade em geral. Nesse sentido, com foco na equidade e especificidade de Roraima está prevista nesse ponto de atenção a primeira Unidade de Retaguarda Hospitalar dos Povos Indígenas (URHPI) do Brasil a qual contará com mais 35 leitos na primeira fase da implantação. Contando a operacionalidade do antigo Hospital das Clínicas (HC) com a recente atuação do Hospital Universitário da UFRR, foram registrados 3,10% do total de internações até 2024, o que demonstra melhoria no atendimento qualificado e potencial crescimento progressivo na rede assistencial hospitalar.

Durante o enfrentamento da pandemia o Estado de Roraima estruturou o Hospital de Retaguarda COVID-19 com o objetivo de ampliar a capacidade hospitalar e oferecer suporte clínico à crescente demanda por internações decorrentes da infecção pelo SARS-CoV-2. Instalado como uma unidade temporária e emergencial, o hospital desempenhou papel fundamental no atendimento de pacientes com quadros clínicos moderados e graves, atuando na descentralização da sobrecarga enfrentada pelo Hospital Geral de Roraima (HGR) e pelo Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN). Em 2021, foram registradas 1.368 internações, evidenciando sua importância estratégica para mitigar os efeitos da crise sanitária e reduzir a pressão sobre os leitos convencionais e de terapia intensiva.

A estrutura atual dos hospitais para absorver as internações aponta, onde for cabível, para a necessidade de melhorias na distribuição da atenção hospitalar, pois o baixo percentual de internações nos municípios do interior revela subutilização da capacidade instalada existente (quando disponível) ou sua ausência. Isso implica por conseguinte, na implementação de estratégias frente as necessidades de redimensionamento da rede física e qualificação das linhas de cuidado, com atenção especial às maternidades, urgência e emergência e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) que estão entre os principais motivos de internação segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Nesse contexto, a centralização das internações em Boa Vista se explica por múltiplas razões, dentre as quais:

- Concentração de cerca de 65% da população total do Estado na capital Boa Vista, sendo o único município com estrutura consolidada para recepcionar situação de saúde agravadas na média e alta complexidade;
- Presença das melhores estruturas hospitalares na capital, como o Hospital Geral de Roraima (HGR), o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN), o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) e o Hospital Universitário da UFRR;
- Baixa resolutividade da atenção primária em muitos municípios rurais e indígenas o que contribui para a elevação das internações por causas evitáveis que poderiam ter sido prevenidas ou manejadas na APS;
- Dificuldade na rastreabilidade das internações no contextos indígena, pela inexistência de interoperabilidade do SIH/SUS o que inviabiliza e/ou dificulta identificar a origem real dos casos;
- Maior disponibilidade de especialistas, exames, retaguarda diagnóstica e terapêutica, que tornam a capital a única porta de entrada efetiva para muitos agravos de maior complexidade;
- Impactos socioeconômicos advindos da migração venezuelana, garimpo ilegal, crise indígena, impactos ambientais (ex.: queimadas), violências e etc.;
- Ausência ou baixa capacidade de internação hospitalar nos municípios do interior, muitos dos quais contam apenas com unidades mistas ou hospitais de pequeno porte, sem UTI, centro cirúrgico ou plantão 24h completo;
- Centralização da regulação do acesso a serviços que são priorizados com encaminhamentos para as unidades Hospitalares da capital;
- Condições geográficas e logísticas desafiadoras, que dificultam a estruturação de serviços, visto que nem todos os lugares contam com acesso terrestre regular, vias pavimentadas e internet com conectividade segura; e
- Integração da Regulação da Rede de Atenção à Saúde de forma articulada e integrada aos níveis de atenção visando mitigar a fragmentação do fluxo de pacientes no SUS.

Conforme demonstrado no Gráfico 12 a taxa de internações hospitalares por 100 mil habitantes em Roraima oscilou significativamente ao longo da série histórica dos últimos 10 anos, mantendo-se acima da média da Região Norte e, em diversos anos, próxima ou mesmo superior à média nacional. Essa tendência reforça a percepção de que Roraima, apesar de sua menor população absoluta, mantém uma pressão assistencial hospitalar elevada, relacionada à centralização da oferta de serviços na capital, à necessidade de melhoria da atenção primária em muitos territórios do interior, e às demandas provenientes de populações migrantes e indígenas, como previamente apontado.

As internações por 100 mil habitantes observadas nos anos de 2020 e 2021 se alinha diretamente devido ao período crítico da pandemia da COVID-19, que exigiu não apenas ampliação de leitos e abertura do Hospital de Retaguarda COVID-19, mas também a redistribuição forçada de pacientes de regiões remotas e indígenas, onde a estrutura hospitalar é inexistente ou parcial. Esses dois anos coincidem com a sobrecarga nos hospitais de Boa Vista os quais estão relacionados com a priorização da pandemia e compreendem o período de maior desafio epidemiológico enfrentado pelo sistema hospitalar.

Ao comparar Roraima com a Região Norte, é importante considerar que, enquanto Estados como Amazonas e Pará possuem centros terciários urbanos e hospitais regionais mais bem estruturados, Roraima possui uma estrutura estadual compacta, um mercado local de saúde oligopolizado de ofertantes, com poucos profissionais especialistas e fortemente dependente da logística aérea e de vagas para os casos mais graves em centros de atendimentos oncológicos. Por isso, mesmo mantendo em alguns anos números proporcionais elevados, há uma fragilidade de acesso que não pode ser descartada por esse desempenho aparente. Ou seja, a alta taxa de internações além de questões da APS, pode também refletir ausência de resolutividade ambulatorial e não apenas maior acesso ao cuidado de forma integral o que exige uma regulação acurada.

Observa-se ainda que, mesmo com a melhoria de alguns indicadores assistenciais no pós-pandemia e uma tendência de baixa, os níveis de internação em Roraima permaneceram elevados em 2023 com uma perspectiva de melhora em 2024 após nove anos acima do agregados geográficos (Brasil e Região Norte), revelando uma demanda hospitalar estrutural, e não apenas sazonal, impondo o desafio de melhorar a infraestrutura para reorganizar a oferta, ampliar a retaguarda de leitos fora da capital e fortalecer as portas de entrada ambulatoriais e da atenção primária, principalmente nas áreas de fronteira e de dispersão populacional.

A análise reforça que não basta observar o número absoluto de internações, mas sim ponderar a taxa populacional, o perfil epidemiológico, as lacunas territoriais e os determinantes sociais e ambientais que condicionam a oferta e o acesso aos serviços hospitalares; esses elementos como insumos oportuniza melhorar a equidade em territórios para além dos centros urbanos.

Por conseguinte com objetivo de observar especificamente o comportamento e a demanda das internações registradas nas unidade do interior, ou seja, excluindo a capital Boa Vista, segue a Tabela 35 e logo após o Gráfico 13

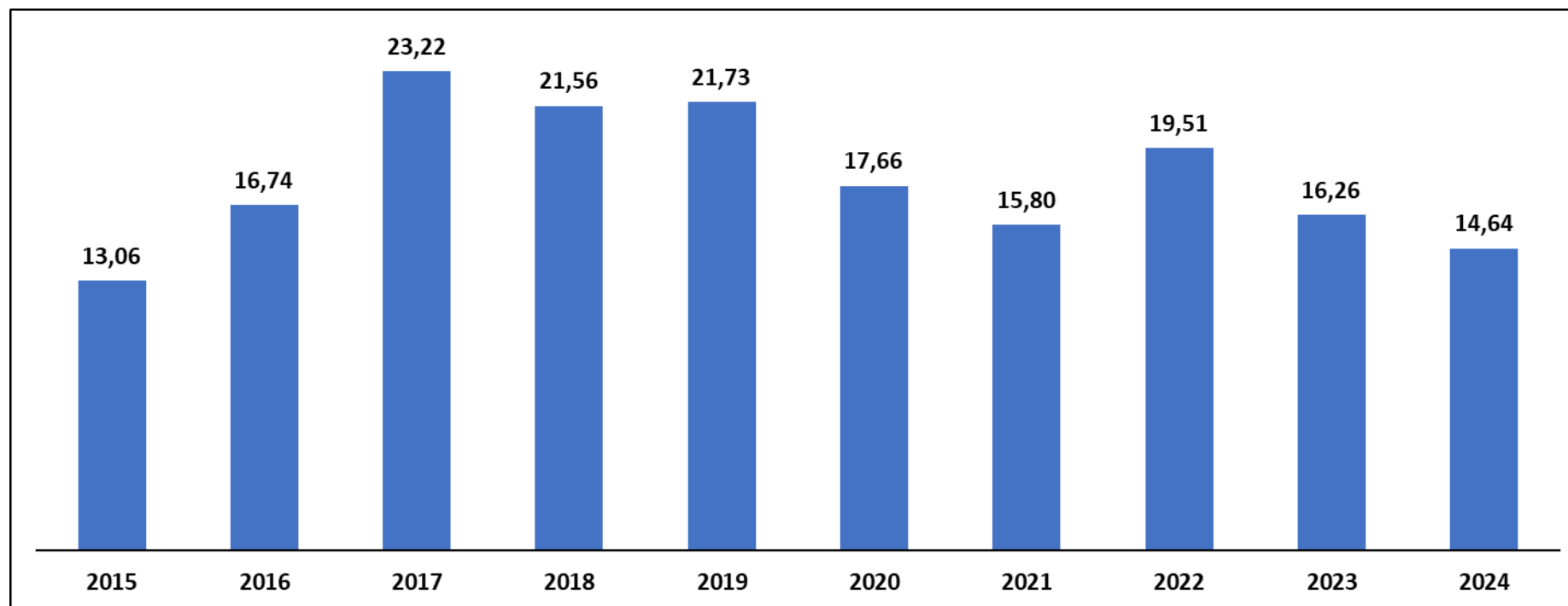
Tabela 35 - Internações Hospitalares por Estabelecimento e Municípios do Interior (2015-2024)

Ordem	Descrição do Estabelecimento	Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
1	Hosp Reg. Sul Gov. Ottomar de Sousa Pinto*	Rorainópolis	736	1.216	2.062	1.969	2.254	2.187	2.083	2.767	2.131	2.146	19.551	49,95
2	Hospital Délio de Oliveira Tupinambá*	Pacaraima	310	482	444	624	564	299	453	581	588	402	4.747	12,13
3	Unidade Mista Ruth Quitéria	Normandia	344	272	359	392	297	330	234	173	176	162	2.739	7,00
4	Unidade Mista São João da Baliza	São João da Baliza	127	247	397	252	346	204	106	314	239	396	2.628	6,71
5	Unidade Mista de Caroebe	Caroebe	125	222	454	300	322	235	176	184	240	112	2.370	6,05
6	Hospital Epitácio de Andrade Lucena	Alto Alegre	226	119	150	144	220	188	141	168	238	131	1.725	4,41
7	Hospital José Guedes Catão	Mucajá	198	243	273	303	245	186	96	-	-	17	1.561	3,99
8	Unidade Mista Irmã Aquilina	Iracema	168	-	90	181	212	156	162	187	188	125	1.469	3,75
9	Hospital Francisco Ricardo de Macedo	São Luiz	158	339	227	98	110	105	91	130	51	91	1.400	3,58
10	Hospital Pedro Álvaro Rodrigues*	Bonfim	94	115	168	190	133	61	57	51	55	28	952	2,43
Total de Internações do Interior 2015-2024			2.486	3.255	4.624	4.453	4.703	3.951	3.599	4.555	3.906	3.610	39.142	100

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: Estão listadas todas as unidades hospitalares do interior com dados estratificados segundo local de internação (exceto a capital), na lista todas atendem ao SUS e estão sob a gestão estadual. *São unidades de fronteira: o Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Sousa Pinto (fronteira com o Amazonas); o Hospital Délio de Oliveira Tupinambá (fronteira com a Venezuela) e o Hospital Pedro Álvaro Rodrigues (fronteira com a Guiana Inglesa).

Gráfico 13 - Taxa de Internação Hospitalar Registrada no Interior Por 1.000 Hab (2015-2024)



Fonte¹: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025. **Fonte²:** Censo Demográfico 2022 (IBGE): ajustado pela projeção populacional - edição 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 11 mar. 2025. Obs.: Para efeito de apuração foram consideradas todas as unidades hospitalares do interior segundo local de internação (exceto a capital), cuja totalidade atendem ao SUS e estão sob a gestão estadual.

A análise das internações hospitalares nos municípios do interior de Roraima revela um padrão marcante de concentração assistencial em algumas poucas unidades hospitalares, reforçando a percepção de desafios estruturais. O Hospital Regional Sul Governador Ottomar de Sousa Pinto, localizado no município de Rorainópolis, destaca-se amplamente como a unidade hospitalar mais relevante fora da capital, acumulando, sozinho, praticamente metade (49,95%) de todas as internações ocorridas no interior, totalizando 19.551 internações no período analisado.

Esse protagonismo assistencial do Hospital Regional Sul pode ser explicado não somente por sua localização estratégica, maior população relativa, situada na fronteira com o Estado do Amazonas, mas principalmente por representar uma unidade regional de referência com maior infraestrutura, oferta de leitos e retaguarda clínica. Rorainópolis, como unidade prioritária regional ao sul do Estado, funciona como referência obrigatória não apenas para sua própria população, mas também para os municípios adjacentes, como Caroebe, São João da Baliza e São Luiz, que dependem fortemente dessa estrutura devido à parcial resolutividade das unidades locais.

O Hospital Délio de Oliveira Tupinambá, localizado em Pacaraima, município de fronteira com a Venezuela, ocupa a segunda posição em relevância, com 12,13% das internações, totalizando 4.747 atendimentos hospitalares no período. Pacaraima tem sua dinâmica profundamente alterada pela intensa pressão migratória venezuelana, com demandas crescentes relacionadas a agravos infecciosos, nutricionais, obstétricos, traumas e doenças respiratórias. O hospital local atua como unidade de primeiro atendimento de parte da média complexidade, mas a demanda que excede notoriamente a sua capacidade instalada, resulta em transferências frequentes para a capital Boa Vista, onde detém melhor estrutura e profissionais para os atendimentos especializados de média e alta complexidade.

Outras unidades hospitalares de menor porte, tais como as unidades mistas de Normandia, São João da Baliza e Caroebe, respondem por cerca de 6% a 7% do total das internações hospitalares do interior, o que sugere uma estrutura assistencial limitada. Essas unidades enfrentam desafios como carência de especialistas, ausência de leitos, restrições diagnósticas, logísticas e baixa capacidade resolutiva frente a doenças crônicas e emergências.

Municípios como Alto Alegre, Mucajaí, Iracema, São Luiz e Bonfim apresentam números ainda menores, com internações inferiores a 5% do total de internações do interior, evidenciando problemas estruturais ainda mais severos e dependência mais intensa da capital para resolução de casos clínicos mais graves ou de maior complexidade diagnóstica e terapêutica.

O gráfico relativo à taxa de internações hospitalares no interior, ajustada para cada mil habitantes, observa-se que no início da série, entre 2015 e 2016, verifica-se uma taxa relativamente estável, sugerindo uma demanda assistencial constante, embora em patamar ainda baixo, refletindo a limitação estrutural e operacional dessas unidades hospitalares.

No biênio seguinte (2017-2018), há um aumento significativo da taxa de internações, indicando possível expansão de demanda relacionada ao aumento da pressão migratória venezuelana, particularmente perceptível em unidades hospitalares estratégicas como o Hospital Délio de Oliveira Tupinambá, em Pacaraima. Nesse período, as unidades do interior já começam a evidenciar dificuldades estruturais frente à maior procura por internações associadas a doenças infecciosas, nutricionais, respiratórias e por causas externas relacionadas ao contexto migratório e ao garimpo ilegal.

A partir de 2019, observa-se uma tendência de curto prazo de baixa mais expressiva, principalmente em 2020 e 2021, essas internações estão quase que exclusivamente relacionadas com a pandemia coincidindo exatamente com os anos mais críticos da COVID-19. Esse período bienal refletiu em aumento significativo das demandas por hospitalização no interior, em especial para casos mais simples no Hospital Regional Sul de Rorainópolis, unidade-chave para a região sul do Estado. Esses anos marcaram a crise sanitária sem precedentes, gerando maior pressão sobre as unidades locais devido às restrições de deslocamento, ao aumento das transferências emergenciais e à saturação das unidades hospitalares da capital, direcionando a capacidade assistencial no interior de forma estratégica para casos menos graves e atendimentos de outras doenças.

Após 2021, verifica-se em 2022 um aumento significativo da taxa de internações, demonstrando uma aceleração da demanda ainda ocasionada pelo pandemia da COVID-19. Entretanto, em 2023 e 2024, observa-se uma diminuição gradual, mesmo que não retornando aos níveis críticos da crise sanitária. Embora ao final da séria se observe uma diminuição da demanda por internações ainda permanecem os desafios estruturais persistentes relacionados às doenças infecciosas endêmicas, complicações obstétricas e traumáticas, que continuam a exigir cuidados hospitalares, especialmente no Hospital Regional Sul de Rorainópolis e em Pacaraima.

De maneira geral a análise do comportamento anual das taxas de internações no interior de Roraima revela um padrão instável, fortemente influenciado por eventos críticos (migração venezuelana, pandemia de COVID-19, crise Yanomami e garimpo ilegal). Contudo, evidencia também uma dificuldade estrutural de responder adequadamente às demandas de saúde da população, resultando em uma dependência excessiva da estrutura hospitalar da capital. Tal realidade reforça a necessidade de se ampliar e qualificar a rede hospitalar com a melhoria da capacidade diagnóstica e terapêutica local e fortalecimento da atenção primária, especialmente nos municípios do interior. Em suma a concentração de internações em Boa Vista implica que a maior parte da população do interior depende da capital para ter acesso ao cuidado hospitalar, o que não raro pode gerar:

- Deslocamentos frequentes e prolongados, com impactos sociais, econômicos e emocionais para os pacientes e familiares;
- Sobrecarga dos profissionais e serviços de referência da capital, que acumulam demandas tanto locais, quanto de outros municípios;
- Risco de descontinuidade do cuidado e aumento da letalidade por atrasos no atendimento, principalmente em situações de urgência;

3.13.11 - MORBIDADE POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À APS

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) correspondem a um conjunto de agravos cujos desfechos hospitalares poderiam ser evitados com ações resolutivas e oportunas da APS, como acompanhamento adequado, imunização, tratamento precoce de infecções, educação em saúde e monitoramento de condições crônicas. No âmbito do SUS, esse indicador é amplamente utilizado para analisar a efetividade da APS, funcionando como um importante instrumento de gestão e planejamento sanitário.

No contexto de Roraima, a análise das ICSAP ganha contornos ainda mais relevantes ao se considerar as características territoriais, culturais e estruturais que compõem o sistema de saúde local. A presença de populações indígenas, comunidades ribeirinhas, zonas rurais dispersas, além da migração venezuelana, impõe barreiras adicionais ao acesso, à continuidade do cuidado e à integralidade da assistência. Internações por doenças como asma, diabetes, hipertensão, infecções urinárias, pneumonias e gastroenterites em crianças, todas evitáveis com cuidado básico oportuno, são altamente prevalentes, sobretudo nos municípios de fronteira e regiões com dificuldades de acesso.

A ausência de infraestrutura adequada, a rotatividade de profissionais, e a fragilidade na articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde agravam o quadro, tornando as ICSAP não apenas um reflexo de falhas assistenciais, mas também de desigualdades sociais e vulnerabilidades historicamente negligenciadas. Assim, a incorporação desta análise permite identificar os principais nós críticos da APS no território, subsidiar estratégias de reorganização da oferta de serviços, qualificar a alocação de recursos e monitorar a efetividade das políticas públicas voltadas à atenção primária.

As ICSAP nesse sentido são um marcador direto da efetividade da atenção primária à saúde (APS): quando a APS funciona bem, com acesso, acolhimento, continuidade do cuidado e acompanhamento de condições crônicas, essas internações tendem a diminuir. Quando a APS é frágil, desestruturada ou de difícil acesso, a hospitalização por condições evitáveis aumenta. A série histórica das ICSAP em Estados como Roraima, com vastas áreas rurais, terras indígenas, migração desordenada e população em situação de vulnerabilidade, o monitoramento das ICSAP revela onde o SUS não está conseguindo resolver os agravos na porta de entrada do sistema.

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, mantém uma lista oficial de ICSAP as quais permite análise e favorece o monitoramento do território oportunizando embasamento técnico para construção de metas, indicadores e ações de enfrentamento. No contexto da saúde e especificamente no caso de Roraima, as ICSAP dialogam com múltiplos determinantes sociais da saúde: Acesso geográfico, barreiras culturais, garimpo ilegal, insegurança alimentar, acesso limitado a medicamentos e falta de profissionais em áreas remotas são todos fatores que podem elevar a taxa de internações evitáveis.

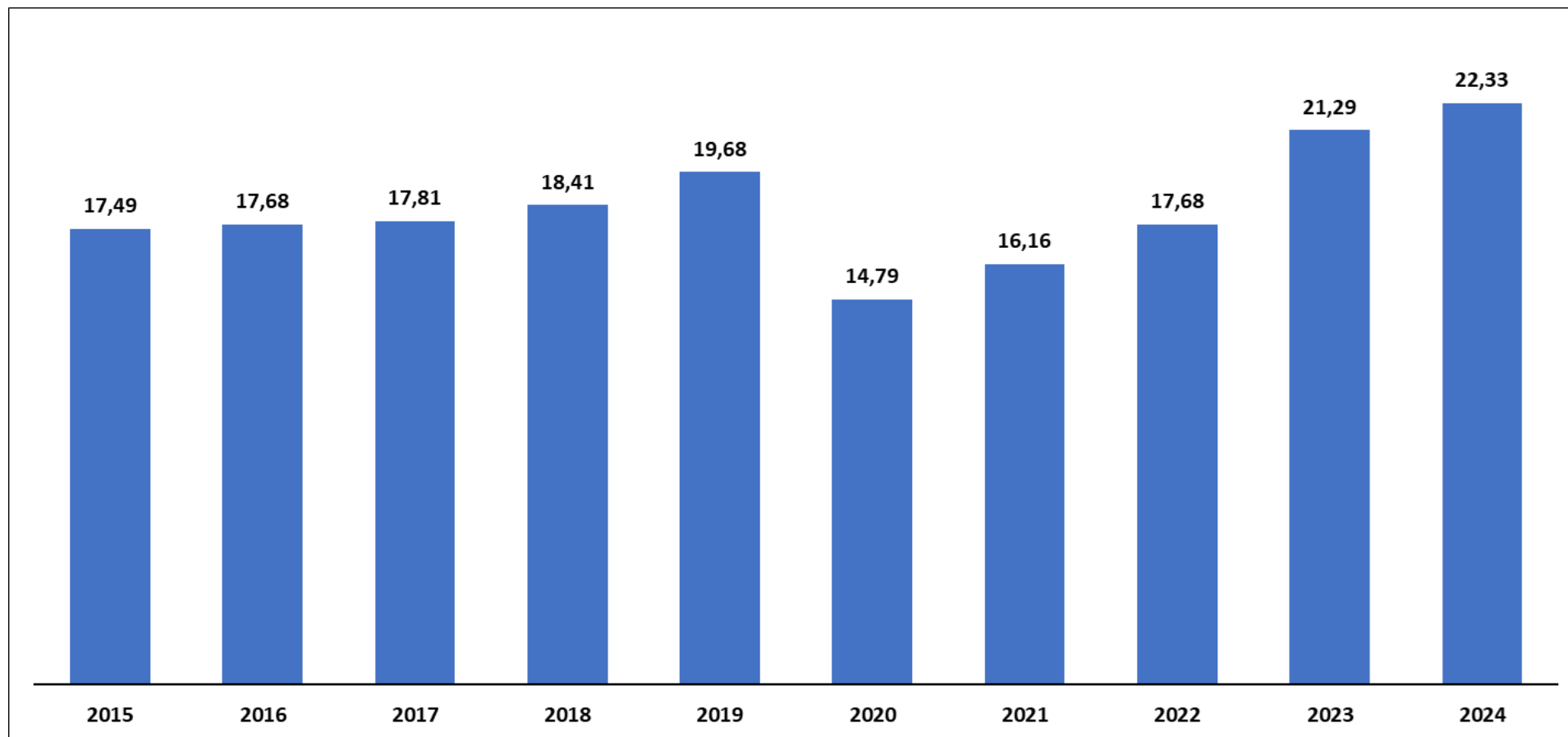
Tabela 36 - Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)⁶

Grupo	Descrição do Diagnóstico	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
1	Pneumonias bacterianas	571	877	1.108	1.498	1.622	799	1.375	2.151	2.942	2.321	15.264
2	Infecção da pele e tecido subcutâneo	1.266	1.324	1.496	1.260	1.415	1.024	984	898	915	725	11.307
3	Infecção no rim e trato urinário	753	816	907	809	846	643	544	668	634	619	7.239
4	Gastroenterites Infeciosas e complicações	576	796	510	623	755	377	434	501	589	762	5.923
5	Diabetes mellitus	596	593	579	568	749	521	551	538	550	646	5.891
6	Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	284	343	456	663	672	552	509	608	596	406	5.089
7	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	340	460	481	606	542	451	519	479	465	255	4.598
8	Doenças pulmonares	163	239	413	409	488	205	414	504	683	595	4.113
9	Doenças cerebrovasculares	303	336	396	368	515	362	345	438	493	506	4.062
10	Insuficiência cardíaca	395	418	454	404	413	324	308	415	429	400	3.960
11	Asma	112	160	135	95	110	60	121	267	262	168	1.490
12	Infecções de ouvido, nariz e garganta	75	118	126	94	91	59	168	205	245	191	1.372
13	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	142	162	192	156	131	114	100	133	107	87	1.324
14	Epilepsias	130	125	99	111	95	100	124	148	175	173	1.280
15	Úlcera gastrointestinal	143	134	130	105	111	86	91	104	85	73	1.062
16	Hipertensão	112	111	191	169	98	29	49	60	102	50	971
17	Deficiências nutricionais	40	51	57	60	74	77	95	115	221	137	927
18	Angina	82	54	46	53	59	66	90	150	161	122	883
19	Anemia	11	4	-	2	5	4	4	-	1	4	35
Total de Internações por Condições Sensíveis à APS		6.094	7.121	7.776	8.053	8.791	5.853	6.825	8.382	9.655	8.240	76.790
Total de Internações no Estado de Roraima		34.834	40.269	43.658	43.745	44.672	39.561	42.230	46.613	45.354	36.895	417.831
Proporção de Internações por Condições Sensíveis à APS		17,49%	17,68%	17,81%	18,41%	19,68%	14,79%	16,16%	17,98%	21,29%	22,33%	18,38%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

⁶ Considerando a necessidade de mensurar com maior precisão as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Estado de Roraima, optou-se, metodologicamente, por utilizar a variável “local de internação” como critério de apuração, em substituição à variável “município de residência”. Essa decisão fundamenta-se em características específicas do contexto roraimense e na dinâmica da rede assistencial vigente, de modo a contemplar os atendimentos prestados às populações flutuantes — em especial migrantes e indígenas — que, embora efetivamente atendidos no território, nem sempre possuem vínculo de residência formal nos municípios onde ocorre a internação.

Gráfico 14 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) representam um dos indicadores mais relevantes da efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. No Estado de Roraima, o consolidado de 76.790 ICSAP entre os anos de 2015 a 2024, frente a um total de 417.831 internações hospitalares, traduz uma proporção de 18,38%, ou seja, aproximadamente 18 em cada 100 internações poderia ter sido evitada por ações oportunas, eficazes e resolutivas, este percentual expressa não apenas a qualidade da APS em si, mas os efeitos estruturais, sociais e geográficos que condicionam o acesso, a cobertura e a continuidade do cuidado no território.

Roraima é um Estado com singularidades epidemiológicas, territoriais e demográficas que o diferenciam do restante da federação. A elevada concentração populacional na capital Boa Vista, a presença de mais de 15% da população autodeclarada indígena (com destaque para o território Yanomami), os impactos contínuos da migração venezuelana, particularmente nos municípios de fronteira como Pacaraima, e o avanço do garimpo ilegal em áreas de proteção e terras indígenas, impõem barreiras complexas à organização de redes integradas de atenção à saúde.

A leitura por grupo De causas confirma esse panorama. As pneumonias bacterianas lideram o ranking de causas com 15.264 internações (19,8% das ICSAP), refletindo baixa cobertura vacinal, desassistência em territórios de difícil acesso, e vulnerabilidades ambientais em áreas afetadas por queimadas e desmatamento. As infecções da pele e do tecido subcutâneo, com 11.307 casos, estão intrinsecamente relacionadas às condições precárias de higiene, saneamento e alimentação, mais prevalentes em comunidades indígenas e migrantes. As infecções urinárias e gastroenterites infecciosas, que somam quase 13 mil internações, indicam deficiências na oferta de antibióticos, exames laboratoriais básicos e ações educativas, refletindo o cotidiano de áreas ribeirinhas, rurais e periferias urbanas.

As internações por diabetes mellitus (5.891 casos) e hipertensão arterial (971 casos) indicam fragilidades na linha de cuidado das condições crônicas. A ausência de autocuidado apoiado, de programas contínuos e da dispensação regular de medicamentos são fatores que comprometem o controle clínico da população, sobretudo nos municípios com menor densidade técnica e alta rotatividade de profissionais. O grupo das doenças relacionadas ao pré-natal e parto (4.598 internações) lança luz sobre a importância entre os serviços da APS e AAE na Rede Materna Infantil. Situações como infecção urinária na gravidez e sífilis congênita continuam frequentes, especialmente em indígenas, zonas rurais e no corredor migratório da fronteira, onde há falhas no acompanhamento pré-natal, baixa testagem para ISTs e dificuldade no acesso ao parto humanizado.

Nas doenças crônicas respiratórias (asma, DPOC), a associação com fatores ambientais é direta. A queima de biomassa, o uso de lenha e carvão para cozinhar e os incêndios florestais contribuem significativamente para a exacerbação desses quadros, principalmente entre crianças, idosos e pessoas expostas à fumaça tóxica em áreas próximas ao garimpo ilegal ou em comunidades isoladas.

No eixo da saúde mental, as epilepsias (1.280 casos) e a baixa presença de internações por transtornos psiquiátricos sugerem tanto sub-registros quanto dificuldade de acesso a neurologistas e psiquiatras no Estado, reforçando a urgência de fortalecer o matriciamento em saúde mental e reestruturar o cuidado em rede com foco na desospitalização e no cuidado comunitário.

Em termos de comportamento temporal, a série histórica revela uma curva ascendente até 2019, uma queda acentuada em 2020 (15%), correspondente ao impacto direto da pandemia da COVID-19 sobre os fluxos assistenciais e internações eletivas, seguida por uma retomada progressiva, culminando em um pico de 22% em 2024. Este comportamento sugere não apenas o represamento da demanda, mas também a não retomada plena da capacidade de resposta da APS, especialmente em regiões mais vulneráveis.

A análise da taxa ICSAP ao longo do tempo confirma esse panorama:

- 2015–2019: crescimento da proporção de internações por ICSAP (de 17,49% para 19,68%), refletindo pressão contínua sobre o sistema hospitalar e limitações na efetivação da APS;
- 2020: queda abrupta para 14,79%, associada ao colapso pandêmico pelo redirecionamento de prioridades;
- 2021–2024: retomada crescente de internações até atingir 22,33% em 2024, o maior da série em 10 anos, o que reforça a fragilidade da APS em responder às demandas evitáveis pós-pandemia nos territórios.

É necessário destacar que essa proporção elevada de ICSAP vigente no Estado está associada em grande medida pela baixa integração da APS com os níveis secundário e terciário e à ausência de tecnologias de cuidado em rede, como o prontuário eletrônico unificado, a estratificação de risco populacional e o uso da telemedicina para apoio diagnóstico e terapêutico principalmente nos municípios com maior dificuldade de acesso e menor densidade populacional.

As internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde constituem, em Roraima, um retrato com elevada proporção terminando a série histórica em 2024 com 22,33%, sendo que de maneira geral o Estado alcançou 417.831 internações, com proporção de 18,38% ao longo de 10 anos revelando que a APS, embora estruturada institucionalmente, ainda não cumpre de forma plena seu papel de coordenadora do cuidado e de resolutividade clínica.

A realidade indígena, a migração venezuelana, os impactos do garimpo ilegal, o isolamento das comunidades ribeirinhas e rurais, bem como as fragilidades operacionais dos DSEI's e dos municípios de menor porte, impõem um cenário em que o cuidado continuado é muitas vezes substituído pela internação como resposta as condições tratáveis em nível ambulatorial.

Dessa forma, a redução das ICSAP deve ser tratada como prioridade estratégica transversal, exigindo:

- Expansão e qualificação das equipes de APS, com formação continuada e atuação interprofissional;
- Integração entre APS e AAE, com acesso regulado e acolhedor;
- Fortalecimento da vigilância ativa, da busca de sintomáticos e da gestão do cuidado crônico;
- Investimentos estruturais nas áreas indígenas, fronteiriças e rurais, com foco em conectividade, transporte sanitário e presença física do SUS;
- E sobretudo, reconhecimento do território como unidade organizadora do cuidado, para que o SUS em Roraima se torne cada vez mais equânime, resiliente e próximo da vida das pessoas.

Nesse sentido, a compreensão territorializada das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é uma etapa essencial para qualquer diagnóstico de situação de saúde que se pretenda profundo, equânime e coerente com os princípios do SUS. A Tabela apresentada a seguir constitui uma ferramenta estratégica para esta finalidade, pois organiza de maneira consolidada, por município, o número absoluto e o percentual de internações hospitalares por condições sensíveis à APS entre 2015 e 2024, período de grandes transformações sanitárias, sociais e ambientais no território.

Mais do que cifras, os números dispostos são a expressão concreta da efetividade (ou fragilidade) da APS na prevenção de agravos evitáveis, refletindo não apenas aspectos clínicos, mas também determinantes sociais, estruturais, logísticos e geopolíticos. A distribuição das ICSAP entre os 15 Municípios do Estado permite identificar desigualdades de acesso, escassez de recursos e diferentes capacidades de resposta dos serviços de saúde frente às necessidades da população, sobretudo quando se consideram os territórios indígenas, as áreas de fronteira, as zonas rurais e os grandes vazios assistenciais do interior.

A tabela está organizada com um recorte crítico: além dos dados de internação, incorpora indicadores territoriais como a proporção da população e terras indígenas, áreas institucionais, as áreas remanescentes de uso municipal e a distância da capital Boa Vista, fatores que condicionam fortemente o funcionamento da rede de atenção e a resolutividade dos serviços locais. Estes elementos agregam valor à leitura dos dados e fortalecem o processo de análise com base em realidades distintas, especialmente nos municípios como Uiramutã, Amajari, Normandia, Pacaraima e Bonfim, com predominância de comunidades indígenas, presença de terras demarcadas, vulnerabilidades ambientais e limitações estruturais.

Tabela 37 - Internações por Condições Sensíveis à APS Segundo Município (2015-2024)

Ordem	Município	Pop. Indígena ⁷	Terras Indígenas	Outras Áreas Institucionais ⁸	Área Remanescente ⁹	Distância da Capital	2015-2016	2017-2018	2019-2020	2021-2022	2023-2024	Total	%
1	Boa vista	4,41%	24,82%	11,04%	64,14%	-	10.831	12.976	12.272	13.166	16.011	65.256	84,98
2	Rorainópolis*	2,55%	19,25%	11,46%	69,29%	321 Km	684	760	808	1.112	1.007	4.371	5,69
3	Pacaraima*	0,53%	98,27%	-	1,73%	218 Km	256	330	177	172	226	1.161	1,51
4	São João da Baliza	6,08%	47,82%	8,17%	44,01%	352 Km	203	300	254	115	143	1.015	1,32
5	Caroebe	7,60%	54,56%	12,38%	33,06%	170 Km	182	309	185	112	118	906	1,18
6	Mucajai	4,06%	57,65%	9,04%	33,31%	55 Km	259	333	239	49	10	890	1,16
7	Normandia	76,12%	96,60%	-	3,40%	180 Km	270	261	178	97	80	886	1,15
8	Alto alegre	58,34%	75,30%	7,98%	16,72%	95 Km	131	155	214	148	131	779	1,01
9	São Luiz	0,41%	-	12,07%	87,93%	335 Km	243	158	101	89	61	652	0,85
10	Caracarái	5,90%	16,29%	29,67%	54,04%	170 Km	75	86	138	134	108	541	0,70
11	Bonfim*	43,34%	21,22%	4,78%	74,00%	124 Km	81	161	78	13	-	333	0,43
12	Iracema*	17,30%	74,47%	6,44%	19,09%	93 Km	-	-	-	-	-	-	-
13	Amajari*	65,51%	60,41%	5,74%	33,85%	164 Km	-	-	-	-	-	-	-
14	Cantá*	24,04%	7,19%	23,02%	69,79%	38 Km	-	-	-	-	-	-	-
15	Uiramutã*	94,45%	99,76%	-	0,24%	319 Km	-	-	-	-	-	-	-
Total de Internações por Condições Sensíveis à APS							13.215	15.829	14.644	15.207	17.895	76.790	100
Total de Internações no Estado de Roraima							75.103	87.403	84.233	88.843	82.249	417.831	
Proporção de Internações por Condições Sensíveis à APS							17,60%	18,11%	17,39%	17,12%	21,76%	18,38%	

Fonte¹: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento (SEPLAN). Mapoteca. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/mapoteca/>. Acesso em: 11 mar. 2025.

Obs.: *Municípios de fronteira com principal acesso pelas rodovias federais: Rorainópolis – fronteira com o Amazonas (BR-174, sentido sul); Pacaraima – fronteira com a Venezuela (BR-174, sentido norte); e Bonfim – fronteira com a Guiana Inglesa (BR-401, sentido nordeste). Os municípios de Iracema, Amajari, Cantá e Uiramutã não possuem unidades hospitalares.

⁷ Foi considerado, na população indígena, o percentual em relação à população total do respectivo município, conforme o Censo 2022 (IBGE).

⁸ Consideram-se áreas institucionais: Unidades de Conservação Federais (ICMBio), Unidades de Conservação Estaduais, áreas sob domínio do Ministério da Defesa e os Proj. de Assentamento.

⁹ Considerou-se como área remanescente o saldo territorial do ente municipal, excluídas as terras indígenas e as demais áreas institucionais.

Preliminarmente torna evidente a centralização das ICSAP em Boa Vista, sede dos maiores hospitais de referência do Estado. Embora esse fato reflita o perfil demográfico e de concentração dos serviços especializados na capital, também suscita questionamentos sobre a capacidade instalada nos demais municípios e a efetividade da APS em suas respectivas regiões. Importante ressaltar que nos municípios de: Iracema, Cantá, Amajari e Uiramutã, inexistem unidades hospitalares, motivo pelo qual não constam registros de ICSAP; seus atendimentos para as internações evitáveis em suas populações são assistidos em sua maioria pela capital Boa Vista. A concentração das ICSAP na capital não é apenas uma questão de densidade populacional ou capilaridade da rede hospitalar, mas sim o reflexo direto da inexistência de infraestrutura de saúde e da limitada capacidade de resposta da APS em muitos territórios, especialmente aqueles com forte presença indígena, população ribeirinha ou em situação de vulnerabilidade extrema.

A análise territorial das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em Roraima, conforme os registros do SIH/SUS, reforça um cenário de desigualdades estruturais e funcionais na rede de atenção à saúde. As informações consolidadas por município, apresentam um panorama preciso do local de origem das internações por condições evitáveis, revelando com mais nitidez as fragilidades locais da APS e os desafios [da atenção hospitalar].

A capital Boa Vista, concentra a esmagadora maioria dos registros: 65.256 ICSAP ao longo dos 10 anos analisados, correspondendo a 84,98% do total. Este dado é compatível com o seu peso demográfico e o fato de sediar os principais hospitais estaduais. No entanto, quando o critério passa a ser o município, como é o caso desta análise, o dado revela mais do que centralidade assistencial, ele aponta para a insuficiência da APS em reter, tratar e acompanhar agravos nas localidades de origem, culminando em deslocamentos evitáveis e sobrecarga na rede em Boa Vista.

A segunda maior carga de ICSAP vem de Rorainópolis, com 4.371 internações (5,69%), evidenciando o município de referência na região sul, com perfil territorial extenso, com amplas áreas remanescentes (69,29%), poucas terras indígenas (2,55%), mas que sofre com a dispersão populacional, a escassez de profissionais especializados e a alta dependência da regulação estadual. A precariedade da malha logística, associada à dificuldade de fixação de equipes na zona rural e ausência de suporte clínico para condições crônicas, são determinantes da manutenção deste padrão.

Pacaraima, por sua vez, registra 1.161 ICSAP (1,51%), valor significativo se considerada sua população e o contexto de extrema vulnerabilidade derivado da migração venezuelana, do colapso assistencial pós-pandemia e da limitação da infraestrutura hospitalar local. Os altos percentuais de terras indígenas (98,27%) e de população autodeclarada indígena, somados à pressão migratória e aos limites de articulação entre a APS e os DSEI's, criam um cenário de desafio para a gestão no cuidado continuado, onde a atenção primária enfrenta dificuldades em sanar agravos evitáveis.

Outros municípios como São João da Baliza (1,32%), Caroebe (1,18%), Mucajaí (1,16%), Normandia (1,15%) e Alto Alegre (1,01%), embora com percentuais menores, revelam uma distribuição mais ampla do fenômeno das ICSAP no território. Nestes casos, assim como em outros municípios as internações evitáveis estão ligadas também a fragilidades operacionais da APS, rotatividade de profissionais, baixa oferta de exames e medicamentos, dificuldade de continuidade do cuidado e frágil regulação. Normandia, por exemplo, tem 76,12% da sua população composta por indígenas, com 96,60% do território em terras indígenas, e registrou quase 900 internações evitáveis. Isso evidencia um dos paradoxos do sistema de saúde local: a descontinuidade e fragmentação da atenção entre o subsistema indígena e o SUS municipal, em um contexto onde barreiras culturais, logísticas e de conectividade agravam a desassistência e a invisibilidade epidemiológica.

Outro ponto que salta aos olhos na tabela é a ausência total de registros de ICSAP nos municípios de Iracema, Amajari, Cantá e Uiramutã, todos sem ICSAP registradas no SIH/SUS. O caso de Uiramutã é emblemático: o município tem 94,45% da população indígena, 99,76% de terras indígenas e total dependência da rede externa para qualquer atendimento hospitalar. Esses vazios assistenciais implicam que a APS nestes locais, quando existente, atua isoladamente, sem retaguarda hospitalar, e que as internações eventualmente realizadas por seus residentes são creditadas a capital. O município de Bonfim, fronteiro com a Guiana Inglesa, apresentou registros somente até 2021–2022, o que está relacionado à descontinuidade de vínculos com o SIH/SUS, devido a reforma na infraestrutura hospitalar local com consequente limitação operacional. Essa descontinuidade compromete o monitoramento da efetividade do SUS no território e reforça a importância da qualificação da informação.

A variação temporal da proporção estadual de ICSAP, que oscilou entre 17,12% e 21,76% no decênio, reafirma a persistência do problema. Mesmo com políticas federais de fortalecimento da APS, como o Previne Brasil, PlanificaSUS e o incentivo à informatização, a resposta do sistema em Roraima ainda não alcançou a resolutividade esperada. Parte disso se explica pelas condições socioterritoriais extremas: garimpo ilegal com impactos ambientais diretos sobre as populações vulneráveis (especialmente os Yanomami), áreas ribeirinhas com baixa cobertura da ESF, queimadas frequentes, dificuldades de transporte sanitário e conectividade precária para implantação de estratégias como a telemedicina.

A análise das ICSAP por município em Roraima entre 2015 e 2024 confirma que a concentração das internações evitáveis na capital é apenas a face visível de uma série de desigualdades e deficiências estruturais na atenção primária à saúde em grande parte do território estadual. A ausência de leitos hospitalares em municípios, somada à fragilidade das redes municipais de saúde, à escassez de profissionais e às barreiras geográficas e socioculturais, impactam diretamente na resolutividade da APS e aumentam os custos logísticos e financeiros para o SUS. A situação requer ações coordenadas e estruturantes: ampliação da cobertura de ESF com equipes fixas e capacitadas, implementação de retaguarda ambulatorial nos municípios com maior volume de ICSAP, integração das redes indígena e municipal, melhoria da vigilância e da regulação local, e investimentos em conectividade e transporte.

Em suma, Roraima demonstra que a Atenção Primária à Saúde ainda enfrenta desafios significativos para cumprir seu papel como ordenadora do cuidado e resolutiva frente aos agravos prevalentes. Embora a capital concentre a maior parte das internações evitáveis, este fenômeno está relacionado não apenas ao tamanho da população urbana, mas também à concentração de recursos, estruturas hospitalares e regulação centralizada. A descentralização das ações, o fortalecimento das equipes de saúde da família, o acesso universal a insumos e diagnósticos, além da articulação com os DSEI's para atendimento indígena, são medidas fundamentais. O indicador de ICSAP, ao final do período (2023–2024), atingiu 21,76%, evidenciando um aumento preocupante, especialmente quando comparado à média histórica de 17% a 18%. Esse dado reforça a necessidade de investimentos consistentes na APS e na atenção hospitalar, com vistas à equidade e à sustentabilidade do SUS no território.

A análise das ICSAP por município de atendimento evidenciou, de forma contundente, a centralização dos atendimentos hospitalares em Boa Vista e a limitação estrutural dos demais municípios em absorver de forma resolutiva a demanda por internações evitáveis. No entanto, para compreender com maior profundidade os fluxos assistenciais, a capacidade instalada e o padrão de uso dos serviços, torna-se necessário um olhar complementar: a leitura das ICSAP segundo as unidades hospitalares executantes.

Essa abordagem permite identificar quais hospitais, de fato, estão acolhendo os pacientes com agravos evitáveis e com que intensidade, além de lançar luz sobre o papel funcional de cada estabelecimento no sistema de saúde estadual. Ao estratificar as ICSAP por hospital, é possível avaliar a pressão sobre os serviços de média e alta complexidade, a concentração da demanda em determinadas unidades e as lacunas de cobertura hospitalar, especialmente nas áreas mais remotas ou com populações em situação de maior vulnerabilidade.

Adicionalmente, a análise por unidades hospitalares contribui para subsidiar decisões sobre expansão de leitos, qualificação das unidades de menor porte, aprimoramento da regulação dentre outras ações. Também permite avaliar em que medida a atenção primária está cumprindo seu papel de porta de entrada preferencial e se as condições clínicas que deveriam ser resolvidas em nível local estão evoluindo para internações em grandes centros hospitalares, fato que onera o sistema, fragiliza o cuidado longitudinal.

A seguir, inicia-se a análise das ICSAP segundo as unidades hospitalares do Estado de Roraima, com base nos dados consolidados do período de 2015 a 2024, buscando-se compreender os padrões, assimetrias e implicações dessa produção hospitalar sobre o SUS roraimense como um todo.

Tabela 38 - Internações por Condições Sensíveis à APS por Unidade Hospitalar (2015-2024)

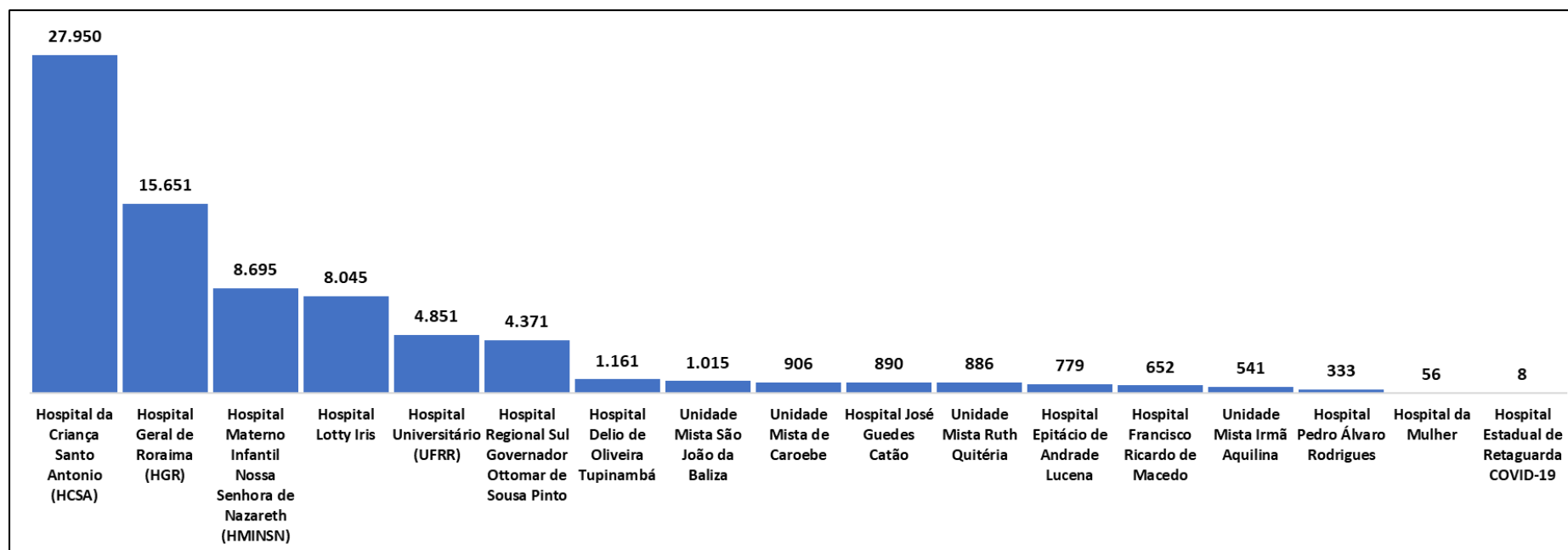
Ordem	Descrição do Estabelecimento	Município	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTAL	%
1	Hospital da Criança Santo Antonio (HCSA)	Boa Vista	1.499	2.041	2.268	2.605	2.885	1.862	2.655	3.492	4.486	4.157	27.950	36,40
2	Hospital Geral de Roraima (HGR)	Boa Vista	1.956	2.020	1.807	1.601	1.812	1.051	931	1.083	1.835	1.555	15.651	20,38
3	Hosp. Materno Infantil N. S. de N. (HMINSN)	Boa Vista	870	922	991	1.207	1.067	727	793	842	806	470	8.695	11,32
4	Hospital Lotty Iris	Boa Vista	761	762	1.202	981	966	634	764	1.049	746	180	8.045	10,48
5	Hospital Universitário (UFRR)	Boa Vista	0	0	0	314	662	606	713	836	765	955	4.851	6,32
6	Hosp. Reg. Sul Gov. Ottomar de Sousa Pinto	Rorainópolis	232	452	413	347	444	364	525	587	556	451	4.371	5,69
7	Hospital Delio de Oliveira Tupinambá	Pacaraima	114	142	136	194	120	57	60	112	132	94	1.161	1,51
8	Unidade Mista São João da Baliza	São João da Baliza	75	128	206	94	166	88	37	78	38	105	1.015	1,32
9	Unidade Mista de Caroebe	Caroebe	64	118	195	114	109	76	58	54	81	37	906	1,18
10	Hospital José Guedes Catão	Mucajaí	105	154	161	172	129	110	49	-	-	10	890	1,16
11	Unidade Mista Ruth Quitéria	Normandia	145	125	122	139	109	69	48	49	36	44	886	1,15
12	Hospital Epitácio de Andrade Lucena	Alto Alegre	86	45	80	75	113	101	74	74	88	43	779	1,01
13	Hospital Francisco Ricardo de Macedo	São Luiz	76	167	104	54	61	40	37	52	21	40	652	0,85
14	Unidade Mista Irmã Aquilina	Iracema	75	-	29	57	84	54	65	69	65	43	541	0,70

15	Hospital Pedro Álvaro Rodrigues	Bonfim	36	45	62	99	64	14	8	5	-	-	333	0,43
16	Hospital da Mulher	Boa Vista	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	56	0,07
17	Hospital Estadual de Retaguarda COVID-19	Boa Vista	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	8	0,01
Total de Internações 2015-2024			6.094	7.121	7.776	8.053	8.791	5.853	6.825	8.382	9.655	8.240	76.790	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: * Todas as unidades hospitalares do interior listadas acima foram estratificadas segundo o local de internação e estão sob gestão estadual, exceto: o Hospital Universitário (UFRR), que está sob a gestão da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e atende ao SUS; o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), que está sob a gestão da capital e atende crianças menores de 14 anos pelo SUS; bem como o Hospital Lotty Iris e o Hospital da Mulher, que estão sob gestão privada e também prestam atendimento pelo SUS.

Gráfico 15 - Número Absoluto de ICSAP por Unidade Hospitalar (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Conforme demonstrado na tabela seguida pelo gráfico acima o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) aparece como a unidade com o maior volume de ICSAP no Estado: 27.950 internações no período, o que representou 36,40% do total estadual. Como hospital especializado em pacientes pediátricos menores de 14 anos, esse dado revela dois aspectos centrais: primeiro, a fragilidade da atenção primária voltada ao público infantil em todo o Estado; segundo, a total dependência da rede estadual da capital para o cuidado hospitalar pediátrico. A demanda crescente, especialmente nos últimos anos, sinaliza a insuficiência das ações preventivas e de vigilância da APS nas faixas etárias infantis, sobretudo nas periferias urbanas e municípios sem suporte pediátrico.

O Hospital Geral de Roraima (HGR), maior hospital estadual, concentrou 20,38% das ICSAP. Sua função generalista e de alta complexidade acaba absorvendo também demandas que poderiam ser evitadas com uma atenção primária mais estruturada, como internações por hipertensão, diabetes descompensado e infecções respiratórias em adultos. Isso sobrecarrega a estrutura hospitalar e evidencia a frágil integração entre a APS e os níveis secundário e terciário de atenção.

O Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN) e o Hospital Lotty Iris somam juntos cerca de 22% das ICSAP, sendo estruturas fundamentais para casos menos graves, obstetrícia e a ginecologia hospitalar. O volume elevado de internações evitáveis nessas unidades, ao lado do Hospital da Mulher (que aparece em 2024 com 56 registros), indica falhas na atenção pré-natal e nos cuidados à saúde da mulher, o que inclui adolescentes, jovens e populações vulneráveis como migrantes e indígenas.

O Hospital Regional Sul de Rorainópolis foi a única unidade fora da capital com volume expressivo: 4.371 ICSAP (5,69%). Isso reforça seu papel como prioridade regional de referência para o sul do Estado, ainda que abaixo da demanda estimada para sua área de abrangência. A tendência crescente de internações indica fragilidade persistente na atenção primária nos municípios da região, como São João da Baliza, São Luiz, Caroebe e Caracaraí, cujas populações recorrem majoritariamente a este hospital.

As demais unidades do interior, como as de Pacaraima (1,51%), Normandia (1,15%), Alto Alegre (1,01%), Mucajaí (1,16%) e Caroebe (1,18%), revelam baixos volumes, ainda que com variações anuais relevantes. O Hospital Delio Tupinambá, em Pacaraima, por exemplo, sofre a dupla pressão da migração venezuelana e da atenção primária insuficiente para uma população indígena institucionalmente delimitada. Essa combinação gera instabilidade assistencial e aumento de internações por agravos que poderiam ser evitados com políticas territoriais mais eficazes. A baixa expressividade de unidades como o Hospital de Bonfim (0,43%) e a Unidade Mista de Iracema (0,70%) está ligada à capacidade reduzida ou à ausência de estrutura física funcional, que impede o funcionamento pleno como referência hospitalar. Esses municípios continuam dependendo quase integralmente da capital.

Dados consolidados do antigo Hospital das Clínicas (HC) atual Hospital Universitário da UFRR, incorporado oficialmente à rede SUS a partir de 2024, mostrou crescimento expressivo nas ICSAP, com destaque para os últimos cinco anos, totalizando 4.851 internações (6,32%). Isso sinaliza que a estrutura universitária tende a ganhar protagonismo na assistência clínica e cirúrgica da população geral, aliviando parcialmente a pressão sobre o HGR. A consolidação de seu papel como hospital de ensino porém deve vir acompanhada de articulação com a atenção primária e com os fluxos regulatórios da rede estadual.

A distribuição das ICSAP por unidade hospitalar indica que a atenção primária à saúde (APS) em Roraima ainda não cumpre de forma integral sua função de resolver, acompanhar e evitar agravos comuns. O crescimento do número de internações evitáveis em unidades especializadas (como o HCSA e o HMINSN) expõe lacunas importantes na vigilância da saúde da criança, da mulher e de pessoas com condições crônicas.

A análise dos dados por unidade hospitalar reafirma a concentração histórica e estrutural da rede hospitalar de Roraima em Boa Vista. O sistema de saúde ainda é fortemente hospitalocêntrico e dependente da capital, o que contribui para desigualdades territoriais e encarecimento da gestão pública. A elevada proporção de ICSAP em unidades de referência sinaliza ineficiência no sistema, perda de oportunidades de cuidado precoce, sobrecarga dos hospitais e pior desfecho clínico para os pacientes. A reversão desse quadro exige o fortalecimento da APS nos territórios, investimentos em hospitais e integração efetiva entre níveis de atenção — inclusive com o subsistema indígena.

Após a leitura das ICSAP segundo o município de atendimento e as unidades hospitalares executantes, torna-se essencial ampliar o olhar analítico para uma perspectiva macro, a fim de compreender como o comportamento das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Roraima se posiciona em relação ao conjunto da Região Norte e ao contexto nacional. Esta abordagem permite qualificar o diagnóstico situacional ao oferecer elementos comparativos entre diferentes realidades federativas, identificando padrões, distorções, desigualdades regionais e, sobretudo, o desempenho relativo da APS em frente aos desafios amazônicos.

A análise por abrangência geográfica contribui ainda para avaliar a efetividade das políticas nacionais de fortalecimento da APS em contextos territoriais diversos, possibilitando verificar se os avanços alcançados em Roraima seguem a tendência de melhoria observada em outras unidades da federação ou se há necessidade de maior priorização e adaptação de estratégias. Nesse sentido, indicadores como a proporção de ICSAP entre todas as internações hospitalares passam a representar um marcador relevante de eficiência sistêmica, impacto das ações preventivas e organização da Rede de Atenção à Saúde.

A seguir, apresenta-se a análise da ICSAP por abrangência geográfica, com destaque para os dados consolidados de Roraima, da Região Norte e do Brasil no período de 2015 a 2024, permitindo uma reflexão sobre o desempenho do Estado, seus avanços, retrocessos e desafios persistentes.

Tabela 39 - Internações Hospitalares Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)

Total Geral de Internações Hospitalares Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)										
Abrangência Geográfica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Roraima	34.834	40.269	43.658	43.745	44.672	39.561	42.230	46.613	45.354	36.895
Norte	953.988	941.273	966.804	993.151	1.015.938	909.765	1.013.857	1.055.737	1.130.049	1.165.133
Brasil	11.638.853	11.527.712	11.675.269	12.000.838	12.356.283	10.688.203	11.629.005	12.520.914	13.355.814	14.145.035

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 40 - Internações - Condições Sensíveis à APS por Abrangência Geográfica (2015-2024)

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária Segundo Abrangência Geográfica (2015-2024)										
Abrangência Geográfica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Roraima	6.094	7.121	7.776	8.053	8.791	5.853	6.825	8.382	9.655	8.240
Norte	210.942	208.513	208.088	211.949	208.198	151.277	157.395	187.718	207.888	209.028
Brasil	2.190.709	2.132.300	2.128.673	2.143.740	2.166.816	1.635.746	1.624.440	2.017.983	2.151.670	2.191.749

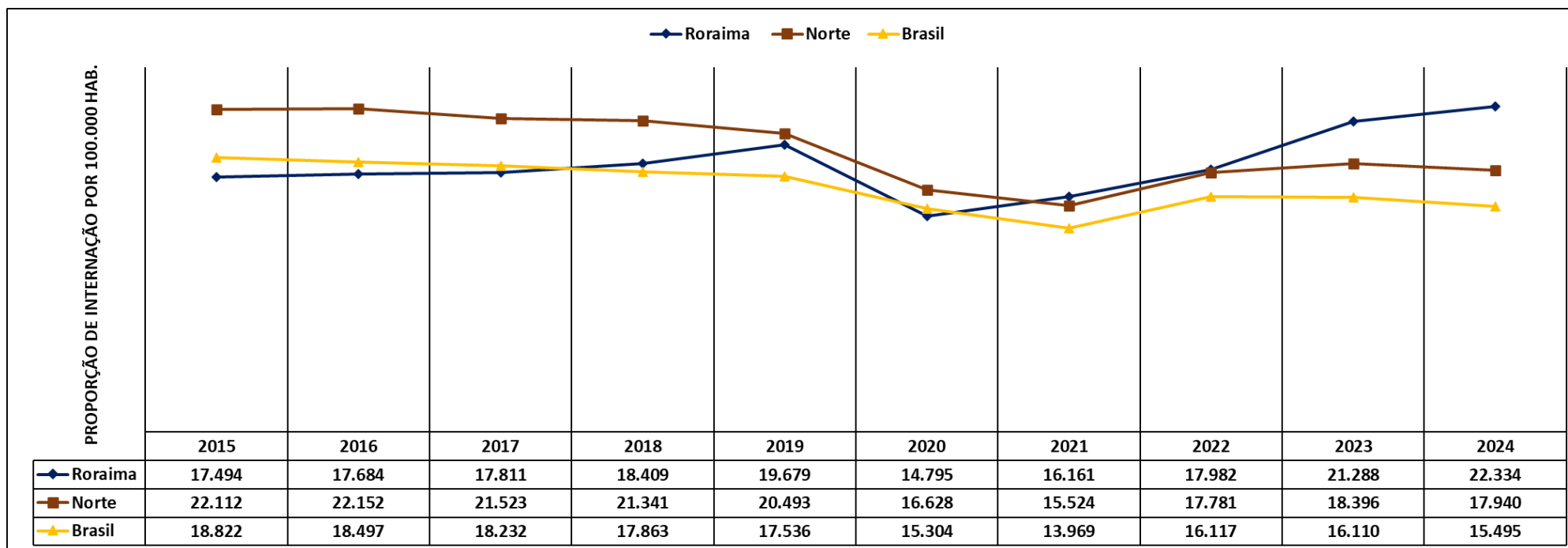
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 41 - Proporção de Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)

Proporção de Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)										
Abrangência Geográfica	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Roraima	17.494	17.684	17.811	18.409	19.679	14.795	16.161	17.982	21.288	22.334
Norte	22.112	22.152	21.523	21.341	20.493	16.628	15.524	17.781	18.396	17.940
Brasil	18.822	18.497	18.232	17.863	17.536	15.304	13.969	16.117	16.110	15.495

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Indicador apurado pela SESAU/RR com base nos dados do SIH/SUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 16 - Internações por Condições Sensíveis à APS (2015-2024)



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Indicador apurado pela SESA/RR com base nos dados do SIH/SUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Conforme demonstrado no gráfico acima a Região Norte teve um comportamento distinto. Após patamares elevados em 2015 e 2016 (22.112 e 22.152), houve queda progressiva até 2021, seguida de uma recuperação parcial até 2023 (18.396), encerrando 2024 em 17.940. Ou seja, enquanto os demais Estados nortistas conseguiram manter ou reduzir suas proporções de ICSAP, Roraima seguiu uma trajetória contrária, ultrapassando inclusive a média da região a partir de 2023. Esse fato sugere que as especificidades territoriais e sociais de Roraima como a crise sanitária Yanomami, o garimpo ilegal e a pressão migratória contínua e têm exercido impactos sobre a efetividade da APS, tornando o Estado um caso singular na Amazônia brasileira.

No cenário nacional, a proporção de ICSAP apresentou queda expressiva ao longo da década. Em 2015, a proporção brasileira era de 18.822 por 100 mil habitantes, encerrando 2024 com 15.495, uma redução de aproximadamente 17,7%. Isso reflete o efeito de políticas nacionais como o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, expansão da cobertura de serviços e a introdução de mecanismos de avaliação como o Previne Brasil. Em relação aos números nacionais, Roraima também seguiu uma linha oposta, com crescimento sustentado. Essa divergência revela que o Estado não tem conseguido acompanhar os avanços nacionais, especialmente nas regiões mais periféricas e de difícil acesso, como as terras indígenas, áreas de floresta, zonas de fronteira e comunidades ribeirinhas.

Fatores como a alta proporção de população indígena (mais de 15% segundo o Censo de 2022), a baixa densidade populacional, os desafios logísticos, a crise humanitária e sanitária na Terra Yanomami e a presença do garimpo ilegal em áreas de difícil acesso, compõem um cenário de vulnerabilidade estrutural que reduz a capacidade da APS em ser resolutiva. Além disso, a alta rotatividade de profissionais, as barreiras linguísticas e culturais em comunidades indígenas e o diminuto acesso aos serviços em muitos municípios do interior contribuem para o aumento das hospitalizações por agravos que deveriam ser tratados precocemente.

A trajetória ascendente da ICSAP em Roraima entre 2015 e 2024, em oposição à tendência de queda observada no Brasil e à leve retração na Região Norte, revela um descompasso na consolidação da Atenção Primária no Estado. Mais do que números, trata-se de uma expressão concreta das desigualdades territoriais, da ausência de respostas intersetoriais eficazes e da fragmentação das redes de atenção à saúde, especialmente em territórios invisibilizados. Esse quadro exige uma reação estratégica e estruturante: é necessário investir na capilarização da APS com foco em resolutividade, valorização de equipes multiprofissionais, fortalecimento dos serviços indígenas de saúde e reorganização dos fluxos assistenciais.

O desafio é garantir que o sistema hospitalar estadual não continue sendo a principal porta de entrada do SUS em Roraima e que a atenção primária deixe de ser o elo frágil e a consequência das internações evitáveis, passando a ser efetiva na coordenação do cuidado integral. Corrigir o atual padrão das ICSAP em Roraima é, portanto, corrigir distorções históricas e caminhar na direção de um SUS universal, integral e equânime.

3.13.12 - MORBIDADE POR GRUPO DE CAUSAS

A análise das internações hospitalares por grupo de causas representa um instrumento estratégico essencial para a compreensão dos padrões de adoecimento da população e das principais demandas que recaem sobre os serviços de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, e de forma particular no Estado de Roraima, esse levantamento é viabilizado pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), cuja base é formada pelas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), organizadas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) conforme os capítulos definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse instrumento proporciona uma visão longitudinal e qualificada das causas mais prevalentes que demandam cuidado hospitalar, revelando tanto os gargalos estruturais da rede quanto a resolutividade da atenção primária e a capacidade de resposta do sistema como um todo.

No Estado de Roraima, a interpretação das internações por capítulo da CID-10 exige uma leitura crítica que considere as especificidades territoriais, demográficas, ambientais e sociopolíticas da região. O território roraimense é marcado por realidades que extrapolam os limites sanitários tradicionais, envolvendo desde a ampla dispersão geográfica dos municípios, com longas distâncias entre comunidades e centros hospitalares, até fenômenos como a migração internacional em larga escala (com destaque para o fluxo venezuelano), a presença expressiva de populações indígenas, os impactos do garimpo ilegal em áreas remotas, e a emergência humanitária vivenciada pelo povo Yanomami. Além disso, o Estado convive com baixos índices de densidade populacional fora da capital, carência de especialistas no interior, dificuldades logísticas de acesso e desigualdades marcantes no acesso a leitos hospitalares de referência, os quais estão concentrados em sua quase totalidade na capital, Boa Vista.

A estratificação por grupo de causas hospitalares também permite identificar e monitorar tendências epidemiológicas relevantes, como o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, a persistência das doenças infecciosas e parasitárias, a sazonalidade de internações por agravos respiratórios e o elevado número de internações por causas externas, como acidentes, violências e traumas. Em paralelo, revela com nitidez a expressiva carga de internações por gravidez, parto e puerpério, que refletem tanto o perfil demográfico jovem de Roraima - o mais jovem entre os Estados Brasileiros - quanto a necessidade de qualificar a atenção obstétrica em todos os pontos da rede, especialmente nos municípios com elevado percentual de gestantes indígenas, adolescentes ou migrantes.

Ao ser analisado no recorte 2015-2024, o volume e o perfil das internações hospitalares segundo os capítulos da CID-10 oferecem subsídios concretos à atenção hospitalar, a reorganização das linhas de cuidado, o redimensionamento das referências intermunicipais e o fortalecimento das ações preventivas e intersectoriais na atenção primária. Em última instância, compreender os determinantes estruturais e sociais que resultam nas internações mais recorrentes é um passo indispensável para que o SUS avance no sentido de uma atenção mais integral, equitativa e resolutiva, especialmente em um Estado tão singular e desafiador quanto Roraima.

Tabela 42 - Número Absoluto e Percentual de Internações Segundo Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Gravidez parto e puerpério	12.377	12.164	14.058	16.301	17.019	15.383	14.937	14.263	11.803	8.025	136.330	32,63
2	Doenças do aparelho respiratório	2.619	3.192	3.559	3.821	3.900	2.527	3.792	4.529	5.707	4.910	38.556	9,23
3	Lesões, enven e outras conseq de causas externas	3.213	4.818	4.062	4.453	3.749	3.550	2.391	3.053	3.732	4.326	37.347	8,94
4	Contatos com serviços de saúde	2.970	3.883	4.760	2.996	2.987	2.424	2.855	4.793	5.370	3.931	36.969	8,85
5	Doenças do aparelho digestivo	2.854	3.303	3.497	2.935	2.835	2.111	1.726	3.827	3.004	2.824	28.916	6,92
6	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.483	1.783	1.825	2.119	2.511	3.716	6.513	2.894	2.625	2.259	27.728	6,64
7	Doenças do aparelho geniturinário	1.750	2.190	2.515	2.288	2.343	1.931	1.785	2.526	2.465	2.152	21.945	5,25
8	Algumas afecções originadas no período perinatal	1.562	1.621	1.775	1.688	1.874	1.985	2.369	2.689	2.207	1.439	19.209	4,60
9	Doenças do aparelho circulatório	1.337	1.389	1.500	1.337	1.569	1.301	1.401	1.937	2.003	1.688	15.462	3,70
10	Neoplasias (tumores)	1.097	1.565	1.323	1.382	1.268	1.089	926	1.622	1.447	1.076	12.795	3,06
11	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.259	1.326	1.545	1.310	1.479	1.056	991	1.056	1.066	951	12.039	2,88
12	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	704	699	701	678	878	633	686	720	870	904	7.473	1,79
13	Doenças do sist. osteomuscular e do tecido conjuntivo	385	687	692	697	382	312	367	769	890	738	5.919	1,42
14	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	259	475	507	468	421	347	380	549	640	472	4.518	1,08
15	Doenças do sistema nervoso	270	340	353	340	355	305	366	471	511	365	3.676	0,88
16	Doenças do sangue, órgãos hemat e transt imunitários	206	213	282	316	409	328	269	289	324	333	2.969	0,71
17	Malformações cong, defor e anomalias cromossômicas	201	199	224	274	361	308	223	279	312	220	2.601	0,62
18	Transtornos mentais e comportamentais	205	333	355	220	213	162	179	247	261	130	2.305	0,55
19	Doenças do olho e anexos	48	53	66	59	58	51	44	52	48	60	539	0,13
20	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	14	36	59	63	61	42	30	48	69	92	514	0,12
21	Causas externas de morbidade e mortalidade	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	0,01
Total		34.834	40.269	43.658	43.745	44.672	39.561	42.230	46.613	45.354	36.895	417.831	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Conforme a Tabela 42 a leitura das internações hospitalares por grupo de causas em Roraima revela com nitidez como o perfil epidemiológico do Estado é diretamente moldado por sua composição demográfica, pelas desigualdades territoriais e pela complexidade dos determinantes sociais e ambientais da saúde. Com destaque absoluto, as internações por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério lideram com mais de um terço de todos os registros hospitalares no período analisado. Esse volume é coerente com a juventude populacional de Roraima, a mais jovem do país, e com a elevada taxa de fecundidade, especialmente entre indígenas, adolescentes e mulheres migrantes. A centralização dessas internações na capital evidencia a fragilidade das redes obstétricas no interior, onde a escassez de maternidades, equipes completas e retaguarda de urgência inviabiliza o atendimento em local seguro.

Outro grupo de grande peso são as doenças do aparelho respiratório, que ganham relevância não apenas pelo impacto da pandemia da COVID-19, mas também pela recorrência de infecções sazonais e pelo efeito das queimadas ilegais, que afetam de forma desproporcional populações ribeirinhas, indígenas, moradores de áreas periféricas urbanas e a população de forma geral. A sobrecarga nos serviços respiratórios é agravada por falhas de acompanhamento ambulatorial e pela baixa resolutividade da APS em determinadas localidades de difícil acesso, o que aumenta a probabilidade de agravamento e necessidade de internação.

As causas externas, lesões, acidentes e violências, figuram entre as mais frequentes, revelando um contexto de exposição à vulnerabilidade estrutural. Acidentes de trânsito nas vias urbanas e rurais que cortam o Estado, quedas da própria altura em áreas rurais e episódios de ferimentos relacionados a violência no garimpo ilegal na Terra Yanomami se destacam, junto a casos de violência interpessoal e tentativas de suicídio, sobretudo entre jovens e adultos em sofrimento psíquico. Esse cenário reforça a manutenção contínua das estratégias integradas relacionadas aos meios de enfrentamento de forma intersetorial e interinstitucional entre saúde, segurança pública e assistência social.

As doenças infecciosas e parasitárias continuam representando um desafio permanente, com tendência de crescimento em períodos críticos como o agravamento de crises sanitárias. Internações por malária, hepatites virais, leishmaniose e tuberculose atingem principalmente crianças, idosos, comunidades indígenas e migrantes em situação de vulnerabilidade, e pode ser agravado onde o saneamento é precário ou inexistente acesso aos serviços básicos o que por consequência é dificultado por barreiras geográficas, linguísticas e culturais.

No campo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares, o aparelho digestivo e as doenças geniturinárias, os números de internações permanecem estáveis, mas sinalizam desafios importantes para a atenção primária. A falta de diagnóstico precoce e de acompanhamento contínuo impede o controle clínico adequado dessas condições, que evoluem para quadros agudos e hospitalizações que podem ser evitadas. As internações por neoplasias, ainda que numericamente menos representativas, denunciam os limites de rastreamento e tratamento oncológico, cuja oferta especializada está quase inevitavelmente localizada e concentrada em Boa Vista.

No que se refere às internações por transtornos mentais, o percentual reduzido indica mais invisibilidade do que baixa incidência. O subregistro desses casos, a ausência de leitos especializados no interior e o estigma que recai sobre o sofrimento psíquico ainda dificultam o acompanhamento longitudinal, o acesso e o cuidado integral a essas populações, sobretudo em um contexto em que a saúde mental é impactada por múltiplas vulnerabilidades sociais e territoriais.

Somando-se a esses fatores, as internações por afecções perinatais, doenças do sistema nervoso e malformações congênitas expressam a fragilidade da linha de cuidado materno-infantil e do acesso ao diagnóstico precoce, especialmente em áreas onde a presença dos níveis de atenção é rarefeita. A ausência de retaguarda tecnológica e de especialistas fora da capital perpetua a lógica de encaminhamentos tardios, com alta carga para os hospitais de referência.

Ao observar o conjunto dessas causas, fica evidente que a rede hospitalar de Roraima é pressionada tanto por agravos agudos quanto por falhas estruturais na atenção primária. Internações que poderiam ser evitadas, ausência de alternativas terapêuticas intermediárias e a concentração dos leitos em Boa Vista reforçam o ciclo da dependência hospitalar, mesmo para situações passíveis de resolução precoce. Esse cenário revela não apenas uma demanda crescente, mas um modelo de cuidado que precisa ser aperfeiçoado com base na expansão da resolutividade da APS e no fortalecimento das linhas de cuidado em todo o território.

Nesse sentido, a análise das internações por grupo de causas em Roraima revela um perfil epidemiológico marcado por determinantes sociais e ambientais complexos, incluindo: juventude populacional, expressiva proporção de indígenas, migração forçada, contexto de garimpo ilegal, desigualdades territoriais e baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde em áreas remotas. A centralização dos serviços em Boa Vista, ainda que inevitável em muitos casos, evidencia falhas de acesso e de resolubilidade no primeiro nível de atenção.

A reorganização da atenção hospitalar em Roraima exige, portanto, mais que ampliação de leitos, requer melhoria na coordenação territorial do cuidado, investimentos na atenção primária com foco em prevenção, continuidade, e a integração efetiva com os serviços a AAE. A territorialização das internações por grupo de causas, como apresentada nesta análise, também oportuniza reflexões como resposta os desafios aos quais Roraima tem diversas potencialidades, tais como:

- Juventude populacional como ativo estratégico. A população de Roraima é a mais jovem do país, com média de idade de 26 anos. Essa característica, embora hoje represente uma maior demanda por atenção materno-infantil e saúde da mulher, também configura um potencial demográfico positivo, pois favorece estratégias de promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde e formação de lideranças comunitárias e profissionais do futuro. Uma juventude mobilizada e engajada é um fator de sustentabilidade do SUS a médio e longo prazo;

- Capilaridade e legitimidade da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS está presente em todos os municípios do Estado e possui histórico de vínculo com as comunidades, especialmente por meio das Estratégias Saúde da Família. Ainda que a resolubilidade precise ser ampliada, existe base instalada para a expansão qualificada da APS com foco em rastreamento precoce, cuidado longitudinal, controle de condições crônicas e redução das internações evitáveis (ICSAP). A integração com vigilância em saúde e redes temáticas também pode ser potencializada;
- Avanços em conectividade e digitalização. Com a implantação gradativa da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), do e-SUS APS e do Prontuário Eletrônico do Cidadão, além do avanço da conectividade via satélite em áreas remotas, Roraima tem potencial de inovação digital no campo da saúde pública. A digitalização pode reduzir distâncias, ampliar acesso à telemedicina e facilitar a interoperabilidade entre o SUS e o subsistema indígena de saúde, o que trará ganhos em vigilância, cuidado e resposta oportuna;
- Capacidade instalada na capital. Boa Vista concentra a maior parte da infraestrutura hospitalar de média e alta complexidade do Estado, com hospitais estruturados, maternidade, centros cirúrgicos e serviços especializados. Esse parque hospitalar, se bem articulado com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, pode ser fortalecido como centro de excelência e referência regional, apoiando tecnicamente os municípios do interior, inclusive com regulação inteligente e contrarreferência ativa;
- Presença ativa de instituições federais e projetos estratégicos. A presença da Universidade Federal de Roraima (UFRR), do IFRR, da Fiocruz Amazônia, da FAPERR e de projetos estratégicos com o Ministério da Saúde, com atuação no território Yanomami, ações de combate à malária, e o PROADI-SUS, trazem potencial científico e formativo para a construção de políticas baseadas em evidências e inovação territorializada. Esses atores são parceiros na formação de profissionais, no apoio técnico e na avaliação das políticas públicas de saúde; e
- Força e tradição das práticas comunitárias e interculturais. Roraima é um território de diversidade étnica e sociocultural, com forte presença indígena, migrante e ribeirinha. As práticas de cuidado em saúde tradicionais, a organização comunitária em torno das unidades da APS e a valorização dos saberes locais constituem uma base rica para o cuidado integral e intercultural, sobretudo em áreas remotas. A valorização dessas práticas, aliada à formação técnica contínua, pode ampliar a adesão às ações de saúde e a efetividade clínica;

Em suma, torna-se imprescindível apoiar a APS vinculada a AAE, implementar ações de vigilância ativa e intersetorialidade com políticas de saneamento, educação e infraestrutura, além de promover o acesso equitativo aos serviços de saúde, especialmente para populações em territórios de alta vulnerabilidade.

3.13.13 - MORBIDADE POR FAIXA ETÁRIA

A compreensão das internações hospitalares segundo o grupo de causas por faixa etária é fundamental para aprofundar a leitura do perfil epidemiológico da população de Roraima e orientar a tomada de decisão baseada em evidências. Ao estratificar os dados por ciclos de vida - infância, adolescência, juventude, idade adulta e melhor idade, torna-se possível identificar quais agravos concentram maior carga de morbidade em cada faixa etária e, com isso, oportunizar intervenções mais eficazes, tanto no âmbito preventivo quanto assistencial. Essa abordagem permite ainda destacar agravos evitáveis que, em determinados grupos etários, são especialmente sensíveis à atuação integrada da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), contribuindo para a redução das internações por causas preveníveis.

No contexto de roraimense, esse tipo de análise ganha contornos ainda mais relevantes, dada a heterogeneidade populacional, a diversidade cultural e os marcadores sociais que influenciam fortemente o acesso aos serviços de saúde. Crianças indígenas com baixa cobertura vacinal, adolescentes em situação de vulnerabilidade social, mulheres em idade fértil com falhas no pré-natal, adultos expostos ao garimpo ilegal e idosos com comorbidades crônicas sem acompanhamento contínuo são apenas alguns dos recortes que demandam leitura qualificada. Além disso, o impacto da migração venezuelana e a dispersão territorial reforçam a necessidade de análise segmentada para subsidiar o fortalecimento das redes de atenção para públicos alvos específicos por faixa etária.

A correlação entre os grupos etários e os grandes capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) possibilita também avaliar a capacidade de resposta das políticas públicas às necessidades específicas de cada fase da vida. Por exemplo, internações evitáveis na infância e adolescência frequentemente revelam falhas na cobertura vacinal, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ou na prevenção de agravos infectocontagiosos. Já as hospitalizações na fase adulta podem refletir o peso das doenças crônicas não transmissíveis, da violência ou de causas externas, enquanto a alta frequência de internações entre idosos demanda fortalecimento das linhas de cuidado do envelhecimento e da rede de atenção domiciliar.

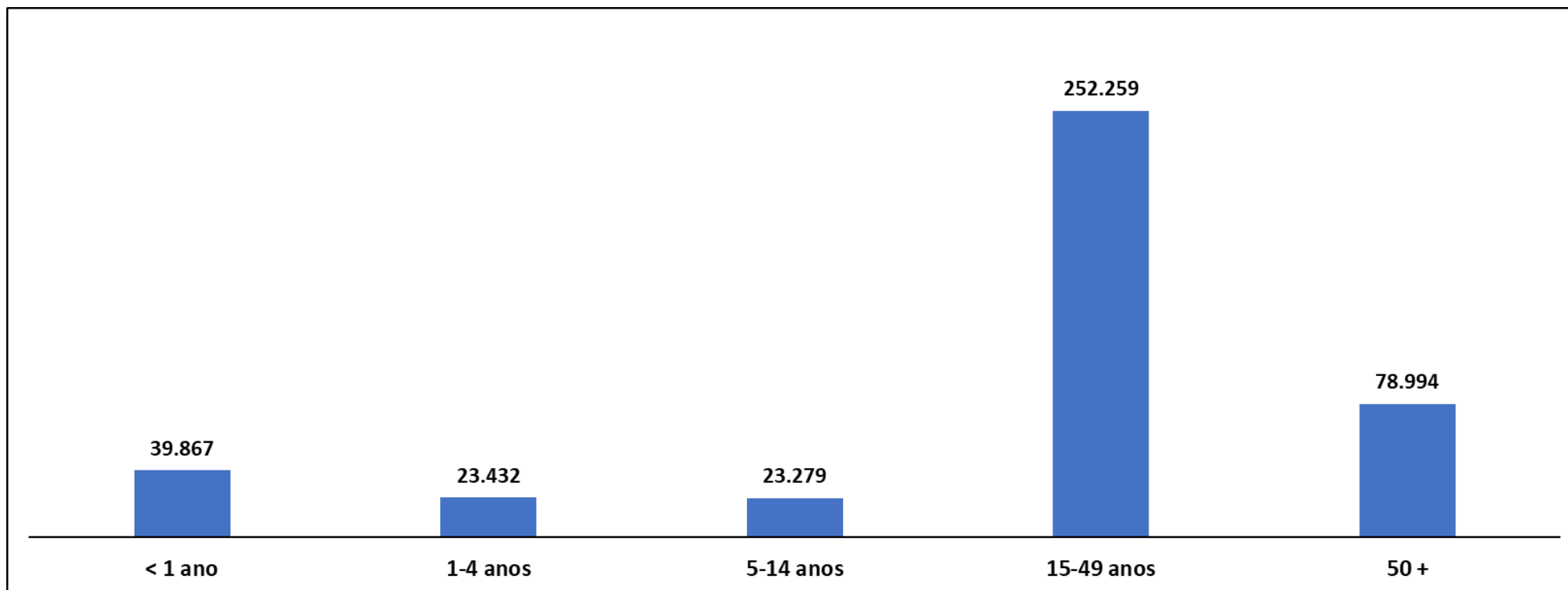
Ressalta-se que a análise das internações por faixa etária permite orientar com mais precisão quais as causas dos agravos e doenças prevalentes nas fases da vida, oportunizando o dimensionamento da força de trabalho a alocação de recursos para serviços estratégicos em cada caso. A complexidade do território roraimense, com suas longas distâncias, baixa densidade demográfica, população dispersa e barreiras logísticas, exige que a organização da rede hospitalar seja guiada por evidências, e não apenas por critérios demográficos brutos. Assim, compreender quem está sendo internado, por quê e em que momento da vida é essencial para garantir um SUS responsivo, eficiente e comprometido com a equidade. A seguir a tabela detalha as internações hospitalares de 2015 a 2024, segundo os capítulos da CID-10 e estratificadas por faixa etária. Essas informações permitem identificar os grupos populacionais mais acometidos, os perfis de risco predominantes e os pontos críticos da atenção à saúde que requerem resposta prioritária por parte da gestão.

Tabela 43 - Internações Segundo Faixa Etária e Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas CID10 (Capítulo)	< 1 ano	1-4 anos	5-14 anos	15-49 anos	50 +	Total	%
1	Gravidez parto e puerpério	22	3	1.925	134.350	30	136.330	32,63
2	Doenças do aparelho respiratório	9.468	10.704	4.262	4.636	9.486	38.556	9,23
3	Lesões, enven e outras conseq de causas externas	322	1.248	3.365	24.609	7.803	37.347	8,94
4	Contatos com serviços de saúde	2.242	568	1.440	24.980	7.739	36.969	8,85
5	Doenças do aparelho digestivo	615	1.191	2.998	15.340	8.772	28.916	6,92
6	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4.284	4.054	2.172	10.059	7.159	27.728	6,64
7	Doenças do aparelho geniturinário	734	1.373	1.938	10.661	7.239	21.945	5,25
8	Algumas afecções originadas no período perinatal	18.494	16	11	685	3	19.209	4,60
9	Doenças do aparelho circulatório	105	199	264	3.535	11.359	15.462	3,70
10	Neoplasias (tumores)	12	63	135	6.167	6.418	12.795	3,06
11	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	795	1.664	1.693	5.131	2.756	12.039	2,88
12	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	302	402	328	1.651	4.790	7.473	1,79
13	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	36	140	583	3.530	1.630	5.919	1,42
14	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	155	256	265	2.099	1.743	4.518	1,08
15	Doenças do sistema nervoso	493	497	515	1.309	862	3.676	0,88
16	Doenças do sangue, órgãos hemat e transt imunitários	135	288	425	1.303	818	2.969	0,71
17	Malformações cong, defor e anomalias cromossômicas	1.529	463	462	127	20	2.601	0,62
18	Transtornos mentais e comportamentais	4	28	176	1.858	239	2.305	0,55
19	Doenças do olho e anexos	22	106	179	139	93	539	0,13
20	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	98	169	141	77	29	514	0,12
21	Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	2	13	6	21	0,01
Total		39.867	23.432	23.279	252.259	78.994	417.831	100
Percentual por Faixa Etária (%)		9,54	5,61	5,57	60,37	18,91	100	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 17 - Número Absoluto de Internações por Faixa Etária (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise das internações por grupo de causas segundo faixa etária em Roraima, no período de 2015 a 2024, revela um retrato complexo e multifacetado da morbidade hospitalar no Estado. A faixa etária de 15 a 49 anos concentra 60,37% das internações, seguido da população 50 anos ou mais (18,91%). Essa distribuição reforça o peso epidemiológico dos grupos populacionais economicamente ativos, refletindo a interseção entre saúde, trabalho precário, violência, agravos infecciosos, crônicos e acesso desigual à atenção primária, sobretudo nos municípios com grandes extensões rurais, ribeirinhos e fronteiras frágeis.

O principal grupo de causas de internação foi - gravidez, parto e puerpério, responsável por impressionantes 32,63% do total de internações, quase todas concentradas na faixa de 15 a 49 anos. Isso revela a sobrecarga da Rede Materna Infantil, ao mesmo tempo em que denuncia a fragilidade da atenção ao pré-natal e do cuidado à saúde sexual e reprodutiva, especialmente entre adolescentes e jovens mulheres indígenas e migrantes venezuelanas, muitas em situação de vulnerabilidade social, cultural e linguística. A persistência de gestações de risco e partos hospitalares concentrados na capital reforça a dependência da rede hospitalar de Boa Vista, enquanto as áreas indígenas e remotas, especialmente nos DSEI's Yanomami e Leste, seguem com cobertura pré-natal insuficiente.

As doenças do aparelho respiratório aparecem em segundo lugar (9,23%), com incidência relevante em todas as faixas etárias, mas com forte peso em menores de cinco anos e idosos, públicos comumente expostos à sazonalidade, à umidade elevada, ao uso de lenha como combustível e, mais recentemente, às consequências das queimadas ilegais em áreas de floresta ocupadas por garimpo. Esse padrão está alinhado à surtos de infecções respiratórias agudas, influenza, bronquiolite e pneumonia, agravados em regiões com baixa cobertura vacinal e precária vigilância em saúde ambiental.

As lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (8,94%) concentram-se em adolescentes e adultos jovens, refletindo o impacto direto da violência interpessoal, dos acidentes de trânsito e da insegurança laboral, especialmente entre trabalhadores informais. O expressivo número de internações por causas externas entre jovens é um alerta sobre a ausência de políticas intersectoriais de prevenção, cultura de paz, saúde mental e enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas, principalmente entre a juventude em geral.

Destaca-se também o grupo de contatos com serviços de saúde (8,85%), que indica volume elevado de readmissões, procedimentos pós-operatórios e complicações de tratamentos crônicos. Esse dado, quando cruzado com os grupos de doenças crônicas, como aparelho digestivo (6,92%), infecciosas e parasitárias (6,64%), geniturinárias (5,25%), circulatórias (3,70%), neoplasias (3,06%) e endócrinas/metabólicas (1,79%), revela que a Atenção Primária à Saúde ainda não exerce papel resolutivo no controle de condições evitáveis e tratáveis no território. As doenças infecciosas e parasitárias, altamente incidentes em crianças, adolescentes e adultos jovens, ainda estão fortemente presentes, com destaque para malária, hepatites virais, doenças diarreicas e tuberculose. As áreas mais afetadas coincidem com territórios indígenas, ribeirinhos, zonas de garimpo ilegal e comunidades com baixo acesso à água potável e saneamento o que evidencia a continuidade de um padrão epidemiológico vinculado à pobreza e ao abandono socioeconômico.

A faixa etária de menores de 1 ano apresenta alta incidência em afecções originadas no período perinatal (4,6%) e malformações congênitas (0,62%), demonstrando o impacto da precariedade da atenção pré-natal, das condições de nascimentos e da baixa cobertura de ações preventivas e diagnósticas nos primeiros mil dias de vida. Já entre os idosos (50+), prevalecem as doenças crônicas degenerativas, como as do aparelho circulatório, neoplasias e metabólicas, exigindo manutenção e melhorias na reorganização da atenção com foco em cuidados continuados, rede de atenção domiciliar e atenção paliativa. A análise ainda expõe baixas proporções de internações por transtornos mentais (0,55%), o que não significa ausência de adoecimento, mas provável subnotificação, falta de leitos específicos e fragilidade da rede de atenção psicossocial, sobretudo em municípios do interior. Os dados apontam para a necessidade urgente de expansão do cuidado em saúde mental nos níveis ambulatorial e hospitalar.

A estratificação das internações por faixa etária em Roraima confirma a complexidade dos padrões de morbidade em um Estado marcado por extrema juventude populacional, alta vulnerabilidade socioambiental, forte presença indígena e expressiva pressão migratória internacional. As causas de internação acompanham o ciclo de vida, mas também revelam falhas estruturais na atenção primária à saúde, com repercussões diretas sobre os serviços de média e alta complexidade hospitalar. A partir dessas evidências, impõe-se a necessidade de reorganizar a Rede de Atenção à Saúde com foco na prevenção com a efetivação dos serviços hospitalares e a qualificação da atenção contínua ao longo dos diferentes momentos do curso da vida.

3.13.14 - MORBIDADE POR COR E RAÇA

A estratificação das internações hospitalares por cor e raça, segundo os grandes grupos de causas da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), constitui uma estratégia essencial para o reconhecimento das iniquidades em saúde. Essa abordagem é amparada por diretrizes da Política Nacional de Saúde da População Negra, da Política Nacional de Saúde Indígena e do Estatuto da Igualdade Racial, que orientam a construção de diagnósticos situacionais capazes de evidenciar os impactos do racismo estrutural e institucional na produção da morbidade e no acesso aos serviços de saúde.

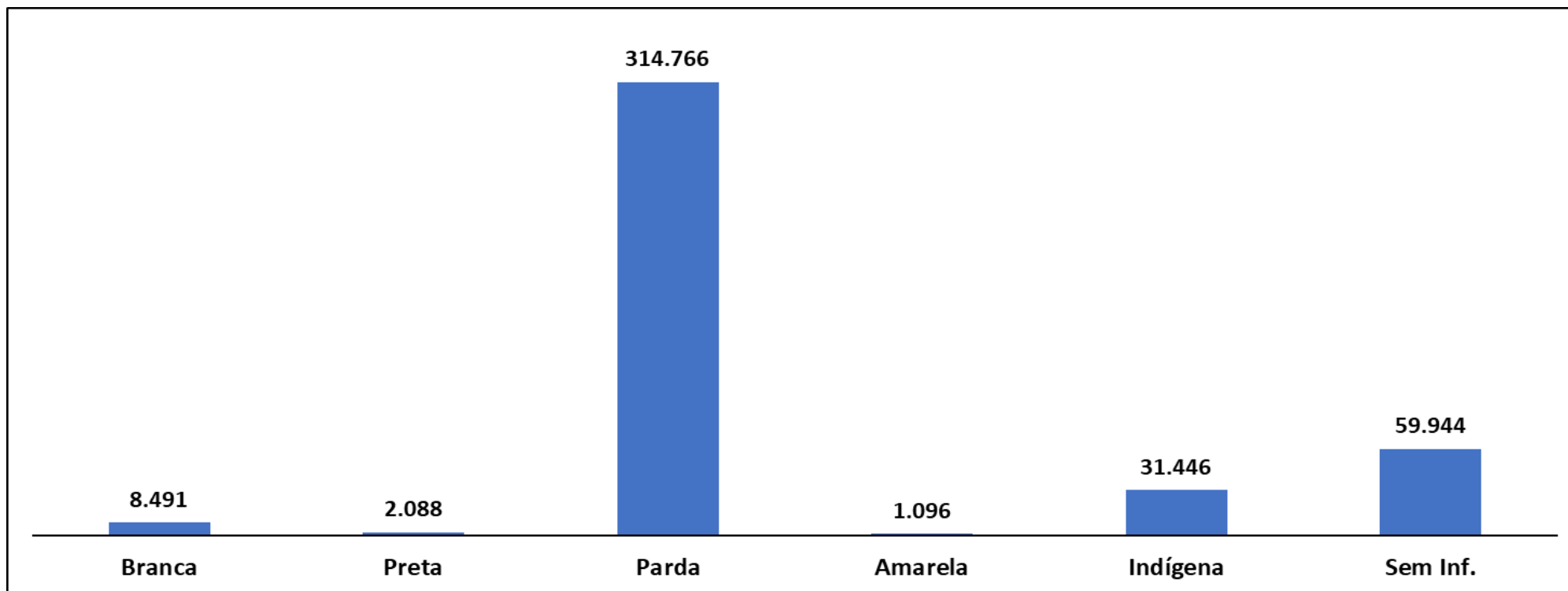
No contexto de Roraima, esse tipo de análise adquire ainda maior importância em razão da expressiva presença de populações indígenas e do forte contingente de pessoas pardas (predominante nos dados populacionais e nos registros hospitalares). Além disso, a presença significativa de migrantes venezuelanos, muitos dos quais se autodeclaram indígenas ou pardos, contribui para uma composição étnico-racial complexa, que deve ser considerada tanto na organização da rede de atenção quanto na vigilância epidemiológica. A seguir, apresenta-se a análise detalhada dos dados consolidados de 2015 a 2024, destacando as tendências, de doenças e agravos mais prevalentes e os grupos étnico-raciais mais impactados pelas condições de saúde que resultaram em hospitalizações.

Tabela 44 - Internações Segundo Cor e Raça por Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas CID10 (Capítulo)	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	Sem Inf.	Total	%
1	Gravidez parto e puerpério	2.537	523	115.454	90	12.032	5.694	136.330	32,63
2	Doenças do aparelho respiratório	698	214	19.430	209	5.034	12.971	38.556	9,23
3	Lesões, enven e outras conseq de causas externas	607	205	30.397	84	2.241	3.813	37.347	8,94
4	Contatos com serviços de saúde	823	185	28.771	85	1.922	5.183	36.969	8,85
5	Doenças do aparelho digestivo	517	131	21.549	94	978	5.647	28.916	6,92
6	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	504	143	16.219	123	3.183	7.556	27.728	6,64
7	Doenças do aparelho geniturinário	486	162	15.713	126	1.121	4.337	21.945	5,25
8	Algumas afecções originadas no período perinatal	762	58	14.929	7	1.025	2.428	19.209	4,60
9	Doenças do aparelho circulatório	420	121	12.425	52	448	1.996	15.462	3,70
10	Neoplasias (tumores)	340	84	11.370	6	357	638	12.795	3,06
11	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	169	62	7.154	77	879	3.698	12.039	2,88
12	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	149	79	5.125	48	929	1.143	7.473	1,79
13	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	158	41	4.842	18	270	590	5.919	1,42
14	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	93	17	3.617	29	254	508	4.518	1,08
15	Doenças do sistema nervoso	58	23	2.182	12	248	1.153	3.676	0,88
16	Doenças do sangue, órgãos hemat e transt imunitários	40	18	1.846	4	220	841	2.969	0,71
17	Malformações cong, defor e anomalias cromossômicas	47	9	1.313	12	192	1.028	2.601	0,62
18	Transtornos mentais e comportamentais	66	12	1.937	9	45	236	2.305	0,55
19	Doenças do olho e anexos	5	1	247	4	38	244	539	0,13
20	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	12	0	227	7	30	238	514	0,12
21	Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	19	-	-	2	21	0,01
Total		8.491	2.088	314.766	1.096	31.446	59.944	417.831	100
Percentual por Cor/Raça (%)		2,03	0,50	75,33	0,26	7,53	14,35	100	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 18 - Número Absoluto de Internações por Cor e Raça (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A estratificação das internações hospitalares por cor e raça no Estado de Roraima entre 2015 e 2024 demonstrada na Tabela 44 e no Gráfico 17 revela a persistência de desigualdades estruturais na forma como o processo de adoecimento afeta diferentes grupos sociais. Os dados apontam uma expressiva concentração de internações entre pessoas que se autodeclararam pardas, que correspondeu a 73,33% das internações hospitalares, seguidas pelas categorias branca, indígena, preta, amarela e ignorada. Esta predominância, embora acompanhe parcialmente o perfil demográfico do Estado segundo o IBGE, também pode refletir o modo como a autodeclaração racial é tratada nas admissões hospitalares, frequentemente influenciada pela invisibilidade de grupos específicos ou pela omissão no preenchimento correto dessa variável.

A análise do recorte indígena, embora proporcionalmente menor que o pardo, merece destaque crítico e contextual. Segundo o IBGE em Roraima, 15,29% da população se autodeclara indígena, a quinta maior proporção entre os Estados brasileiros, no entanto, essa representatividade não se reflete de forma proporcional nas internações registradas. A sub-representação dos indígenas no sistema SIH/SUS está diretamente relacionada à segmentação dos sistemas de informação, uma vez que os atendimentos realizados em unidades vinculadas ao Subsistema de Saúde Indígena (DSEI Yanomami e DSEI Leste) não são necessariamente integrados ao SIH, limitando a visibilidade epidemiológica desse grupo no conjunto da Rede SUS estadual. Além disso, obstáculos como a barreira linguística, a distância geográfica, o deslocamento para os centros urbanos e o preconceito institucional contribuem para o subregistro e dificultam o acesso equitativo à atenção hospitalar.

No grupo de causas, as internações por gravidez, parto e puerpério lideram amplamente entre todas as categorias raciais, porém com impacto ainda mais visível entre mulheres pardas e indígenas, refletindo desigualdades no acesso ao planejamento reprodutivo, ao pré-natal de qualidade e à rede materno-infantil. Este padrão reitera a necessidade de fortalecimento de políticas de atenção à saúde da mulher com recorte étnico-racial, culturalmente sensíveis e integradas às redes territoriais.

As doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias também apresentam incidência expressiva entre indígenas e pessoas pretas, sinalizando os efeitos combinados de moradias precárias, saneamento básico inexistente ou insuficiente, além da proximidade com regiões de garimpo ilegal e áreas impactadas por queimadas e desmatamento. Essas condições ambientais e socioeconômicas, amplificadas por fragilidades da Atenção Primária à Saúde (APS), explicam os maiores riscos de infecções respiratórias, tuberculose e surtos como hepatite e malária, especialmente nas áreas indígenas da região norte e na fronteira com a Venezuela. As internações por causas externas (violência, acidentes, envenenamentos) atingem de forma desproporcional adolescentes e jovens pardos e indígenas, evidenciando uma lacuna estrutural em políticas públicas de prevenção à violência, promoção da cultura de paz, segurança no trabalho e atenção psicossocial. A exposição de jovens indígenas ao ambiente hostil das áreas de garimpo ilegal, à coação de grupos criminosos e ao consumo abusivo de álcool e drogas potencializa esse risco, exigindo resposta intersetorial.

Outro aspecto importante diz respeito à baixa proporção de internações por transtornos mentais e comportamentais entre indígenas, pretos e pardos. Longe de significar menor prevalência de sofrimento psíquico, esses dados possivelmente revelam subnotificação e invisibilidade institucional, além da ausência de serviços estruturados de saúde mental adequados para populações. A diminuta quantidade de CAPS nos municípios do interior e a falta de articulação com práticas de cuidado tradicionais agravam esse cenário. Além desse cenário, observa-se que uma parcela relevante das internações aparece com cor/raça “ignorada”, o que compromete a completude dos dados e enfraquece a capacidade de análise. A ausência de preenchimento dessa variável reflete necessidade de ações de qualificação quanto ao registros, formação das equipes hospitalares e incorporação da variável raça/cor como critério prioritário.

A análise das internações por cor e raça evidencia que o padrão de adoecimento e hospitalização em Roraima é profundamente influenciado por desigualdades raciais, territoriais e culturais. A população parda segue como a mais impactada numericamente, mas os dados ocultam a sub-representação de povos indígenas e outras minorias que enfrentam barreiras específicas de acesso, visibilidade e cuidado. Em um Estado marcado pela diversidade étnica, pela pressão migratória e pelas tensões ambientais do garimpo ilegal, torna-se urgente incorporar a variável raça/cor como eixo estruturante da saúde, qualificando as ações de promoção, prevenção e cuidado com foco na equidade. O fortalecimento da APS, a integração dos dados dos DSEI's ao SIH/SUS, a atenção intercultural e a superação do racismo institucional são pilares de atenção para garantir que o SUS em Roraima cumpra seu papel de justiça social e reparação histórica.

3.13.15 - MORBIDADE EM INDÍGENAS¹⁰

A análise da morbidade entre os povos indígenas é um componente essencial para reflexão das especificidades socioculturais e territoriais da Estado. Com uma das maiores proporções de população indígena do país, Roraima abriga povos de diversas etnias e línguas, distribuídos principalmente nos municípios fronteiriços e em áreas remotas, muitas delas de difícil acesso, com baixa presença estatal e limitada infraestrutura em saúde. Esse contexto impõe um conjunto singular de desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o subsistema de atenção à saúde indígena, exigindo uma abordagem intersetorial, intercultural e descentralizada.

Historicamente, os povos indígenas enfrentam condições de vida marcadas por iniquidades sociais, ambientais e econômicas. A insegurança alimentar, o saneamento precário, a limitação no acesso contínuo a serviços de saúde e a exposição a fatores ambientais adversos, como o avanço do garimpo ilegal, das queimadas e da degradação territorial, agravam os riscos de adoecimento. Esses fatores são potencializados pelas dificuldades de articulação entre o SUS e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI Yanomami e DSEI Leste), com lacunas importantes na interoperabilidade entre sistemas de informação e na resolutividade dos serviços na atenção primária.

¹⁰ Este item foi destacado do subitem “cor e raça” em função das especificidades epidemiológicas, territoriais e socioculturais dos povos indígenas.

Considerando a relevância desse grupo populacional e seu peso demográfico em Roraima, é imprescindível incorporar, de maneira transversal e específica, a realidade das populações indígenas. A análise da morbidade hospitalar associada a esses povos permite identificar padrões de adoecimento que refletem, não apenas suas condições de vida, mas também as falhas estruturais do cuidado, da vigilância e da atenção à saúde nos territórios. Compreender essas dinâmicas oportuniza qualificar a atenção primária, fortalecer o diálogo entre saberes tradicionais e científicos, e assegurar o direito à saúde com base nos princípios da equidade, da integralidade e da justiça social.

Além dos fatores estruturais, culturais e ambientais já mencionados, é necessário considerar que a configuração dos territórios indígenas em Roraima impõe um modelo assistencial altamente dependente da logística de transporte aéreo e fluvial, sobretudo nas áreas de floresta densa e de difícil acesso. A morosidade na remoção de pacientes, aliada à ausência de unidades hospitalares em regiões de ampla dispersão geográfica, compromete a resolutividade clínica e contribui para o agravamento de quadros que seriam passíveis de tratamento oportuno na atenção primária. Essa limitação é agravada nos períodos de cheia ou estiagem extrema, quando o acesso às aldeias é ainda mais restrito.

Outro ponto crucial diz respeito à sazonalidade de determinados agravos, como as doenças de veiculação hídrica, respiratórias e dermatológicas, que apresentam picos de ocorrência associados às alterações climáticas, à precariedade do saneamento e à baixa cobertura vacinal em áreas remotas. Esse contexto reforça a necessidade de estratégias de prevenção específicas, como ciclos educativos em saúde indígena, vigilância ativa em aldeias e parcerias com lideranças comunitárias para pactuação de práticas sanitárias que respeitem os povos tradicionais.

Ademais, a realidade epidemiológica dos povos indígenas de Roraima não pode ser dissociada da Crise Humanitária Yanomami, intensificada em 2022, com a explosão da atividade garimpeira ilegal em terras demarcadas. O avanço do garimpo não apenas contaminou fontes de água com mercúrio e provocou desmatamento descontrolado, mas também propiciou o aumento de casos de doenças como a malária, a tuberculose e as infecções respiratórias agudas, especialmente pneumonia e bronquiolite, com impactos severos sobre a saúde materno-infantil. Crianças indígenas, particularmente as de zero a cinco anos, têm figurado entre os principais grupos de risco com necessidade de internação hospitalar, evidenciando a interseção entre vulnerabilidade biológica, social e ambiental.

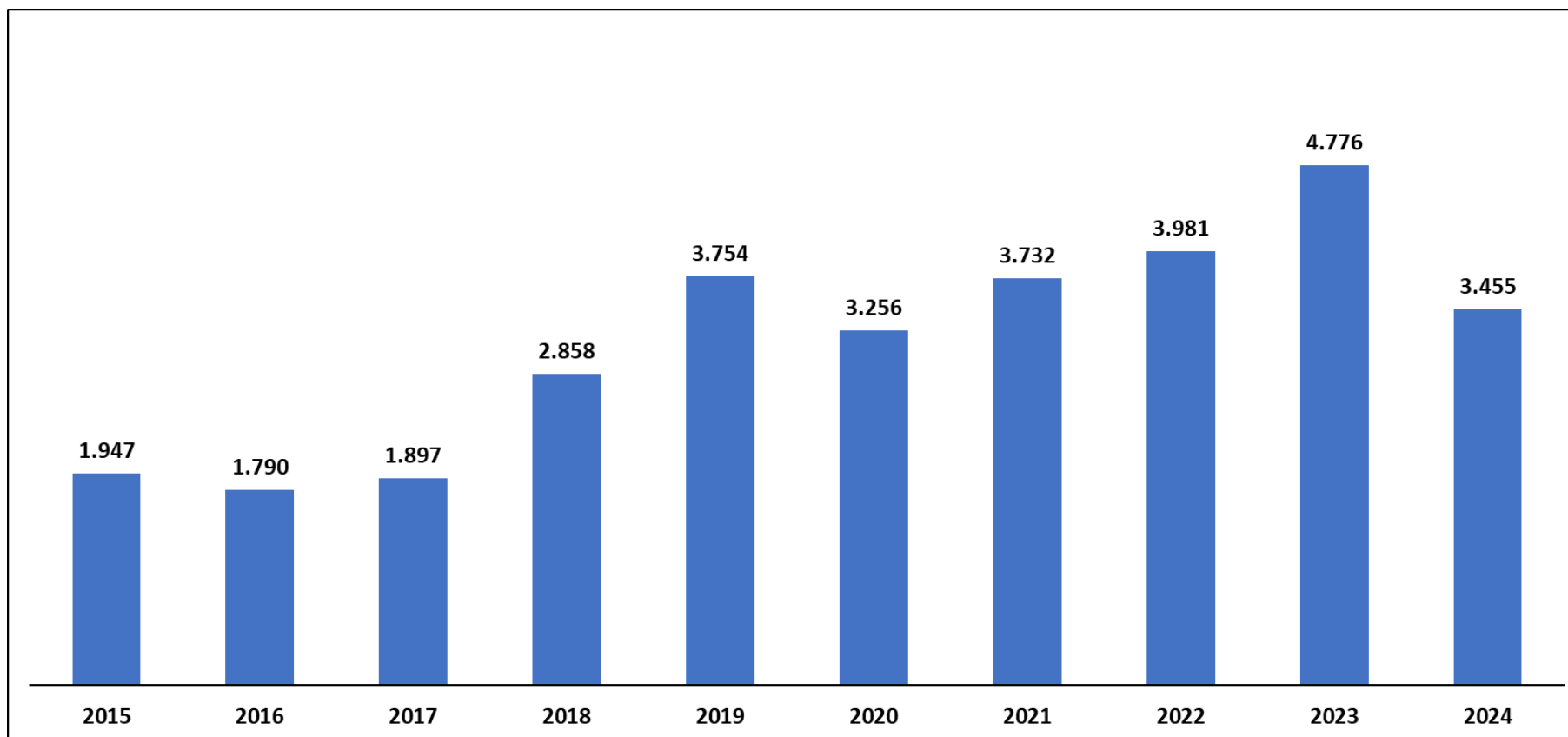
É diante desse panorama que se torna essencial aprofundar o entendimento sobre a morbidade hospitalar entre os indígenas em Roraima, não apenas como um retrato epidemiológico, mas como uma luz sobre os problemas do sistema de saúde. Nesse sentido, este item visa, portanto, evidenciar os padrões de internação hospitalar da população indígena e, oportuniza repensar estratégias específicas de cuidado, com enfoque na ampliação da cobertura e qualificação da atenção primária nos territórios indígenas, no fortalecimento da vigilância em saúde, na articulação intersetorial e na superação das barreiras geográficas, logísticas e culturais. A seguir, será detalhado os grupos de causas, ano a ano, revelando não apenas o peso da carga de adoecimento, mas também as fragilidades e oportunidades para a reestruturação do cuidado em saúde.

Tabela 45 - Internações de Indígenas por Ano Segundo Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Gravidez parto e puerpério	572	498	176	1.214	1.721	1.676	1.934	1.790	1.515	936	12.032	38,26
2	Doenças do aparelho respiratório	479	387	478	482	483	265	402	466	866	726	5.034	16,01
3	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	229	227	195	219	343	332	373	341	489	435	3.183	10,12
4	Lesões enven e alg out conseq causas externas	157	146	295	241	256	181	177	209	338	241	2.241	7,13
5	Contatos com serviços de saúde	130	118	116	159	260	205	180	264	305	185	1.922	6,11
6	Doenças do aparelho geniturinário	72	70	80	125	107	102	101	127	172	165	1.121	3,56
7	Algumas afec originadas no período perinatal	31	20	7	44	86	52	108	260	292	125	1.025	3,26
8	Doenças do aparelho digestivo	47	58	131	66	127	106	87	103	139	114	978	3,11
9	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	31	39	64	49	69	68	89	111	232	177	929	2,95
10	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	89	102	114	91	97	67	54	74	88	103	879	2,80
11	Doenças do aparelho circulatório	16	30	40	35	35	39	44	53	91	65	448	1,42
12	Neoplasias (tumores)	9	9	35	31	43	42	45	51	59	33	357	1,14
13	Doenças do sist. osteomuscular e tecido conjuntivo	19	18	45	23	32	20	22	32	28	31	270	0,86
14	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	7	37	25	19	34	40	19	45	21	254	0,81
15	Doenças do sistema nervoso	26	17	40	10	23	12	35	18	29	38	248	0,79
16	Doenças do sangue, órgãos hemat e transt imunitários	9	6	18	15	25	24	18	22	47	36	220	0,70
17	Malformações cong, defor e anomalias cromossômicas	20	15	8	17	18	24	20	27	29	14	192	0,61
18	Transtornos mentais e comportamentais	3	10	12	4	3	1	1	7	3	1	45	0,14
19	Doenças do olho e anexos	0	9	3	4	4	3	2	4	5	4	38	0,12
20	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	4	3	4	3	3	0	3	4	5	30	0,10
Total		1.947	1.790	1.897	2.858	3.754	3.256	3.732	3.981	4.776	3.455	31.446	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		6,19	5,69	6,03	9,09	11,94	10,35	11,87	12,66	15,19	10,99	10,00	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 19 - Número Absoluto de Internações de Indígenas (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar.

Conforme a Tabela 45 e o Gráfico 19, ao se analisar o número absoluto e percentual das internações hospitalares da população indígena de Roraima entre os anos de 2015 e 2024, evidencia-se um retrato que ultrapassa a lógica numérica e revela, de maneira contundente, as camadas estruturais de desigualdade, abandono histórico e invisibilidade sanitária que ainda marcam parte significativa dos territórios indígenas. Em um Estado onde mais de 15% da população se autodeclara indígena, torna-se imperativo compreender a morbidade indígena para além dos dados brutos: trata-se de uma expressão viva do desequilíbrio entre determinantes sociais da saúde, o acesso real aos serviços e os impactos cumulativos da violação de direitos.

Os dados são contundentes: quase quatro em cada dez internações (38,26%) de indígenas no período analisado estão associadas ao grupo “gravidez, parto e puerpério”. Esse número, por si só, denota uma população jovem, com alta taxa de fecundidade, mas também traz à tona fragilidades concretas na cobertura do pré-natal em áreas remotas, na garantia de partos seguros, no acesso a transporte sanitário e na presença de equipes multiprofissionais. Quando se sabe que muitas gestantes percorrem longas distâncias para chegar a um hospital e, por vezes, são hospitalizadas precocemente para aguardar o parto, compreende-se o porquê de hospitalizações maternas ser o principal motivo de internação.

Outro grupo de grande relevância são as doenças do aparelho respiratório (16,01%), cuja carga remete à vulnerabilidade ambiental e sanitária em que vivem muitas comunidades. A exposição constante à fumaça oriunda de queimadas – algumas naturais, outras relacionadas à atividade garimpeira ou práticas agrícolas –, o uso de lenha para cozinhar em ambientes fechados e o difícil acesso a vacinas e cuidados precoces formam um conjunto de fatores que favorece quadros como pneumonia e bronquiolite, sobretudo em crianças. O dado reforça o papel inegociável da Atenção Primária à Saúde, tanto no acompanhamento da saúde infantil quanto na vigilância ambiental.

Na mesma direção, a carga das doenças infecciosas e parasitárias (10,12%) expressa não só uma herança histórica das doenças negligenciadas nas áreas indígenas – como malária, hepatites, verminoses e tuberculose – mas também o impacto de fenômenos mais recentes, como a crise humanitária Yanomami e a expansão do garimpo ilegal. A degradação ambiental, o assoreamento dos rios e a contaminação por mercúrio favorecem a proliferação de vetores, adoecimento e reinfecção recorrente. A alta persistência dessas doenças é sintomática da ausência de saneamento, do sucateamento dos polos-base e da desarticulação entre os sistemas de informação do subsistema indígena e o SUS convencional.

As internações por lesões, envenenamentos e causas externas (7,13%) também demandam atenção redobrada. Em meio ao crescimento dos conflitos territoriais, dos acidentes fluviais e rodoviários e da violência interfamiliar em territórios afetados por desagregação social, esses números acendem um alerta para o papel da vigilância em saúde, da saúde mental e da segurança pública de maneira articulada. O adoecimento físico por causas externas é, muitas vezes, a face visível de um sofrimento crônico e silencioso.

Chama a atenção ainda a presença significativa de internações classificadas como “contato com os serviços de saúde” (6,11%), o que, em muitos casos, representa ausência de resolubilidade nos atendimentos ambulatoriais, dificuldade de acesso a exames especializados ou necessidade de hospitalização por demora na linha de cuidado. Esse dado denota para internações que poderiam ser evitadas com uma Atenção Primária bem estruturada, com oferta adequada de testes rápidos, acompanhamento clínico e protocolos adaptados à realidade dos povos indígenas.

As doenças do aparelho geniturinário (3,56%), associadas a infecções urinárias, doenças sexualmente transmissíveis e complicações ginecológicas, reiteram a invisibilidade da saúde sexual e reprodutiva das mulheres indígenas. Por outro lado, a presença de afecções perinatais (3,26%) e doenças digestivas (3,11%) reforçam a importância da atenção integral à saúde da criança indígena, que muitas vezes enfrenta dificuldades alimentares, desnutrição ou doenças decorrentes da precariedade do saneamento e da água potável.

Destaca-se ainda o surgimento gradual das doenças crônicas não transmissíveis (como as endócrinas, circulatórias e metabólicas), que, embora com percentuais mais baixos no conjunto geral, vêm crescendo de forma silenciosa. É o reflexo da transição epidemiológica nas comunidades: o abandono forçado dos modos de vida tradicionais, o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, o sedentarismo imposto pela desestruturação territorial e a interferência externa que compromete a autonomia alimentar e cultural dos povos originários.

Não se pode deixar de mencionar o subregistro de transtornos mentais e comportamentais, que, com apenas 0,14%, não condiz com a realidade de sofrimento psíquico vivido por muitos povos. Os impactos do luto coletivo, da destruição do modo de vida tradicional, da perda de território e das violências estruturais raramente se expressam nas estatísticas. É preciso reorientar o olhar e construir abordagens de cuidado em saúde mental que dialoguem com os saberes indígenas e respeitem seus tempos, curas e espiritualidades.

Evidências científicas apontam que uma gravidez de risco significa que ao longo do pré-natal ou no momento da captação da gestante, foram identificadas condições que aumentam significativamente a probabilidade de complicações durante a gravidez, o parto ou o puerpério, ou seja um número elevado revela uma realidade que merece atenção. Nesse sentido, dentre os múltiplos desafios enfrentados pela população indígena no acesso e na resolutividade das ações e serviços de saúde em Roraima, a condição gestacional desponta como um importante marcador de vulnerabilidade sanitária, social e assistencial. A gravidez, o parto e o puerpério não apenas compõem um ciclo biológico de profunda relevância na saúde coletiva, mas, entre as mulheres indígenas, configuram-se em um dos principais grupos de causas de internação hospitalar.

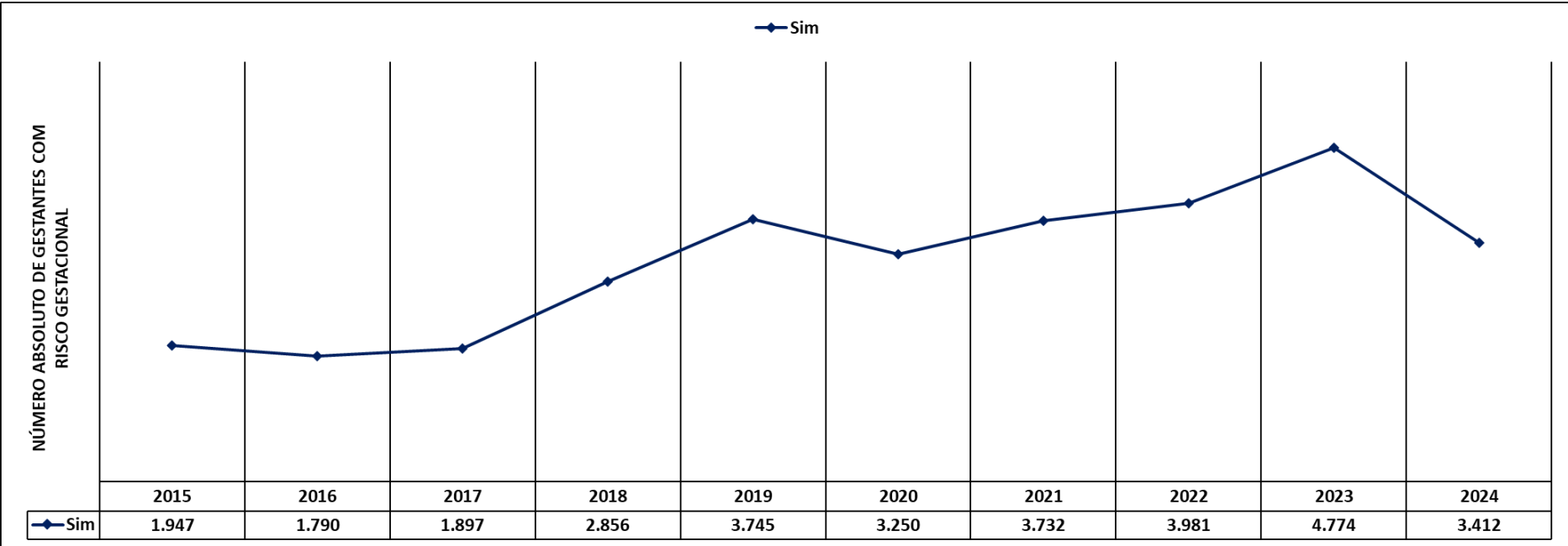
Diante dessa realidade, a próxima tabela e gráfico demonstram a dimensão do problema, permitindo uma leitura da gestação de risco entre indígenas em Roraima nos últimos 10 anos. Esses dados não apenas expõem a magnitude da questão, mas também reforçam a urgência de se fortalecer as estratégias da Rede Materna Infantil, principalmente no que tange a Atenção Primária à Saúde nos territórios indígenas.

Tabela 46 - Internação de Indígenas Segundo a Condição Gestacional (2015-2024)

Gestante Indígena com Risco Gestacional	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Sim	1.947	1.790	1.897	2.856	3.745	3.250	3.732	3.981	4.774	3.412	31.384
Não	-	-	-	2	9	6	-	-	2	43	62
Gestantes Indígenas com Risco Gestacional (%)	100	100	100	99,93	99,76	99,82	100	100	99,96	98,74	99,80

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 20 - Número Absoluto de Indígenas por Ano Segundo Condição Gestacional (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da condição gestacional entre mulheres indígenas internadas em Roraima, no período de 2015 a 2024, revela uma realidade epidemiológica extremamente preocupante. Os dados de registro apresentados na tabela e no gráfico acima indicam que mais de 99% das gestantes indígenas internadas nesse intervalo temporal foram classificadas como de risco gestacional, com picos de 100% em vários anos consecutivos e uma média acumulada de 99,8% ao longo da década. Esse dado, por si só, já evidencia a magnitude do desafio enfrentado pelo sistema de saúde no atendimento à saúde materna indígena em um Estado com ampla dispersão territorial, forte presença de comunidades tradicionais e intensos desafios logísticos, como Roraima.

A elevada proporção de gestantes indígenas classificadas como risco gestacional deve ser interpretada à luz de múltiplas vulnerabilidades que historicamente afetam essas populações. Entre os fatores mais relevantes, destacam-se a dificuldade de acesso precoce ao pré-natal qualificado, a alta prevalência de doenças infecciosas e parasitárias em territórios indígenas, a insegurança alimentar e nutricional, a baixa cobertura de saneamento básico e o déficit de profissionais de saúde qualificados nas unidades indígenas. Além disso, a coexistência de fatores ambientais, como o impacto do garimpo ilegal e a crise sanitária prolongada vivenciada pelo povo Yanomami, agravam ainda mais o perfil de risco dessas gestações.

Outro ponto que merece destaque é o papel da atenção primária à saúde (APS), que deveria funcionar como uma barreira de proteção para evitar que gestações evoluam com complicações. A situação observada sugere falhas importantes na capacidade de rastrear, acompanhar e intervir precocemente nos agravos à saúde reprodutiva dessas mulheres. O número absoluto de gestantes indígenas com risco gestacional aumentou significativamente ao longo dos anos, com crescimento especialmente acentuado a partir de 2018, coincidindo com o agravamento da crise migratória e do avanço da mineração ilegal em terras indígenas, o que compromete diretamente a efetividade das políticas públicas e dos serviços da APS.

A predominância de gestações de risco em praticamente sua totalidade também pode indicar uma subnotificação ou subregistro das gestantes sem risco, o que aponta para uma possível fragilidade nos dados inseridos nos sistemas de informação em saúde nos territórios indígenas. A ausência de registros em alguns anos para gestantes sem risco, como entre 2015 a 2017 e 2021 a 2022, reforça essa hipótese e merece atenção quanto a qualificação dos dados e da interoperabilidade entre o sistema de informação indígena e os demais sistemas do SUS.

Diante deste cenário, torna-se imprescindível o fortalecimento das ações na atenção Materna e Infantil em articulação com os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), com vistas à garantia do cuidado contínuo e integral à mulher indígena. É necessário expandir a presença de equipes multidisciplinares nos territórios, assegurar o acesso culturalmente adequado ao pré-natal, promover estratégias de transporte sanitário efetivas para casos de risco, e assegurar a oferta de parto humanizado, com infraestrutura e profissionais capacitados.

A análise da condição gestacional entre indígenas evidencia não apenas um problema de saúde, mas uma questão de equidade e justiça social. O reconhecimento da elevada proporção de gestações de risco entre mulheres indígenas deve ser um chamado para a adoção de políticas mais efetivas, sensíveis às especificidades culturais e territoriais desses povos, e voltadas à redução das desigualdades estruturais que impactam diretamente os desfechos maternos e neonatais nessa população. O compromisso com a saúde indígena não pode se restringir à retórica institucional: ele exige ações da APS com a finalidade de prevenir o risco gestacional nos territórios tradicionais.

Com base nas informações demonstradas, torna-se evidente que a saúde dos povos originários em Roraima é marcada por um quadro complexo de vulnerabilidades estruturais, epidemiológicas e socioculturais, que exigem respostas estratégicas diferenciadas no âmbito do SUS. A elevada concentração de internações por causas evitáveis, o expressivo número de gestantes indígenas classificadas com risco gestacional e a persistência de doenças infecciosas e parasitárias demonstram que, apesar de avanços institucionais no campo da saúde indígena, persistem entraves críticos que comprometem o acesso, a integralidade e a resolutividade das ações de cuidado.

Neste sentido, mesmo com o funcionamento dos DSEI's e de estruturas específicas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, ainda existe a necessidade de articulação funcional entre esse subsistema e a rede estadual e municipal do SUS, principalmente nos aspectos relacionados à vigilância em saúde, regulação e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção. A alta proporção de internações em unidades da capital, com destaque para causas como doenças respiratórias, infecciosas, e as relacionadas à gravidez, parto e puerpério, também revela a insuficiência de resolutividade especialmente nas regiões mais remotas, onde o garimpo ilegal, a degradação ambiental e a escassez de recursos agravam ainda mais os determinantes sociais da saúde.

Outro ponto crítico está na limitação da cobertura de atenção primária com enfoque específico para os povos indígenas, sobretudo nas áreas de difícil acesso geográfico e com predominância de comunidades isoladas. A baixa capacidade instalada local para ações de prevenção, promoção, diagnóstico precoce e acompanhamento de condições crônicas gera uma sobrecarga nos níveis de média e alta complexidade e perpetua o ciclo de adoecimento precoce e recorrente nessas populações.

Em suma, os dados analisados deixam claro: o perfil de morbidade hospitalar da população indígena de Roraima é profundamente marcado por determinantes sociais, ambientais e culturais específicos, que exigem mais do que respostas pontuais. É necessário fortalecer a interculturalidade no SUS, qualificar a interface entre os DSEI's e regulação, ponderar a autonomia dos territórios e garantir que o cuidado em saúde chegue aonde o Estado dificilmente chega: nas aldeias, nas margens dos rios, nas serras, nos interstícios do mapa. A verdadeira equidade só se realiza quando as especificidades são valorizadas e transformadas em critério de prioridade, e não de exclusão.

3.13.16 - MORBIDADE EM ESTRANGEIROS¹¹

A inserção do recorte migratório na análise da morbidade em Roraima é mais do que uma escolha técnica, é uma exigência ética, epidemiológica e estratégica diante do cenário que se impôs ao Estado na última década. A fronteira geopolítica entre Brasil e Venezuela, materializada no município de Pacaraima, transformou-se em um dos maiores corredores migratórios do continente sul-americano. Essa realidade deslocou, em volume e velocidade sem precedentes milhares de pessoas em busca de refúgio, dignidade e acesso a serviços básicos — entre eles, a saúde.

Neste contexto, o Estado de Roraima tornou-se não apenas território de acolhimento, mas também de cuidado. E isso tem implicações diretas sobre o sistema de saúde pública estadual, principalmente sobre sua capacidade de resposta frente a agravos e doenças que se somam às já existentes em uma população marcada por desigualdades históricas. A morbimortalidade da população migrante, composta majoritariamente por cidadãos venezuelanos, mas também por guianenses e outras nacionalidades, exige uma análise cuidadosa e orientada por múltiplos determinantes sociais da saúde: insegurança alimentar, exposição a riscos ambientais e sanitários, vulnerabilidade psicossocial, barreiras linguísticas e dificuldade de acesso aos serviços.

Mais do que identificar números, este item busca compreender o adoecimento nesse grupo populacional à luz de um território em trânsito, onde fluxos e permanências coexistem. Os dados de internações hospitalares por grupo de causas entre os anos de 2015 a 2024 — apresentados logo adiante em forma de tabela e gráfico — permitirão dimensionar a carga de doenças que afetam essa população em diferentes momentos do processo migratório. Causas infecciosas, agravos respiratórios e digestivos, doenças crônicas e, de forma preocupante, condições relacionadas à gravidez e ao puerpério ganham destaque e expõem, ao mesmo tempo, os efeitos do colapso dos serviços de saúde em países vizinhos e os desafios do sistema de saúde brasileiro no enfrentamento de uma crise humanitária em curso.

O volume crescente de migrantes que demandam o Sistema Único de Saúde, especialmente em serviços de média e alta complexidade, impõe novos desafios. No contexto hospitalar, as internações de pessoas migrantes, em especial de nacionalidade venezuelana, expressam agravos associados a determinantes sociais como desnutrição, doenças infecciosas, síndromes respiratórias, agravos relacionados à gestação e ao parto, e enfermidades crônicas agravadas pela descontinuidade do cuidado. Esses registros não apenas sobrecarregam os serviços de referência em Boa Vista e Pacaraima, como também evidenciam fragilidades na APS com a AAE e da vigilância em saúde fronteiriça.

¹¹ Este item, a exemplo do item anterior referente aos indígenas foi destacado dos demais em razão da magnitude e persistência do fenômeno migratório internacional em Roraima, sobretudo a partir da intensificação da crise humanitária venezuelana. A elevada demanda por serviços de saúde, associada às vulnerabilidades dessa população justifica a necessidade de análise específica da morbidade, com foco na capacidade de resposta do SUS diante de fluxos populacionais atípicos, em contexto de fronteira.

Além disso, destaca-se que a política do SUS reconhece todas as pessoas migrantes como grupo populacional em situação de vulnerabilidade sanitária, sendo, portanto, sujeitos de atenção prioritária em saúde. Em Roraima, esse reconhecimento é considerado devido as especificidades territoriais da fronteira norte, a pressão sobre os serviços hospitalares e a coexistência de múltiplos subsistemas, como o DSEI Yanomami e os abrigos da Operação Acolhida, que muitas vezes tem a necessidade de se articular com os sistemas formais de informação e regulação da rede SUS estadual.

A intensificação dos fluxos migratórios internacionais rumo ao Estado de Roraima, especialmente a partir da crise humanitária na Venezuela, transformou profundamente o perfil sanitário da população atendida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A localização geográfica estratégica de Roraima, aliada à ausência de barreiras naturais e à precarização do sistema de saúde dos países vizinhos, posicionou o Estado como a principal porta de entrada terrestre para milhares de pessoas em situação de deslocamento forçado. Essa realidade exige do SUS estadual um esforço importante para garantir o acesso universal à saúde, respeitando os princípios da equidade, da integralidade e da humanização do cuidado.

Nesse cenário, torna-se fundamental incorporar à Análise de Situação de Saúde a morbidade hospitalar entre migrantes internacionais, particularmente aqueles que acessam os serviços de saúde em território roraimense. Por meio da análise das internações hospitalares segundo os grupos de causas da Classificação Internacional de Doenças – CID-10, é possível compreender as principais condições que afetam essa população, identificar padrões epidemiológicos distintos e oportunizar respostas adequadas aos seus determinantes sociais e sanitários.

Dessa forma, o presente item busca analisar o padrão de internações hospitalares de migrantes internacionais no período de 2015 a 2024, com ênfase nas principais causas, no perfil clínico-epidemiológico desses pacientes e nos impactos dessa demanda para a organização dos serviços de saúde, sobretudo nas áreas de fronteira e nos pontos de maior concentração migratória. A identificação desses padrões será essencial para subsidiar estratégias para o cuidado, qualificação da regulação, articulação intersetorial e incorporação de práticas de atenção culturalmente sensíveis, garantindo a integralidade do cuidado e a equidade no acesso aos serviços públicos de saúde em Roraima.

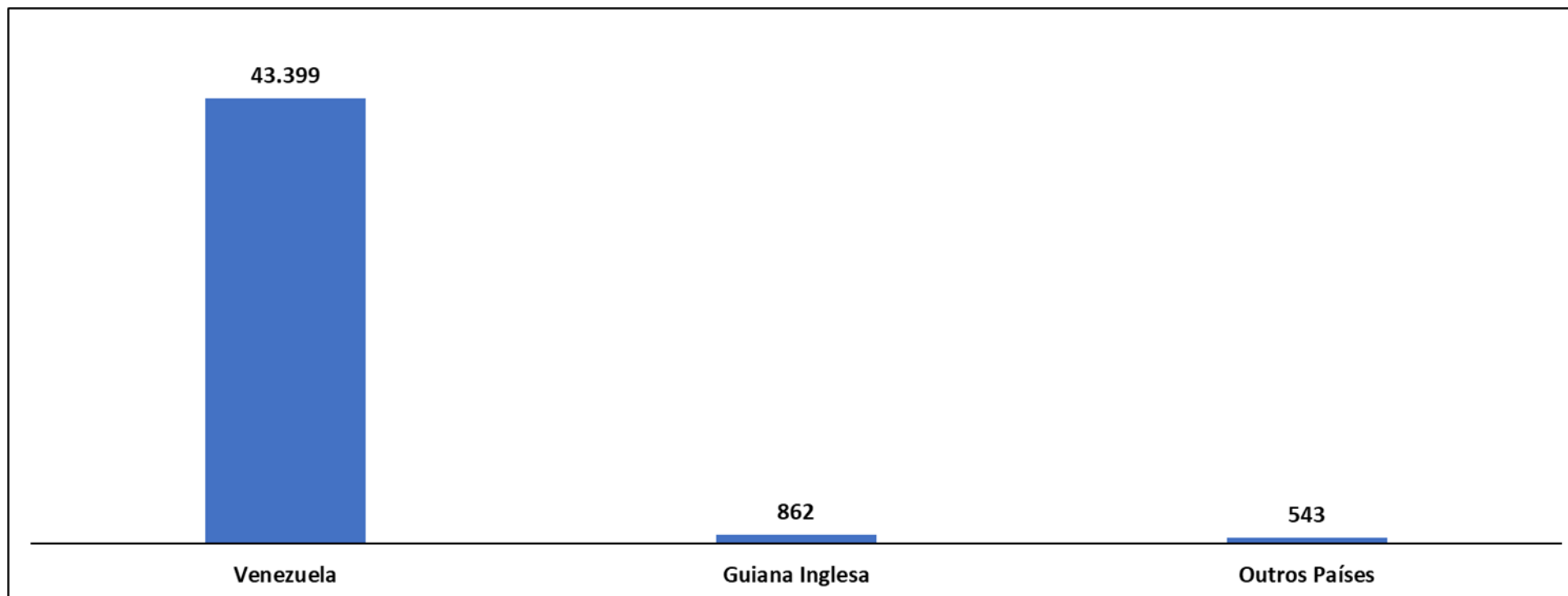
Nesta seção, em sintonia com os itens anteriores será demonstrado e analisado o acesso ao número absoluto e percentual de internações hospitalares por migrantes internacionais ocorridas em Roraima nos últimos 10 anos, com ênfase nos principais grupos de causas, sua evolução histórica e sua interrelação com os recortes sociodemográficos e suas interseções com fatores como a migração forçada, os determinantes ambientais e as fragilidades do acesso à saúde em áreas fronteiriças. A análise dialoga com as vulnerabilidades coletivas e com os desafios contemporâneos da gestão pública em saúde, permitindo compreender a extensão do fenômeno migratório em sua dimensão sanitária e suas implicações diretas para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Tabela 47 - Internações de Estrangeiros por Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas CID10 (Capítulo)	Venezuela	Guiana Inglesa	Outros Países	Total	%
1	Gravidez parto e puerpério	21.177	344	149	21.670	48,37
2	Doenças do aparelho respiratório	4.349	102	69	4.520	10,09
3	Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2.942	77	51	3.070	6,85
4	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.725	74	39	2.838	6,33
5	Contatos com serviços de saúde	2.593	32	40	2.665	5,95
6	Doenças do aparelho geniturinário	1.961	30	44	2.035	4,54
7	Doenças do aparelho digestivo	1.864	49	31	1.944	4,34
8	Neoplasias (tumores)	1.266	15	26	1.307	2,92
9	Doenças do aparelho circulatório	933	31	27	991	2,21
10	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	947	16	17	980	2,19
11	Doenças do sistema nervoso	425	20	6	451	1,01
12	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	423	13	8	444	0,99
13	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	397	10	15	422	0,94
14	Algumas afecções originadas no período perinatal	386	23	8	417	0,93
15	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	397	11	5	413	0,92
16	Sintomas, sinais, achados anormais, exames clín. e de labor., não class. em outra parte	296	9	3	308	0,69
17	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	136	5	2	143	0,32
18	Transtornos mentais e comportamentais	82	0	2	84	0,19
19	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	59	0	0	59	0,13
20	Doenças do olho e anexos	41	1	1	43	0,10
Total		43.399	862	543	44.804	100
Percentual por Migrantes Internacionais (%)		96,86	1,92	1,21	100	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 21 - Número Absoluto de Internações de Estrangeiros por Nacionalidade (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: Dentre os outros países migrantes destacam-se respectivamente: Colômbia (151); Guiana Francesa (56); Cuba (24); China (23); Haiti (23) e Bolívia (22).

Conforme demonstrado na Tabela 47 e no Gráfico 21, é possível revelar não apenas os principais agravos que acometem a população migrante internacional, mas também a exposição e os reflexos de uma conjuntura social, geopolítica e sanitária complexa, marcada pela crise migratória na fronteira norte do Brasil, especialmente no município de Pacaraima, porta de entrada terrestre para milhares de pessoas em deslocamento forçado. Nesse sentido, como é notório, observa-se um retrato clínico e epidemiológico especialmente dos oriundos da Venezuela, que representam 96,86% de todas as morbidades hospitalares no período, seguidos por migrantes da Guiana Inglesa (1,92%) e de outros países (1,21%).

A principal causa de internação entre migrantes internacionais é o grupo “gravidez, parto e puerpério”, responsável por 48,37% do total de internações. Esse dado expõe com nitidez a feminização da migração venezuelana e evidencia a pressão exercida sobre os serviços obstétricos do Estado, sobretudo na capital, fato que ocorre no principal ponto de atenção que é o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN). O dado reforça a importância de garantir atenção pré-natal de qualidade na APS e cuidados na AAE, mais ligada ao Centro de Referência de Saúde da Mulher (CRSM), bem como de intensificar a educação em saúde reprodutiva entre a população migrante. A elevada proporção de internações obstétricas também deve ser analisada à luz das barreiras linguísticas, culturais e legais que dificultam o acesso oportuno a serviços de atenção primária o que em certa medida pode influenciar no acompanhamento gestacional.

As doenças do aparelho respiratório aparecem como a segunda causa mais comum de internação (10,09%), sendo especialmente relevantes em um contexto de vulnerabilidade ambiental e sanitária, em que muitas famílias migrantes vivem em ocupações precárias, abrigos ou em situação de rua, onde há maior risco de infecções respiratórias agudas. Esse dado dialoga com o perfil social desses grupos, agravado por exposições como queimadas, poluição atmosférica urbana e baixa cobertura vacinal, essas variáveis são em grande parte influenciada pelas condições socio sanitárias de seus países de origem que acabam por influenciar o nível de vulnerabilidade imunológica, psicológica, nutricional, dentre outros.

As causas externas, representadas por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (6,85%), também são altamente expressivas. Elas indicam o envolvimento de migrantes em situações de violência urbana, acidentes e contextos de exploração no mercado informal, principalmente na região sul e sudeste de Roraima. Muitos migrantes, inclusive menores desacompanhados ou em trânsito irregular, estão sujeitos a situações de tráfico de pessoas, violência sexual e condições de trabalho análogas à escravidão, agravando os riscos de adoecimento e internação.

As doenças infecciosas e parasitárias (6,33%) ocupam a quarta posição e refletem tanto as fragilidades da vigilância epidemiológica quanto a carga pregressa dessas doenças no país de origem, especialmente a Venezuela, onde a crise sanitária levou à reintrodução e disseminação de doenças controladas ou erradicadas. Casos de tuberculose, sarampo, hepatites virais e doenças parasitárias intestinais continuam a ser relevantes entre os migrantes, exigindo uma manutenção de resposta contínua da atenção primária com a vigilância em saúde.

As internações por “contatos com serviços de saúde” (5,95%) são representativas de procedimentos não relacionados diretamente a agravos específicos, como partos normais ou cesarianas eletivas, administração de medicamentos e observação clínica, o que reforça a importância da retaguarda hospitalar e ambulatorial como porta de entrada da assistência para essa população, que muitas vezes ocorre em razão da fragilidade ou ausência de acompanhamento na APS. Os contatos com serviços de saúde são situações em que uma pessoa procura atendimento mesmo sem estar doente ou ferida, ou quando a doença não é a razão principal do atendimento, mas sim outras condições que exigem atenção do sistema de saúde como por exemplo: exame geral de saúde, exame ginecológico de rotina, contato com doenças infecciosas sem estar necessariamente doente, fatores psicossociais e econômicos (pobreza extrema, adaptação social, suporte familiar) dentre outros.

Outros grupos, como doenças do aparelho digestivo (4,34%), geniturinário (4,54%), neoplasias (2,92%) e doenças do aparelho circulatório (2,21%) refletem também o adoecimento crônico que começa a se consolidar na população migrante residente de longa duração, indicando a necessidade de inserção qualificada dessa população nos sistemas contínuos de cuidado, acompanhamento clínico e rastreamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's). Muitos migrantes venezuelanos que entram por Roraima já vivenciam descontinuidade de cuidados, interrupções terapêuticas e dificuldade de acesso a medicamentos e exames, devido ao colapso do sistema de saúde do país vizinho. Isso leva a casos de descompensações clínicas de doenças crônicas previamente diagnosticadas, mas sem acompanhamento adequado o que se traduz em uma demanda crescente por atendimentos de média e alta complexidade no território roraimense.

O predomínio de migrantes oriundos da Venezuela (96,86%) é consistente com os fluxos migratórios mais recentes e intensos, mas também sinaliza a necessidade de uma resposta institucional mais contínua e articulada entre o Ministério da Saúde, o Estado de Roraima, os municípios de fronteira e os organismos internacionais. Países como a Guiana Inglesa e outros de menor expressão quantitativa também deve ser considerada em políticas de acesso universal e equitativo, respeitando os princípios do SUS e da saúde global.

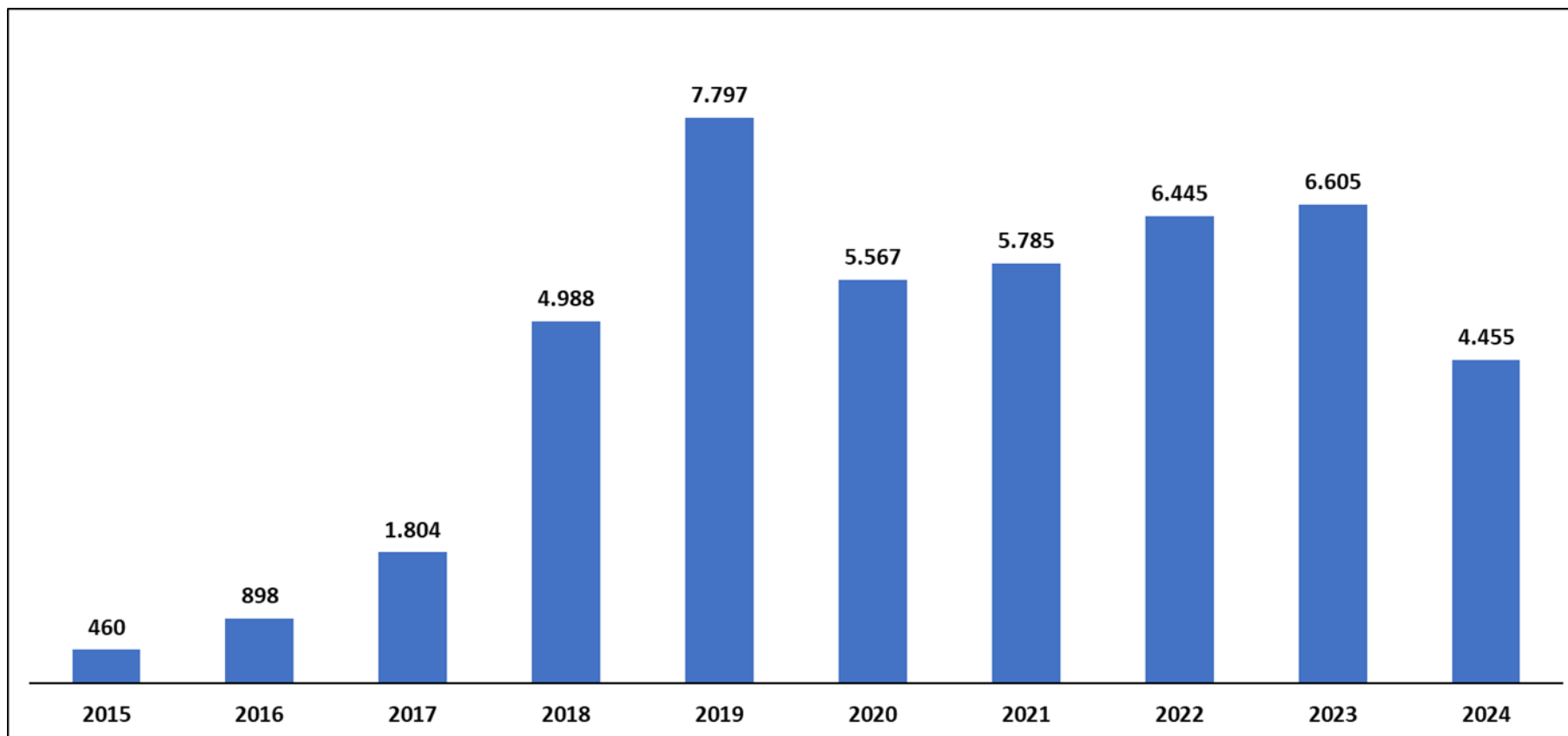
A análise das internações hospitalares por grupo de causas entre migrantes internacionais em Roraima evidencia um padrão de morbidade marcado por agravos evitáveis e condições fortemente associadas à vulnerabilidade social, sanitária e ambiental. A magnitude de internações por causas obstétricas, respiratórias, infecciosas e externas aponta para o fortalecimento das ações de promoção e prevenção da saúde ligadas a atenção primária em regiões de alta densidade migratória. Ao mesmo tempo, essa realidade demonstra a necessidade de incorporação da abordagem intercultural e da construção de fluxos assistenciais integrados, com vistas à equidade e à proteção da saúde dessa população em deslocamento. O enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e a articulação entre os diversos níveis de atenção e a vigilância em saúde devem ser pilares da resposta pública diante da complexidade sanitária do fluxo migratório.

Tabela 48 - Internação de Estrangeiros Segundo Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Gravidez parto e puerpério	213	359	791	2.478	4.105	3.245	3.110	3.173	2.760	1.436	21.670	48,37
2	Doenças do aparelho respiratório	38	72	109	395	655	317	513	782	917	722	4.520	10,09
3	Lesões enven e alg out conseq causas externas	31	85	183	394	539	357	279	365	467	370	3.070	6,85
4	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31	74	91	381	416	309	539	291	378	328	2.838	6,33
5	Contatos com serviços de saúde	37	72	168	280	438	297	345	378	398	252	2.665	5,95
6	Doenças do aparelho geniturinário	9	39	84	198	337	248	218	305	344	253	2.035	4,54
7	Doenças do aparelho digestivo	36	67	115	222	258	205	212	260	321	248	1.944	4,34
8	Neoplasias (tumores)	1	14	39	148	272	117	98	239	239	140	1.307	2,92
9	Doenças do aparelho circulatório	13	21	36	56	136	114	116	163	186	150	991	2,21
10	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	24	48	114	219	95	110	107	132	124	980	2,19
11	Doenças do sistema nervoso	3	14	11	45	57	50	50	79	84	58	451	1,01
12	Doenças do sangue, órgãos hemat e transt imunitários	6	11	22	62	88	40	31	49	62	73	444	0,99
13	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	10	20	43	64	25	46	56	74	79	422	0,94
14	Algumas afecções originadas no período perinatal	18	15	42	59	61	43	27	38	53	61	417	0,93
15	Doenças do sist. osteomuscular e tecido conjuntivo	3	4	11	45	65	51	31	58	85	60	413	0,92
16	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	2	11	18	33	44	20	33	47	59	41	308	0,69
17	Malformações cong, defor e anomalias cromossômicas	5	4	7	9	15	12	5	32	26	28	143	0,32
18	Transtornos mentais e comportamentais	0	1	8	18	17	10	8	10	4	8	84	0,19
19	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	1	0	3	7	4	8	9	8	18	59	0,13
20	Doenças do olho e anexos	1	0	1	5	4	8	6	4	8	6	43	0,10
Total		460	898	1.804	4.988	7.797	5.567	5.785	6.445	6.605	4.455	44.804	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		1,03	2,00	4,03	11,13	17,40	12,43	12,91	14,38	14,74	9,94	100	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 22 - Número Absoluto de Internações de Estrangeiros por Grupo de Causas (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Com base na Tabela 46 e o Gráfico 20, a trajetória recente das internações hospitalares por migrantes internacionais em Roraima, conforme revelam os dados do SIH/SUS entre 2015 e 2024, expõe o impacto direto do fenômeno migratório sobre a dinâmica de morbidade no Estado. A análise do número absoluto e percentual de internações por ano, segundo grupos de causas da CID-10, permite compreender como a entrada massiva e contínua de venezuelanos, a partir do agravamento da crise em seu país de origem, transformou o cenário de saúde pública local.

Nesse sentido, ao longo dos últimos 10 anos, observa-se uma elevação progressiva e substancial das internações hospitalares entre migrantes internacionais, especialmente a partir de 2017. Esse aumento coincide com a intensificação da crise humanitária na Venezuela e o consequente fluxo migratório para Roraima. O pico registrado em 2019 (com 17,40% das internações do total da série histórica) demonstra o impacto acumulado da migração sobre o sistema de saúde estadual, especialmente em municípios de fronteira como Pacaraima e na capital Boa Vista, onde há maior concentração dos serviços hospitalares.

O grupo de causas “gravidez, parto e puerpério” lidera com ampla margem o conjunto das internações, totalizando 21.670 registros e representando 48,37% das hospitalizações entre migrantes internacionais. Tal dado reafirma o protagonismo da saúde materna nas necessidades de atenção hospitalar desta população. A expressiva demanda por leitos obstétricos reflete, por um lado, o perfil demográfico dos migrantes (predominantemente mulheres em idade fértil) e, por outro, dificuldades de acesso a um pré-natal regular e integral, tanto no país de origem quanto na travessia e assentamento em território brasileiro. Esse cenário reafirma a importância da Rede Materna Infantil como estratégia prioritária na política estadual de saúde.

As “doenças do aparelho respiratório” ocupam o segundo lugar em volume absoluto (4.520 casos, 10,09%). Trata-se de um grupo fortemente influenciado por fatores ambientais, como a alta exposição à poeira, umidade, fumaça (em razão das queimadas e do garimpo ilegal) e aglomerações precárias. As internações por síndromes gripais, pneumonias, bronquites e complicações respiratórias diversas também podem estar relacionadas ao histórico vacinal incompleto, imunossupressão e condições de vida insalubres.

A categoria “lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas” aparece em terceiro, com 3.070 internações (6,85%). Esse dado chama atenção para as vulnerabilidades sociais, econômicas e institucionais vividas por migrantes, frequentemente submetidos a condições de trabalho insalubres, violência urbana, acidentes de trânsito, violência doméstica e exploração em atividades informais, como o garimpo ilegal. Essa categoria reforça a manutenção de ações integradas entre saúde, assistência social, segurança pública e justiça.

As “doenças infecciosas e parasitárias” totalizaram 2.838 internações (6,33%). Esse grupo reflete o histórico de desnutrição, baixa cobertura vacinal, falta de saneamento básico e acesso à água potável. A permanência dessas condições nos territórios de origem, somadas às precárias condições em assentamentos espontâneos, contribui para a incidência elevada de agravos como tuberculose, dengue, hepatites, infecções intestinais e malária, esta última especialmente entre os migrantes indígenas oriundos da região da fronteira sul do Estado.

O item “contatos com serviços de saúde” (2.665 internações, 5,95%) representa um aspecto ambíguo e ao mesmo tempo importante da leitura hospitalar. Este grupo de causas inclui internações programadas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos não urgentes, acompanhamento de doenças crônicas e cuidados paliativos. O volume significativo pode indicar uma crescente integração dos migrantes ao SUS, com maior rastreamento de agravos e ampliação do acesso a serviços especializados. No entanto, também pode sugerir deficiências na resolubilidade da Atenção Primária, que deveria absorver parte relevante dessa demanda.

A análise da evolução ano a ano demonstra, de forma clara, que o crescimento da carga hospitalar por causas evitáveis ou sensíveis à atenção primária não foi homogêneo, mas teve picos específicos associados a eventos críticos, como o agravamento da crise migratória (2018-2019), a pandemia de COVID-19 (2020–2021) e o agravamento da crise sanitária Yanomami (2023-2024). Esse contexto reforça a interdependência entre migração, saúde ambiental e resposta do sistema de saúde.

Os grupos de “doenças do aparelho digestivo” (1.944 internações) e “doenças do aparelho geniturinário” (2.035 internações) também merecem atenção especial. A falta de alimentação adequada, consumo de água contaminada, uso irregular de medicamentos, automedicação e ausência de acompanhamento clínico são fatores que contribuem para a hospitalização por essas causas. Em ambos os casos, uma APS fortalecida com foco em prevenção, rastreamento precoce e educação em saúde poderia reduzir significativamente a necessidade de internação por essas morbidades.

Outros grupos menos prevalentes, como “neoplasias” (2,92%), “doenças cardiovasculares” (2,21%), “doenças metabólicas” (0,94%) e “transtornos mentais” (0,19%) ilustram uma transição epidemiológica gradual entre os migrantes, com crescimento de agravos crônicos e não transmissíveis. Esse dado evidencia que os migrantes não são apenas portadores de doenças infecciosas ou de perfil agudo, como muitas vezes estereotipado, mas também enfrentam condições de saúde complexas e contínuas, exigindo uma atenção longitudinal, integrada e de qualidade.

É importante destacar que a baixa notificação ou subutilização das categorias “transtornos mentais”, “malformações congênitas” e “doenças do sistema nervoso” pode não indicar baixa incidência real, mas sim barreiras estruturais, culturais e linguísticas para o diagnóstico correto e o encaminhamento adequado. Em populações indígenas migrantes, por exemplo, a escassez de profissionais bilíngues e a fragmentação entre o SUS e o subsistema de Saúde Indígena representam entraves substanciais à integralidade da atenção.

O perfil das internações hospitalares entre migrantes internacionais em Roraima no período de 2015 a 2024 reflete um quadro de vulnerabilidades e transição epidemiológica, exigindo respostas em múltiplos níveis. A predominância de causas evitáveis, a concentração de agravos sensíveis à APS e a persistência de doenças infecciosas em paralelo ao crescimento das doenças crônicas exigem políticas públicas intersetoriais que unam saúde, assistência, direitos humanos e acolhimento. É indispensável fortalecer a Atenção Primária à Saúde, qualificar o acolhimento humanizado nas unidades hospitalares e promover a integração entre sistemas de informação e serviços voltados à população migrante. A leitura detalhada dessa série histórica oferece ao Estado de Roraima uma base concreta para reorientar a sua política de saúde com foco na melhoria da equidade, justiça social e na garantia universal do cuidado.

No contexto do fenômeno migratório internacional vivenciado por Roraima desde 2015, marcado principalmente pela chegada em massa de cidadãos venezuelanos em situação de vulnerabilidade, destaca-se o crescente número de gestantes que acessam os serviços públicos de saúde no Estado. As condições sociais, econômicas e sanitárias precárias nas quais essas mulheres chegam ao território brasileiro impactam diretamente na saúde materna, refletindo-se no aumento expressivo das internações hospitalares associadas à gravidez de risco.

As informações que vão ser demonstradas a seguir analisa especificamente a condição gestacional das migrantes venezuelanas internadas nesses últimos 10 anos, tomando como base os dados oficiais do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). A magnitude da proporção de gestantes classificadas como de risco nesse grupo populacional exige atenção redobrada do sistema de saúde e suscita uma série de questionamentos sobre as barreiras enfrentadas por essas mulheres desde o pré-natal até o parto e puerpério.

Vale destacar que essa realidade está profundamente interligada com fatores estruturais e conjunturais, como o acesso tardio ou precário aos serviços de atenção primária, barreiras linguísticas, insegurança alimentar, ausência de suporte familiar e jurídico, bem como a sobrecarga das unidades de saúde nos municípios de fronteira. Em Roraima, municípios como Pacaraima e Boa Vista figuram como principais portas de entrada dessa população, tornando-se, ao mesmo tempo, pontos de tensão e oportunidades estratégicas para ações em saúde mais inclusivas e culturalmente adequadas.

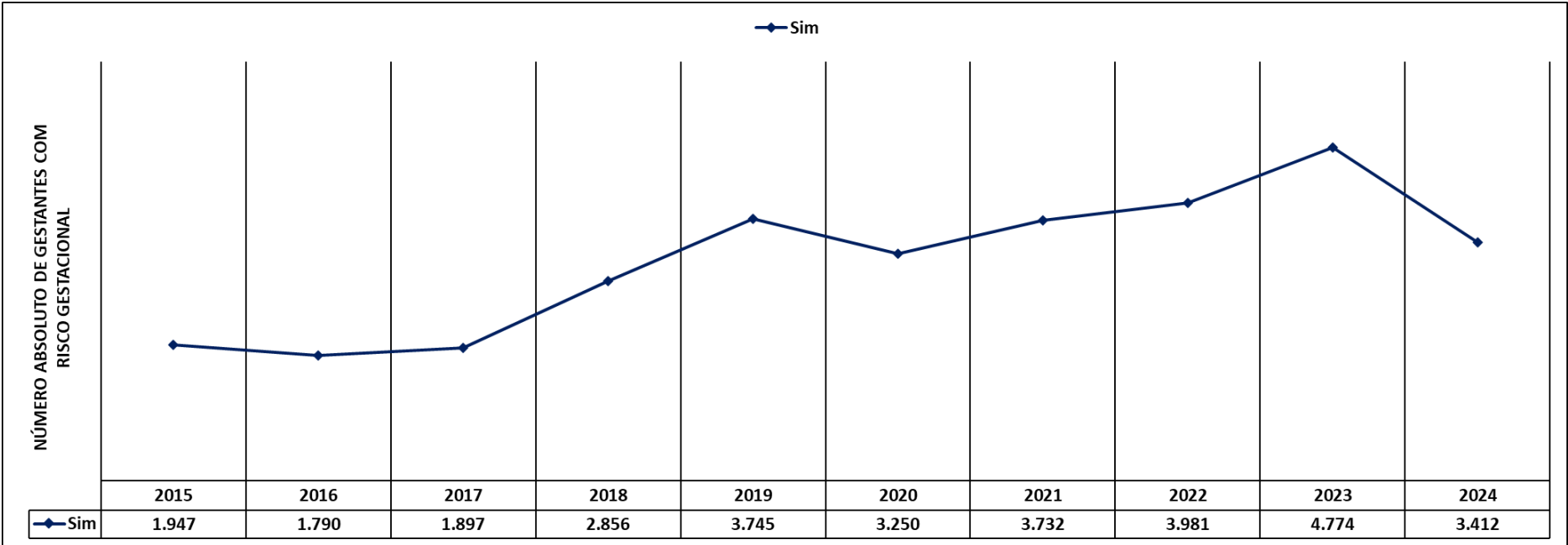
A análise que segue busca, portanto, não apenas dimensionar numericamente essa demanda, mas também compreender suas implicações epidemiológicas e sociais. A seguir será demonstrado uma tabela e um gráfico com a evolução do número absoluto e do percentual de migrantes venezuelanas registradas como gestantes com risco gestacional hospitalizadas ao longo da última década. Esses dados oferecem subsídios valiosos para políticas públicas mais sensíveis às especificidades dessa população em trânsito e/ou que tendem a se estabelecer em Roraima, oportunizando melhorar a promoção de um cuidado obstétrico seguro, equitativo e mais alinhado aos princípios do SUS.

Tabela 49 - Internação de Venezuelanas Segundo Risco Gestacional (2015-2024)

Gestante Migrantes com Risco Gestacional	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Sim	426	824	1.705	4.764	7.581	5.476	5.717	6.313	6.351	4.109	43.266
Não	-	-	6	2	23	10	1	-	10	81	133
Gestantes Migrantes com Risco Gestacional (%)	100	100	100	99,96	99,70	99,82	100	100	99,84	98,03	99,69

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 23 - Número Absoluto de Venezuelanas Segundo Condição Gestacional (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da condição gestacional de migrantes venezuelanas internadas em unidades hospitalares de Roraima entre 2015 e 2024 evidencia um padrão epidemiológico que merece atenção especial do sistema de saúde. Os dados revelam uma proporção consistentemente elevada de internações relacionadas à gravidez de risco: em todos os anos analisados, a categoria de “gestação de risco” supera 90% dos registros, atingindo 99,82% em 2020, 100% em 2021 e estabilizando-se em patamares semelhantes nos anos seguintes, chegando a 98,3% em 2024. Esse perfil epidemiológico configura uma demanda assistencial altamente especializada e desafia diretamente a capacidade resolutiva da atenção obstétrica no Estado.

A persistência desse padrão ao longo de uma década aponta para um ciclo crônico de vulnerabilidade materna entre as migrantes venezuelanas, fortemente influenciado pelas condições precárias em que se dá a mobilidade humana forçada. Muitas dessas mulheres chegam a Roraima em Estado nutricional inadequado, sem histórico de acompanhamento pré-natal, com alta incidência de infecções associadas à pobreza (como ISTs ou síndromes respiratórias), e em contextos de fragilidade psicossocial e desproteção legal. Além disso, há barreiras objetivas ao acesso regular à APS, seja pela desinformação, pela rotatividade de moradia, pelo receio de deportação ou pela ausência de documentação oficial.

A realidade institucional de Roraima também contribui para o agravamento do quadro. municípios como Pacaraima, porta de entrada da migração, não contam com maternidade que dê conta dessa demanda em específico, o que resulta em encaminhamentos diretos à capital, Boa Vista, onde se concentram os serviços de média e alta complexidade obstétrica, como o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth (HMINSN). Esta centralização amplia a pressão sobre os leitos, eleva o risco de descontinuidade do cuidado e muitas vezes impede a humanização do parto e do pós-parto para essa população já vulnerabilizada.

Outro ponto relevante é a interseção entre a condição de migrante, o risco obstétrico e os determinantes sociais da saúde. A análise indica que o risco gestacional entre as migrantes venezuelanas não é apenas clínico, mas estrutural: decorre da fome, da insegurança hídrica, da precariedade das moradias, da sobrecarga nos abrigos improvisados e da exposição constante a violências de gênero e contextos de exploração. Há também impactos ambientais indiretos, como os decorrentes do garimpo ilegal e da degradação do território em regiões fronteiriças, que afetam a saúde reprodutiva dessas mulheres.

Do ponto de vista da vigilância em saúde, os dados aqui analisados reforçam a necessidade de ações intersetoriais e de maior articulação entre o SUS e os organismos de apoio humanitário e aos fluxos assistenciais da Atenção Primária à Saúde nos territórios de fronteira. A lógica de gestão do cuidado para esse grupo não pode estar dissociada da lógica de proteção social e de políticas de acolhimento e regulação apropriados. A qualidade do cuidado ao pré-natal, o acesso a métodos contraceptivos e a educação em saúde sexual e reprodutiva devem ser prioridades transversais em todas as regiões que acolhem migrantes em Roraima.

A análise da morbidade entre migrantes internacionais, em especial venezuelanos, no Estado de Roraima, revela um quadro persistente de vulnerabilidade epidemiológica e assistencial. Os dados evidenciam que o fluxo migratório, intensificado a partir de 2017-2018, não apenas repercutiu sobre a capacidade instalada dos serviços de saúde estaduais e municipais, como também impôs novas demandas sanitárias, sociais e estruturais que extrapolam o campo clínico e exigem atuação intersetorial.

O volume expressivo de internações hospitalares por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS), a alta proporção de gestações classificadas como de risco, e a concentração de procedimentos de média e alta complexidade na capital refletem as falhas na linha de cuidado e os desafios de acesso a serviços básicos nos pontos de entrada da migração, como Pacaraima, e nas regiões de fluxo contínuo, como Boa Vista. Tais evidências reforçam que o direito à saúde para os migrantes não é apenas uma prerrogativa legal, mas uma condição estratégica para a sustentabilidade do SUS em Roraima.

As internações evitáveis e os agravos relacionados ao sofrimento mental, doenças infecciosas, gravidez de risco e doenças crônicas não transmissíveis entre os migrantes demonstram que há lacunas na cobertura, na vigilância em saúde e na comunicação entre sistemas. A necessidade de aperfeiçoamento do modelo assistencial mais sensível à dinâmica das populações em mobilidade, com foco na vigilância ativa, nas estratégias territoriais e na integração com organismos humanitários e comunitários é inadiável.

Além disso, o fortalecimento de ações de educação em saúde, saúde da mulher, imunização e saúde da criança, ocupações e regiões de fronteira deve ser mantido, fortalecido e tratado como uma estratégia contínua e prioritária. Nesse contexto, as Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) devem seguir considerando a singularidade dessa população, que vive entre fronteiras formais e simbólicas, e cujas condições de vida e saúde estão em constante deslocamento em uma dinamicidade epidemiológica que denota atenção constata.

Dessa forma, ao identificar e demonstrar os padrões de adoecimento dos migrantes, o Estado de Roraima reafirma o compromisso do SUS com os princípios da universalidade, equidade e integralidade, ampliando o olhar para além dos limites formais da residência e da nacionalidade. Proteger a saúde de quem atravessa fronteiras, muitas vezes em condições de extrema vulnerabilidade social, sanitária e humanitária, não é apenas uma exigência ética ou legal, mas uma estratégia essencial para a saúde coletiva do território, sobretudo em um Estado que vive os efeitos concretos das desigualdades globais. Ao incluir esse grupo populacional nas análises e nas respostas em saúde, abre-se mais espaço no avanço em direção a uma política pública mais justa, resiliente e verdadeiramente sensível às complexas realidades da Amazônia e das populações em mobilidade.

3.13.17 - MORBIDADE EM VULNERÁVEIS¹²

A análise da morbidade em populações vulneráveis representa um eixo fundamental para compreender a dinâmica de adoecimento em contextos marcados por desigualdades sociais, econômicas, territoriais e institucionais. Em Roraima, Estado amazônico com vastas extensões, baixa densidade populacional e marcantes assimetrias, os grupos em situação de vulnerabilidade não apenas existem – como também são múltiplos, heterogêneos e muitas vezes invisibilizados em diferentes dimensões da política pública.

Populações em situação de rua, pessoas com deficiência, população negra, comunidade LGBTQIA+, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores informais, comunidades ribeirinhas e famílias que vivem em áreas isoladas, são exemplos de grupos que podem enfrentar barreiras de acesso à saúde e cujos dados de adoecimento frequentemente escapam às estatísticas regulares do sistema. A ausência de domicílio fixo, de documentos civis, de registros administrativos nos sistemas de saúde ou a precariedade de infraestrutura nas localidades onde vivem, contribuem para um subdimensionamento dos seus reais agravos, retardando diagnósticos e limitando intervenções oportunas.

A invisibilidade epidemiológica dessas populações impacta diretamente na efetividade da políticas de saúde, comprometendo o monitoramento contínuo dos riscos, a identificação precoce de surtos e o direcionamento racional de recursos. Diante disso, incluir uma seção específica voltada à morbidade nos vulneráveis é um passo importante para estimular uma leitura crítica do território e fomentar políticas públicas intersetoriais mais inclusivas, com foco na equidade e na justiça social.

Este item, portanto, buscará não apenas mapear os principais agravos entre esses grupos, mas também analisar como fatores que os afetam estruturalmente, o capacitismo, a LGBTQIA+fobia, o trabalho informal precarizado, a violência estrutural e os determinantes sociais da saúde contribuem para os padrões de adoecimento e acesso aos serviços. Ao final, pretende-se consolidar uma base de informações capaz demonstrar essa realidade sendo primordial para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), garantindo a visibilidade destes segmentos da população.

Nesse contexto, a estratificação sobre morbidade em vulneráveis justifica-se, portanto, pela importância em reconhecer essas realidades, dar visibilidade aos padrões diferenciados de adoecimento que afetam esses grupos. Com isso, o presente item busca lançar luz sobre os entraves estruturais e operacionais que dificultam a integralidade e a equidade da atenção, contribuindo para a construção de um SUS mais universal, resolutivo e inclusivo no território roraimense. A seguir estaremos pontuando as principais doenças que acometem esse público-alvo em seguida realizando a análise sobre os dados de registrados.

¹² Este item foi estruturado para analisar as desigualdades em saúde que afetam grupos populacionais em situação de vulnerabilidade social, econômica ou clínica. São considerados, entre outros, idosos acamados, pessoas em cuidado domiciliar, indivíduos com transtornos mentais, pessoas em situação de rua, ribeirinhos, população negra, LGBTQIA+, pessoas com deficiência e privados de liberdade. A abordagem parte do reconhecimento de que a vulnerabilidade resulta da sobreposição de determinantes sociais, como renda, território, acesso a serviços, estigma e desproteção institucional, os quais comprometem o direito à saúde e exigem respostas intersetoriais, equitativas e centradas no cuidado.

Tabela 50 - Internação em Residentes na Extrema Pobreza (2015-2024)

Tipo de Gestão: Estado Pleno													
Abrangência: Residentes em Extrema Pobreza													
Ordem	CID Principal/Topografia	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	CID Não Informado	8.475	12.942	15.051	16.868	18.325	15.796	19.761	19.420	19.938	14.863	161.439	28,20
2	N18.0 Doença renal em estágio final	5.363	6.381	7.859	10.060	5.284	9.917	15.732	15.108	15.073	15.020	105.797	18,48
3	Z94.4 Fígado transplantado	900	1.920	2.130	2.130	2.370	2.340	4.480	5.535	7.625	7.260	36.690	6,41
4	F20.0 Esquizofrenia paranoide	3.881	2.424	4.831	5.514	3.667	1.898	3.609	2.790	2.460	2.430	33.504	5,85
5	G20 Doença de Parkinson	2.401	8.697	4.441	8.880	4.559	1.232	1.011	258	9	-	31.488	5,50
6	Z94.0 Rim transplantado	3.180	3.370	1.560	3.120	2.940	2.090	2.770	3.996	3.190	3.000	29.216	5,10
7	M05.8 Outras artrites reumatóides soropositivas	1.384	1.596	2.092	1.328	933	1.080	1.369	1.519	2.254	1.980	15.535	2,71
8	T86.1 Falência ou rejeição de transplante de rim	-	600	1.400	2.910	3.780	3.120	1.080	728	-	270	13.888	2,43
9	B18.1 Hepatite crônica viral B s/ agente Delta	1.050	2.370	2.610	2.550	1.050	2.490	720	-	-	-	12.840	2,24
10	M54.5 Dor lombar baixa	1.335	2.110	1.832	740	559	892	358	1.740	542	240	10.348	1,81
11	M32.1 Lúpus eritematoso dissem compr outr org/sist	-	90	185	-	-	-	870	1.590	2.510	3.928	9.173	1,60
12	F31.1 Trans afet bip epis atual man s/sint psicot	-	-	-	-	-	-	120	2.320	2.828	2.280	7.548	1,32
13	M32.8 Outr form de lúpus eritematoso disseminado	940	390	710	-	-	-	-	80	1.740	1.160	5.020	0,88
14	E23.0 Hipopituitarismo	705	205	54	44	93	-	225	360	1.345	1.378	4.409	0,77
15	K51.0 Enterocolite ulcerativa	240	1.170	1.170	120	-	390	1.220	90	-	-	4.400	0,77
16	M05.3 Artrite reumatóide c/compr outr org e sist	-	-	304	532	494	522	612	828	614	394	4.300	0,75
17	M54.2 Cervicalgia	466	695	1.385	347	275	300	188	265	220	112	4.253	0,74
18	E22.1 Hyperprolactinemia	128	172	256	511	453	346	647	509	588	607	4.217	0,74
19	R52.1 Dor crônica intratável	120	-	-	-	-	-	1.230	1.900	360	180	3.790	0,66
20	N20.0 Calculose do rim	454	729	1.097	1.093	229	14	56	49	19	4	3.744	0,65
21	G30.0 Doença de Alzheimer de início precoce	150	631	1.021	572	330	150	180	90	300	150	3.574	0,62
22	R15 Incontinência fecal	-	-	-	-	-	75	1.020	1.350	945	-	3.390	0,59
23	L70.0 Acne vulgar	480	510	-	-	680	-	150	30	450	780	3.080	0,54
24	G40.0 Epilep sind epil idiop def loc cris inic foc	-	3	-	-	60	-	-	90	780	2.101	3.034	0,53
25	K75.4 Hepatite autoimune	-	-	-	-	-	-	640	990	540	450	2.620	0,46
26	M54.6 Dor na coluna torácica	603	776	449	61	14	28	19	99	264	160	2.473	0,43

27	F20.1 Esquizofrenia hebefrênica	330	-	-	-	-	-	-	-	390	1.200	1.920	0,34
28	M25.7 Osteócito	379	931	347	25	-	-	108	32	-	-	1.822	0,32
29	M75.5 Bursite do ombro	180	681	415	-	-	18	10	218	169	101	1.792	0,31
30	M17.0 Gonartrose prim bilateral	14	679	443	58	4	1	4	132	119	87	1.541	0,27
31	M75.2 Tendinite bicipital	255	675	417	-	15	-	44	81	10	34	1.531	0,27
32	G12.2 doença do neurônio motor	-	73	14	-	-	-	-	194	624	600	1.505	0,26
33	K50.0 doença de Crohn do intestino delgado	270	270	-	-	-	-	-	-	540	367	1.447	0,25
34	T01.9 Ferim mult NE	53	77	190	260	210	153	132	179	124	-	1.378	0,24
35	I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquêmico	304	270	15	-	110	156	61	403	28	1	1.348	0,24
36	M19.9 Artrose NE	313	705	148	38	12	7	4	-	16	84	1.327	0,23
37	B18.2 Hepatite viral crônica C	-	349	179	292	232	264	-	-	-	-	1.316	0,23
38	N04.2 Glomerulonefrite membranosa difusa	-	-	-	-	-	-	-	-	120	1.170	1.290	0,23
39	H11.2 Cicatrizes da conjuntiva	115	226	441	365	10	1	7	35	30	32	1.262	0,22
40	M25.4 Derrame articular	302	625	177	-	14	-	-	63	-	-	1.181	0,21
41	M19.0 Artrose primária de outras articulações	222	283	554	32	25	-	-	3	18	-	1.137	0,20
42	M13.9 Artrite NE	255	592	161	-	-	-	-	-	-	-	1.008	0,18
43	F31.3 Trans afet bip epis atual depr leve/ moderad	-	-	-	-	1	-	-	-	-	990	991	0,17
44	F20.8 Outras esquizofrenias	-	-	-	960	-	-	-	-	-	-	960	0,17
45	I69.4 Sequelas acid vasc cerebr NE c/hemorr isquem	342	85	112	3	26	-	178	21	192	-	959	0,17
46	G80.0 Paralisia cerebral espástica	163	250	150	46	43	10	9	93	132	61	957	0,17
47	M79.6 Dor em membro	88	-	-	14	-	79	4	178	306	268	937	0,16
48	L02.9 Abscesso cutâneo furúnculo carbúnculo loc NE	46	95	148	170	118	117	62	96	78	-	930	0,16
49	S82.0 Fratura da rotula	112	333	94	-	-	-	15	215	38	-	807	0,14
50	M54.3 Ciática	8	16	84	8	115	218	98	140	95	13	795	0,14
51	S82.4 Frat do perônio	319	439	6	-	-	3	12	-	-	-	779	0,14
52	M25.5 Dor articular	212	43	216	281	10	10	-	2	-	-	774	0,14
53	S72.3 Frat da diáfise do fêmur	208	282	145	8	47	29	6	-	46	-	771	0,13
54	G80.9 Paralisia cerebral infantil NE	99	-	202	75	66	47	69	54	65	31	708	0,12
55	M24.2 Transt de ligamentos	-	-	168	104	116	238	73	-	-	-	699	0,12
56	S52.9 Frat do antebraço parte NE	168	28	190	111	90	9	-	60	2	-	658	0,11

57	M65.2 Tendinite calcificada	453	195	-	-	-	-	-	-	-	-	648	0,11
58	G51.0 Paralisia de Bell	76	63	242	32	58	21	9	23	94	29	647	0,11
59	M79.0 Reumatismo NE	38	134	412	24	1	-	-	32	1	-	642	0,11
60	J45.8 Asma mista	-	540	-	-	-	60	13	-	13	-	626	0,11
61	M05.0 Sindr de Felty	-	90	-	-	-	-	-	-	140	370	600	0,10
62	M41.0 Escoliose idiopatica infantil	47	-	14	40	20	120	89	185	82	-	597	0,10
63	S42.3 Frat da diafise do umero	358	64	83	-	9	-	-	10	40	-	564	0,10
64	M40.0 Cifose postural	129	344	85	-	-	-	-	-	-	-	558	0,10
65	S72.9 Frat do femur parte NE	25	314	49	30	48	36	3	27	19	-	551	0,10
66	K51.3 Retossigmoidite ulcerativa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	540	540	0,09
67	M51.1 Transt disco lombar outr intervert radiculop	91	174	54	16	-	4	40	125	12	-	516	0,09
68	M77.3 Esporão do calcâneo	46	127	96	27	44	-	-	79	59	10	488	0,09
69	S82.1 Frat da extremidade proximal da tíbia	155	206	112	-	-	-	-	12	-	-	485	0,08
70	M54.4 Lumbago c/ciática	101	56	111	69	-	34	4	48	24	36	483	0,08
71	M06.0 Artrite reumatoide soronegativa	-	-	-	-	-	-	-	-	210	270	480	0,08
72	N04.0 Anormalidade glomerular minor	80	-	50	-	-	-	-	-	271	51	452	0,08
73	M75.8 Outr lesões do ombro	46	96	-	26	2	-	-	52	73	137	432	0,08
74	B24 Doença p/HIV NE	3	36	26	50	172	29	-	-	-	112	428	0,07
75	M15.4 Artrose erosiva	187	168	-	-	11	50	7	-	-	-	423	0,07
76	K51.1 Ileocolite ulcerativa	-	-	-	-	-	-	420	-	-	-	420	0,07
77	G81.1 Hemiplegia espástica	174	3	2	8	18	32	19	18	33	93	400	0,07
78	F90.0 Distúrbios da atividade e da atenção	2	11	1	2	6	87	188	36	33	17	383	0,07
79	H11.9 Transt NE da conjuntiva	5	2	2	1	1	-	-	87	103	175	376	0,07
80	M17.9 Gonartrose NE	264	110	-	-	-	-	-	-	-	-	374	0,07
81	S72.0 Frat do colo do fêmur	35	56	23	18	45	60	99	33	-	-	369	0,06
82	E78.5 Hiperlipidemia NE	-	280	80	-	-	-	-	-	-	-	360	0,06
83	M41.9 Escoliose NE	69	147	86	11	25	-	6	-	-	-	344	0,06
84	H25.8 Outras cataratas senis	4	4	-	6	6	10	42	95	91	80	338	0,06
85	M23.9 Transt interno NE do joelho	-	-	271	-	-	-	4	6	20	32	333	0,06
86	E78.2 Hiperlipidemia mista	-	-	-	-	-	-	-	-	120	210	330	0,06

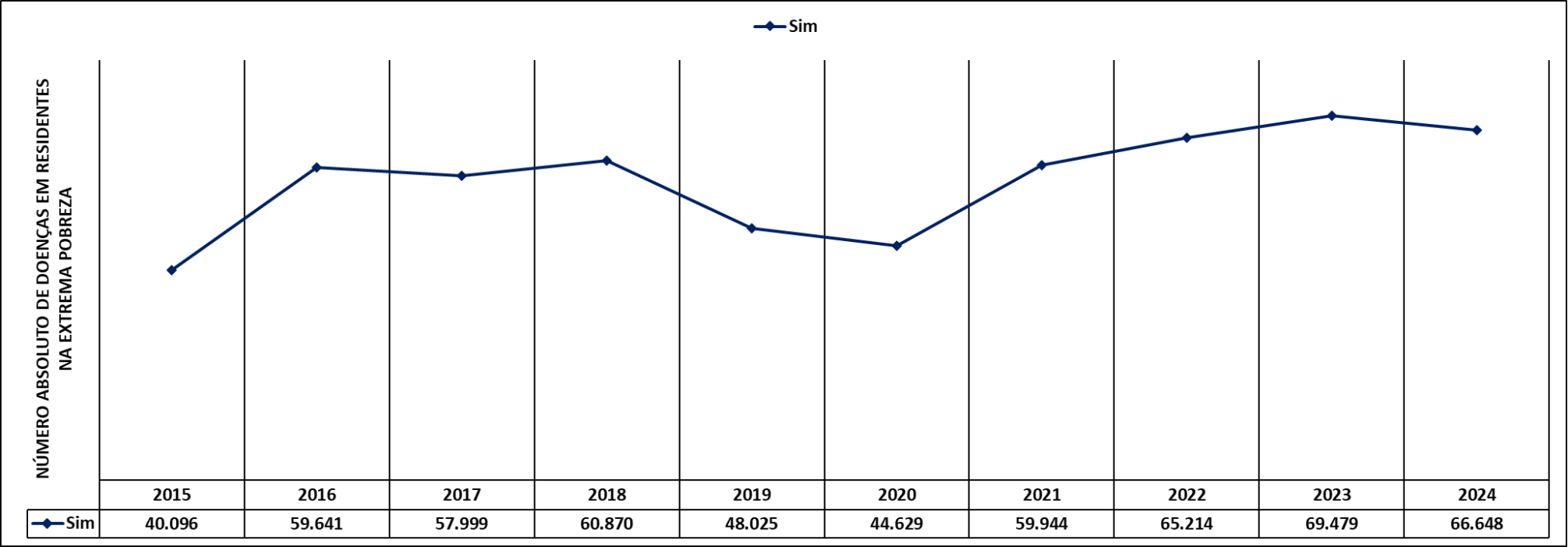
87	M71.2 Cisto sinovial do espaço poplíteo	201	101	24	-	-	-	-	-	-	-	326	0,06
88	G81.9 Hemiplegia NE	74	23	7	-	72	14	-	18	109	3	320	0,06
89	A30.9 Hanseníase NE	-	113	79	60	26	-	2	27	4	-	311	0,05
90	S82.3 Frac da extremidade distal da tibia	152	8	150	-	-	-	-	-	-	-	310	0,05
91	M99.8 Outras lesões biomecânicas	-	2	13	36	77	32	25	113	-	-	298	0,05
92	Z93.3 Colostomia	-	-	225	71	-	-	-	-	-	-	296	0,05
93	M81 Osteoporose s/frat patológica	-	-	-	-	9	-	-	99	97	77	282	0,05
94	M75.3 Tendinite calcificante do ombro	12	23	111	15	-	-	-	41	35	44	281	0,05
95	E10.0 C/coma	-	-	-	-	15	-	-	18	60	186	279	0,05
96	G82.0 Paraplegia flácida	16	183	48	8	-	-	11	7	-	-	273	0,05
97	F20.5 Esquizofrenia residual	-	90	90	90	1	-	-	-	-	-	271	0,05
98	Fibromialgia	181	90	-	-	-	-	-	-	-	-	271	0,05
99	E78.0 Hipercolesterolemia pura	60	-	-	-	-	-	-	90	-	120	270	0,05
100	F31.4 Trans afet bip atual depr grav s/sint psicot	-	-	-	-	-	-	-	-	-	270	270	0,05
Total		40.096	59.641	57.999	60.870	48.025	44.629	59.944	65.214	69.479	66.648	572.545	100
Percentual de Doenças em Residentes na Extrema Pobreza (%)		7,00	10,42	10,13	10,63	8,39	7,79	10,47	11,39	12,14	11,64	100	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 51 - Principais Causas de Doenças em Residentes na Extrema Pobreza (2015-2024)

Principais Causas de Doenças por Ano Segundo Residentes na Extrema Pobreza (2015-2024)											
Residentes em Extrema Pobreza	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Sim	40.096	59.641	57.999	60.870	48.025	44.629	59.944	65.214	69.479	66.648	572.545
Percentual de Doenças em Residentes na Extrema Pobreza (%)	7,00	10,42	10,13	10,63	8,39	7,79	10,47	11,39	12,14	11,64	100

Gráfico 24 – Número das Causas de Doenças em Residentes na Extrema Pobreza (2015-2024)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS). Tabwin. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Com base nos dados apresentados na Tabela 51 e no Gráfico 24 que tratam das principais causas de doenças em residentes na extrema pobreza no Estado de Roraima entre os anos de 2015 e 2024, é possível delinear um panorama epidemiológico que revela a correlação entre vulnerabilidade social e os padrões de adoecimento da população. A análise dos dados demonstra não apenas o volume expressivo de registros, mas sobretudo a natureza das condições de saúde que afetam esses grupos, cuja precariedade estrutural e exclusão social os torna mais suscetíveis a doenças crônicas, doenças mentais e agravos evitáveis, configurando um importante ponto a ser observado no SUS local.

O primeiro destaque recai sobre a alta proporção de registros classificados como “CID não informado”, que lidera a tabela com 161.439 casos (28,2% do total). Esse dado, além de revelar possível subnotificação e fragilidade nos registros de informação clínica, também demonstra a invisibilidade de pessoas em extrema pobreza no processo de identificação diagnóstica e na classificação epidemiológica adequada. Isso compromete a implementação de políticas públicas mais eficazes e reforça a necessidade de se qualificar os registros e ampliar o acesso a serviços com resolutividade e acompanhamento longitudinal.

Nesse contexto, o agravo de expressiva ocorrência é a “doença renal em estágio final” (CID N18.0), com 105.797 casos (18,48%), o que indica um padrão preocupante de adoecimento crônico, possivelmente relacionado a ausência de diagnóstico precoce de doenças como diabetes e hipertensão arterial. A evolução desses casos até estágios terminais reflete falhas no acesso à atenção primária, nos mecanismos de rastreamento e na continuidade do cuidado. Este quadro é particularmente grave entre os extremamente pobres, que muitas vezes vivem em locais sem infraestrutura mínima de saneamento, com alimentação inadequada e enfrentam barreiras econômicas e geográficas para seguirem tratamentos contínuos, como a hemodiálise.

Outro aspecto que chama atenção é o elevado número de indivíduos com histórico de transplante de fígado (CID Z94.4) e rim (CID Z94.0), totalizando juntos mais de 65 mil registros. Ainda que isso denote acesso a terapias de alta complexidade, a grande frequência dessas condições em pessoas de extrema pobreza sugere histórico de doenças hepáticas e renais avançadas, reiterando a tese de que a ausência de cuidados preventivos resulta em agravamento dos quadros clínicos. As falências ou rejeições desses transplantes (T86.1), também presentes nos dados, agravam o custo social e sanitário das ações de políticas de acompanhamento sistemático desses pacientes.

As doenças mentais aparecem com destaque, principalmente a esquizofrenia paranoide (F20.0) e outros transtornos afetivos bipolares (F31.1), revelando um quadro preocupante de sofrimento psíquico na população em extrema pobreza, que é frequentemente negligenciado nos territórios com menor presença de serviços especializados. Essa população, historicamente estigmatizada, carece de políticas que integrem saúde mental à atenção primária de forma sensível às suas vulnerabilidades.

Condições osteomusculares e doenças autoimunes como lúpus (M32.1, M32.8), artrites reumatóides (M05.8, M05.3), dor lombar crônica (M54.5), cervicalgia (M54.2) e outras síndromes dolorosas crônicas também figuram entre as mais registradas, o que indica o impacto da pobreza sobre o corpo físico - muitas vezes resultado de trabalho informal em condições precárias, ausência de suporte ergonômico, sobrecarga de tarefas e ausência de acompanhamento fisioterapêutico.

Destaca-se ainda a presença relevante de agravos infecciosos, como a hepatite viral crônica B (B18.1), hepatite C (B18.2) e doenças relacionadas à imunodeficiência (B24 - HIV), revelando persistência de condições transmissíveis em uma população com menor cobertura vacinal, testagem limitada e baixa adesão a tratamentos, geralmente devido a barreiras socioculturais, estigmas ou ausência de políticas voltadas à equidade.

As doenças neurológicas como Parkinson (G20), epilepsia (G40.0), Alzheimer (G30.0), paralisia cerebral (G80.0 e G80.9) e doenças do neurônio motor (G12.2), bem como doenças raras e endocrinopatias (ex: hipopituitarismo - E23.0), demonstram que essa população demanda um sistema de saúde que não apenas atue sobre condições prevalentes, mas também esteja preparado para condições menos comuns, muitas vezes negligenciadas.

O gráfico reforça esse cenário ao revelar um crescimento consistente no número de atendimentos em residentes na extrema pobreza ao longo do período. A curva ascendente é compatível com o agravamento das desigualdades sociais, o crescimento populacional e os impactos das crises sanitárias e humanitárias (como a migração em massa e a crise yanomami), indicando um desafio estruturante para o SUS em Roraima.

O comportamento ascendente ao longo da série histórica, sobretudo entre 2021 e 2024, com pico em 2023 (69.479 registros), reforça a necessidade de reforço da atenção primária à saúde, do monitoramento territorializado das condições crônicas e da intersetorialidade com políticas de assistência social, habitação, trabalho e educação. Cabe observar ainda que a extrema pobreza em Roraima se concentra, em grande parte, em territórios com maior presença de povos tradicionais, comunidades ribeirinhas, áreas periurbanas não regularizadas e municípios fronteiriços, mais distantes, dentre esses: Pacaraima e Uiramutã.

Assim, o quadro de morbidades identificadas na população em extrema pobreza exige respostas articuladas e contínuas entre os diversos níveis de atenção, integração intersetorial com assistência social, educação e habitação, e fortalecimento das políticas públicas para mapear e intervir sobre os determinantes sociais do adoecimento. A análise mostra, com clareza, que a pobreza extrema é não apenas um marcador social, mas também um potente determinante de iniquidade em saúde, demandando políticas públicas baseadas na justiça social e na equidade.

3.13.18 - MORBIDADE MEIO AMBIENTE E CLIMA

A relação entre saúde, meio ambiente e clima, embora por vezes tratada de forma marginal nos sistemas de saúde, assume em Roraima uma centralidade inegável. A partir da observação dos últimos anos, é possível afirmar que os efeitos das mudanças ambientais sobre a saúde da população deixaram de ser projeções futuras para se tornarem problemas concretos. A intensificação das queimadas, a irregularidade das chuvas, os eventos climáticos extremos e o avanço de atividades ilegais em áreas ambientalmente sensíveis são elementos que, combinados, reconfiguram o perfil de adoecimento no Estado.

Durante os períodos de seca intensa, especialmente entre os meses de dezembro e março, quando os focos de calor se multiplicam no interior do Estado, há um aumento expressivo nos atendimentos por doenças respiratórias nas unidades de saúde sobretudo entre crianças e idosos. A inalação contínua de material particulado fino, proveniente das queimadas, tem sido associada a exacerbações de asma, bronquite e doenças pulmonares crônicas, o que não apenas sobrecarrega os serviços de urgência como impõe sofrimento desnecessário a populações que já vivem em condições de vulnerabilidade social (GONÇALVES et al., 2005).

Em 2024 Roraima vivenciou uma das suas mais severas crises ambientais, marcada por incêndios florestais de grandes proporções em diversos pontos. Esses incêndios que se repetem com frequência em anos de El Niño e períodos prolongados de estiagem não representam apenas um colapso ecológico, mas um fator de aceleração da morbidade ambiental no Estado. A relação com a saúde pública é direta. As queimadas liberam partículas finas de poluição (PM2.5), cujo nível em Boa Vista alcançou o valor recorde de 414, classificado como perigoso para toda a população. Esses poluentes afetam particularmente crianças, idosos, gestantes e portadores de doenças respiratórias, elevando internações por asma, bronquite e infecções das vias aéreas.

Segundo o pesquisador Haron Xaud, da Embrapa e UFRR, os incêndios recorrentes alteram profundamente os ecossistemas, transformando florestas úmidas em áreas cada vez mais secas, o que compromete funções ecológicas vitais como a infiltração da água, a estabilidade dos solos e a preservação das nascentes. Como resultado direto, observa-se a intensificação de crises hídricas, com impacto já mensurado no nível do Rio Branco, que atingiu -0,39m em março de 2024, comprometendo em até 70% o abastecimento do município de Mucajaí e em 30% a capital Boa Vista (ISA, 2024).

Nesse contexto, a degradação ambiental com ocorrência nas florestas compromete a segurança alimentar. Comunidades indígenas da Terra Yanomami relatam perdas severas em roçados e plantações, com registros de fome e insegurança alimentar associada diretamente à destruição ambiental. Roçados, casas, projetos agrícolas de subsistência e de geração de renda foram destruídos. Esse impacto compromete diretamente a nutrição, o crescimento infantil, o Estado imunológico e o bem-estar psicossocial dessas populações.

As alterações na biodiversidade e o avanço de espécies invasoras (como capins altamente inflamáveis) tornam o ciclo do fogo ainda mais difícil de controlar, criando um cenário de retroalimentação da degradação ambiental. A cada novo incêndio, o solo perde nutrientes, a floresta perde resiliência, e as comunidades perdem capacidade de resposta. A homogeneização das florestas e a substituição de espécies nativas reduzem ainda mais a capacidade de regeneração natural, exigindo ações de restauração ecológica intensiva de apoio aos atingidos nas áreas rurais e indígenas.

Paralelamente, o agravamento das secas e o comprometimento das fontes de água potável pode provocar surtos sazonais de doenças de veiculação hídrica, como diarreias infecciosas, hepatite A, bem como as parasitoses intestinais. Em Roraima, principalmente em populações vulneráveis, a combinação entre eventos climáticos extremos e ausência de infraestrutura sanitária constitui um terreno fértil para a proliferação de agravos relacionados à água contaminada. Municípios com baixa infraestrutura sanitária frequentemente registram elevações nas notificações desses agravos em períodos de cheia ou estiagem prolongada.

Outra face crítica da crise ambiental é o comportamento dos vetores. O aumento das temperaturas médias e a mudança nos padrões pluviométricos têm expandido a presença do *Aedes aegypti*, facilitando a circulação de vírus como dengue, zika, chikungunya e, mais recentemente, Mayaro. Um dado alarmante que intensifica o vínculo entre ambiente e morbidade em Roraima foi revelado por um estudo publicado em 2024 na revista *Emerging Infectious Diseases*, o qual confirma a circulação ativa do vírus Mayaro entre pacientes com síndrome febril no Estado entre 2018 e 2021 (FORATO et al., 2024). O Mayaro é um vírus transmitido principalmente por mosquitos silvestres do gênero *Haemagogus*, mas estudos experimentais já demonstraram a capacidade de transmissão também por vetores urbanos como *Aedes Aegypti* e *Aedes Albopictus*, o que eleva sua ameaça à saúde pública.

Além de todo esse contexto, há o agravante da insegurança alimentar. A alteração dos ciclos de cultivo, a perda de safras, de rebanhos e a escassez de pescado em algumas comunidades ribeirinhas e indígenas têm comprometido a soberania alimentar dessas populações. A desnutrição infantil em determinadas áreas não pode mais ser compreendida apenas como resultado da pobreza, mas também como reflexo direto da instabilidade climática; nesse sentido, famílias que vivem da agricultura de subsistência estão, cada vez mais, dependendo de cestas básicas e demais assistências emergenciais.

Em suma a análise da morbidade associada ao meio ambiente e às mudanças climáticas em Roraima revela um cenário de adoecimento coletivo cada vez mais comum à degradação ecológica, às crises hídricas, à insegurança alimentar e aos desastres ambientais recorrentes. Os incêndios florestais, o aumento da poluição atmosférica, a intensificação das arboviroses, os surtos de doenças de veiculação hídrica e a fome em territórios indígenas são expressões concretas de um território em desequilíbrio. Esses fenômenos impactam diretamente os indicadores de saúde ratificando por parte da gestão pública, o reconhecimento do meio ambiente como determinante na saúde coletiva.

3.13.19 - MORTALIDADE

A análise da mortalidade no Estado de Roraima constitui um componente essencial para a compreensão dos desfechos mais críticos do processo saúde-doença em sua totalidade. Esta seção foi estruturada com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), fonte oficial do Ministério da Saúde para o monitoramento dos óbitos no território nacional. A escolha por utilizar o SIM como eixo central deste item reforça o compromisso técnico-científico com a qualificação da vigilância em saúde, permitindo uma leitura precisa sobre as causas básicas de morte, seus determinantes e desigualdades associadas.

A estrutura dos subitens que compõem este bloco segue uma lógica analítica orientada pela estratificação dos dados por causa, faixa etária, recortes sociais, e territoriais. Esta opção metodológica tem como objetivo ampliar a capacidade de identificar padrões de mortalidade evitável, precoce ou desigual, permitindo a implementação de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) mais eficazes, equitativas e resolutivas. O SIM, ao fornecer dados classificados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), possibilita também o cruzamento com indicadores de morbidade, e condições socioeconômicas, ampliando a análise para além da contagem de óbitos.

Considerando as especificidades de Roraima, tais como sua elevada proporção de população indígena, a presença de grupos migrantes em situação de vulnerabilidade, os efeitos das mudanças climáticas, a violência urbana e rural, e os desafios de acesso à atenção qualificada em áreas remotas, esta análise se propõe a revelar não apenas o que causa a morte, mas como, onde, por que e entre quem a morte ocorre com maior frequência. Este enfoque é fundamental para a construção de políticas públicas orientadas pela equidade e pelo enfrentamento das iniquidades que moldam o risco de morrer em diferentes grupos populacionais.

Além disso, a uniformização do termo “mortalidade” no início de cada subitem, em consonância com a padronização já aplicada aos blocos de natalidade e morbidade, tem como finalidade aprimorar a sistematização e o acesso ao conteúdo, favorecendo tanto sua utilização em estudos técnicos quanto a integração aos sistemas de informação em saúde. Ao abordar a morte como expressão final de processos sociais, ambientais, sanitários e culturais, esta seção visa consolidar um olhar ampliado e intersetorial sobre a realidade epidemiológica, oportunizando subsidiar decisões estratégicas para o enfrentamento das causas evitáveis de morte e a construção de um SUS mais justo, sensível ao território e à diversidade humana.

Dessa forma, compreender a mortalidade em Roraima a partir de uma perspectiva ampliada permite não apenas quantificar perdas de vidas, mas também reconhecer desigualdades evitáveis e compreender os determinantes estruturais que contribuem para esses desfechos. Ao qualificar essa análise no âmbito da gestão em saúde, o Estado reafirma seu compromisso de transformar a vigilância da mortalidade em um instrumento estratégico de prevenção e enfrentamento. O objetivo é entender as causas subjacentes das ocorrências, de modo que cada morte represente um chamado à ação e à responsabilidade coletiva pela manutenção da vida.

3.13.20 - MORTALIDADE GERAL POR GRUPO DE CAUSAS

Compreender o perfil da mortalidade em um território não é apenas uma tarefa estatística. É, acima de tudo, um exercício de revelação das dinâmicas sociais, sanitárias, ambientais e políticas que condicionam a vida e, sobretudo, o fim dela. Em um Estado com as particularidades de Roraima, a leitura dos óbitos registrados ao longo de uma década fornece não apenas indicadores brutos, mas elementos vivos de uma realidade que, para ser enfrentada, precisa primeiro ser compreendida com profundidade, empatia e racionalidade técnica. A morte, enquanto desfecho último do processo saúde-doença, expressa muito mais do que causas biológicas: ela oportuniza a implementação de políticas públicas no sentido de subsidiar transformações possíveis.

Neste sentido, a seguir será apresentado e analisado os dados consolidados de mortalidade geral por causas básicas, segundo os grupos estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é um passo metodologicamente muito utilizado e estruturante para a análise de situação de saúde. Os registros extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS) e aqui organizados em série histórica de 2015 a 2024, permitem identificar os principais determinantes da morte na população roraimense, bem como acompanhar tendências, rupturas e continuidades nos padrões epidemiológicos ao longo do tempo. Mais do que fotografias isoladas, estes dados compõem uma linha do tempo que repercutem em vários processos até as causas dos desfechos como o envelhecimento populacional, o crescimento urbano, os impactos da pandemia da COVID-19, a transição nutricional, a violência, os fluxos migratório, os indígenas e os efeitos concretos das mudanças climáticas sobre a vida.

A distribuição dos óbitos por grupo de causa permite, ainda, evidenciar a coexistência de três agendas sanitárias simultâneas: as doenças infecciosas e negligenciadas, que persistem e se renovam com força nos contextos de pobreza e desassistência; as doenças crônicas não transmissíveis, que refletem os modos de vida, o acesso desigual à atenção primária e a fragmentação das redes de cuidado; e as causas externas, que escancaram o peso das violências interpessoais, dos acidentes e dos vazios de proteção social. Em Roraima, essas três dimensões convivem, frequentemente, no mesmo território e às vezes no mesmo corpo social, exigindo da gestão pública uma capacidade real de articulação entre, prevenção, assistência e política intersetorial e interinstitucional em todos os níveis de atenção à saúde.

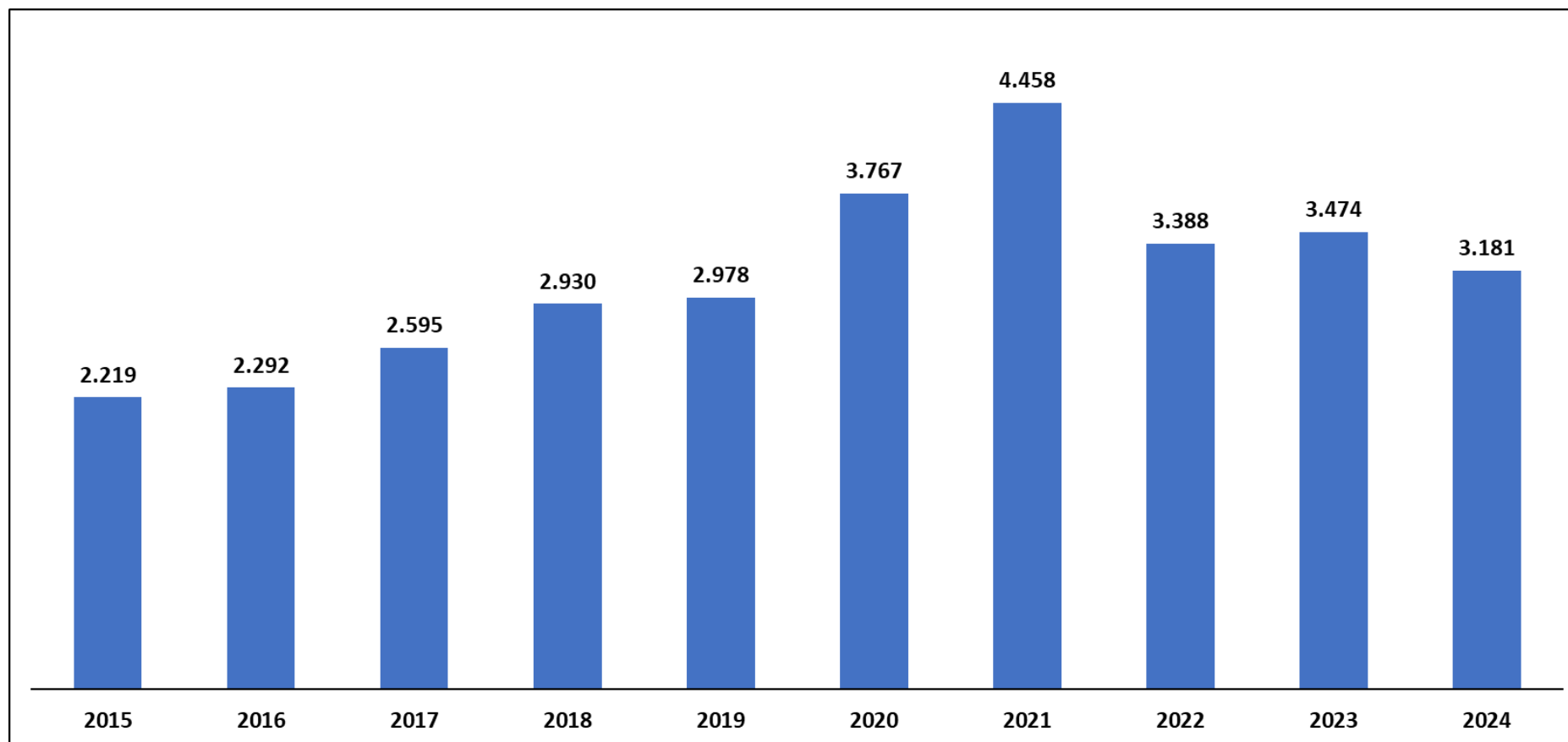
É neste contexto que a tabela e o gráfico a seguir são apresentados, trazendo o número absoluto e o percentual de mortalidade por ano segundo os principais grupos de causas, conforme os capítulos da CID-10. Sua leitura deve ser orientada não apenas pela comparação dos números em si, mas pela compreensão crítica das condições históricas, sociais e estruturais que tornam algumas mortes mais frequentes, precoces ou evitáveis do que outras. Esses dados são, portanto, um convite à qualificação da informação, à gestão baseada em evidências e à tomada de decisão comprometida com a vida. Ao iluminar os caminhos pelos quais a morte se tornou mais presente no Estado, esta análise busca contribuir para sua prevenção onde for possível, e enfrentada com dignidade onde for inevitável.

Tabela 52 - Mortalidade por Ano Segundo Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Causas externas de morbidade e mortalidade	553	485	592	701	607	617	672	620	603	550	6.000	19,18
2	Doenças do aparelho circulatório	416	416	527	587	616	602	637	677	696	687	5.861	18,74
3	Neoplasias (tumores)	278	283	360	380	419	406	426	455	487	526	4.020	12,85
4	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	93	119	100	144	141	961	1.413	291	236	191	3.689	11,79
5	Doenças do aparelho respiratório	178	222	178	245	238	233	261	319	355	286	2.515	8,04
6	Algumas afec originadas no período perinatal	172	198	209	227	236	265	243	207	269	233	2.259	7,22
7	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	172	210	215	208	198	172	231	182	187	149	1.924	6,15
8	Doenças do aparelho digestivo	103	72	130	98	116	135	165	136	153	156	1.264	4,04
9	Sint sinais e achad anorm ex clín e laboratoriais	88	105	75	71	91	126	126	144	120	101	1.047	3,35
10	Doenças do aparelho geniturinário	46	55	65	70	77	49	63	114	130	92	761	2,43
11	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	46	48	56	81	75	55	63	63	82	60	629	2,01
12	Doenças do sistema nervoso	37	40	39	61	78	55	54	85	61	60	570	1,82
13	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	8	5	16	11	37	18	14	24	21	24	178	0,57
14	Gravidez parto e puerpério	8	8	7	12	17	17	23	25	24	18	159	0,51
15	Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	8	6	6	11	11	21	38	21	17	17	156	0,50
16	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitários	7	9	10	15	13	22	17	19	21	16	149	0,48
17	Transtornos mentais e comportamentais	6	11	8	8	8	10	11	6	8	12	88	0,28
18	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	2	-	-	3	1	-	4	3	13	0,04
Total		2.219	2.292	2.595	2.930	2.978	3.767	4.458	3.388	3.474	3.181	31.282	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		7,09	7,33	8,30	9,37	9,52	12,04	14,25	10,83	11,11	10,17	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 25 - Número Absoluto de Mortalidades Segundo Grupo de Causas (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A partir da leitura longitudinal dos dados de mortalidade registrados no Estado de Roraima no período de 2015 a 2024, observam-se padrões persistentes e novos desafios no enfrentamento dos determinantes que levam ao óbito. O Estado acumulou 31.282 registros de mortes no decênio, com distribuição heterogênea entre os grupos de causas, refletindo tanto a progressão epidemiológica quanto a persistência de agravos agudos, crônicos e estruturais que atingem desigualmente a população. O detalhamento por capítulos da CID-10 revela uma realidade sanitária que permite atentar para fatores de intersectorialidade e intervenções adaptadas às características demográficas, territoriais, socioambientais e culturais de Roraima.

O maior peso proporcional está nas causas externas de morbidade e mortalidade, com 6.000 óbitos (19,18%), mantendo-se como o principal grupo ao longo da série. A magnitude deste grupo evidencia a predominância de eventos violentos (como homicídios, suicídios e acidentes de trânsito), muitos dos quais evitáveis. Essa realidade reforça a análise já apresentada nos subitens sobre morbidade por causas externas e vulnerabilidades sociais, sobretudo entre jovens do sexo masculino e populações periféricas de áreas urbanas. A continuidade desses números revela não apenas para a necessidade de melhoria no sistema de saúde, mas também nas políticas públicas de segurança, mobilidade urbana e prevenção da violência.

Logo em seguida, destacam-se as doenças do aparelho circulatório, que somaram 5.961 óbitos (18,74%) no período. Esse grupo é um marcador clássico da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com forte relação com os estilos de vida, acesso à atenção primária, controle da hipertensão e do diabetes, além do acompanhamento contínuo de pacientes com risco cardiovascular. A permanência desse grupo entre os principais responsáveis pela mortalidade, inclusive com crescimento absoluto na segunda metade do decênio, evidencia a necessidade de implementação mais resolutivas de acompanhamento clínico, especialmente nos municípios com baixas intervenções de promoção e prevenção em saúde na APS, bem como a disponibilidade de especialistas com suficiência para um acompanhamento longitudinal adequado na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) frente a crescente demanda.

As neoplasias mais conhecidas como cânceres em seus diversos tipos aparecem em terceiro lugar, com 4.020 óbitos (12,85%), revelando o peso crescente das mortes nesse grupo de causas devido a fragilidade na rede de diagnóstico precoce, rastreamento populacional e acesso ao tratamento oncológico no Estado. Cânceres de mama, colo do útero, próstata, pulmão e trato gastrointestinal lideram os registros, em consonância com os padrões nacionais, mas agravados pela interiorização tardia da atenção oncológica em Roraima e pela dificuldade logística para o acesso a serviços de média e alta complexidade fora da capital.

Destaca-se também o crescimento expressivo nas doenças infecciosas e parasitárias, que totalizaram 3.689 óbitos (11,79%), com picos marcantes em 2020 e 2021, quando as mortes passaram de 961 para 1.413, respectivamente. Esse salto abrupto reflete os efeitos diretos da pandemia da COVID-19. Importante ressaltar que as populações indígenas e migrantes, como já discutido nos subitens anteriores, foram desproporcionalmente atingidas, inclusive com surtos simultâneos de tuberculose, malária e síndromes respiratórias virais.

As doenças do aparelho respiratório (2.515 óbitos – 8,04%) e as afecções originadas no período perinatal (2.359 – 7,22%) reforçam a importância de ações de fortalecimento da Rede de Atenção Materna Infantil (Rede Alyne) saúde infantil e enfrentamento da desnutrição e da infecção respiratória aguda em crianças menores de cinco anos. O crescimento das mortes perinatais indica, além da questão clínica, falhas no pré-natal, na atenção ao parto e nas condições de acompanhamento neonatal o que dialoga diretamente com as análises de natalidade por faixa etária materna e pré-natal insuficiente.

Outros grupos, como as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6,15%) e as doenças do aparelho digestivo (4,04%), embora com percentuais mais modestos, mantêm relevância epidemiológica e estão intimamente associados aos determinantes sociais da saúde e aos estilos de vida da população. Os registros constantes desses agravos nos últimos dez anos sinalizam para implementação de linhas de cuidado começando na APS e que integrem junto a AAE a promoção da saúde, controle metabólico e alimentação adequada e saudável como pilares da prevenção, ou seja; essas ações devem ter início na Atenção Primária à Saúde (APS), com papel articulador entre a promoção de práticas alimentares saudáveis, o manejo de fatores de risco (como obesidade e hipertensão), e o controle de comorbidades como diabetes e dislipidemias. Simultaneamente, devem ser fortalecidas as ações da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), especialmente nas áreas voltadas a essas causas, com foco no acesso integral e na resolutividade.

Os demais grupos como doenças geniturinárias, doenças do sistema nervoso, malformações congênitas e causas mal definidas, embora representem percentuais menores, devem ser monitorados de forma contínua, tanto pelo risco de subnotificação quanto por revelarem desigualdades ocultas, sobretudo nas áreas rurais e indígenas. A análise decenal da mortalidade por grupo de causas em Roraima confirma a coexistência de diferentes perfis epidemiológicos: o das doenças infecciosas emergentes, das violências persistentes, das doenças crônicas e das mortes precoces evitáveis, principalmente de jovens em idade ativa. A articulação desses dados com os achados de morbidade, vulnerabilidade social, natalidade e fatores ambientais reforça a necessidade de uma atenção integrada à rede.

A trajetória da mortalidade em Roraima ao longo da última década se revela complexa multifacetada e com interação entre determinantes sociais, estruturais e ambientais, marcada pela persistência de causas externas, a força crescente das doenças crônicas não transmissíveis e o impacto de eventos sanitários críticos como a pandemia da COVID-19. Em suma a leitura crítica das causas de óbito apontam não apenas o perfil biomédico da morte, mas sobretudo as desigualdades que a sustentam, especialmente entre populações indígenas, migrantes e residentes em áreas de difícil acesso. Os dados aqui analisados sugerem o fortalecimento dos mecanismos de qualificação da atenção primária, ampliação do acesso aos cuidados especializados e a integração de políticas públicas que atuem sobre os condicionantes do morrer. Cada óbito contabilizado não é somente um número: e sim uma interrogação reflexiva acompanhada da oportunidade de revisar e efetivar a implementação das políticas de saúde visando a preservação e a promoção da vida.

3.13.21 - MORTALIDADE POR MUNICÍPIO

A distribuição territorial da mortalidade no Estado de Roraima, quando analisada a partir do local de residência dos indivíduos, revela um importante recorte do acesso aos serviços de saúde e da capacidade dos territórios em prevenir, diagnosticar e tratar os agravos que culminam em óbito. Para este subitem, acompanhando a análise anterior, optou-se por utilizar o critério de município de residência, em consonância com a lógica de territorialização do SUS, e com o objetivo de visibilizar as fragilidades estruturais que marcam o cotidiano das populações roraimenses, em especial as populações indígenas, migrantes e aquelas que habitam áreas rurais isoladas.

A análise por município permite identificar onde vivem os grupos mais expostos aos fatores que determinam a morte prematura e evitável, além de subsidiar a formulação de estratégias mais coerentes com as realidades locais. Essa abordagem também evita distorções nos dados que ocorreriam se fossem considerados apenas os óbitos por local de ocorrência, uma vez que municípios como a capital Boa Vista, concentram a maior parte dos serviços de média e alta complexidade do Estado e, por consequência, absorvem um número elevado de óbitos de residentes de outros municípios.

No caso de Roraima, essa diferenciação é particularmente relevante. A capital, Boa Vista, ainda que concentre aproximadamente dois terços da população total do Estado, não representa por si só a totalidade da carga de mortalidade. Municípios mais vulneráveis, tais como: Alto Alegre, Pacaraima, Uiramutã, Normandia e Amajari apresentam perfis de mortalidade que refletem desafios específicos, como a interiorização da pobreza, a barreira linguística no atendimento de populações indígenas, e a fragilidade das redes de atenção nos territórios de fronteira, marcados pela presença constante de fluxos migratórios, garimpo ilegal e restrição à mobilidade. O município de Pacaraima, por exemplo, registra elevadas proporção de mortalidade, especialmente entre migrantes e indígenas, o que pode ser atribuído à combinação de sobrecarga dos serviços de saúde, insegurança alimentar, condições precárias de moradia e políticas públicas descontinuadas de acolhimento. Já Uiramutã, com forte presença da população indígena, evidencia o impacto da distância ao acesso que acaba por se refletir nos indicadores de mortes por causas evitáveis, como infecções respiratórias, doenças diarreicas e causas perinatais as quais persistem.

Para dar concretude à análise da mortalidade, apresenta-se a seguir a consolidação dos óbitos gerais registrados entre os anos de 2015 e 2024, organizados segundo o município de residência. Essa base, extraída do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), permite visualizar a distribuição espacial dos óbitos no Estado e compreender os perfis de mortalidade em cada caso. Os dados reunidos em tabela e gráfico destacam tanto os municípios com maiores cargas absolutas quanto aqueles que enfrentam contextos mais críticos de vulnerabilidade e acesso. A leitura destes dados deve considerar as particularidades geográficas, demográficas e socioambientais que caracterizam Roraima, bem como os desafios interinstitucionais e interfederativos que por consequência acabam recaindo nos serviços de saúde.

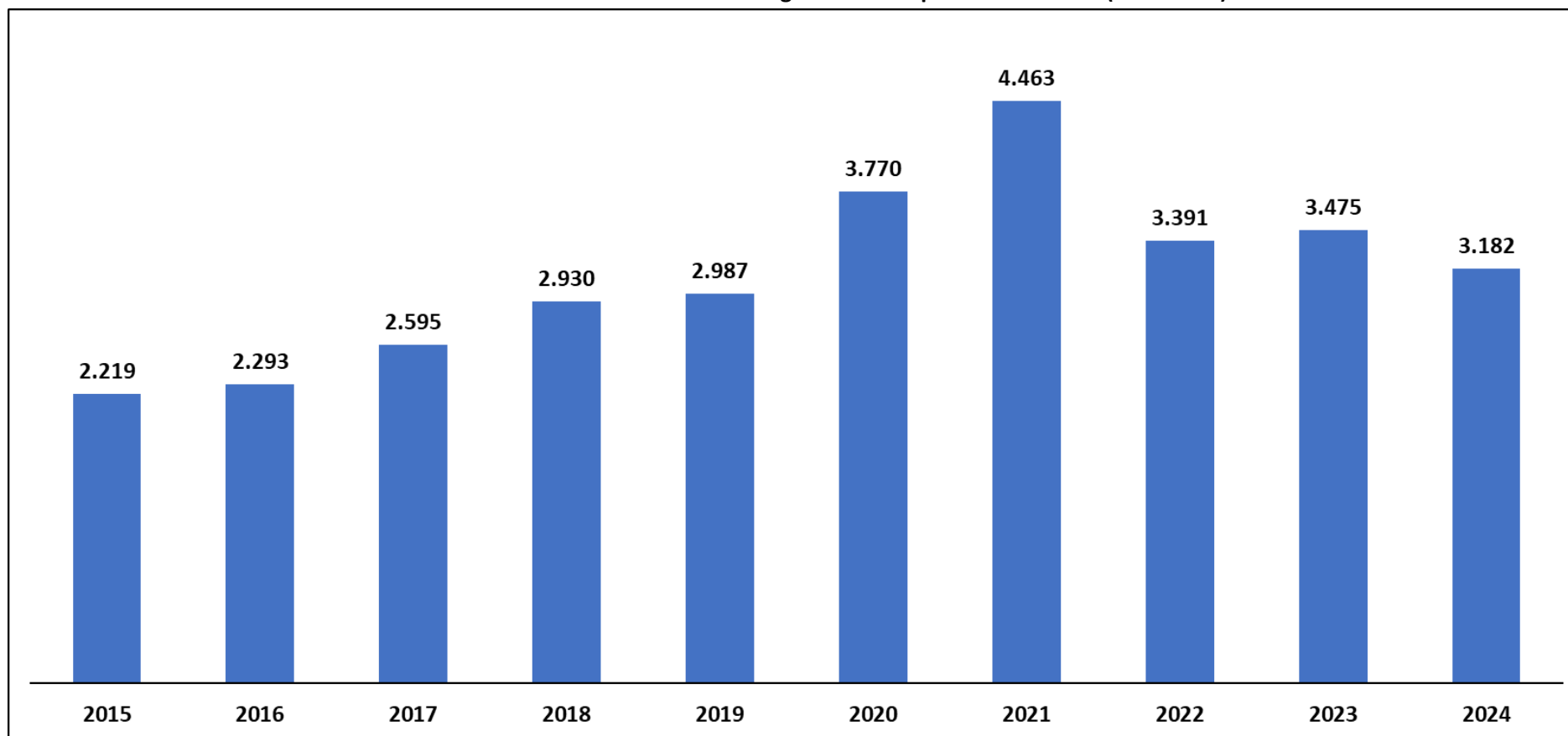
Tabela 53 - Mortalidade por Ano Segundo Município de Residência (2015-2024)¹³

Ordem	Município de Residência	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Boa Vista (Capital)	1.405	1.469	1.619	1.901	1.953	2.528	2.984	2.230	2.234	2.113	20.436	65,28
2	Alto Alegre	118	120	137	123	178	168	205	197	201	162	1.609	5,14
3	Rorainópolis (Fronteira com o Amazonas)	108	105	138	136	95	143	181	135	134	123	1.298	4,15
4	Caracaraí	108	112	94	131	113	156	187	101	111	131	1.244	3,97
5	Amajari	67	63	76	73	82	110	123	97	134	96	921	2,94
6	Mucajaí	56	71	89	85	97	114	109	94	100	91	906	2,89
7	Cantá	74	64	85	78	80	88	118	89	90	86	852	2,72
8	Pacaraima (Fronteira com a Venezuela)	42	38	58	61	82	99	102	103	96	67	748	2,39
9	Bonfim (Fronteira com a Guiana Inglesa)	51	52	78	76	56	81	94	80	93	65	726	2,32
10	Normandia	40	53	46	60	61	78	66	68	79	52	603	1,93
11	Uiramutã (População Indígena Relativa - 96,6%)	34	43	57	57	48	63	112	72	63	49	598	1,91
12	Iracema	36	32	27	54	43	39	62	30	50	46	419	1,34
13	Caroebe	32	28	41	46	35	46	37	39	40	48	392	1,25
14	São João da Baliza	26	24	24	25	35	26	43	30	31	28	292	0,93
15	São Luiz	22	18	25	24	29	31	40	26	19	24	258	0,82
16	Município Ignorado	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	3	0,01
Total		2.219	2.293	2.595	2.930	2.987	3.770	4.463	3.391	3.475	3.182	31.305	100
Percentual por Ano Segundo Município de Residência (%)		7,09	7,33	8,29	9,36	9,54	12,04	14,26	10,83	11,10	10,16	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

¹³ A pequena variação observada de 0,07% referente a Tabela 52 entre o total de óbitos por Grupo de Causas da CID-10 e a soma dos óbitos por Município de residência se deve à dinâmica natural de atualização, investigação, codificação e sincronização dos dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Trata-se de uma diferença estatisticamente aceitável a qual não representa erro e que não compromete a análise, estando dentro dos padrões operacionais admissíveis para grandes bases de dados populacionais.

Gráfico 26 - Número Absoluto de Mortalidades Segundo Município de Residência (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A tabela e o gráfico acima que acompanham este subitem oferecem uma visão abrangente da distribuição espacial das mortes, permitindo identificar tanto os municípios com maiores cargas absolutas quanto aqueles com perfis proporcionais que chamam atenção pela vulnerabilidade. Essa leitura territorial, baseada nos registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), torna-se ainda mais relevante diante das singularidades do Estado; marcado por extensas áreas de difícil acesso, alta proporção de população indígena, fluxos migratórios e um modelo assistencial historicamente concentrado na capital.

Nesse sentido, a análise da mortalidade ao longo da última década demonstra um quadro marcado por desafios territoriais e sociais. Entre 2015 e 2024, foram registrados 31.305 óbitos, sendo mais de 65% concentrados na capital Boa Vista. Este dado, à primeira vista, poderia sugerir uma sobrecarga de mortalidade urbana; no entanto, a leitura crítica desse indicador exige atenção à centralização da rede hospitalar estadual, à migração sanitária de municípios do interior e de povos indígenas, e à chegada de migrantes internacionais, sobretudo venezuelanos, que procuram Boa Vista em busca de serviços de saúde e acabam, muitas vezes, tendo seus óbitos registrados no município, ainda que residam em outras localidades.

Os municípios do interior, como Alto Alegre (5,14%), Rorainópolis (4,15%), Caracaraí (3,97%) e Amajari (2,94%), apresentam padrões que refletem tanto seus contextos sociodemográficos quanto suas fragilidades estruturais. Rorainópolis, município da fronteira sul com o Amazonas, por exemplo, mostra um crescimento gradual de óbitos ao longo do período, reflexo do aumento populacional, da expansão agrícola e das dificuldades de acesso à atenção hospitalar resolutiva local no interior do município. Já Amajari, situado em região com presença indígena, revela desafios específicos que abrangem: a combinação entre barreiras geográficas, logísticas e a baixa cobertura de serviços públicos básicos resulta em um volume de mortes que expressa a vulnerabilidade sanitária.

Destacam-se também os municípios fronteiriços, como Pacaraima (2,39%), na fronteira com a Venezuela, e Bonfim (2,32%), na fronteira com a Guiana Inglesa. Pacaraima, em particular, apresenta um aumento relevante de óbitos nos últimos anos, estreitamente relacionado ao contexto da crise migratória venezuelana. O município funciona como porta de entrada para um grande contingente de migrantes em situação de vulnerabilidade social extrema, com dificuldades de acesso à alimentação, saneamento e cuidados básicos de saúde. Em alguma medida muitos desses óbitos podem ser evitáveis, o cenário fronteiriço aponta para a manutenção e o fortalecimento de respostas intersetoriais envolvendo saúde, assistência social, segurança alimentar e articulação internacional.

No conjunto, municípios como Normandia (1,93%), Uiramutã (1,91%) e Iracema (1,34%) ilustram os desafios típicos das regiões mais remotas e isoladas, com predomínio de populações indígenas e rurais. Nesses territórios, o acesso aos serviços de saúde é limitado por barreiras geográficas, transporte sanitário, escassez de recursos humanos e dificuldade de comunicação entre as comunidades e a rede de saúde. Como já apontado nas análises de morbidade em indígenas e vulneráveis, essas mortes traduzem não apenas carências assistenciais, mas também desigualdades estruturais que impactam diretamente os indicadores epidemiológicos.

Outro aspecto relevante é o comportamento da mortalidade nos municípios de pequeno porte, como São João da Baliza (0,93%), São Luiz (0,82%) e Caroebe (1,25%), apesar dos números absolutos serem menores, os óbitos representam uma proporção significativa frente à população total. Nesses contextos, mesmo poucos óbitos impactam fortemente os indicadores de saúde e revelam a fragilidade nas linhas de cuidado. Nesses municípios, mortes por causas externas, doenças infecciosas mal controladas e causas perinatais têm peso desproporcional, o que exige intervenções específicas.

A análise da série histórica entre 2015 e 2024 também permite observar momentos de inflexão, como o aumento abrupto da mortalidade em 2020 e 2021, período marcado pela pandemia da COVID-19. Esse aumento foi sentido em todos os municípios, mas impactou especialmente os mais populosos e aqueles com menor capacidade instalada para resposta rápida. Boa Vista, novamente, absorveu parte desse impacto como centro hospitalar de referência, mas os efeitos sociais e sanitários da pandemia foram profundamente sentidos no interior, com aumento de mortes domiciliares e não raro a subnotificação de óbitos em áreas remotas.

A presença de três registros classificados como “município ignorado” ao longo do período reforça a necessidade contínua da qualificação dos sistemas de informação, garantindo maior precisão nos registros e melhor direcionamento das ações de saúde. Esse cuidado com a base de dados não é apenas um requisito técnico, mas uma dimensão ética em saúde: cada número representa uma vida, e cada vida, um compromisso. Assim, compreender a mortalidade por município de residência em Roraima não significa apenas localizar onde morrem as pessoas, mas entender os territórios como espaços vivos, com histórias, desafios e potenciais. A análise territorial em tela é uma ferramenta estratégica para promover a equidade, reduzir desigualdades, e transformar as evidências garantindo que o lugar onde se vive não determine, de forma inexorável, o risco de morrer.

Por fim, a análise da mortalidade por município de residência em Roraima entre 2015 e 2024 revela um mosaico de desafios sanitários, sociais e estruturais. A elevada concentração de óbitos em Boa Vista deve ser interpretada não apenas como reflexo de sua densidade populacional, mas como evidência da centralização da rede hospitalar e da migração sanitária interna, que esconde fragilidades assistenciais do interior. Nos municípios de menor porte e nas regiões de fronteira e terras indígenas, a mortalidade guarda íntima relação com a fragilidade do acesso, a escassez de recursos humanos, a ausência de transporte sanitário, além dos determinantes sociais que ampliam o risco de adoecimento e morte precoce. O impacto recente da pandemia da COVID-19 evidenciou a vulnerabilidade dos municípios com baixa capacidade instalada e a necessidade de fortalecer as sua capacidade de resposta. Reconhecer essas especificidades é essencial para alinhar as políticas públicas, garantindo que nenhum território fique invisível, seja ele pequeno, remoto, indígena ou fronteiro. As evidências aqui apresentadas não devem ser vistas apenas como números, mas como expressões concretas de reafirmação do compromisso do Estado com a equidade e a justiça social.

3.13.22 - MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA

A análise da mortalidade por faixa etária é fundamental para compreender as vulnerabilidades específicas que marcam cada fase do ciclo de vida da população. Essa abordagem permite não apenas identificar os grupos com maior carga de mortalidade, mas também revelar indícios dos determinantes sociais, econômicos, culturais e ambientais que ampliam os riscos de adoecimento e morte em diferentes momentos da vida. Em um Estado caracterizado pela diversidade populacional, com significativa presença indígena, intensa pressão migratória e vastas áreas rurais e de difícil acesso, olhar para a mortalidade por faixa etária amplia a capacidade de promover intervenções específicas e alinhadas às necessidades reais.

Nesse sentido a distribuição dos óbitos demonstra que os desafios sanitários não estão restritos aos extremos da vida, como a infância e a velhice, mas atravessam todas as faixas etárias, assumindo diferentes formas. Enquanto nos primeiros anos de vida predominam causas relacionadas à atenção perinatal e às condições socioambientais, nas faixas adolescentes e de adultos jovens surgem com proeminência os agravos externos, como violência e acidentes. Nos adultos de meia-idade, as doenças crônicas ganham destaque, assim como nos idosos, nesses últimos, também por sua notória condição se caracterizam algum grau de fragilidades, dentre as quais: condições físicas, psicológicas, sociais e ambientais que comprometem a autonomia, a independência e a qualidade de vida. De maneira geral se percebe que a análise por faixa etária, permite dimensionar os impactos, equacionar desigualdades e transformações demográficas que atravessam o tempo na população de Roraima, além de oferecer subsídios para respostas intersetoriais mais qualificadas.

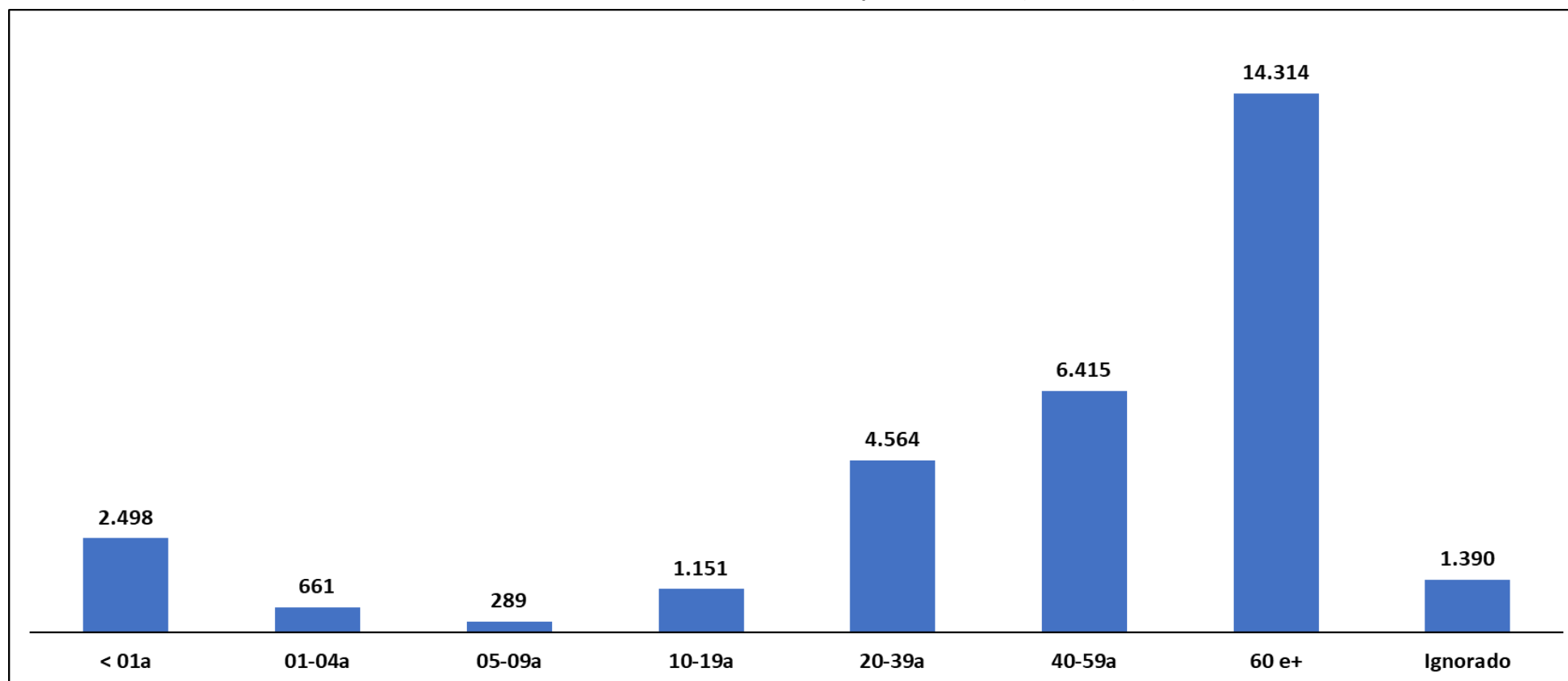
Essa leitura é particularmente relevante em Roraima, onde coexistem agravos específicos, como a mortalidade infantil indígena e as mortes por doenças infecciosas em adultos jovens, com novos desafios, como o envelhecimento populacional e a expansão das doenças crônicas. Além disso, o impacto das causas externas nas faixas jovens, as condições perinatais nas comunidades remotas e o acúmulo de comorbidades na população idosa reforçam a necessidade de respostas articuladas. Nesse sentido, não devem ser considerados apenas os dados simplesmente, e sim o cenário multidimensional em que as pessoas estão inseridas uma vez que esses elementos são pistas fundamentais para o enfrentamento e a implementação das políticas de cuidado ao longo de todo o ciclo de vida.

Com essa finalidade, para apoiar a análise, estão dispostos a seguir as informações consolidadas das causas de óbito por faixa etária, obtidos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), referentes aos últimos dez anos. A tabela e o gráfico que acompanham este subitem permitem observar não apenas a distribuição dos desfechos ao longo das idades, mas também identificar padrões, desigualdades e perfis etários prioritários que podem auxiliar a intervenção. Eles ajudam a revelar, por exemplo, como o impacto da pandemia de COVID-19 repercutiu de forma diferenciada entre as faixas etárias; como persistem desafios crônicos na saúde infantil; e como crescem as demandas por atenção à saúde do idoso em um contexto de mudanças demográficas. Essa leitura integrada dos dados, portanto, não apenas quantifica vidas perdidas, mas subsidia políticas públicas mais equitativas, intersetoriais e sensíveis às singularidades de Roraima.

Tabela 54 - Mortalidade por Grupo de Causas e Faixa Etária (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID 10 (Capítulos)	< 01a	01-04a	05-09a	10-19a	20-39a	40-59a	60 e+	Ignorado	Total	%
1	Causas externas de morbidade e mortalidade	274	125	78	731	2.680	1.332	755	25	6.000	19,18
2	Doenças do aparelho circulatório	38	21	21	40	268	1.207	4.262	4	5.861	18,74
3	Neoplasias (tumores)	3	34	31	70	332	1.153	2.395	2	4.020	12,85
4	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	197	156	48	70	491	1.020	1.702	5	3.689	11,79
5	Doenças do aparelho respiratório	254	124	32	34	100	314	1.656	1	2.515	8,04
6	Algumas afec originadas no período perinatal	983	-	-	-	-	-	-	1.276	2.259	7,22
7	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	80	53	13	19	85	389	1.283	2	1.924	6,15
8	Doenças do aparelho digestivo	28	18	10	21	124	396	667	-	1.264	4,04
9	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	103	30	13	28	114	194	560	5	1.047	3,35
10	Doenças do aparelho geniturinário	7	3	4	10	56	170	511	-	761	2,43
11	Malf cong deform. e anomalias cromossômicas	477	42	9	11	12	5	3	70	629	2,01
12	Doenças do sistema nervoso	33	43	19	49	70	75	281	-	570	1,82
13	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	5	1	1	5	18	42	106	-	178	0,57
14	Gravidez parto e puerpério	1	1	4	21	44	38	50	-	159	0,51
15	Doenças sist. osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	27	123	6	-	-	156	0,50
16	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	11	10	5	13	28	38	44	-	149	0,48
17	Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	2	17	35	34	-	88	0,28
18	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	-	1	-	2	1	5	-	13	0,04
Total		2.498	661	289	1.151	4.564	6.415	14.314	1.390	31.282	100
Percentual por Grupo de Causas e Faixa Etária (%)		7,99	2,11	0,92	3,68	14,59	20,51	45,76	4,44	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 27 - Número Absoluto de Mortalidades por Faixa Etária (2015-2024)

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Conforme demonstrado na Tabela 54 e no Gráfico 27, a análise da mortalidade por grupo de causas e faixa etária no Estado de Roraima, entre 2015 e 2024, demonstra não apenas a carga absoluta de óbitos, mas sobretudo os padrões epidemiológicos complexos do ciclo de vida da população. Em vez de uma simples fotografia das mortes, essa leitura permite capturar dinâmicas de saúde e doença que representam os processos sociais, econômicos, culturais e ambientais profundamente enraizados no território. Em um Estado que combina fronteiras internacionais ativas, reservas indígenas extensas, urbanização acelerada e desigualdades, entender a mortalidade por faixa etária significa ler os impactos diferenciados de vulnerabilidades, barreiras de acesso e transições demográficas e epidemiológicas que afetam diferentes segmentos populacionais.

Na faixa dos menores de 1 ano, com 2.498 óbitos acumulados no período, as causas perinatais (983 óbitos) e as malformações congênitas (477 óbitos) aparecem como marcadores sensíveis das condições de atenção pré-natal, do acesso ao parto seguro e do manejo neonatal em Roraima. Esses óbitos concentram-se, de forma desproporcional, em áreas indígenas e comunidades rurais isoladas e demais vulnerabilidades, revelando a persistência de determinantes sociais críticos, como pobreza, desnutrição materna, baixo acesso a transporte sanitário e barreiras culturais no cuidado. As doenças infecciosas e respiratórias, ainda relevantes nesse grupo etário, reforçam a importância de políticas integradas que articulem saúde indígena, vigilância nutricional, imunização e melhorias no saneamento básico.

Entre as crianças na primeira infância (1–4 anos), com 661 óbitos, a carga de doenças infecciosas e parasitárias (156 óbitos), causas externas (125 óbitos) e doenças respiratórias (124 óbitos) delineia um cenário de riscos múltiplos, no qual a ausência de infraestrutura, de redes de apoio familiar e de políticas de prevenção agrava vulnerabilidades já conhecidas. Em comunidades indígenas e entre famílias migrantes, esses óbitos traduzem não apenas falhas assistenciais, mas também a invisibilidade social e a necessidade de respostas institucionais no enfrentamento das iniquidades.

Na infância intermediária (5–9 anos), apesar do volume absoluto reduzido (289 óbitos), o predomínio das causas externas (78 óbitos), como acidentes e afogamentos, aponta para lacunas de proteção social, educação em saúde e segurança comunitária, especialmente nas zonas rurais, e em comunidades indígenas, onde a presença do Estado é intermitente. Essa fase, muitas vezes pouco atendidas pelas políticas públicas, demandam intervenções específicas de saúde, educação, lazer seguro e promoção da saúde.

Na adolescência (10–19 anos) com 1.151 óbitos registrados expõe de forma dramática o impacto das causas externas (731 óbitos), incluindo homicídios, suicídios e acidentes de trânsito. Esse padrão revela não apenas a violência estrutural presente na capital Boa Vista e nas áreas de fronteira, mas também o impacto das desigualdades sociais sobre jovens indígenas e migrantes e áreas rurais. Adicionalmente, surgem desafios ainda pouco registrados, como a saúde mental, o uso de substâncias psicoativas e as infecções sexualmente transmissíveis, que demandam políticas intersetoriais e culturalmente sensíveis.

Nos adultos jovens (20–39 anos), somando 4.564 óbitos, as causas externas (2.680 óbitos) mantêm protagonismo, somadas às doenças infecciosas (491 óbitos), refletindo o impacto do HIV/AIDS, tuberculose e hepatites virais em contextos que demandam atenção, tais como: cenários urbanos precários, garimpos e comunidades indígenas. Essa fase da vida, economicamente ativa, revela a interseção entre agravos evitáveis, condições precárias de trabalho e falhas nas redes de atenção, exigindo uma resposta ampliada que vá além do setor saúde.

Entre os adultos de meia-idade (40–59 anos), com 6.415 óbitos, sobressaem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), como doenças do aparelho circulatório (1.207 óbitos), neoplasias (1.153 óbitos) e doenças endócrinas e metabólicas (389 óbitos), vale ressaltar que para esse público se constata também elevado número de óbitos por causas externas (1.332) o que denota altos números de violências sejam urbanas ou rurais. Esse quadro evidencia tanto os limites das ações de prevenção e rastreamento precoce quanto as barreiras na continuidade do cuidado, especialmente no interior do Estado, onde a presença de equipes multiprofissionais e o acesso a exames diagnósticos ainda são insuficientes. O avanço da urbanização e a transição nutricional também vêm contribuindo para a ampliação desse grupo de causas.

Nos idosos (60 anos ou mais), com 14.314 óbitos registrados, representando quase metade do total geral (45,76%), consolida-se o impacto cumulativo das DCNT's, com destaque para doenças do aparelho circulatório (4.262 óbitos), neoplasias (2.395 óbitos), doenças respiratórias (1.656 óbitos) e doenças endócrinas (1.283 óbitos). Esse padrão sinaliza o avanço do envelhecimento populacional em Roraima e desafia os modelos assistenciais vigentes, que ainda carecem de redes articuladas e prolongadas de cuidados, reabilitação e atenção domiciliar para essa faixa de idade, cenário que particularmente afeta áreas de difícil acesso, idosos indígenas e zonas urbanas mais vulnerabilizadas. Os registros classificados como “ignorado” (1.490 óbitos) equivalem a 4,44% do total e evidencia a fragilidades nas notificações. Esse indicador não pode ser negligenciado, pois impacta diretamente a qualidade das análises e a sua precisão reforçando a necessidade de capacitações.

De forma geral a análise da mortalidade por grupo de causas e faixa etária em Roraima, entre 2015 e 2024, revela a complexidade e as desigualdades que estruturam os padrões de adoecimento e morte no Estado. Os achados apontam para um cenário em que coexistem desafios típicos de distintas transições epidemiológicas: de um lado, persistem mortes infantis por causas evitáveis, muitas concentradas em áreas indígenas e vulneráveis; de outro, observa-se o crescimento consistente das doenças crônicas não transmissíveis e das demandas do envelhecimento populacional. Em meio a isso, destacam-se de forma dramática as causas externas entre adolescentes e adultos jovens, revelando um território marcado pela violência, pelos acidentes e pela necessidade mais oportuna de redes de proteção social. Nesse sentido, o que emerge não é apenas a contagem de vidas interrompidas, mas as condições sociais e ambientais que tornam essas mortes possíveis, ou mesmo previsíveis. Os números dão pistas de onde os serviços precisam melhorar, onde as políticas públicas devem chegar e onde o SUS precisa se reinventar para garantir cuidado integral, equitativo e resolutivo. Eles também alertam para a necessidade de respostas multissetoriais, que ultrapassem os muros do setor da saúde e articulem segurança, educação, assistência social e desenvolvimento sustentável.

Em suma é preciso reconhecer que, em Roraima, cada faixa etária carrega em si marcas específicas de vulnerabilidade: os recém-nascidos nas comunidades indígenas isoladas, as crianças sem saneamento nas periferias urbanas, os adolescentes e adultos expostos à violência, ao suicídio, ao enfrentando doenças infecciosas e crônicas sem acesso regular ao cuidado, e os idosos que envelhecem em parte entre a solidão e a ausência de serviços. Esses não são apenas desafios biomédicos; são expressões de uma equação multidimensional de causas que contribuem para o seu desfecho.

3.13.23 - MORTALIDADE POR COR E RAÇA

A mortalidade por cor e raça no Estado de Roraima expressa, com clareza, as desigualdades históricas e estruturais que atravessam o sistema de saúde e os determinantes sociais da vida. Ao analisar o perfil dos óbitos segundo esses marcadores identitários, somos desafiados a reconhecer que não se trata apenas de medir a frequência de eventos, mas de revelar onde, e entre quem a morte incide com maior intensidade, precocidade e evitabilidade. Cor e raça, ainda que muitas vezes tratadas como meras categorias estatísticas, são determinantes poderosos das iniquidades em saúde. Elas operam silenciosamente no cotidiano, influenciando o acesso ao cuidado, a qualidade da atenção recebida, a forma como o adoecimento é reconhecido e, muitas vezes, o tempo de espera entre a necessidade e a resposta institucional.

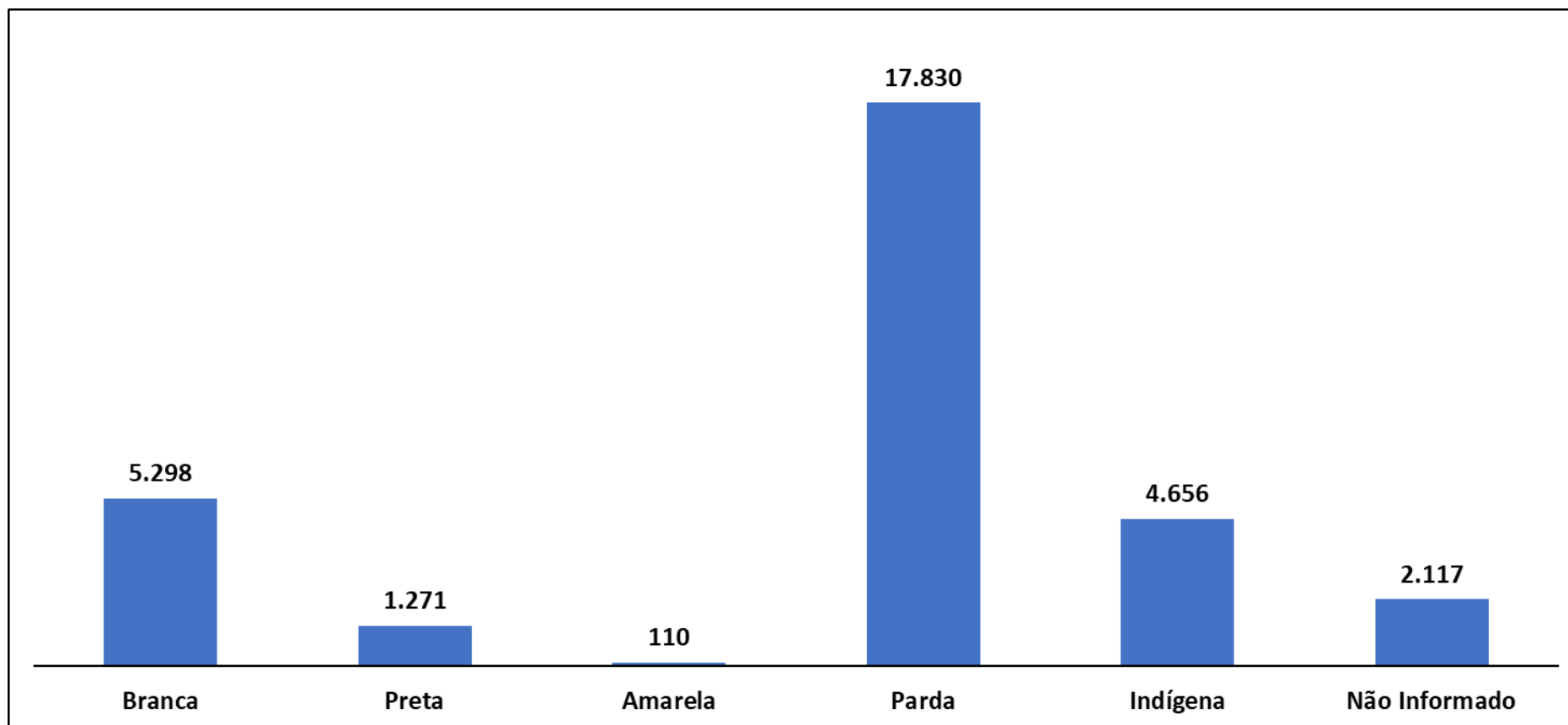
Em Roraima, onde coexistem majoritariamente populações autodeclaradas pardas, indígenas, brancas, pretas e, em menor escala, amarelas, a mortalidade por grupo de causas segundo raça/cor revela desigualdades que não podem ser explicadas apenas por questões geográficas ou socioeconômicas. Os perfis distintos observados entre os grupos raciais não são apenas reflexos da exposição biológica a riscos, mas expressões concretas do racismo estrutural e institucional, da desigualdade territorial e da desatenção prolongada do Estado em suas múltiplas esferas. Incorporar a variável raça/cor ao diagnóstico da situação de saúde é, portanto, uma estratégia de enfrentamento da invisibilidade e uma ferramenta essencial para se enfrentar as iniquidades. Com base nos dados extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), apresenta-se a seguir a consolidação dos óbitos registrados no Estado de Roraima no período de 2015 a 2024, desagregados por grupo de causas segundo a variável raça/cor. A tabela e o gráfico visam oferecer um panorama sobre as ocorrências étnico-raciais nos padrões de mortalidade, evidenciando o quanto a cor e a raça influenciam o risco de morrer especialmente por causas evitáveis e em diferentes contextos.

Essa leitura permite identificar, por exemplo, a predominância das causas externas entre populações indígenas e pardas, o peso desproporcional das doenças infecciosas nos territórios vulneráveis e a concentração de óbitos por doenças crônicas entre populações brancas com maior acesso aos serviços de diagnóstico. Também chama atenção o percentual de registros com informação ignorada de raça/cor, o que compromete a qualidade do monitoramento e reforça a atenção quanto a qualificação dos sistemas de informação em saúde. Nesse sentido, os dados apresentados devem ser lidos como expressões de trajetórias de vida marcadas por desigualdade, e que também exige atenção institucional.

Tabela 55 - Mortalidade por Grupo de Causas Segundo Cor e Raça (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID 10 (Capítulos)	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Não Informado	Total	%
1	Causas externas de morbidade e mortalidade	554	160	19	4.041	1.142	84	6.000	19,18
2	Doenças do aparelho circulatório	1.254	367	27	3.654	445	114	5.861	18,74
3	Neoplasias (tumores)	979	186	23	2.429	315	88	4.020	12,85
4	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	619	141	9	2.145	673	102	3.689	11,79
5	Doenças do aparelho respiratório	523	107	13	1.241	564	67	2.515	8,04
6	Algumas afec originadas no período perinatal	139	9	2	475	232	1.402	2.259	7,22
7	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	353	95	3	1.024	407	42	1.924	6,15
8	Doenças do aparelho digestivo	207	73	6	750	202	26	1.264	4,04
9	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	137	46	1	586	263	14	1.047	3,35
10	Doenças do aparelho geniturinário	140	45	2	448	105	21	761	2,43
11	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	106	5	2	289	105	122	629	2,01
12	Doenças do sistema nervoso	164	18	3	311	58	16	570	1,82
13	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	26	3	0	110	34	5	178	0,57
14	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	30	4	0	100	22	3	159	0,51
15	Gravidez parto e puerpério	18	5	0	87	41	5	156	0,50
16	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	36	3	0	71	36	3	149	0,48
17	Transtornos mentais e comportamentais	9	3	0	63	12	1	88	0,28
18	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	4	1	0	6	0	2	13	0,04
Total		5.298	1.271	110	17.830	4.656	2.117	31.282	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		16,94	4,06	0,35	57,00	14,88	6,77	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 28 - Número Absoluto de Mortalidades por Cor e Raça (2015-2024)

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da mortalidade por grupo de causas segundo cor e raça no Estado de Roraima expõe de maneira inequívoca a face mais estrutural das desigualdades em saúde. Com base em 31.282 registros de óbitos acumulados entre 2015 e 2024, observa-se que 57% foram entre pessoas que se autodeclararam pardas, seguidas por brancas (16,94%), indígenas (14,88%), pretas (4,06%), amarelas (0,35%) e sem informação (6,77%). Embora as categorias "parda" e "indígena" reflitam a composição étnico-demográfica do Estado, a análise por causas demonstra que os riscos de morrer são desigualmente distribuídos e, mais ainda, socialmente determinados.

Com base nos dados para essas categorias entre a população parda, as causas externas lideram com 4.041 óbitos, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório (3.654) e pelas neoplasias (2.429). Este grupo, majoritário na composição populacional urbana e periurbana de Boa Vista e dos municípios do eixo BR-174, está exposto a determinantes como urbanização acelerada, insegurança alimentar, baixo alcance da atenção primária à saúde e violência urbana. A preponderância das causas externas nesse grupo aponta para melhorias na proteção social e segurança pública, além de lacunas nas estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos evitáveis.

Já na população indígena, observa-se um perfil de mortalidade marcado por vulnerabilidades sanitárias persistentes. As doenças infecciosas e parasitárias somam 673 óbitos, enquanto as doenças do aparelho respiratório totalizam 564, as causas perinatais 232 e as causas externas 1.142, este último número alto que ultrapassa, em termos proporcionais grupos com maior presença urbana. Essas causas revelam a intersecção de múltiplos determinantes, tais como: dificuldades de acesso aos serviços de saúde, barreiras linguísticas e culturais, desnutrição, sobreposição de agravos e a histórica negligência institucional em relação aos povos originários. Além disso, a alta mortalidade infantil e perinatal entre indígenas reforça a atenção para melhoria de redes integradas e contínuas de cuidado à gestante, ao parto e à infância em regiões como Uiramutã, Amajari, Alto Alegre e Normandia.

A população branca, embora numericamente menor, apresenta padrões mais alinhados ao modelo de transição epidemiológica avançada, com maior peso de doenças crônicas, tais como: doenças do aparelho circulatório (1.254), neoplasias (979) e doenças endócrinas (353). Isso sugere que, além da questão racial, há um componente socioeconômico associado, com maior acesso a serviços de saúde e diagnóstico precoce. No entanto, o volume ainda considerável de causas externas (554 óbitos) mostra que esse grupo também não está imune à violência e aos riscos do ambiente urbano.

Na população preta, com 1.271 óbitos, o perfil também é marcado por desigualdade: as doenças do aparelho circulatório (367), causas externas (160), e doenças infecciosas e parasitárias (141) estão entre as principais causas. Embora numericamente menor na composição demográfica de Roraima, este grupo expressa desigualdades interseccionais pouco visibilizadas nas políticas locais. As mortes por causas externas e infecciosas reforçam a hipótese de exclusão social e baixa acessibilidade aos serviços, especialmente nos bolsões periféricos e em contextos de migração interna ou informalidade.

A categoria amarela, com 110 óbitos, representa uma parcela reduzida dos registros, o que dificulta inferências robustas, mas ainda assim aponta para a necessidade de qualificação dos dados de raça/cor na base do SIM/SUS. O número de óbitos com raça/cor não informada (2.117, ou 6,77%) representa uma fragilidade na inserção da notificação das informações no sistema, especialmente em um Estado com marcada diversidade étnico-racial. Esse dado compromete a visibilidade de populações historicamente marginalizadas e reforça a importância da capacitação das equipes de saúde, da valorização da variável “raça/cor” e concomitantemente a integração com políticas e discursões sobre a promoção da equidade.

De forma geral, os dados evidenciam que a mortalidade em Roraima carrega o peso do racismo estrutural e da desigualdade social, que se expressam em riscos desiguais de morrer segundo a cor e a raça. Eles revelam que não basta ampliar a cobertura de serviços; é preciso fazer com que esses serviços cheguem com qualidade, culturalmente adaptados, e com políticas específicas para os grupos historicamente negligenciados. Esta análise, reafirma o princípio da equidade como eixo transversal da saúde.

Nesse sentido, análise da mortalidade por grupo de causas segundo cor e raça em Roraima no período de 2015 a 2024 revela com nitidez que as desigualdades em saúde são atravessadas, de forma persistente e estrutural, pelos marcadores étnico-raciais. A leitura dos dados evidencia que cor e raça não são apenas categorias demográficas são, sobretudo, determinantes sociais que condicionam o risco de morrer mais cedo, de forma evitável e em contextos de desproteção. Os dados não falam apenas de causas biológicas, mas de sistemas que historicamente operam de forma desigual, afetando desproporcionalmente os grupos.

As populações autodeclaradas pardas e indígenas, que compõem a maior parte da estrutura populacional do Estado, concentram também a maior carga de mortalidade, principalmente por causas externas, doenças infecciosas e agravos evitáveis. No caso dos povos indígenas, os padrões de óbito refletem as ausências institucionais e a histórica negligência do Estado em assegurar o direito à saúde com respeito à cultura, ao território e à organização social desses povos. A prevalência de mortes evitáveis entre indígenas, inclusive em crianças menores de cinco anos, representa não apenas uma evidência, mas uma violação dos princípios do SUS e dos direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal.

Por isso, mais do que reconhecer os dados, é preciso atuar sobre eles. Reduzir a mortalidade de forma equitativa exige reconhecer o racismo estrutural como determinante em saúde, incorporar a variável raça/cor como critério de priorização de políticas públicas e assegurar que os serviços sejam culturalmente competentes e territorialmente acessíveis. Roraima, pela sua complexidade étnico-racial, não pode prescindir de uma abordagem interseccional, que reconheça que cor e raça influenciam o adoecer, o morrer e, sobretudo, o direito de viver com dignidade. Isso significa também compromisso ético de reparar desigualdades históricas e de garantir que cor e raça não sejam mais preditores de morte precoce em um Estado que se pretende cada vez mais democrático e equitativo.

3.13.24 - MORTALIDADE MATERNA DIRETA

A implementação da Rede Materna e Infantil (Rede Alyne), instituída pelo Ministério da Saúde em 2023 como uma nova estratégia nacional de enfrentamento da mortalidade materna e infantil, representa um avanço significativo no campo da equidade em saúde e dos direitos humanos das mulheres. A rede leva o nome de Alyne da Silva Pimentel, uma mulher negra vítima de omissão obstétrica e negligência institucional, cujo caso foi reconhecido internacionalmente como símbolo da luta contra o racismo estrutural nos serviços de saúde. A Rede Alyne propõe uma abordagem interseccional e integrada do cuidado, com foco na atenção humanizada, qualificada e resolutiva às mulheres negras, indígenas, periféricas e em situação de vulnerabilidade social, desde o pré-natal até o puerpério. No Estado de Roraima, sua adoção implica reconhecer as múltiplas barreiras enfrentadas por mulheres gestantes em áreas de fronteira, comunidades indígenas, zonas rurais remotas e contextos migratórios. Mais do que uma mudança de nome, a Rede Alyne representa um compromisso ético e institucional com a justiça reprodutiva e o enfrentamento do racismo e demais formas de discriminação que ainda persistem e podem afetar a assistência obstétrica no Brasil.

Nesse sentido, com base nos dados extraídos dos sistemas SIM/SUS e SINASC/SUS, apresenta-se a seguir a série histórica dos óbitos maternos diretos ocorridos no Estado de Roraima entre 2015 e 2024. A tabela consolida o número absoluto de mortes por grupos de causas (CID-10, Capítulo XV) e a Razão de Mortalidade Materna (RMM), calculada a partir do número total de nascidos vivos em cada ano. O gráfico complementar ilustra a evolução da RMM no decênio, revelando oscilações importantes, com picos marcantes em anos críticos como 2021, cuja razão ultrapassou 280 óbitos por 100 mil nascidos vivos — valor significativamente superior à meta dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que preconiza uma RMM inferior a 70 até 2030. Além disso a apresentação desses dados permite observar lacunas persistentes no acesso ao pré-natal qualificado, à assistência ao parto com segurança e ao acompanhamento do puerpério especialmente em regiões de difícil acesso, comunidades indígenas, e áreas periféricas urbanas.

Para qualificar a compreensão do cenário da mortalidade materna no Estado de Roraima, a tabela detalha a distribuição dos 167 óbitos maternos por categorias clínicas conforme a CID-10, permitindo identificar os principais determinantes obstétricos dessas mortes, enquanto o gráfico ilustra as flutuações anuais da RMM, evidenciando picos de agravamento que coincidem com períodos de crise sanitária e fragilidade assistencial. Esta visualização orienta o olhar técnico e político para os pontos críticos da atenção obstétrica no Estado, oferecendo subsídios concretos para o redirecionamento das ações estratégicas e para o fortalecimento de respostas mais equitativas e oportunas.

Tabela 56 - Mortalidade Materna Direta por Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID 10 (Cap. 15)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
1	Outr doenc virais compl gravidez parto puerp	-	-	1	-	-	8	25	3	1	-	38
2	Aborto retido	-	1	-	-	1	1	-	5	-	-	8
3	Infecção puerperal	2	-	-	1	2	2	-	-	1	-	8
4	Outr hemorragias do pós-parto imediato	1	-	-	2	-	-	1	-	1	2	7
5	Compl ou NE c/outr complic ou c/complic NE	-	-	-	1	1	1	1	-	-	1	5
6	Eclâmpsia na gravidez	1	-	1	-	2	1	-	-	-	-	5
7	Eclâmpsia NE quanto ao período	1	-	-	-	1	-	1	-	1	1	5
8	Outr doen inf paras mat comp grav parto puerp	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	5
9	Gravidez tubaria	-	1	-	-	1	-	-	-	2	-	4
10	Compl ou NE complic inf trato gen org pélvico	-	-	1	2	1	-	-	-	-	-	4
11	Pré-eclâmpsia grave	-	1	1	-	1	-	-	-	-	1	4
12	Outr complic do puerpério NCOP	-	-	-	1	-	-	2	1	-	-	4
13	Outr doenc afec espec. compl grav parto puerp	-	1	-	-	-	-	2	-	1	-	4
14	Pré-eclâmpsia NE	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	3
15	Eclâmpsia no trabalho de parto	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	3
16	Descolamento prematuro da placenta NE	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	3
17	Hemorragias pós-parto tardio e secundário	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	3
18	Outr complic espec. trab. parto e do parto	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	3
19	Compl ou NE c/outr complic ou c/complic NE	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
20	Compl ou NE complic hemorrag excess ou tard	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2
21	Eclâmpsia no puerpério	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
22	Hipertensão materna NE	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
23	Outr afecções espec. ligadas a gravidez	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2
24	Outr transt da placenta	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	2
25	Placenta previa c/hemorragia	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2
26	Outr infecc puerperais espec.	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	2
27	Morte obstétrica de causa NE	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2
28	Doenc caus protozoar compl grav parto puerp	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2

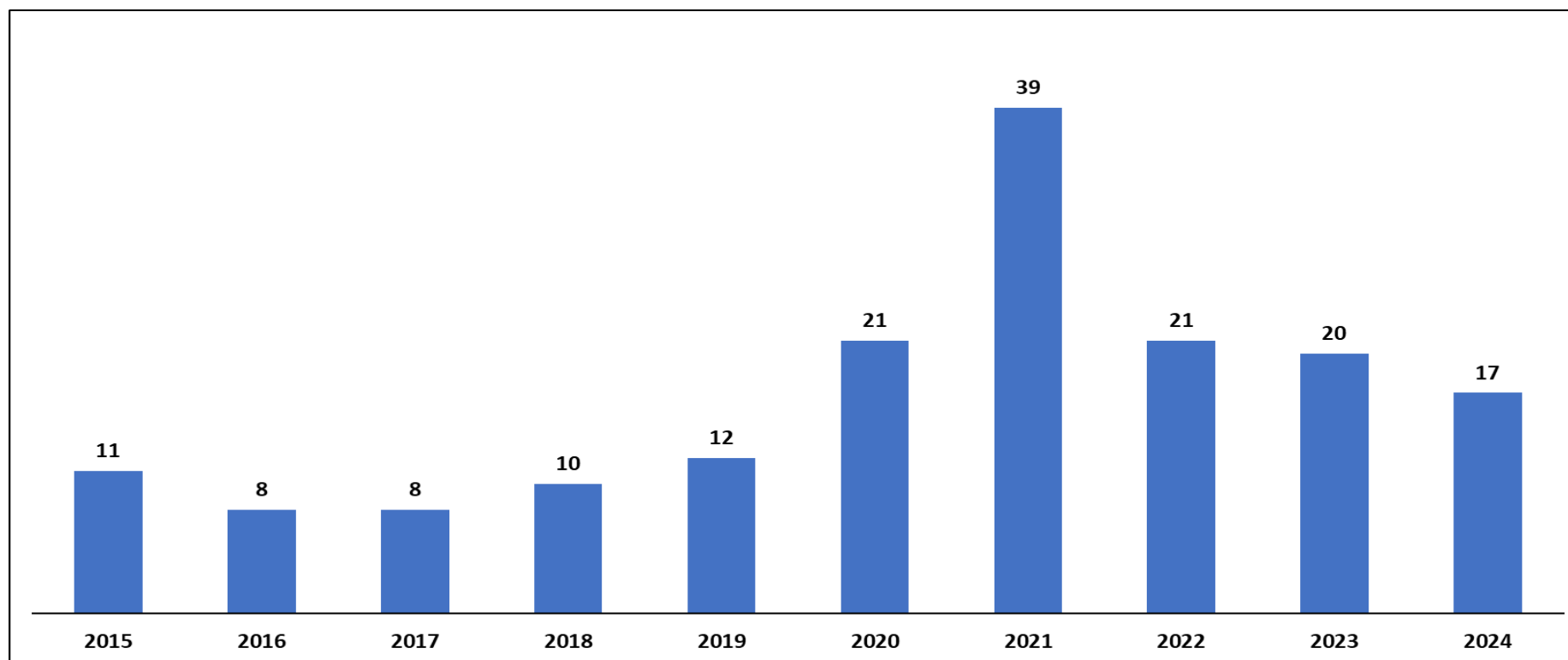
29	Outr form de gravidez ectópica	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
30	Mola hidatiforme NE	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
31	Compl ou NE complic hemorrag excess ou tard	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
32	Completo ou NE s/complic	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
33	Compl ou NE c/outr complic ou c/complic NE	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
34	Incompl complic inf trato genit org pélvicos	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
35	Incompl complic hemorragia excessiva ou tard	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
36	Outr form e NE falh prov abort outr compl NE	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
37	Hipertens pre-exist NE compl grav parto puer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
38	Hipertensão gestacional s/proteinúria signif	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
39	Hiperêmese gravídica c/distúrbio metabólico	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
40	Infecç outr partes trato urinário gravidez	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
41	Transt do fígado na gravidez parto puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
42	Infecç do saco amniótico e das membranas	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
43	Hemorragia anteparto c/defic de coagulação	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
44	Outr form de inercia uterina	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
45	Anormalidades da contração uterina NE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
46	Trab parto e parto compl outr evid sofr fet	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
47	Laceração de períneo durante o parto NE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
48	Ruptura do útero durante o trabalho de parto	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
49	Hemorragia do terceiro estagio	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
50	Retenção da placenta s/hemorragia	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
51	Choque durante ou subseq trab parto e parto	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
52	Outr complic proced ou cirurgia obstétrica	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
53	Infecç da incisão cirúrgica orig obstétrica	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
54	Outr complic venosas no puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
55	Complic do puerpério NE	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
56	Doen inf paras mat NE compl grav parto puerp	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
57	Out doenças hemat imun comp grav part puer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
58	Doenc ap respirat compl gravidez parto puerp	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

59	Doenças do aparelho digestivo complicadas gravidez parto puerp	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Número Absoluto de Óbitos Maternos		11	8	8	10	12	21	39	21	20	17	167
Número Absoluto de Nascidos Vivos		11.423	11.381	11.755	12.697	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	11.775	127.480
Razão de Mortalidade Materna (RMM)		96,30	70,29	68,06	78,76	81,87	152,51	280,43	160,32	153,66	144,37	131,00

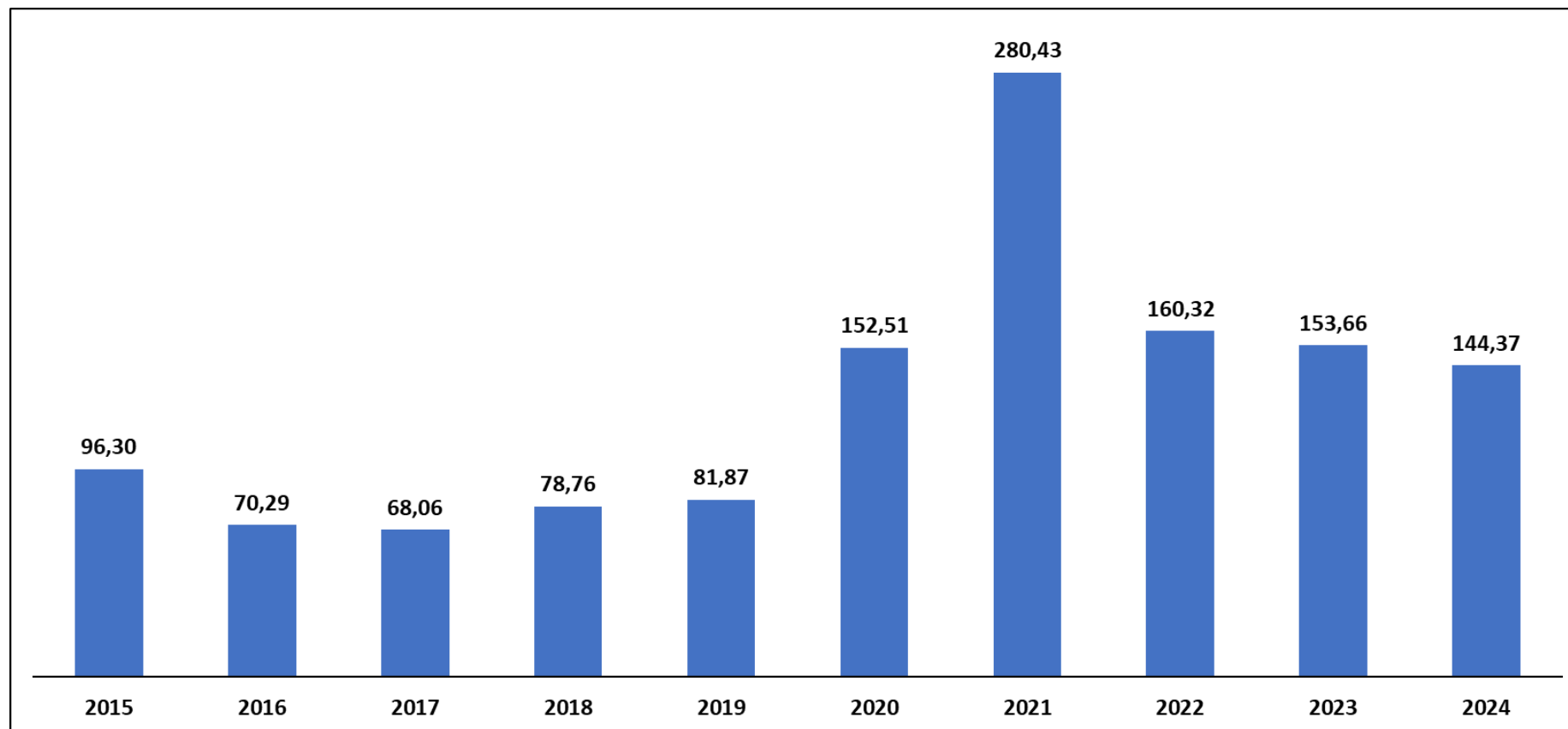
Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Inf. Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 29 - Número Absoluto de Óbitos Maternos Diretos (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 30 - Razão de Mortalidade Materna (2015-2024)

Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A mortalidade materna direta em Roraima, entre os anos de 2015 e 2024, apresenta um cenário de persistência, com oscilações significativas na razão de óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, revelando fragilidades estruturais no cuidado obstétrico e na capacidade do sistema de saúde estadual de garantir uma gestação segura, um parto assistido e um puerpério protegido. Foram registrados 167 óbitos maternos diretos no período, com um pico expressivo em 2021 (39 óbitos) e razões de mortalidade que ultrapassaram em diversos anos os 150/100 mil nascidos vivos, atingindo o valor alarmante de 280,56 em 2021, quase quatro vezes acima da meta do ODS 3.1, que estabelece como objetivo a redução da razão para menos de 70 até 2030.

As principais causas de morte materna direta no período estão concentradas em um conjunto de condições amplamente reconhecidas como evitáveis no âmbito da atenção obstétrica qualificada. Destacam-se os óbitos por outras doenças virais complicando gravidez, parto e puerpério (38 óbitos), com especial concentração nos anos de 2020 e 2021, período crítico da pandemia da COVID-19, o que indica a vulnerabilidade das gestantes a infecções respiratórias e a sobrecarga hospitalar nos serviços de referência. A seguir, aparecem causas como síndromes hipertensivas específicas, incluindo eclâmpsia (13 óbitos) e pré-eclâmpsia (7 óbitos), além de infecção puerperal (8 óbitos), hemorragias pós-parto (10 óbitos somando códigos específicos), e abortos (8 óbitos registrados). Todas essas causas possuem protocolos clínicos definidos, medidas de prevenção disponíveis e resposta terapêutica conhecida, o que reforça o caráter evitável dessas mortes sob a ótica da saúde.

Ao longo do período analisado, a mortalidade materna se manteve acima da média nacional, e os dados apontam para um padrão cumulativo de falhas na cobertura de pré-natal adequado, dificuldades de acesso a leitos obstétricos especializados, ausência de protocolos clínicos unificados entre os níveis de atenção, retardo na tomada de decisão frente a emergências obstétricas e fragilidade nas estruturas de regulação assistencial, especialmente nos municípios fora da capital. Essas lacunas já foram apontadas de forma indireta e integrada em análises anteriores, particularmente nos subitens sobre mortalidade por faixa etária bem como cor e raça.

Geograficamente, os óbitos maternos no interior concentram-se nos municípios que dependem exclusivamente de transporte intermunicipal para o acesso a maternidades de referência, tais como: Caracaraí, São Luiz, Amajari, Pacaraima, Normandia e Uiramutã, territórios com presença expressiva de população indígena e migrantes em situação de vulnerabilidade. Nestes contextos, a ausência de profissionais obstetras, o subdimensionamento da equipe de enfermagem, a descontinuidade de insumos e as barreiras linguísticas e culturais comprometem o tempo de resposta às complicações gestacionais. As mortes maternas em mulheres autodeclaradas pardas e pretas também se destacam nos registros dos últimos anos, refletindo não apenas desigualdades sociais históricas, mas também expressões contemporâneas de racismo e violência obstétrica, especialmente em ambientes urbanos periféricos.

A análise das causas de morte também evidencia que, embora o parto continue sendo o momento de maior vulnerabilidade, as complicações tardias do puerpério vêm ganhando importância relativa, com registro de sepse e hemorragias tardias que muitas vezes evoluem fora do ambiente hospitalar, agravadas pela alta precoce e pela descontinuidade do acompanhamento clínico da puérpera. Esses dados demonstram a necessidade de fortalecer a atenção no pós-parto imediato e ampliado, garantindo o vínculo com a equipe da atenção primária, a visita domiciliar e a vigilância ativa de sinais de risco.

A estrutura de resposta estatal tem a capacidade de se articular entre os níveis de atenção e de cobertura nos territórios de maior vulnerabilidade. Nesse sentido, a recente implementação do cuidado materno e infantil representado pela Rede Alyne no Estado reconhece a necessidade de enfrentar os problemas onde exista e ampliar o cuidado integral e interseccional às mulheres negras, indígenas e periféricas, representando uma oportunidade política e ética para reorganizar o modelo de atenção à saúde materna em Roraima. Com a incorporação recente de seus princípios à rede estadual isso pode significar não apenas a redução de mortes, mas a afirmação do SUS como um sistema cada vez mais comprometido com a equidade e a dignidade das mulheres.

A persistência da mortalidade materna direta em Roraima entre 2015 e 2024, com números que ultrapassam sistematicamente os parâmetros aceitáveis definidos nacional e internacionalmente, evidencia que o risco de morrer durante a gestação, o parto ou o puerpério continua sendo um desafio concreto para gestão, seja ela municipal ou estadual no cuidado com as mulheres. Mais do que uma falha isolada do sistema de saúde, cada morte materna representa a necessidade de enfrentamento a um conjunto de causas predominantes, tais como: síndromes hipertensivas, infecções puerperais, hemorragias obstétricas e complicações pós-parto as quais são amplamente conhecidas e evitáveis com medidas de baixo custo e tecnologias disponíveis no SUS. A análise demonstra que essas mortes não são eventos imprevisíveis: são, em grande parte advinda da necessidade de uma assistência oportuna da linha de cuidado e da resposta institucional ao pré natal. A descontinuidade entre o pré-natal, o parto e o puerpério, associada à centralização da assistência em poucos pontos ou pontos distantes do acesso a mulher grávida, compromete a integralidade da atenção e aumenta o tempo-resposta em emergências obstétricas.

Nesse sentido é especialmente importante ressaltar o impacto sobre populações historicamente vulnerabilizadas. Mulheres indígenas, pardas, pretas, migrantes e residentes em áreas rurais distantes são representados entre os óbitos maternos, revelando o peso diante de realidades complexas. A implementação da nova rede materna infantil (Rede Alyne) nesse cenário representa uma oportunidade concreta para enfrentar essas desigualdades com abordagem interseccional, culturalmente sensível e territorialmente resolutive. Assim, enfrentar a mortalidade materna em Roraima não é apenas uma meta técnica em si, motivo pelo qual deve ser enxergada como um compromisso ético e institucional com a vida, com a justiça reprodutiva e com a construção de um sistema de saúde que proteja, escute e acolha de forma mais adequada todas as mulheres.

Por fim, embora o Estado de Roraima ainda mantenha índices de mortalidade materna em patamares preocupantes, o ano de 2024 apresentou uma redução importante da Razão de Mortalidade Materna (RMM), alcançando 144,37 óbitos por 100 mil nascidos vivos, o menor valor dos últimos quatro anos e anterior ao período pandêmico. Essa queda de quase 50% em relação ao pico de 2021 (280,56) sinaliza um movimento importante de resposta e reorganização da rede de atenção obstétrica, fortalecimento dos fluxos, reativação dos comitês de prevenção e maior estabilidade dos serviços pós-pandemia. Embora o número absoluto de óbitos ainda seja elevado (17 óbitos diretos), a diminuição consistente em um contexto de redução do número de nascidos vivos, reforça a importância de sustentar políticas públicas que atuem sobre os determinantes da morte materna com continuidade, e compromisso com a equidade. Este dado, portanto, não deve ser interpretado como um ponto de chegada, mas como um sinal de reversão do quadro de mortes maternas por meio de enfrentamentos qualificados e vigilância ativa.

3.13.25 - MORTALIDADE FETAL E INFANTIL

A mortalidade fetal e infantil representa um dos mais sensíveis e importantes indicadores da qualidade da atenção à saúde, da efetividade das políticas públicas de proteção social e das condições de vida da população. Esses óbitos não são apenas eventos clínicos: são expressões do andamento da rede de cuidado, das políticas intersetoriais e, sobretudo, dos problemas do sistema em garantir o direito mais elementar da existência humana, o direito de nascer e viver com dignidade.

Do ponto de vista conceitual, a morte fetal é definida como o óbito de um feto sem sinais vitais ao nascer (sem respiração, batimentos cardíacos ou movimentação), ocorrida com 22 semanas gestacionais completas ou mais, ou com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas, ou 25 centímetros de comprimento corporal, esses são critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e adotados pelo Ministério da Saúde. Essas mortes ocorrem antes ou durante o parto e podem refletir falhas na atenção pré-natal, no cuidado obstétrico e na organização dos serviços de saúde, especialmente no acompanhamento de gestantes de alto risco.

Já a mortalidade infantil refere-se ao óbito de crianças nascidas vivas que morrem antes de completar 1 ano de vida, sendo subdividida em três componentes: mortalidade neonatal precoce: 0 a 6 dias de vida, geralmente associada à qualidade do parto e atenção ao recém-nascido; mortalidade neonatal tardia: 7 a 27 dias, frequentemente relacionada a infecções, prematuridade e falhas no cuidado contínuo; e mortalidade pós-neonatal: 28 dias a 11 meses, fortemente impactada por determinantes socioambientais, desnutrição, doenças respiratórias e ausência de proteção social.

No contexto de Roraima, a análise integrada da mortalidade fetal e infantil exige um olhar multinacional e ampliado. A presença de populações indígenas vivendo em áreas remotas, o crescimento populacional em áreas urbanas periféricas, os fluxos migratórios internacionais e o acesso a saneamento básico e alimentação adequada criam um ambiente de risco crônico para a gestação, o nascimento e o primeiro ano de vida. Muitas dessas mortes ocorrem longe de hospitais, sem registro completo ou sem investigação adequada, o que compromete tanto a resposta institucional quanto a capacidade de enfrentar esse cenário no contexto da saúde.

A elevada ocorrência de óbitos fetais e infantis é, portanto, um marcador de fragilidade sistêmica que transcende o setor saúde. Ela exige ação articulada entre pré-natal qualificado, parto assistido por equipe treinada, atenção neonatal de alta densidade tecnológica, vigilância nutricional, imunização, visita domiciliar e escuta ativa das famílias e comunidades. E, acima de tudo, requer efetividade dos Entes em todas as suas esferas, para garantir que nascer e viver não sejam privilégios geográficos, raciais ou sociais, mas direitos universais.

Para qualificar a leitura e compreensão da mortalidade fetal e infantil no Estado de Roraima, serão apresentados a seguir uma síntese dos dados consolidados no período de 2015 a 2024. A abordagem metodológica adotada segue uma lógica epidemiológica que permite olhar o ciclo de vida desde o seu início mais sensível - a vida intrauterina, avançando cronologicamente para os diferentes momentos da infância até completar um ano de vida. Essa estrutura parte do mais específico, começando pela mortalidade fetal, passando pela mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardia (7 a 27 dias), pós-neonatal (28 dias a 11 meses) e, por fim, consolida o dado agregado de todas as faixas etárias na mortalidade infantil.

Nesse sentido a primeira apresentação de dados refere-se à Mortalidade Fetal, indicador diretamente relacionado à qualidade da atenção pré-natal, da vigilância obstétrica e da assistência ao parto. Este componente é sensível às falhas no rastreio de risco gestacional, às barreiras territoriais, à dificuldade de acesso a serviços especializados e à ausência de transporte sanitário eficiente, especialmente para populações indígenas, migrantes, ribeirinhas e residentes em áreas rurais isoladas. O acompanhamento da Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) e do número absoluto desses óbitos ao longo da década permite observar tendências importantes, períodos de agravamento e eventuais respostas institucionais que possam ter modificado esse perfil.

Na sequência, são apresentados os dados referentes à Mortalidade Neonatal Precoce (0 a 6 dias) que reflete diretamente a qualidade da assistência ao parto, à sala de parto e ao cuidado neonatal imediato, e em seguida a Mortalidade Neonatal Tardia (7 a 27 dias) que oferece uma visão da capacidade da rede de atenção neonatal em garantir continuidade do cuidado após a alta hospitalar ou após o período crítico imediato, abordando aspectos como infecções neonatais, manejo da prematuridade e suporte às condições clínicas complexas do recém-nascido. Na progressão da análise, é apresentada a Mortalidade Pós-Neonatal (28 dias até 11 meses), fortemente impactada pelas condições socioambientais, cobertura vacinal, acesso à alimentação adequada, vigilância nutricional e às condições de saneamento básico, que, no Estado de Roraima, ainda apresentam desigualdades, especialmente nos territórios indígenas, fronteiriços e ribeirinhos.

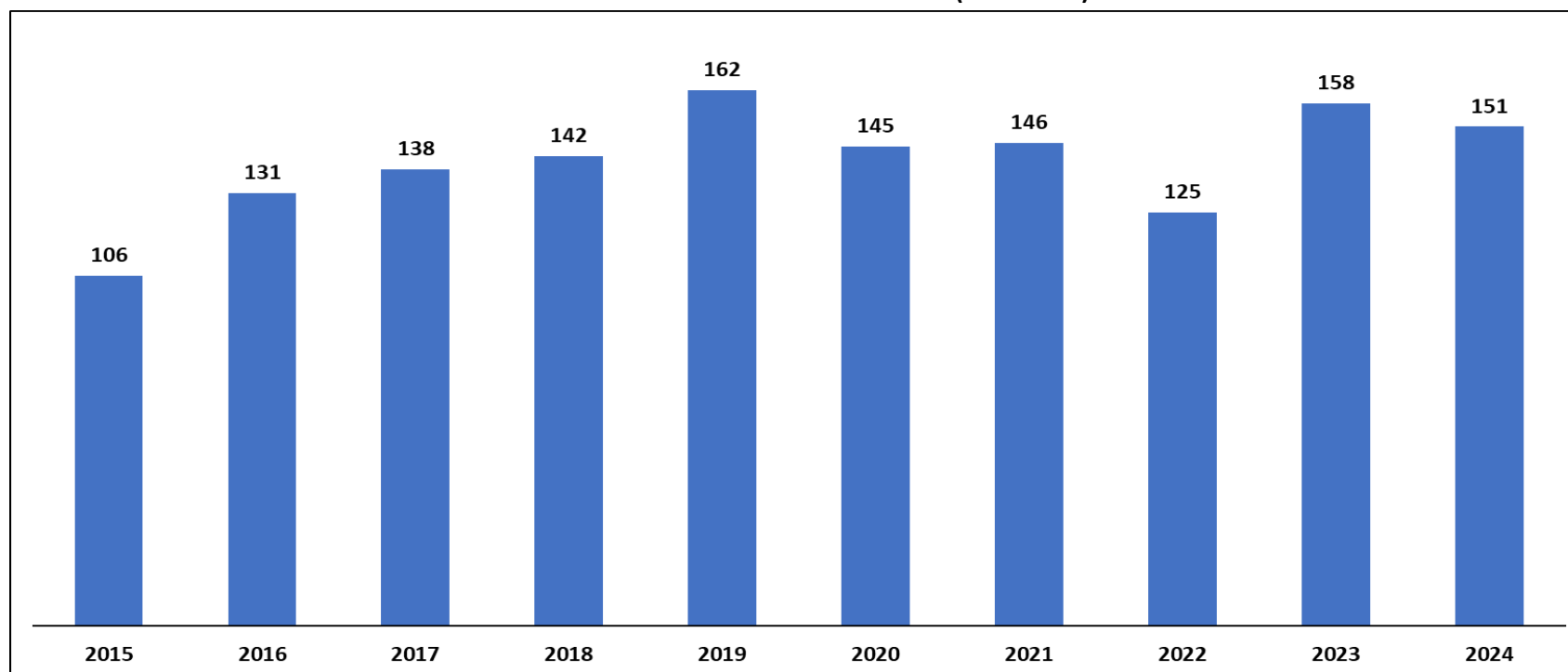
Por fim, consolida-se a leitura através dos dados de Mortalidade Infantil, que sintetizam os riscos acumulados de todas as faixas etárias da infância desde o nascimento até o primeiro ano de vida. Este é, reconhecidamente, um dos mais robustos e sensíveis indicadores da saúde pública, refletindo diretamente a eficácia das políticas de saúde, educação, assistência social, infraestrutura e proteção social.

Tabela 57 - Mortalidade Fetal por Grupo de Causas (2015-2024)

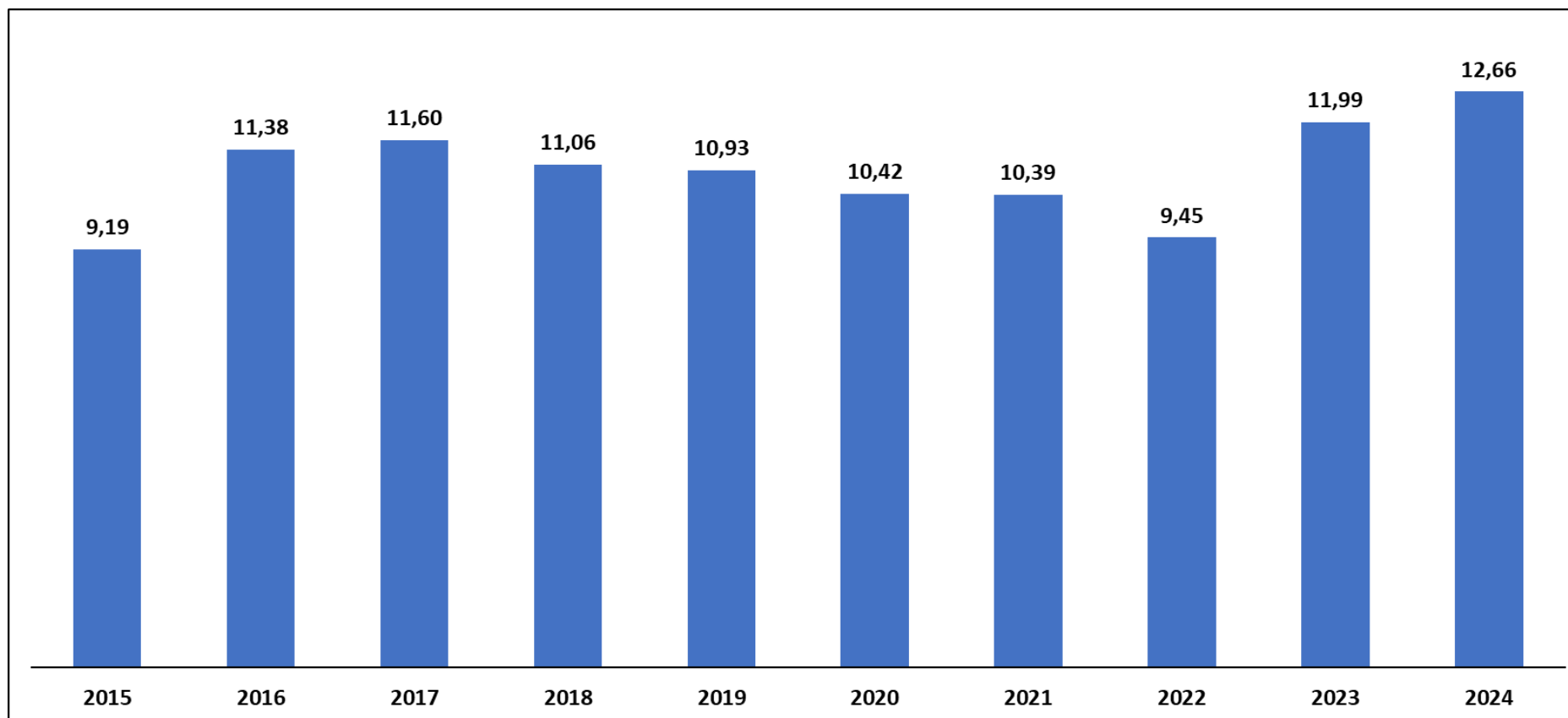
Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Algumas afec originadas no período perinatal	100	124	132	136	156	133	137	122	143	145	1.328	94,59
2	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	6	7	5	6	6	11	9	3	13	5	71	5,06
3	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	1	-	-	1	-	-	2	1	5	0,36
Total Absoluto de Óbitos Fetais		106	131	138	142	162	145	146	125	158	151	1.404	100
Número Absoluto de Nascidos Vivos		11.423	11.381	11.755	12.697	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	11.775	127.480	
Taxa de Mortalidade Fetal (TMF)		9,19	11,38	11,60	11,06	10,93	10,42	10,39	9,45	11,99	12,66	10,89	

Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 31 - Número Absoluto de Óbitos Fetais (2015-2024)

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 32 - Taxa de Mortalidade Fetal (2015-2024)

Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise dos dados de mortalidade fetal no Estado de Roraima, no período de 2015 a 2024, revela uma persistência nos óbitos fetais, com 1.404 ocorrências registradas na série histórica, resultando em uma Taxa de Mortalidade Fetal (TMF) média de 10,89. Esse patamar mantém-se acima dos parâmetros de países com sistemas de saúde bem estruturados onde a TMF é inferior a 5 e já aponta para desafios a serem enfrentados na continuidade da organização e efetividade da linha de cuidado pré-natal, da vigilância obstétrica e da assistência ao parto.

Ao observar os gráficos e os dados da tabela, nota-se que, embora haja flutuações anuais, a tendência geral é de manutenção de uma taxa elevada, com agravamento perceptível nos anos de 2023 (TMF de 11,99) e 2024 (TMF de 12,66), os maiores valores de toda a série. Esse cenário reflete não apenas o acúmulo de barreiras geográficas, culturais e institucionais, mas também evidencia a necessidade de melhorar as respostas estruturantes capazes de modificar o curso desse indicador ao longo da década analisada.

Quando se analisa o perfil das causas, os dados são absolutamente contundentes: 94,59% dos óbitos fetais são atribuídos ao grupo de “algumas afecções originadas no período perinatal” (CID-10 Capítulo XVI), que inclui complicações da gestação, parto e condições associadas à assistência obstétrica insuficiente. Este dado revela que a maioria esmagadora dos óbitos fetais poderia ser potencialmente evitável, desde que houvesse detecção precoce de riscos, qualificação dos serviços de pré-natal, organização da linha de cuidado gestacional e garantia de acesso a parto assistido em tempo oportuno, especialmente para as populações indígenas, ribeirinhos e/ou aquelas localizadas nas zonas rurais e para mulheres migrantes em condição de extrema vulnerabilidade.

O segundo maior grupo causal relevante são as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, representando 5,06% dos casos, o que está dentro da média esperada para esse tipo de ocorrência. No entanto, vale destacar que, mesmo nesse grupo, parte dos desfechos poderia ser mitigada com diagnóstico precoce, acompanhamento adequado e acesso a aconselhamento reprodutivo, especialmente em comunidades que possuem histórico de fatores ambientais de risco e falta de acesso regular aos serviços especializados. Não menos importante chamam a atenção ainda os registros, embora residuais, de óbitos fetais classificados como decorrentes de “doenças infecciosas e parasitárias” (0,36%), um alerta claro sobre a persistência de agravos preveníveis, como sífilis congênita, toxoplasmose, malária gestacional e outras infecções associadas à precariedade das condições de vida.

Em suma, os gráficos revelam que, ao contrário de outros indicadores que sofreram impactos significativos durante a pandemia da COVID-19, a Mortalidade Fetal manteve uma trajetória estável, porém elevada, ao longo de toda a década, indicando que suas causas estão mais associadas a determinantes estruturais, tais como: acesso, logística, barreiras culturais, racismo institucional e problemas no acolhimento obstétrico do que a choques sanitários episódicos. A seguir, trataremos da Mortalidade Neonatal Precoce, que concentra os óbitos ocorridos até o 6º dia de vida, sendo este um dos momentos mais críticos do ciclo de vida e, igualmente, um potente marcador da qualidade da atenção obstétrica, neonatal e das condições de nascimento no Estado de Roraima.

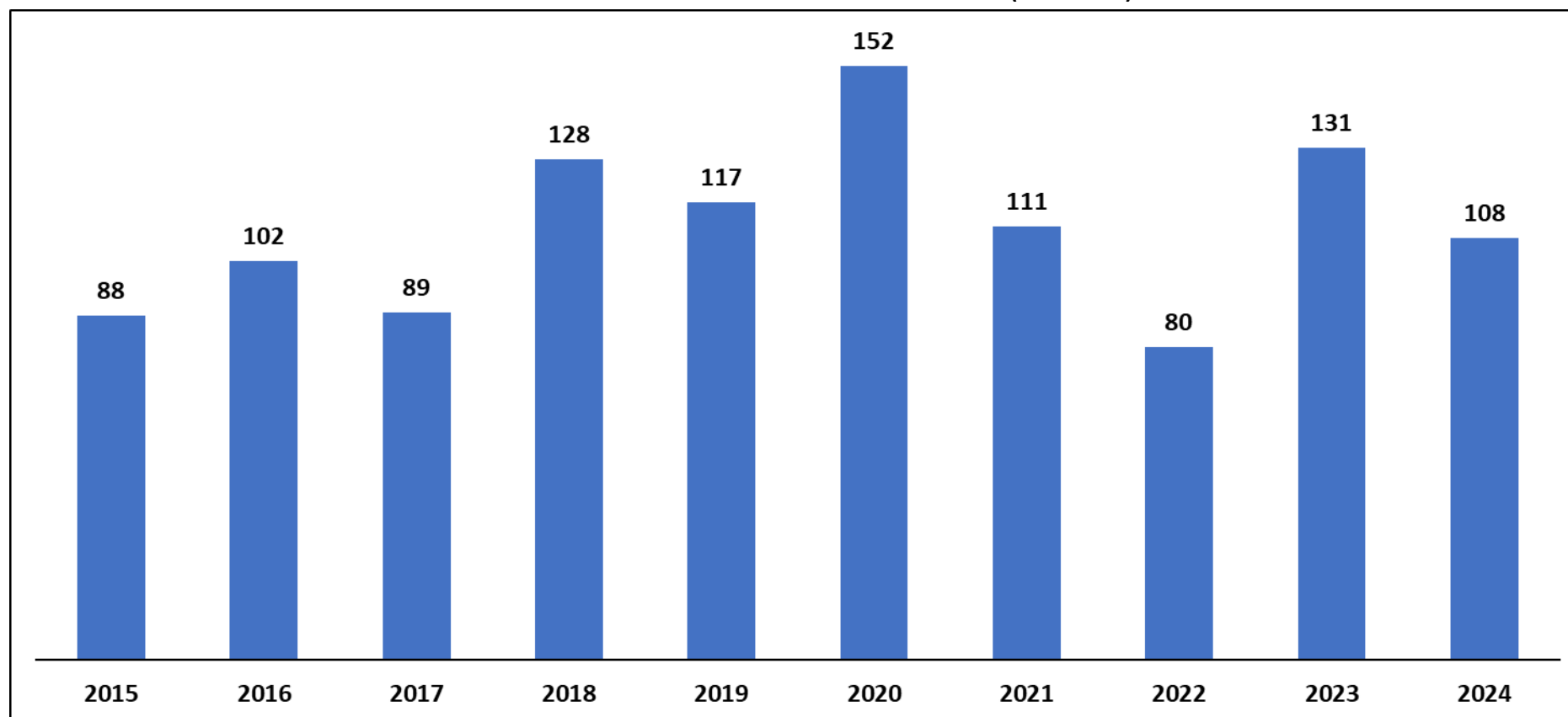
Tabela 58 - Mortalidade Neonatal Precoce - Até o 6º Dia de Vida (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Algumas afec originadas no período perinatal	49	64	57	69	67	100	77	53	89	69	694	62,75
2	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	12	15	19	27	24	24	19	18	28	19	205	18,54
3	Causas externas de morbidade e mortalidade	25	21	13	30	26	25	12	7	12	17	188	17,00
4	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	1	-	2	-	2	3	2	-	-	11	0,99
5	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	1	-	-	-	1	-	-	1	3	6	0,54
6	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	0,18
Total Absoluto de Óbitos Neonatais Precoces		88	102	89	128	117	152	111	80	131	108	1.106	100
Número Total de Nascidos Vivos		11.423	11.381	11.755	12.697	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	11.775	127.480	
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (TMNP)		7,64	8,88	7,51	9,98	7,92	10,92	7,92	6,07	9,96	9,09	8,60	

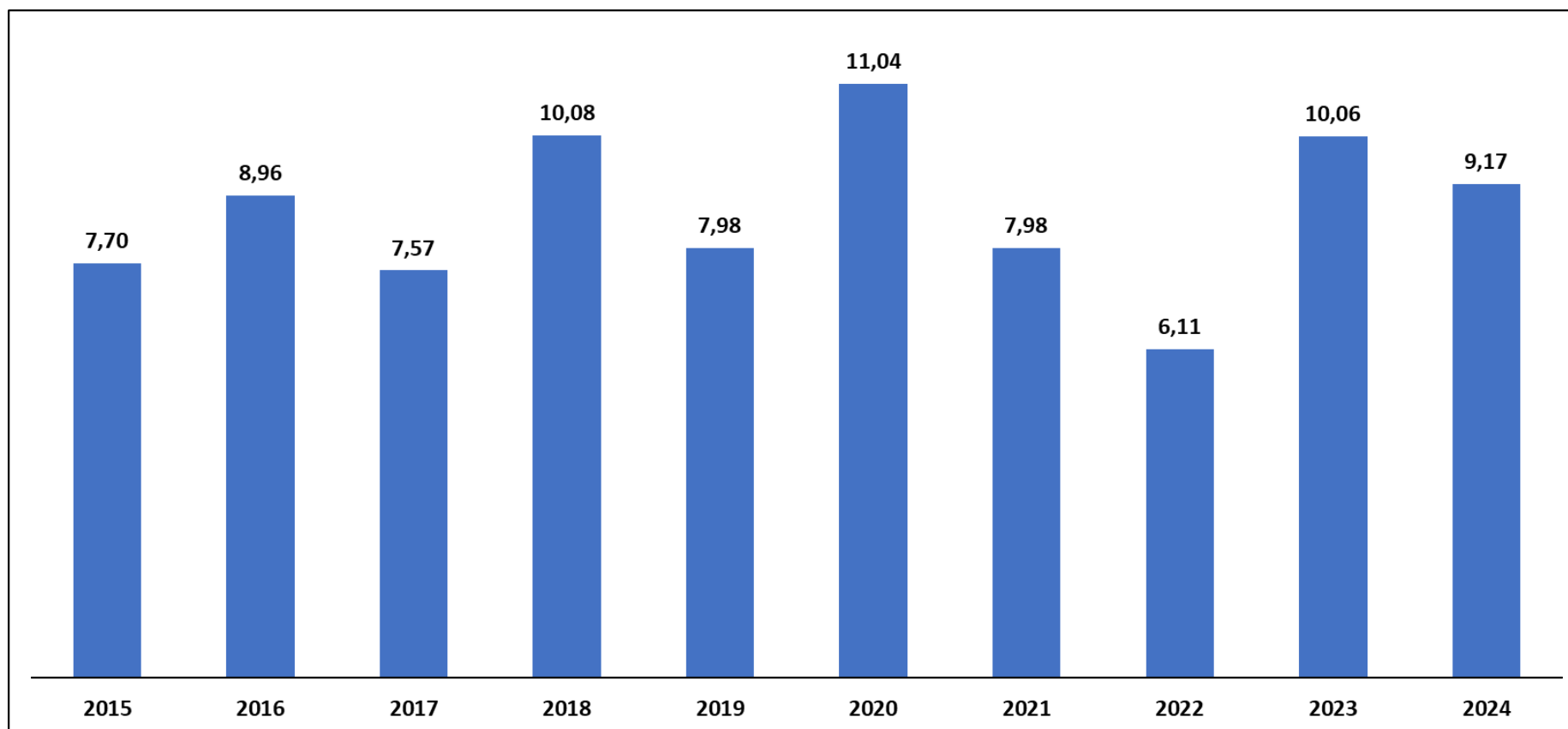
Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 33 - Número Absoluto de Óbitos Neonatais Precoces (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 34 - Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (2015-2024)

Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da Mortalidade Neonatal Precoce (até o 6º dia de vida) no Estado de Roraima, no período de 2015 a 2024, revela um cenário de persistente vulnerabilidade no cuidado materno-infantil, especialmente no que se refere à atenção ao parto, assistência na sala de parto e cuidado neonatal imediato. No total, foram registrados 1.106 óbitos, resultando numa Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (TMNP) média de 8,60 por mil nascidos vivos ao longo da década, um patamar ainda elevado, quando comparado aos padrões nacionais e aos parâmetros internacionais preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que estabelecem como aceitável menos de 5 por mil nascidos vivos.

O comportamento da TMNP em Roraima ao longo dos dez anos apresenta flutuações significativas, mas sem tendência clara de redução sustentável. Observa-se um pico expressivo em 2020 (11,04), seguido por patamares também elevados em 2018 (10,08), 2023 (10,06) e mais recentemente em 2024 (9,17). Este padrão reflete, de maneira muito contundente, que os avanços no fortalecimento da Rede Cegonha, na implementação de políticas voltadas à saúde da mulher e da criança, e mais recentemente com a Rede Alyne, ainda não foram suficientes para reverter de forma evidente esse cenário no Estado. Em termos absolutos, o número de óbitos variou de 152 (em 2020) para 108 (em 2024), confirmando que, além de elevadas, as taxas são sustentadas ao longo da série, mesmo diante das oscilações no número total de nascidos vivos.

Quando se observa o perfil de causas, é possível constatar que a Mortalidade Neonatal Precoce possui um padrão epidemiológico amplamente dominado por três grupos principais: 1 - Afecções originadas no período perinatal (62,75%), que incluem prematuridade, transtornos respiratórios, asfixia perinatal, sofrimento fetal, sepse neonatal precoce e complicações do parto, todos eventos altamente sensíveis à qualidade da assistência obstétrica e neonatal imediata; 2 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (18,54%), dentro dos padrões esperados para populações gerais, embora parcialmente mitigáveis por meio de diagnóstico pré-natal e aconselhamento; 3 - Causas externas (17%), que incluem acidentes em geral, quedas e eventos adversos relacionados à assistência cuja magnitude pede atenção. Este último dado sinaliza para o aprimoramento da segurança do paciente que pode estar associado ao ambiente intra-hospitalar. As demais causas, como sinais e sintomas anormais não especificados (0,99%), doenças infecciosas e parasitárias (0,54%) e doenças endócrinas e metabólicas (0,18%), aparecem com menor expressão, mas também são relevantes, especialmente as infecções congênitas, que seguem sendo uma preocupação, particularmente entre populações indígenas, migrantes e residentes em zonas rurais isoladas, onde as barreiras de acesso ao pré-natal e ao diagnóstico são mais acentuadas.

O alto número de óbitos no período neonatal precoce evidencia que o risco não se encerra nas primeiras 24 ou 72 horas de vida. Ao contrário, muitos recém-nascidos que sobrevivem a este período continuam expostos a um conjunto de vulnerabilidades clínicas e sociais que, sem intervenção adequada, se traduzem em óbitos nas semanas subsequentes. Seguimos, portanto, para a análise da Mortalidade Neonatal Tardia, que compreende os óbitos ocorridos entre o 7º e o 27º dia de vida, etapa que continua sendo altamente sensível aos mesmos determinantes estruturais, territoriais e assistenciais aqui evidenciados.

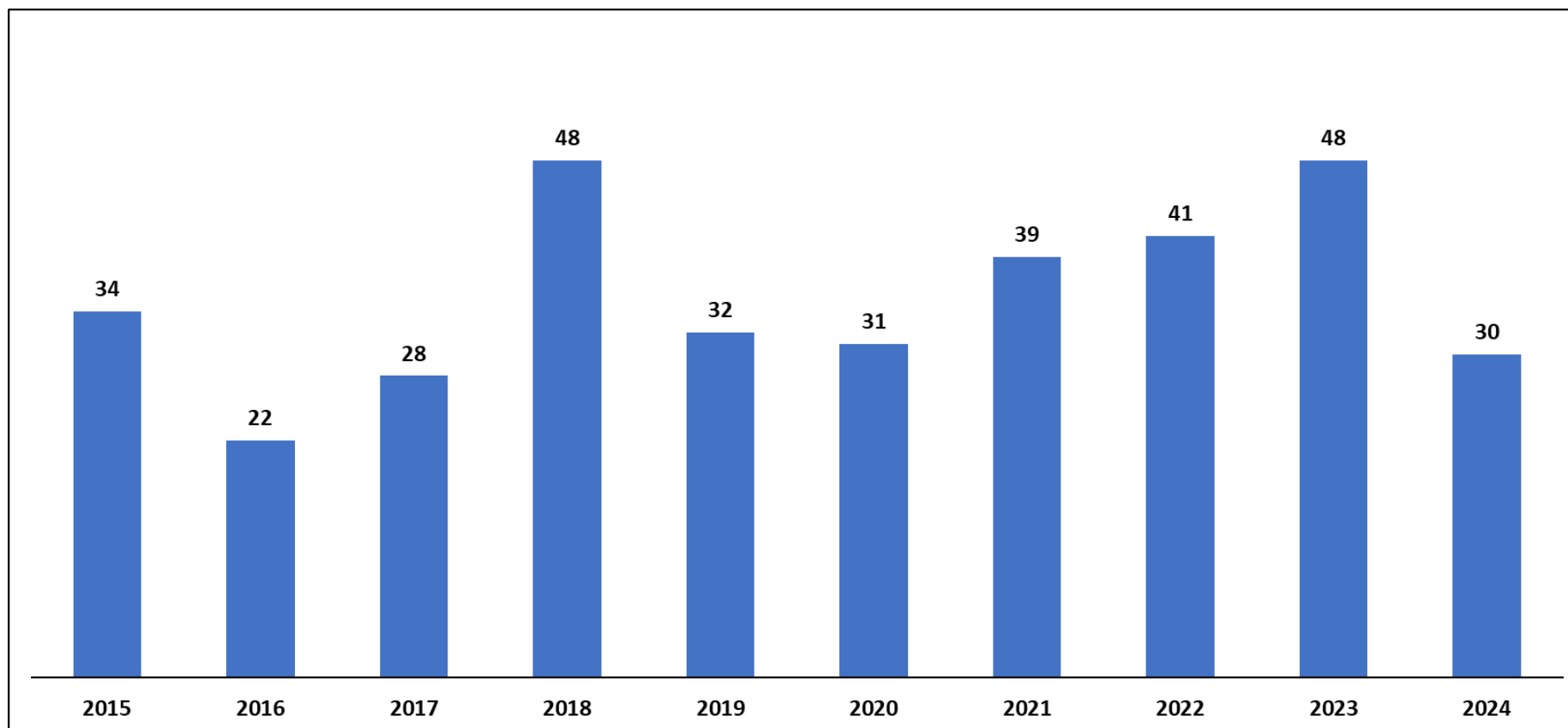
Tabela 59 - Mortalidade Neonatal Tardia - 7 Até 27 dias (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Algumas afec originadas no período perinatal	24	17	17	27	15	19	29	29	35	18	230	65,16
2	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	3	4	7	15	11	4	6	10	7	9	76	21,53
3	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	1	2	3	-	1	1	2	3	1	15	4,25
4	Causas externas de morbidade e mortalidade	2	-	1	1	3	1	-	-	2	1	11	3,12
5	Doenças do aparelho respiratório	2	-	-	1	2	3	1	-	1	-	10	2,83
6	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	4	1,13
7	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	3	0,85
8	Doenças do aparelho digestivo	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	0,57
9	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,28
10	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,28
Total Absoluto de Óbitos Neonatais Tardios		34	22	28	48	32	31	39	41	48	30	353	100
Número Total de Nascidos Vivos		11.423	11.381	11.755	12.697	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	11.775	127.480	
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (TMNT)		2,98	1,93	2,38	3,78	2,18	2,25	2,80	3,13	3,69	2,55	2,77	

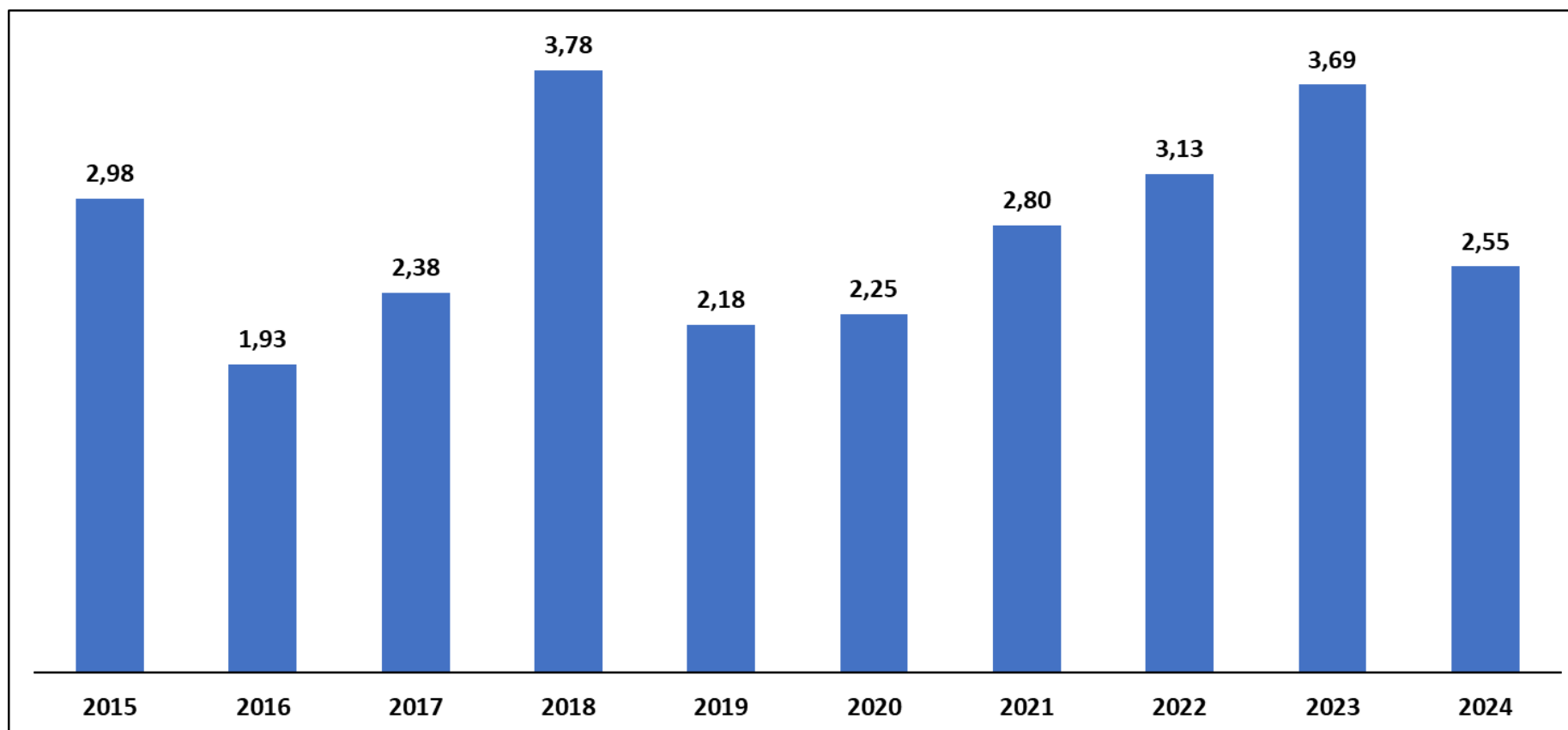
Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 35 - Número Absoluto de Óbitos Neonatais Tardios (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 36 - Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (2015-2024)

Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da Mortalidade Neonatal Tardia, que compreende os óbitos ocorridos entre o 7º e o 27º dia de vida, revela no Estado de Roraima um cenário de vulnerabilidades ainda persistente no cuidado neonatal. Foram registrados, no período de 2015 a 2024, um total de 353 óbitos neonatais tardios, resultando em uma Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (TMNT) média de 2,77 por mil nascidos vivos. Ao analisar a série histórica, é possível observar uma tendência de oscilação com elevações importantes a partir de 2018, destacando-se os anos de 2018 (3,78), 2022 (3,13) e 2023 (3,69), que apresentaram TMNT consideravelmente acima da média do período. Esses picos evidenciam não apenas fragilidades assistenciais, mas também refletem o acúmulo dos efeitos de um modelo de atenção neonatal que ainda carece de melhorias, qualificação contínua das equipes e ampliação da cobertura dos serviços especializados.

Do ponto de vista dos números absolutos, o ano de 2018 apresentou o maior volume de óbitos (48), seguido de 2022 (41) e 2023 (48), demonstrando que a sobrecarga sobre os serviços neonatais não é um evento isolado, mas sim uma consequência de processos estruturais, recorrentes e em larga medida, preveníveis. Além disso, do ponto de vista das causas os dados revelam um perfil epidemiológico característico, onde predomina: 1 - Afecções originadas no período perinatal (65,16%), que incluem complicações decorrentes da prematuridade, síndromes respiratórias, sequelas de asfíxia perinatal, transtornos metabólicos e infecciosos não manejados adequadamente no período neonatal precoce; 2 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (21,53%), cuja ocorrência, embora em parte inevitável, poderia ser mitigada com ampliação do acesso ao diagnóstico pré-natal, aconselhamento e organização de linhas de cuidado para gestantes de alto risco; 3 - Sinais, sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais (4,25%), frequentemente associados a limitações na capacidade diagnóstica, na investigação clínica e na adequada definição da causa básica dos óbitos; 4 - Doenças do aparelho respiratório (2,83%), que permanecem como causa relevante, refletindo tanto condições perinatais mal resolvidas como infecções hospitalares adquiridas; 5 - Causas externas (3,12%), embora numericamente menores, chamam a atenção por representarem eventos potencialmente evitáveis e associados a falhas na segurança do paciente e na assistência neonatal. As demais causas, como doenças endócrinas, metabólicas, infecciosas, do sistema digestivo, sanguíneo e da pele, têm menor expressão, mas são indicativas da multicausalidade que caracteriza o adoecimento e o risco de morte nessa faixa etária, particularmente entre recém-nascidos prematuros e de baixo peso.

Apesar do cenário desafiador que historicamente marca a Mortalidade Neonatal Tardia, é essencial reconhecer e valorizar que, em 2024, tanto o número absoluto de óbitos (24) quanto a Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia (1,85 por mil nascidos vivos) foram os menores registrados nos últimos três anos. Essa inflexão positiva, ainda que demande cautela na análise, sinaliza que as ações recentes adotadas na rede de atenção materno-infantil começam a gerar efeitos concretos. Esse avanço demonstra, de forma inequívoca, que é possível transformar indicadores historicamente desfavoráveis com comprometimento interinstitucional, integração dos serviços, investimentos em qualificação profissional e fortalecimento da gestão do cuidado, sobretudo no período neonatal. Assim, esse resultado deve ser interpretado como uma janela de oportunidade para consolidar e expandir os avanços, mantendo as estratégias que deram certo, ampliando boas práticas e corrigindo as fragilidades ainda existentes na rede de atenção neonatal em Roraima.

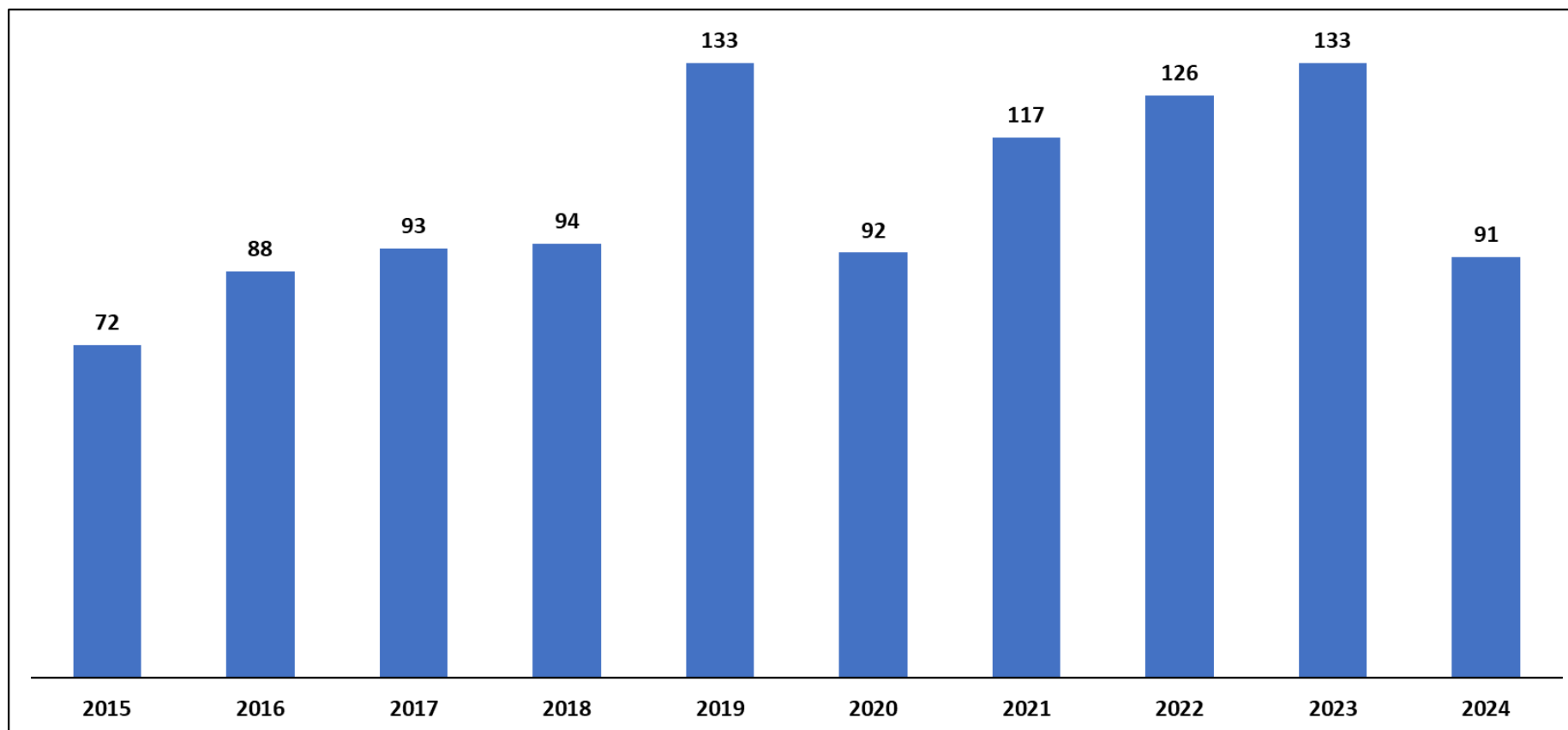
Tabela 60 - Mortalidade Pós Neonatal - 28 Dias Até 11 Meses (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Doenças do aparelho respiratório	12	24	18	11	23	15	37	38	40	26	244	23,48
2	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	21	16	22	25	25	11	18	20	21	17	196	18,86
3	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	9	15	21	27	20	21	24	25	20	188	18,09
4	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	7	8	4	3	10	14	10	12	3	6	77	7,41
5	Causas externas de morbidade e mortalidade	4	5	9	8	12	4	8	11	5	9	75	7,22
6	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	6	5	10	12	6	10	6	8	6	74	7,12
7	Algumas afec originadas no período perinatal	5	6	9	7	7	13	2	3	5	2	59	5,68
8	Doenças do aparelho circulatório	9	5	4	2	6	-	4	4	4	-	38	3,66
9	Doenças do sistema nervoso	1	5	3	1	9	3	3	4	3	1	33	3,18
10	Doenças do aparelho digestivo	1	3	2	3	2	2	2	2	8	1	26	2,50
11	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	2	1	-	2	-	-	4	1	10	0,96
12	Doenças do aparelho geniturinário	1	-	-	1	-	-	-	1	3	1	7	0,67
13	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	4	0,38
14	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	-	-	-	-	-	1	2	-	4	0,38
15	Neoplasias (tumores)	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	3	0,29
16	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,10
Total Absoluto de Óbitos Pós Neonatais		72	88	93	94	133	92	117	126	133	91	1.039	100
Número Total de Nascidos Vivos		11.423	11.381	11.755	12.697	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	11.775	127.480	
Taxa de Mortalidade Pós Neonatal (TMPN)		6,30	7,73	7,91	7,40	9,07	6,68	8,41	9,62	10,22	7,73	8,15	

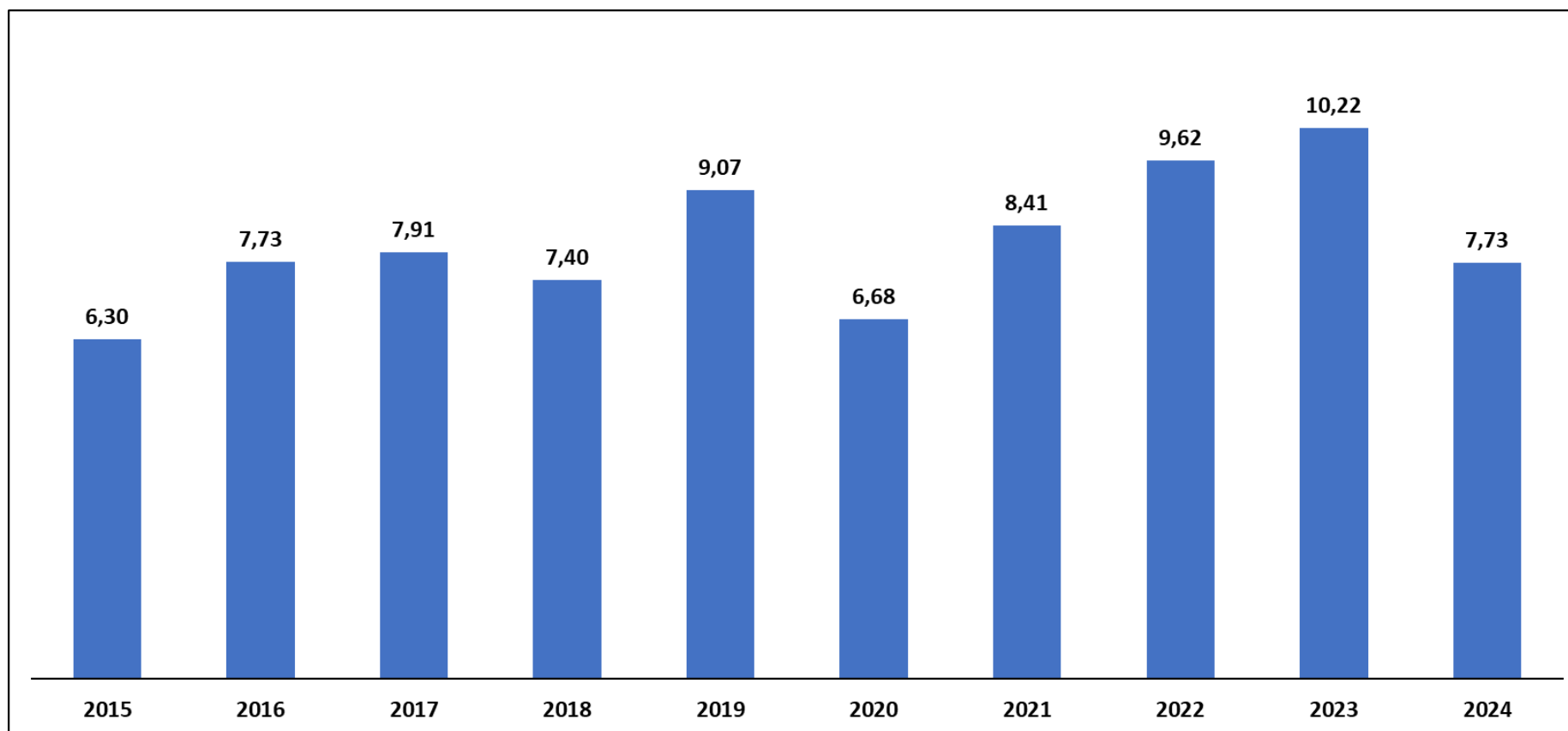
Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 37 - Número Absoluto de Óbitos Pós Neonatais (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 38 - Taxa de Mortalidade Pós Neonatal (2015-2024)

Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da Mortalidade Pós-Neonatal, que abrange os óbitos ocorridos entre 28 dias e 11 meses de vida, revela uma fotografia nítida no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e às condições de vida. No período de 2015 a 2024, foram registrados 1.039 óbitos pós-neonatais, resultando numa Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (TMPN) média de 8,15 por mil nascidos vivos, um patamar elevado e persistentemente acima da média nacional, refletindo determinantes sociais, econômicos, ambientais e assistenciais.

Ao longo da série histórica, observa-se uma tendência de crescimento, com picos críticos da Taxa de Mortalidade Pós Neonatal nos anos de 2019 (9,07), 2022 (9,62) e 2023 (10,22), este último sendo o maior valor registrado na década. Esse comportamento evidencia, de maneira inequívoca, que os avanços obtidos na redução da mortalidade neonatal não se sustentaram no pós-neonatal, onde a influência dos determinantes sociais da saúde se torna ainda mais contundente. Em termos absolutos, os anos de 2019 (133 óbitos), 2022 (126) e 2023 (133) apresentaram os maiores volumes de mortes, demonstrando um padrão de agravamento sustentado o impacto significativo sobre a saúde infantil.

O perfil das causas de morte na mortalidade pós-neonatal reflete diretamente a precariedade das condições de vida, a fragilidade da vigilância em saúde e das políticas intersetoriais. Destacam-se como principais grupos de causas: 1 - Doenças do aparelho respiratório (23,48%), liderando o ranking, refletindo condições como pneumonia, bronquiolite, infecções respiratórias agudas e ausência de saneamento básico, ventilação domiciliar adequada e acesso a serviços de saúde em tempo oportuno; 2 - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (18,86%), que se mantêm como um grupo expressivo, embora parte desses casos pudesse ter tido manejo mais efetivo com acompanhamento especializado e suporte no período neonatal e após a alta e; 3 - Algumas doenças infecciosas e parasitárias (18,09%), refletindo infecções evitáveis como diarreias, malária, sífilis congênita não tratada, toxoplasmose e outras condições sensíveis à APS e às condições de vida. Outros grupos, como doenças do aparelho circulatório (3,66%), do sistema nervoso (3,18%), digestivo (2,50%), hematológicas (0,96%), entre outros, compõem a pluralidade de causas que marcam esse componente da mortalidade infantil.

Apesar da magnitude do problema, o ano de 2024 apresentou uma redução da TMPN para 7,73, valor abaixo dos picos anteriores, o que pode ser interpretado como uma sinalização inicial de impacto das ações de fortalecimento da APS, da ampliação dos comitês de vigilância do óbito infantil e da adoção de estratégias mais intensivas na busca ativa de crianças em risco. Esse dado, embora ainda elevado, representa uma oportunidade concreta de consolidar práticas bem-sucedidas, fortalecer redes de proteção social e aprimorar a vigilância dos determinantes sociais da saúde infantil. Ao analisar a Mortalidade Pós-Neonatal, evidencia-se que este componente é o que mais expressa as desigualdades estruturais, sanitárias e sociais do Estado. No entanto, a leitura completa da situação da saúde infantil só se concretiza quando integramos todos os componentes da mortalidade infantil, fetal, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal, sintetizando esses dados no indicador consolidado da Mortalidade Infantil (<1 ano). Seguimos, portanto, para essa análise final, que permitirá compreender de forma global como o conjunto dos determinantes biológicos, sociais, territoriais moldam os padrões de nascimento, sobrevivência e risco de morte no primeiro ano de vida.

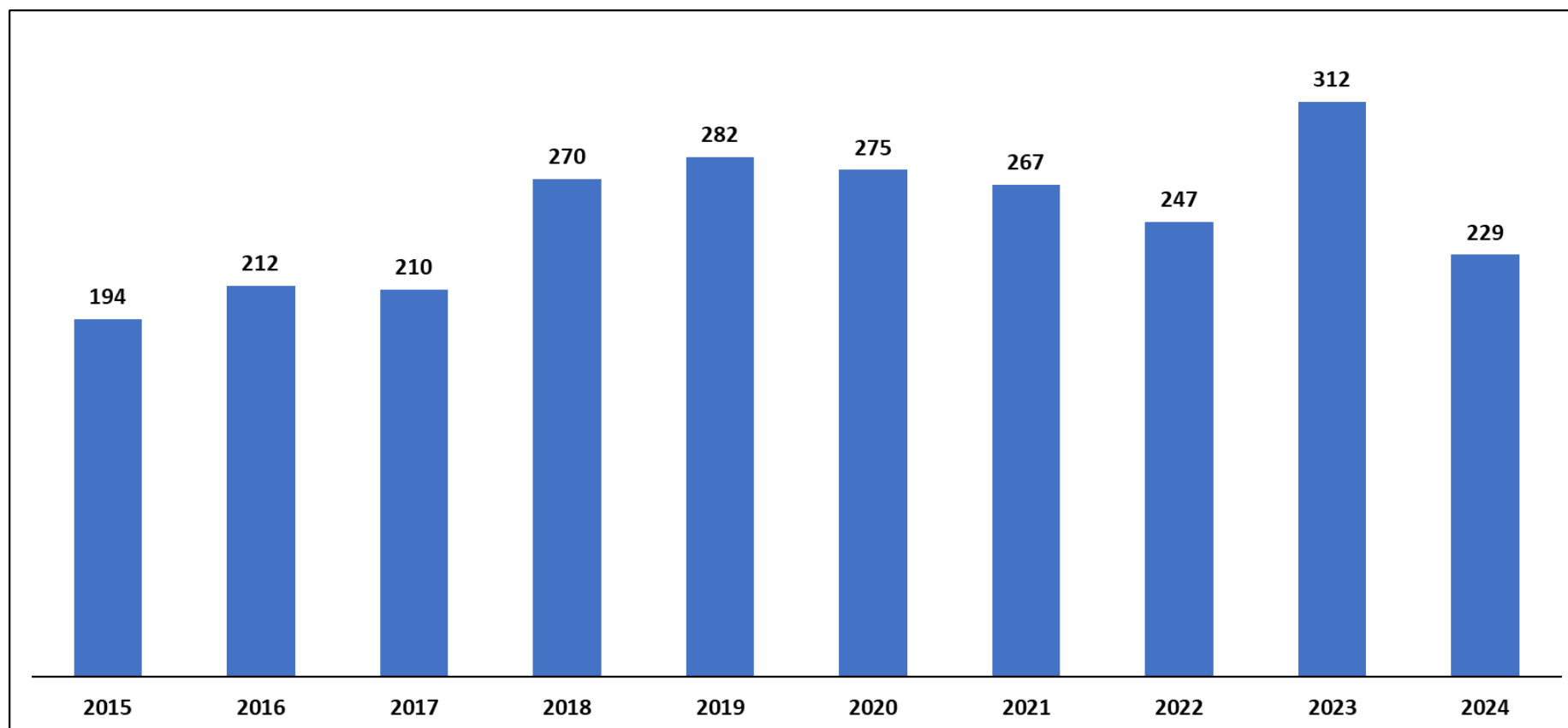
Tabela 61 - Número Absoluto e Taxa de Mortalidade Infantil - < 1 Ano (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Algumas afec originadas no período perinatal	78	87	83	103	89	132	108	85	129	89	983	39,35
2	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	36	35	48	67	60	39	43	48	56	45	477	19,10
3	Causas externas de morbidade e mortalidade	31	26	23	39	41	30	20	18	19	27	274	10,97
4	Doenças do aparelho respiratório	14	24	18	12	25	18	38	38	41	26	254	10,17
5	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	10	15	22	27	21	22	24	26	24	197	7,89
6	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9	10	6	8	10	17	14	16	6	7	103	4,12
7	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	7	6	5	10	13	7	11	6	9	6	80	3,20
8	Doenças do aparelho circulatório	9	5	4	2	6	-	4	4	4	-	38	1,52
9	Doenças do sistema nervoso	1	5	3	1	9	3	3	4	3	1	33	1,32
10	Doenças do aparelho digestivo	2	3	2	3	2	3	2	2	8	1	28	1,12
11	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	-	-	2	1	-	3	-	-	4	1	11	0,44
12	Doenças do aparelho geniturinário	1	-	-	1	-	-	-	1	3	1	7	0,28
13	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	1	1	-	-	-	-	1	2	-	5	0,20
14	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	4	0,16
15	Neoplasias (tumores)	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	3	0,12
16	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,04
Total Absoluto de Óbitos Infantis		194	212	210	270	282	275	267	247	312	229	2.498	100
Número Total de Nascidos Vivos		11.423	11.381	11.755	12.697	14.657	13.770	13.907	13.099	13.016	11.775	127.480	
Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)		16,98	18,63	17,86	21,26	19,24	19,97	19,20	18,86	23,97	19,45	19,60	

Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

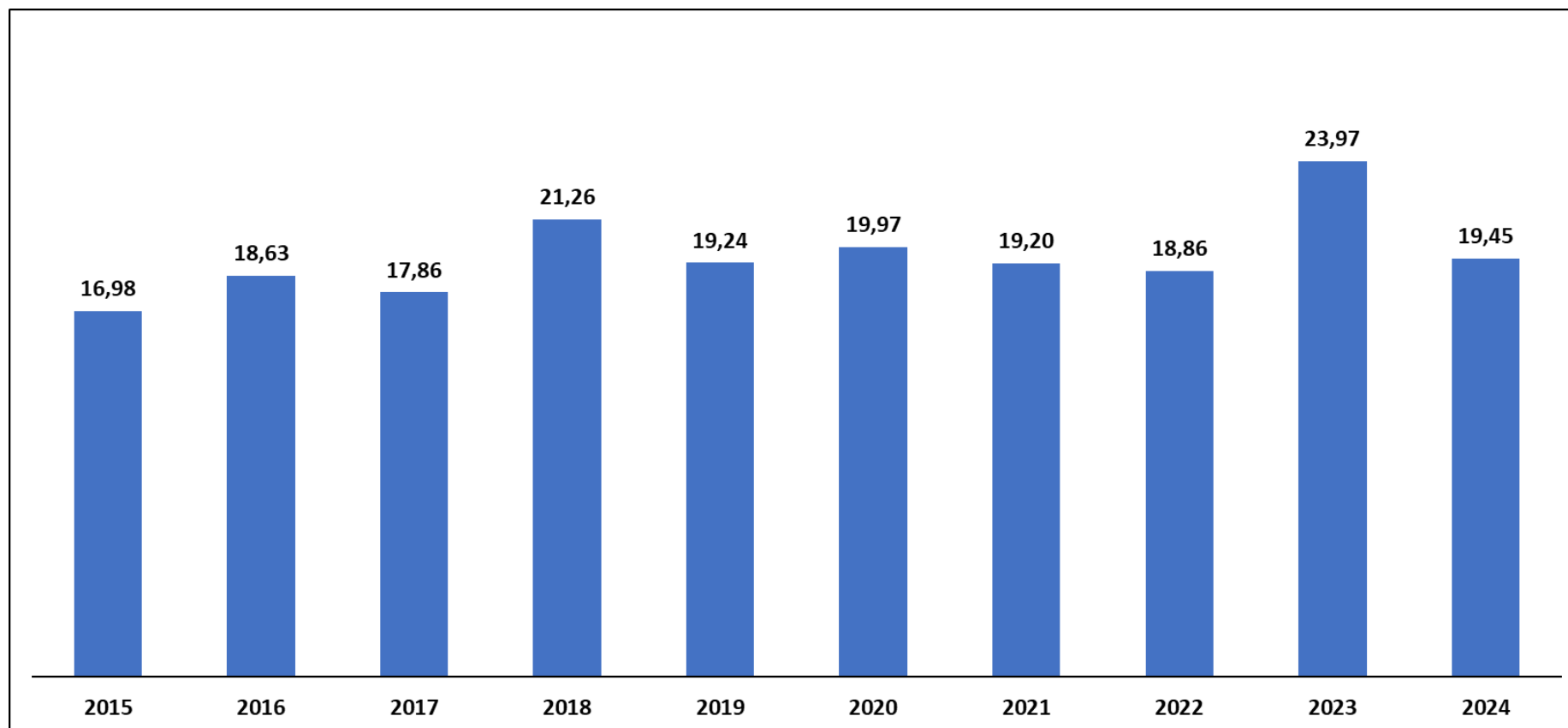
Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 39 - Número Absoluto de Óbitos Infantis (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 40 - Taxa de Mortalidade Infantil (2015-2024)



Fonte¹: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da Mortalidade Infantil (<1 ano), que engloba todos os óbitos ocorridos desde o nascimento até completar 11 meses e 29 dias de vida, sintetiza de maneira potente e irrefutável a interação dos determinantes biológicos, sociais, territoriais, e ambientais que impactam diretamente a sobrevivência infantil no Estado de Roraima. No período de 2015 a 2024, foram registrados 2.498 óbitos infantis, resultando numa Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) média de 19,60 por mil nascidos vivos, um patamar acima dos parâmetros estabelecidos como meta nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que preconizam uma TMI inferior a 12 por mil até 2030.

A trajetória da TMI ao longo dos dez anos analisados apresentou variações significativas, com tendência de elevação a partir de 2018, atingindo o pico em 2023, com uma taxa de 23,97, o maior valor em nove anos. Por outro lado, o ano de 2024 apresentou uma importante inflexão positiva, com a TMI reduzida para 19,45, configurando o menor valor observado em patamares de anos anteriores, o que representa um sinal concreto de que as ações recentes de fortalecimento da APS, melhoria dos fluxos assistenciais e das práticas intersetoriais começam a refletir de forma positiva nos indicadores. O padrão das causas de óbitos infantis em Roraima demonstra um quadro de elevada complexidade, associado tanto às fragilidades da rede assistencial quanto às condições de vida da população, nesse sentido estão entre as principais grupos de causas:

- Algumas afecções originadas no período perinatal (39,35%) – são as principais causas, refletindo diretamente falhas na linha de cuidado pré-natal, na assistência ao parto, na atenção ao recém-nascido e no acompanhamento neonatal;
- Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (19,10%) – mantêm-se como a segunda principal causa de morte, revelando tanto a ausência de acesso a diagnóstico pré-natal qualificado como a falta de linhas de cuidado específicas para essas condições;
- Causas externas (10,97%) – proporção elevada e extremamente preocupante, pois reflete dentre outras situações acidentes, afogamentos, quedas e sufocação, sinalizando falhas não apenas da rede de saúde, mas da proteção social, da educação e da vigilância dos direitos da criança;
- Doenças do aparelho respiratório (10,17%) – incluem infecções respiratórias, pneumonia e outras condições diretamente associadas à precariedade socioeconômica, ao saneamento e ao acesso tardio aos serviços de saúde;
- Doenças infecciosas e parasitárias (7,89%) – com destaque para sífilis congênita, toxoplasmose, malária e outras infecções evitáveis, intimamente ligadas às condições socioeconômicas precárias e à baixa efetividade da vigilância em saúde;
- Sinais, sintomas e achados anormais (4,12%) – Indicam limitações nas práticas diagnósticas, na investigação adequada dos óbitos e na correta definição das causas básicas;

- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (3,20%) – A desnutrição, diretamente associada à insegurança alimentar e à pobreza, continua sendo uma causa relevante de mortalidade infantil no Estado.
- Outros grupos, como doenças do aparelho circulatório, sistema nervoso, digestivo, doenças hematológicas, do aparelho geniturinário, da pele e até neoplasias, somam-se à complexidade do quadro, refletindo tanto fragilidades biológicas quanto estruturais da rede de saúde.

Os números, as taxas e o perfil das causas de morte infantil analisados até aqui não são eventos isolados, desconectados ou meramente biológicos. Ao contrário, eles representam, de forma inequívoca, a materialização de processos históricos, sociais, econômicos, culturais e estruturais que moldam as condições de vida e de acesso à saúde da população de Roraima. Assim, para além das causas imediatas como as afecções perinatais, as malformações e as doenças respiratórias, são indispensáveis compreender quais são os determinantes mais profundos, persistentes e estruturantes que sustentam esse padrão de mortalidade infantil elevado e desigual no território roraimense. Trata-se de olhar para os fatores que operam tanto dentro quanto fora do setor saúde, e que, de maneira direta ou indireta, definem quem nasce, quem vive e quem morre no primeiro ano de vida em nosso Estado. A seguir, apresentam-se os principais determinantes críticos que ajudam a explicar e contextualizar esse cenário, tais como:

- Iniquidades sociais extremas: insegurança alimentar, pobreza, déficit habitacional, ausência de saneamento básico, baixa escolaridade materna e vulnerabilidade social agravada pela crise migratória e pelas condições dos povos indígenas, ribeirinhos e comunidades rurais isoladas;
- Barreiras geográficas e de acesso: dependência dos serviços especializados da capital (Boa Vista), longas distâncias, transporte sanitário insuficiente e desarticulação entre os níveis de atenção, que tornam o local de residência um dos principais determinantes do risco de morte no primeiro ano de vida;
- Baixa resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS): que compromete a vigilância da criança de risco, o acompanhamento no pós-alta neonatal, a prevenção de agravos e a detecção precoce de situações clínicas que podem evoluir para desfechos fatais;
- Déficit estrutural na rede neonatal: marcado pela ausência ou insuficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa), agravando sobremaneira os desfechos para recém-nascidos e crianças pequenas;
- Forte concentração de profissionais de saúde na capital: especialmente médicos especialistas (pediatras, neonatologistas, obstetras, intensivistas, infectologistas, entre outros), enfermeiros especializados e equipes de apoio técnico, municípios do interior com escassez de recursos humanos capacitados compromete a assistência pré-natal, neonatal, puerperal e infantil nas regiões mais distantes e vulneráveis;

- Falta de integração intersetorial robusta: comprometendo políticas públicas de proteção social, segurança alimentar, educação, saneamento, habitação e assistência social todas fundamentais para garantir não apenas o nascimento, mas sobretudo a sobrevivência e o desenvolvimento saudável da infância;
- Desarticulação na rede de transporte sanitário: que se reflete tanto no acesso às consultas especializadas e exames quanto no deslocamento seguro de gestantes de alto risco, recém-nascidos e crianças em situações de emergência, sobretudo nas regiões mais remotas.

No geral a análise da Mortalidade Fetal e Infantil no período de 2015 a 2024, revela que esse indicador não se limita a um dado numérico, mas sim traduz a realidade das iniquidades sociais, territoriais e estruturais que atravessam o cuidado materno-infantil no Estado. Cada morte registrada, seja no útero, nos primeiros dias ou meses de vida, carrega consigo uma trajetória marcada por desigualdade, no acesso, no cuidado interrompido e de respostas institucionais efetivas.

Os dados demonstram que, apesar de avanços pontuais, a mortalidade fetal e infantil em Roraima permanece elevada, sustentada por determinantes históricos. Observa-se um padrão epidemiológico caracterizado por elevada concentração de mortes no período neonatal precoce, reflexo direto das falhas na assistência ao parto e ao recém-nascido, além de uma progressão importante no componente pós-neonatal, onde os óbitos estão fortemente associados às precárias condições de vida, insegurança alimentar, falta de saneamento, acesso limitado aos serviços de saúde e proteção social insuficiente.

A concentração da rede hospitalar e dos profissionais de saúde na capital, somada à insuficiência de leitos neonatais, à falta de transporte sanitário especializado e à baixa resolutividade da Atenção Primária, impõe barreiras significativas, especialmente para gestantes, recém-nascidos e crianças residentes em comunidades indígenas, ribeirinhas, migrantes e áreas rurais isoladas. Isso faz do território um marcador de risco concreto, tornando o local de residência um determinante real da chance de viver ou morrer no primeiro ano de vida.

Por outro lado, é necessário reconhecer que o ano de 2024 representou um ponto de inflexão importante, com uma redução significativa dos indicadores em quase todos os componentes analisados. Esse resultado, embora ainda distante do ideal, demonstra que é possível transformar essa realidade, desde que os avanços sejam consolidados, ampliados e sustentados por políticas públicas robustas, integradas e comprometidas com os princípios da equidade, da humanização e da justiça social. Garantir que nascer e viver não sejam privilégios de localização, raça ou classe social, mas um direito assegurado a todas as crianças de Roraima, deve ser o maior desafio e compromisso da gestão pública de saúde.

3.13.26 - MORTALIDADE EM INDÍGENAS

Discutir a mortalidade dos povos indígenas no Estado de Roraima é sobretudo, uma leitura das profundas e históricas desigualdades que marcam o processo de adoecimento e morte nas populações originárias. Este recorte ganha relevância ainda maior no contexto roraimense, onde os povos indígenas representam uma parcela significativa da população total do Estado, com territórios que cobrem mais de 45% da sua área geográfica.

Esses territórios, no entanto, longe de serem garantia de proteção, são frequentemente palco de conflitos fundiários, invasões por garimpo ilegal, pressões ambientais, desmatamento, contaminação dos rios, insegurança alimentar e violações constantes dos direitos territoriais e sociais. Soma-se a isso as barreiras geográficas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, o deslocamento forçado para atendimento, além das barreiras culturais, linguísticas e institucionais que atravessam o cotidiano das populações indígenas.

A análise da mortalidade entre indígenas não pode ser dissociada do contexto histórico de colonialismo, racismo estrutural e marginalização, que se traduzem em determinantes sociais da saúde absolutamente específicos. As condições sanitárias precárias, a desassistência crônica, a escassez de serviços resolutivos dentro dos territórios e as constantes violações dos direitos coletivos e individuais configuram um ambiente que, inevitavelmente, produz adoecimento e morte em padrões muito distintos dos observados na população não indígena.

Portanto, analisar a mortalidade indígena em Roraima significa compreender que ela não é um evento natural ou biológico isolado, mas sim o resultado direto de um processo histórico de invisibilidade social, omissão institucional e ausência de políticas públicas efetivas, sensíveis às especificidades culturais e territoriais desses povos. Este é um chamado à responsabilidade ética, técnica e política para garantir o direito à vida e à saúde, como princípio fundamental dos direitos humanos e da função social do Estado.

Nesse contexto, serão apresentados os dados consolidados de mortalidade em indígenas no Estado de Roraima no período de 2015 a 2024, com a estratificação detalhada por grupos de causas, permitindo uma leitura aprofundada não apenas dos números absolutos, mas, principalmente, dos padrões epidemiológicos que refletem as desigualdades sociais, territoriais e culturais enfrentadas pelos povos originários.

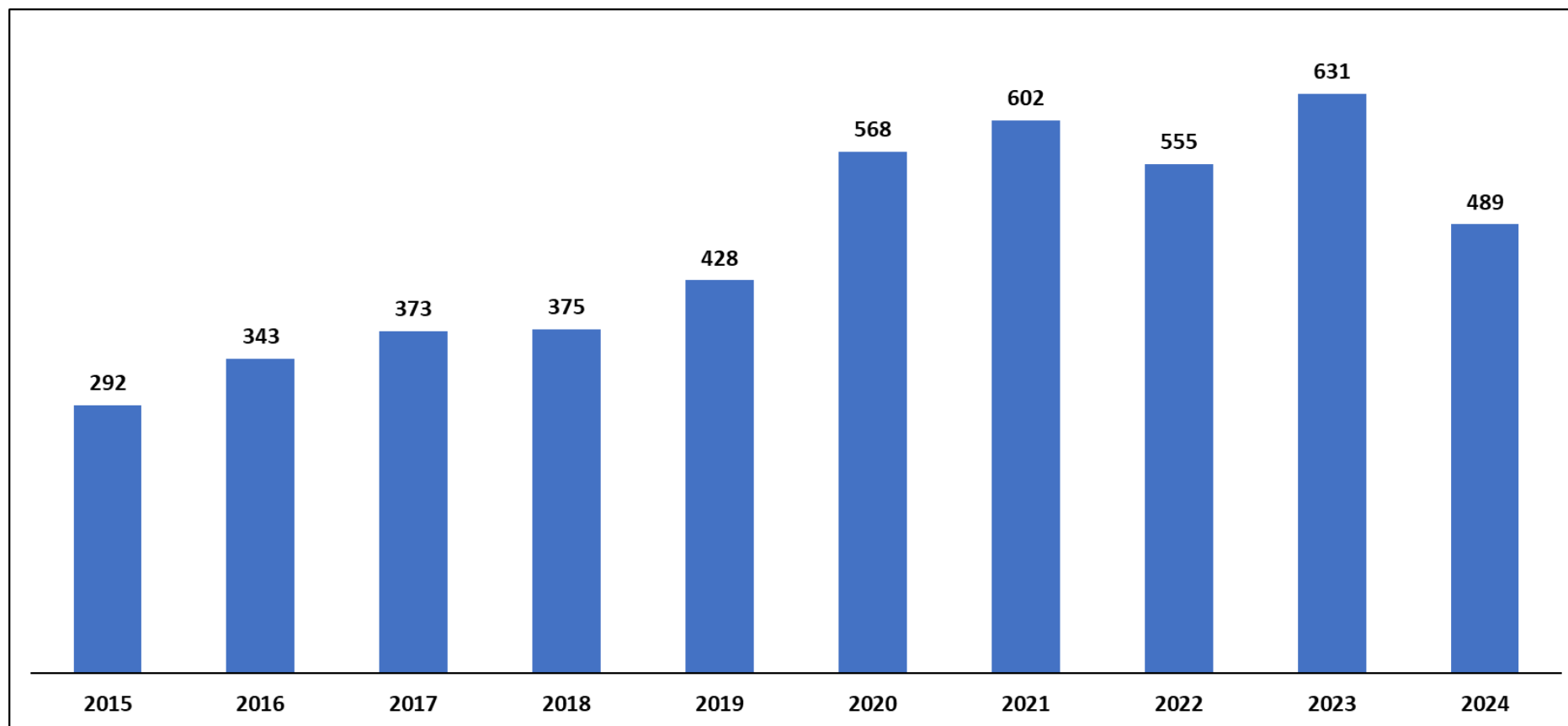
Dessa forma, os dados que serão apresentados e analisados não apenas ilustram a situação epidemiológica, mas lançam luz sobre os pontos críticos da política indigenista, evidenciando a urgência de fortalecer a atenção primária em saúde indígena, qualificar os serviços de média e alta complexidade, implementar estratégias específicas de vigilância em saúde e, acima de tudo, promover ações intersetoriais e interinstitucionais permanentes e que respeitem os saberes, as práticas culturais e os modos de vida dos povos originários de Roraima. A leitura que se propõe, portanto, vai além da contagem de óbitos, busca-se compreender as relações estruturais que produzem e reproduzem o risco ampliado de adoecimento e morte nas comunidades indígenas, nas quais se cruzam fatores como isolamento geográfico, desassistência, acesso, insegurança alimentar, impactos ambientais, discriminação e violação

Tabela 62 - Mortalidade em Indígenas por Ano Segundo Grupo de Causas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Causas externas de morbidade e mortalidade	97	104	109	97	98	111	122	129	145	130	1.142	24,53
2	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9	26	28	39	47	161	134	77	89	63	673	14,45
3	Doenças do aparelho respiratório	36	49	45	43	40	57	75	75	88	56	564	12,11
4	Doenças do aparelho circulatório	22	33	45	42	51	43	48	55	64	42	445	9,56
5	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	23	35	32	32	44	41	67	38	62	33	407	8,74
6	Neoplasias (tumores)	29	19	20	31	36	18	36	48	33	45	315	6,77
7	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	21	27	17	18	29	36	34	34	25	22	263	5,65
8	Algumas afec originadas no período perinatal	20	17	22	14	14	40	23	25	35	22	232	4,98
9	Doenças do aparelho digestivo	14	11	18	14	23	27	21	28	24	22	202	4,34
10	Doenças do aparelho geniturinário	7	9	11	11	8	8	5	14	18	14	105	2,26
11	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	5	4	8	18	16	6	15	12	12	9	105	2,26
12	Doenças do sistema nervoso	2	4	3	5	11	2	8	5	9	9	58	1,25
13	Gravidez parto e puerpério	2	1	1	5	2	4	5	7	7	7	41	0,88
14	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	2	5	2	2	6	1	3	8	5	36	0,77
15	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	1	5	3	4	6	2	1	6	6	34	0,73
16	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	3	0	1	0	2	2	4	4	4	2	22	0,47
17	Transtornos mentais e comportamentais	0	1	3	1	1	0	2	0	2	2	12	0,26
Total		292	343	373	375	428	568	602	555	631	489	4.656	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		6,27	7,37	8,01	8,05	9,19	12,20	12,93	11,92	13,55	10,50	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 41 - Número Absoluto de Óbitos Indígenas (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Foram registrados no período 4.656 óbitos indígenas, representando uma carga expressiva e crescente de mortalidade. Observa-se uma tendência de aumento contínuo, especialmente entre os anos de 2019 a 2023, que concentram os maiores volumes, chegando ao pico em 2023 com 631 óbitos, o maio da série decenal, que se sucedeu a uma discreta redução em 2024 (489 óbitos). Esse comportamento está intimamente relacionado a uma soma de determinantes estruturais, agravados pela intensificação dos conflitos territoriais, da invasão de terras indígenas por atividades ilegais, da insegurança alimentar e dos impactos diretos da pandemia de COVID-19 e mais atualmente agravado pelo garimpo ilegal.

O perfil dos grupos de causas de morte é absolutamente revelador: em primeiro lugar, de forma alarmante, aparecem as “causas externas de morbidade e mortalidade”, que somam 1.142 óbitos (24,53%) na década, mantendo-se como a principal causa de morte entre indígenas. Esse dado denota um cenário crítico, onde principalmente a violência em todas as suas formas desde ao meio ambiente até a cultura são consequências da ação antrópica negativa que dentre outros eventos externos refletem diretamente a ausência de políticas efetivas de proteção social, segurança, infraestrutura adequada e preservação dos territórios indígenas.

Na sequência, destaca-se o grupo de “algumas doenças infecciosas e parasitárias”, responsável por 673 óbitos (14,45%), com um crescimento acentuado a partir de 2020, ano em que se registram 161 mortes, muito acima da média dos anos anteriores. Esse dado reflete de forma clara o impacto da COVID-19, da sífilis congênita, da tuberculose, da malária e de outras endemias que seguem circulando com proeminência nos territórios indígenas, sobretudo nas áreas mais isoladas. As “Doenças do aparelho respiratório” ocupam a terceira posição, com 564 óbitos (12,11%), reforçando a vulnerabilidade dessa população frente às infecções respiratórias, muitas delas preveníveis, mas agravadas pela precariedade das condições do ambiente de vida, pela falta de saneamento e pelo acesso limitado aos serviços de saúde especializados.

As “doenças do aparelho circulatório” (445 óbitos - 9,56%) e as “doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas” (407 óbitos - 8,74%) mostram que a transição epidemiológica, marcada pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis, também impacta severamente os povos indígenas. Este fenômeno está fortemente relacionado à introdução forçada de dietas ultraprocessadas, ao sedentarismo, à perda dos modos tradicionais de vida e à insegurança alimentar decorrente da invasão dos territórios, da destruição dos rios, dos biomas e da redução do acesso aos alimentos tradicionais.

As “neoplasias (tumores)”, que somaram 315 óbitos (6,77%), também se apresentam como causa importante, demonstrando que o câncer não poupa essa população e que os desafios são ainda maiores diante das barreiras logísticas, da ausência de acesso ao diagnóstico precoce e insuficiência da rede especializada de oncologia voltada às populações indígenas. O conjunto de causas agrupadas em “sinais, sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais” (263 óbitos – 5,65%) é indicativo da precarização dos registros, das falhas na investigação dos óbitos e das limitações históricas do sistema de informação em capturar com precisão as condições clínicas que levaram ao desfecho morte, especialmente em territórios de difícil acesso.

A mortalidade infantil e perinatal entre indígenas também se destaca: as “afecções originadas no período perinatal” foram responsáveis por 232 óbitos (4,98%), somando-se aos 105 óbitos por malformações congênicas (2,26%) e aos 41 óbitos maternos (0,88%), evidenciando as falhas na linha de cuidado materno-infantil para essa população. Isso reflete tanto a fragilidade da Atenção Primária Indígena relacionada ao pré-natal e neonatal, os impactos das barreiras geográficas e culturais, da falta de transporte sanitário adequado, da escassez de profissionais e da desarticulação entre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e o restante do SUS.

Outros grupos de causas reforçam a complexidade do quadro epidemiológico: doenças do aparelho digestivo (202 óbitos), doenças do aparelho geniturinário (105 óbitos), doenças do sistema nervoso (58 óbitos) e doenças do sangue (36 óbitos) refletem tanto agravos agudos quanto crônicos que continuam afetando significativamente a saúde indígena. As “causas externas”, associadas às “doenças infecciosas e parasitárias” e às “doenças do aparelho respiratório”, compõem, juntas, quase 51% de todas as mortes, evidenciando que mais da metade dos óbitos poderiam ser evitáveis com intervenções sanitárias básicas, fortalecimento da rede de atenção primária, controle ambiental, proteção dos territórios e articulação intersetorial e interinstitucional que respeite os modos de vida e os direitos dos povos indígenas.

O comportamento ascendente da mortalidade, especialmente com os picos verificados entre 2019 e 2023, não é um acaso isolado, mas sim a expressão direta do agravamento das condições sanitárias, do avanço do garimpo ilegal, da destruição ambiental, do aumento da insegurança alimentar, do esgotamento dos modos de vida tradicionais e das constantes falhas na articulação entre o SUS e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O que os dados nos mostram é que a vida nas terras indígenas está sob ameaça constante, não apenas pela presença de doenças, mas também pela ausência histórica de proteção social, de políticas públicas robustas e de respeito aos direitos coletivos desses povos.

As causas externas, as doenças infecciosas e parasitárias, as doenças respiratórias e os agravos materno-infantis se destacam como principais grupos de causas, revelando que a maioria desses óbitos são evitáveis e, portanto, refletem falhas graves na garantia do direito à saúde, à vida e à proteção integral. A elevada carga de doenças crônicas não transmissíveis, como as do aparelho circulatório, endócrinas e neoplasias, evidencia ainda que os povos indígenas estão sendo tragados para dentro de um processo de transição epidemiológica forçada, sem que haja a contrapartida de uma rede de cuidados capaz de oferecer suporte, prevenção e tratamento adequado.

Portanto, enfrentar a mortalidade indígena em Roraima não é apenas uma tarefa técnica, mas sobretudo um imperativo civilizatório. Requer ações integradas, intersetoriais e interfederativas permanentes que vão desde o fortalecimento da atenção primária nas terras indígenas até o combate efetivo às invasões territoriais, à destruição ambiental e à insegurança alimentar. Mais do que nunca, é urgente reconhecer que garantir a vida e a saúde dos povos indígenas não é apenas uma responsabilidade da saúde, mas de todo o Estado, das instituições e da sociedade, no cumprimento do dever constitucional de assegurar o direito universal e equitativo à saúde, sem qualquer distinção de etnia, origem ou condição.

3.13.27 - MORTALIDADE EM ESTRANGEIROS

A análise da mortalidade por nacionalidade no Estado de Roraima é fundamental para compreender, de forma ampliada e sensível, os impactos diretos dos fenômenos migratórios sobre os indicadores de saúde e sobre o perfil epidemiológico da população que vive no território. Roraima é hoje um dos Estados Brasileiros com maior proporção de população migrante, fruto de um intenso fluxo humanitário, especialmente proveniente da Venezuela, além da presença significativa de migrantes da Guiana Inglesa e, em menor escala, de outras nacionalidades. Essa dinâmica migratória, acelerada a partir de 2016, impôs ao sistema de saúde estadual desafios inéditos, tanto do ponto de vista assistencial quanto do ponto de vista da gestão da saúde pública.

O deslocamento populacional, quando associado a situações de vulnerabilidade, precarização social e ruptura dos vínculos comunitários, não é neutro do ponto de vista da saúde. Ao contrário, ele se traduz em riscos ampliados, tanto no adoecer quanto no morrer, especialmente quando as estruturas de proteção social e de assistência à saúde não conseguem ser suficientes para responder às novas demandas impostas pelo fenômeno migratório. A mortalidade, nesse contexto, surge como um dos indicadores mais sensíveis e potentes para revelar os efeitos concretos desse cenário.

Analisar a mortalidade por nacionalidade é, portanto, um exercício de leitura ampliada da realidade, que vai além do biológico e do clínico, e que exige compreender como os determinantes sociais, tais como: habitação, alimentação, saneamento, acesso à informação, barreiras linguísticas, status migratório e vínculos institucionais impactam diretamente a chance de viver ou de morrer, especialmente no caso das populações migrantes. Essas mortes, na grande maioria, são evitáveis e denotam a necessidade de melhorias no acesso, na organização dos serviços e na capacidade do sistema de garantir o direito universal à saúde.

Por isso, ao abordar a mortalidade sob o recorte da nacionalidade, não estamos apenas contabilizando vidas interrompidas. Estamos, sobretudo, lançando luz ao reconhecimento que as respostas em saúde pública precisam ser pensadas a partir de uma perspectiva de equidade, de acolhimento e de compromisso com a dignidade humana, especialmente em territórios de fronteira como Roraima, onde a condição migratória se soma a outros marcadores de vulnerabilidade social, econômica e territorial. Esta análise, portanto, busca oferecer não apenas um retrato estatístico, mas um chamado à reflexão, à gestão qualificada e à ação intersetorial e humanitária.

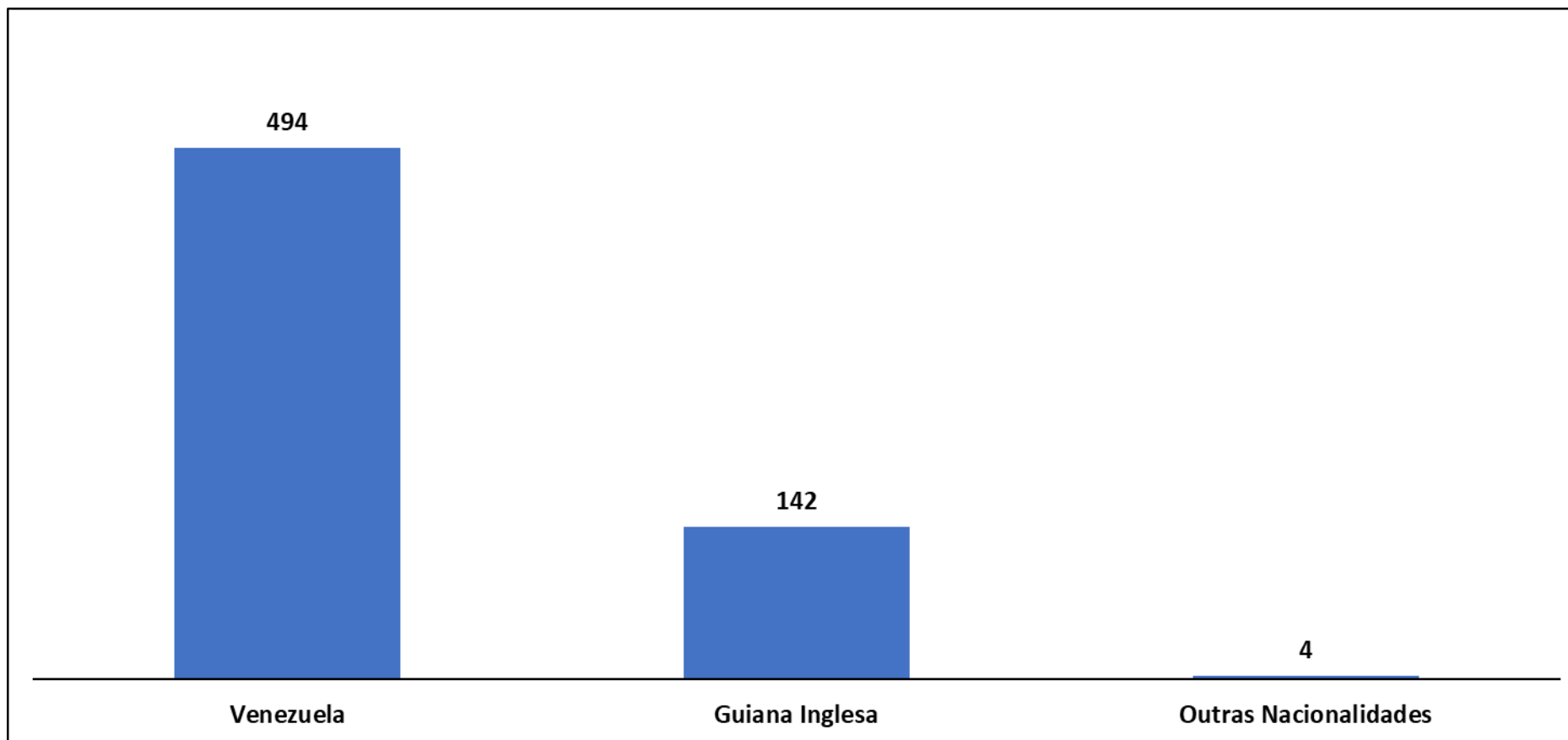
A seguir, apresenta-se uma síntese da mortalidade segundo a nacionalidade no Estado de Roraima, no período de 2015 a 2024, permitindo perceber como esse cenário migratório influencia os perfis de adoecimento e morte. Além de demonstrar a distribuição dos óbitos os dados estão estratificados por grupos de causas, o que permite compreender não apenas o volume, mas também os principais agravos e condições que afetam essa população. Portanto, os dados não se limitam somente em quantificar, mas também expor, como os determinantes sociais e as barreiras estruturais associadas à condição migratória se traduzem em risco ampliado de morte.

Tabela 63 - Mortalidade por Grupo de Causas e País de Residência (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID 10 (Capítulos)	Venezuela	Guiana Inglesa	Outras Nacionalidades	Total	%
1	Algumas afec originadas no período perinatal	76	28	-	104	16,25
2	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	80	9	1	90	14,06
3	Causas externas de morbidade e mortalidade	56	18	-	74	11,56
4	Doenças do aparelho circulatório	62	11	-	73	11,41
5	Neoplasias (tumores)	54	16	2	72	11,25
6	Doenças do aparelho respiratório	34	12	1	47	7,34
7	Doenças do aparelho digestivo	25	11	-	36	5,63
8	Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	22	14	-	36	5,63
9	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	27	2	-	29	4,53
10	Doenças do aparelho geniturinário	13	7	-	20	3,13
11	Doenças do sistema nervoso	13	5	-	18	2,81
12	Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	9	3	-	12	1,88
13	Gravidez parto e puerpério	7	3	-	10	1,56
14	Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	7	1	-	8	1,25
15	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	4	2	-	6	0,94
16	Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	5	-	-	5	0,78
17	Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	0	0,00
18	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	0	0,00
Total		494	142	4	640	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		77,19	22,19	0,63	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 42 - Número Absoluto de Óbitos Por País de Residência (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da mortalidade por nacionalidade no Estado de Roraima entre 2015 e 2024 revela um cenário epidemiológico que reflete, de maneira evidente, os efeitos diretos que impactam a vida da população migrante no Estado. Nesse período, foram registrados 640 óbitos entre pessoas não brasileiras, dos quais 494 (77,19%) são de nacionalidade venezuelana, 142 (22,19%) de nacionalidade guianesa e 4 (0,63%) de outras nacionalidades, essa realidade denota a magnitude do fenômeno migratório na composição da mortalidade no território roraimense.

Ao observar o perfil das causas de morte, destaca-se de forma expressiva que o grupo de “algumas afecções originadas no período perinatal” a qual ocupa o primeiro lugar, com 104 óbitos (16,25%), reflete os problemas enfrentados por mulheres migrantes no acesso ao pré-natal, ao parto assistido e ao cuidado neonatal. Esse dado não apenas aponta para as fragilidades da assistência obstétrica, mas também a atenção de políticas públicas adequadas que garantam proteção e cuidado às gestantes migrantes.

O segundo maior grupo de causas é composto por “algumas doenças infecciosas e parasitárias”, que responde por 90 óbitos (14,06%), sendo a grande maioria entre venezuelanos (80 óbitos) e guianeses (9 óbitos). Isso implica, de forma clara, a íntima relação entre a precariedade das condições de vida, falta de saneamento, insegurança alimentar, moradias improvisadas e o adoecimento, que se traduz diretamente em morte evitável.

As “causas externas de morbidade e mortalidade” ocupam a terceira posição, com 74 óbitos (11,56%), dos quais 56 são de venezuelanos e 18 de guianeses. Este dado pede atenção e traduz o contexto de exposição a riscos agravados, incluindo violência em todas as suas formas, acidentes, quedas dentre outros eventos evitáveis que resultam da desproteção social, da precariedade dos espaços de moradia e da ausência de políticas efetivas de acolhimento e inclusão.

A elevada participação das causas externas de morbidade e mortalidade revela o risco a que os migrantes estão submetidos no território, seja pela violência, seja pelos acidentes, seja pelas condições de vida, nas ruas, em ocupações urbanas ou nas periferias dos municípios. Esses dados apontam a necessidade de políticas de segurança social e proteção da infância, da juventude e das famílias migrantes, além de medidas efetivas de inclusão, acolhimento e integração social.

Em seguida, aparecem as “doenças do aparelho circulatório”, com 73 óbitos (11,41%), e as “neoplasias (tumores)”, que somaram 72 óbitos (11,25%), indicando que não se trata apenas de uma população acometida por agravos infecciosos ou decorrentes de emergências sanitárias, mas também portadora de condições crônicas não transmissíveis, muitas vezes sem acesso a diagnóstico, acompanhamento ou tratamento tanto no país de origem quanto no território de destino. Esse contexto de doenças do aparelho circulatório e das neoplasias desconstrói o mito de que a saúde do migrante está associada exclusivamente aos agravos infecciosos e às condições agudas. Pelo contrário, revela que muitos migrantes chegam ao território brasileiro já carregando doenças crônicas não tratadas, sem histórico de acompanhamento, sem acesso a diagnósticos precoces e sem acesso a tratamentos especializados, nem em seu país de origem, nem, muitas vezes, no país de destino.

As “doenças do aparelho respiratório” contribuíram com 47 óbitos (7,34%), seguidas das “doenças do aparelho digestivo” (36 óbitos, 5,63%) e das “Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas” com 36 óbitos (5,63%), reafirmando que a mortalidade entre migrantes tem caráter multifatorial, abrangendo tanto condições agudas quanto crônicas, além de problemas associados à atenção materno-infantil.

Outros grupos de causas também se destacam, como: doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: 29 óbitos (4,53%); doenças do aparelho geniturinário: 20 óbitos (3,13%); doenças do sistema nervoso: 18 óbitos (2,81%); sinais, sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais: 12 óbitos (1,88%); gravidez, parto e puerpério: 10 óbitos (1,56%); doenças do sangue e órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários: 8 óbitos (1,25%); doenças da pele e do tecido subcutâneo: 6 óbitos (0,94%); e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo: 5 óbitos (0,78%).

A presença significativa de óbitos por doenças do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, doenças endócrinas, metabólicas e do sistema nervoso reforça o caráter multifatorial da mortalidade entre migrantes, sendo resultado da soma de determinantes biológicos, sociais, econômicos, ambientais e institucionais. Por sua vez, o Gráfico 41 ratifica de forma clara essa distribuição, com a esmagadora predominância dos óbitos entre migrantes do país vizinho, seguido dos guianeses e de um número residual de outras nacionalidades, reforçando a magnitude do impacto que a crise migratória exerce sobre os indicadores de mortalidade no Estado. Esse cenário revela, de maneira absolutamente inequívoca, que a condição migratória, associada à pobreza, às barreiras linguísticas, culturais e institucionais, bem como problemas de vínculos com o SUS e com as redes de proteção social, é um potente determinante de saúde, que agrava a vulnerabilidade e expõe essas populações a riscos ampliados de adoecer e morrer.

Embora com enfretamentos em andamento, esse cenário ainda exige atenção interinstitucional, os municípios, o governo federal e os organismos internacionais para que de maneira conjunta e articulada, a responsabilidade de responder à crise humanitária não seja apenas como um desafio logístico, mas como um imperativo ético, sanitário e de defesa dos direitos humanos. Ações de vigilância em saúde de populações migrantes, serviços sensíveis às diferenças culturais, fortalecimento da rede de atenção primária, ampliação da capacidade assistencial, proteção social efetiva e políticas de integração são medidas que precisam ser melhoradas.

Os dados apresentados não são apenas números, são um retrato vívido e doloroso das iniquidades globais que se materializam localmente, no território de Roraima. E, mais do que um diagnóstico, são um chamado para a melhoria de políticas públicas, sensíveis às especificidades territoriais e epidemiológicas da população migrante, e que sejam capazes de garantir que o direito à vida e à saúde não seja condicionado pela nacionalidade, pela origem ou pela condição migratória e esse talvez seja um dos maiores desafios da contemporaneidade.

3.13.28 - MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS

A análise da mortalidade por causas externas representa um eixo indispensável na compreensão do perfil de saúde da população e na definição de políticas públicas intersetoriais voltadas à proteção da vida, promoção da saúde e prevenção de agravos. As causas externas, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID-10, abrangem os óbitos resultantes de lesões provocadas por acidentes, violências e outros eventos dessa natureza, tais como homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, envenenamentos, agressões, além de eventos de causa indeterminada.

Diferentemente de outras categorias de causas de morte, as causas externas possuem, em sua maioria, um forte componente de evitabilidade, estando diretamente associadas aos determinantes sociais, econômicos, territoriais, culturais e ambientais. Esses eventos refletem não apenas problemas relacionados à saúde, mas também às condições de vida, à insegurança urbana e rural, aos processos de vulnerabilização social, às dinâmicas econômicas e às fragilidades das políticas públicas de proteção social, segurança, educação, mobilidade, lazer e urbanização.

No contexto específico do Estado de Roraima, a análise da mortalidade por causas externas assume um peso epidemiológico, social e sanitário ainda mais expressivo, considerando as características territoriais do Estado. Roraima é marcado pela presença de extensas áreas rurais, comunidades indígenas, territórios de fronteira, fluxo migratório intenso, atividades ilegais como garimpo, além da urbanização acelerada e, muitas vezes, desordenada. Esse cenário propicia a ocorrência de situações de risco que impactam diretamente nas taxas de homicídios, suicídios, acidentes de trânsito, afogamentos e outros agravos externos, contribuindo de forma significativa para a composição da carga de mortalidade.

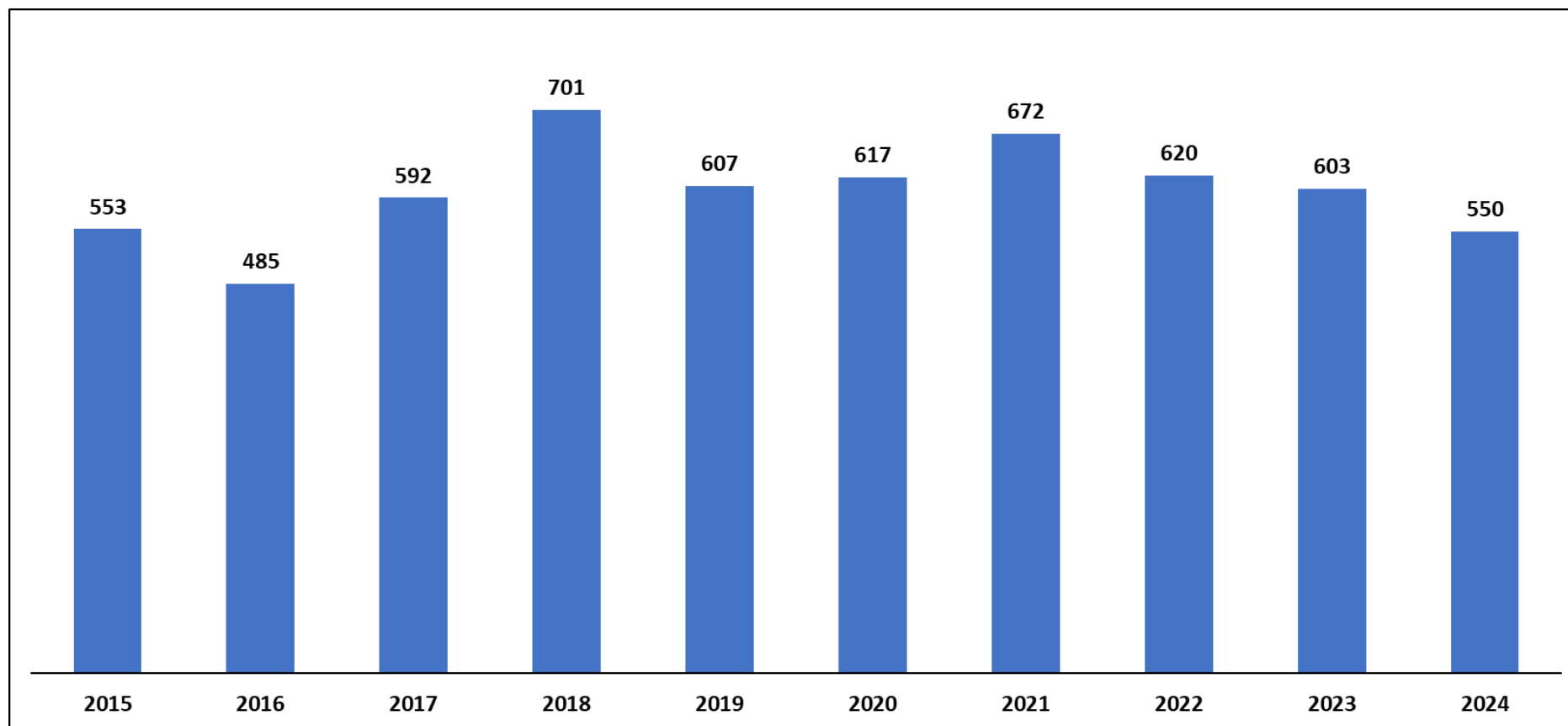
As causas externas não apenas produzem um volume relevante de óbitos, especialmente entre jovens, homens e populações em situação de vulnerabilidade, mas também sobrecarregam os serviços de saúde, gerando altas taxas de internações, demanda por serviços de urgência e emergência, reabilitação, atenção psicossocial e assistência de longa duração. Além disso, seu impacto econômico e social é devastador, resultando em perda precoce de vidas produtivas, adoecimento de famílias e comunidades, aumento da pobreza, sofrimento social e perpetuação de ciclos de violência.

Diante dessa realidade, o monitoramento, a análise e o enfrentamento da mortalidade por causas externas no Estado de Roraima devem ser considerados como prioridade estratégica, exigindo ações integradas e coordenadas entre os setores da saúde, segurança pública, assistência social, educação, justiça, transporte, desenvolvimento urbano e sociedade civil organizada. O enfrentamento desse problema não se restringe ao setor saúde, mas requer uma abordagem intersetorial, orientada pelos princípios da promoção da saúde, da equidade, da integralidade e da proteção social. Neste subitem, serão apresentados a seguir os dados de mortalidade por causas externas no Estado de Roraima no período de 2015 a 2024, com análise dos principais tipos de agravos.

Tabela 64 - Número de Mortalidade Segundo Causas Externas (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Agressões	213	208	249	415	243	252	259	234	212	166	2.451	40,85
2	Acidentes de transporte	164	109	138	94	124	133	160	166	161	143	1.392	23,20
3	Lesões autoprovocadas voluntariamente	57	59	50	37	52	56	72	55	63	71	572	9,53
4	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	22	35	31	66	61	70	44	37	45	51	462	7,70
5	Todas as outras causas externas	39	28	54	29	50	44	54	59	57	43	457	7,62
6	Afogamento e submersões acidentais	29	33	38	31	34	40	47	32	26	35	345	5,75
7	Quedas	25	10	28	27	40	18	29	27	25	28	257	4,28
8	Envenen, intoxic por ou expos a substâncias nocivas	1	-	2	1	1	2	5	5	3	6	26	0,43
9	Intervenções legais e operações de guerra	-	1	-	1	1	1	1	2	11	5	23	0,38
10	Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	3	2	2	-	1	1	1	3	-	2	15	0,25
Total de Causas Externas		553	485	592	701	607	617	672	620	603	550	6.000	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		9,22	8,08	9,87	11,68	10,12	10,28	11,20	10,33	10,05	9,17	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 43 - Número Absoluto de Óbitos Segundo Causas Externas (2015-2024)

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Conforme demonstrado na Tabela 64 e no Gráfico 43, a análise da série histórica de mortalidade por causas externas no Estado de Roraima, no período de 2015 a 2024, revela um quadro epidemiológico preocupante, que reafirma a relevância desse grupo de causas no perfil de mortalidade do Estado. No total, foram registrados 6.000 óbitos por causas externas, representando, de forma consistente para o período analisado variações anuais que oscilaram entre 8,08% e 11,68%.

As agressões (homicídios) se configuram como a principal causa de mortalidade externa em Roraima, respondendo por 2.451 óbitos, o que equivale a 40,85% de todas as mortes por causas externas no período. Este dado não apenas reflete os elevados índices de violência letal no Estado, mas também evidencia um fenômeno que impacta de forma desproporcional jovens, especialmente homens, e populações socialmente vulneráveis. Vale destacar o pico ocorrido em 2018, com 415 homicídios, representando o ano de maior número de registros na série, seguido de uma leve tendência de redução nos anos subsequentes, mas ainda mantendo números elevados, com 166 óbitos em 2024.

Os acidentes de transporte ocupam o segundo lugar no ranking, com 1.392 óbitos (23,20%), revelando-se como uma importante causa de morte evitável, associada tanto à precarização da malha viária estadual, quanto ao crescimento do número de veículos, falta de fiscalização efetiva, comportamento de risco, consumo de álcool e drogas, além das longas distâncias e condições precárias das vias, especialmente nas áreas rurais e de fronteira.

As lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídios), com 572 óbitos (9,53%), representam uma dimensão igualmente crítica e, muitas vezes, invisibilizada da mortalidade. Os dados demonstram uma estabilidade preocupante, com ligeiro aumento nos últimos anos, culminando em 71 óbitos em 2024, o segundo maior número da série. Este dado reafirma a urgência de fortalecimento das políticas de saúde mental, prevenção do suicídio e atenção psicossocial, especialmente nas populações indígenas, rurais, ribeirinhas e migrantes e onde os fatores de sofrimento social forem intensificados.

Outro grupo relevante são os eventos cuja intenção é indeterminada, que totalizaram 462 mortes (7,70%). Este percentual elevado sugere fragilidades na qualidade das investigações dos óbitos, na codificação correta das causas e na articulação entre os serviços de saúde, segurança pública, Instituto Médico Legal (IML) e outros órgãos responsáveis pela elucidação dos eventos.

Destacam-se ainda, com participação relevante, os afogamentos e submersões acidentais (5,75%), associados ao modo de vida ribeirinho, às atividades de lazer e trabalho em rios e lagos, bem como as quedas (4,28%), que impactam especialmente idosos, e as mortes por envenenamentos, intervenções legais, exposição à fumaça, fogo e chamas, que, embora representem percentuais menores, carregam elevada carga de sofrimento, morbidade associada e, em muitos casos, poderiam ser evitáveis.

A tendência geral da série histórica revela um aumento expressivo entre 2015 e 2018, atingindo o pico de 701 óbitos em 2018, seguido de uma relativa estabilidade com valores elevados, superando consistentemente 600 óbitos anuais até 2023, e uma leve redução para 550 em 2024, que, embora seja o menor número dos últimos anos, ainda se mantém em patamar elevado e preocupante.

A análise da mortalidade por causas externas, à qual é importante ressaltar ser maior dentre todas as outras no Estado de Roraima, evidencia, de maneira inequívoca, que este é um problema de saúde pública de alta magnitude, com impacto sanitário, econômico e social profundo. As causas externas não apenas se configuram como responsáveis por uma parcela significativa da mortalidade no Estado, mas também carregam consigo o peso de serem, em sua maioria, mortes evitáveis, vinculadas a determinantes sociais, territoriais, econômicos e culturais, e que refletem as desigualdades estruturais que permeiam a sociedade roraimense.

A predominância dos homicídios, acidentes de transporte e suicídios revela que a superação desse quadro não depende exclusivamente das ações do setor saúde, mas exige um enfrentamento intersetorial robusto, articulando da saúde, segurança, assistência social, educação, justiça, mobilidade, desenvolvimento urbano e participação comunitária. O fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como das políticas públicas de promoção da saúde, proteção social e redução das desigualdades, são componentes imprescindíveis para reverter esse cenário.

Além disso, é imperativo fortalecer os processos de qualificação das informações sobre causas externas, investindo na melhoria das investigações dos óbitos, na articulação com o Instituto Médico Legal (IML), na formação de profissionais da saúde, da segurança e da justiça, garantindo que os registros sejam precisos, permitindo análises mais robustas e intervenções mais eficazes.

Por fim, enfrentar a mortalidade por causas externas em Roraima é um desafio que se insere no centro das responsabilidades do Estado e da sociedade, e deve ser tratado como prioridade estratégica no âmbito das políticas públicas de saúde, sendo priorizada como eixo estruturante, com ações direcionadas à promoção da cultura de paz, prevenção da violência, segurança viária, proteção da vida e fortalecimento da rede de cuidados às populações mais vulneráveis.

Superada a análise das causas externas, majoritariamente associadas à violência, aos acidentes e às lesões, torna-se necessário compreender a magnitude das doenças do aparelho circulatório, que historicamente figuram entre as principais causas de morte no Brasil e, de maneira particular, em Roraima. Esses agravos, fortemente relacionados aos processos de transição epidemiológica, ao envelhecimento populacional, aos estilos de vida e às condições socioeconômicas, impõem desafios contínuos aos sistemas de saúde, tanto no âmbito da prevenção quanto no da assistência. A seguir, será apresentada a análise detalhada da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no período de 2015 a 2024, permitindo aprofundar a compreensão dos seus impactos sobre a carga de adoecimento e morte no território estadual.

3.13.29 - MORTALIDADE POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

As Doenças do Aparelho Circulatório, segundo a Classificação Internacional de Doenças – CID-10 (Capítulo IX – códigos I00 a I99), abrangem um conjunto de agravos que afetam o sistema cardiovascular, incluindo as doenças isquêmicas do coração (como o infarto agudo do miocárdio e a angina), as doenças cerebrovasculares (como o acidente vascular cerebral – AVC), as doenças hipertensivas, as doenças reumáticas do coração, as cardiomiopatias, as insuficiências cardíacas, além de outras condições relacionadas à circulação periférica e venosa. Essas doenças se configuram como um dos maiores desafios da saúde pública mundial, sendo responsáveis por elevados índices de morbidade, mortalidade e incapacidade, além de gerar forte impacto econômico e social, tanto para os indivíduos e famílias quanto para os sistemas de saúde.

No contexto epidemiológico brasileiro, e particularmente no Estado de Roraima, as doenças do aparelho circulatório representam, historicamente, um dos principais grupos de causas de morte, refletindo o avanço dos processos de transição epidemiológica e demográfica, caracterizados pelo envelhecimento populacional, pela urbanização acelerada e pelas mudanças nos estilos de vida. Associam-se, de maneira direta, a fatores de risco modificáveis, como hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, alimentação inadequada, obesidade e estresse crônico, além de serem fortemente influenciadas pelos determinantes sociais da saúde.

A análise da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Estado adquire uma relevância ainda maior quando se considera a composição demográfica e os desafios territoriais do Estado. Roraima é um território que conjuga dinâmicas populacionais complexas, com alta proporção de população indígena, crescente fluxo migratório internacional, presença significativa de comunidades ribeirinhas, rurais e de fronteira, além de enfrentar vulnerabilidades relacionadas à pobreza, à desigualdade social e às barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde. Esses fatores contribuem não apenas para o agravamento dos fatores de risco, mas também para a dificuldade de acesso ao diagnóstico oportuno, ao acompanhamento contínuo e ao tratamento adequado das condições crônicas cardiovasculares.

Outro aspecto crítico reside no fato de que a Atenção Primária à Saúde (APS), pilar fundamental no enfrentamento das doenças crônicas, ainda enfrenta desafios estruturais, operacionais sobretudo nas áreas de maior vulnerabilidade social e geográfica. Isso compromete o controle adequado da hipertensão, do diabetes e de outros fatores de risco, favorecendo o aumento dos eventos agudos, como infartos e AVC's, que, muitas vezes, resultam em óbitos evitáveis.

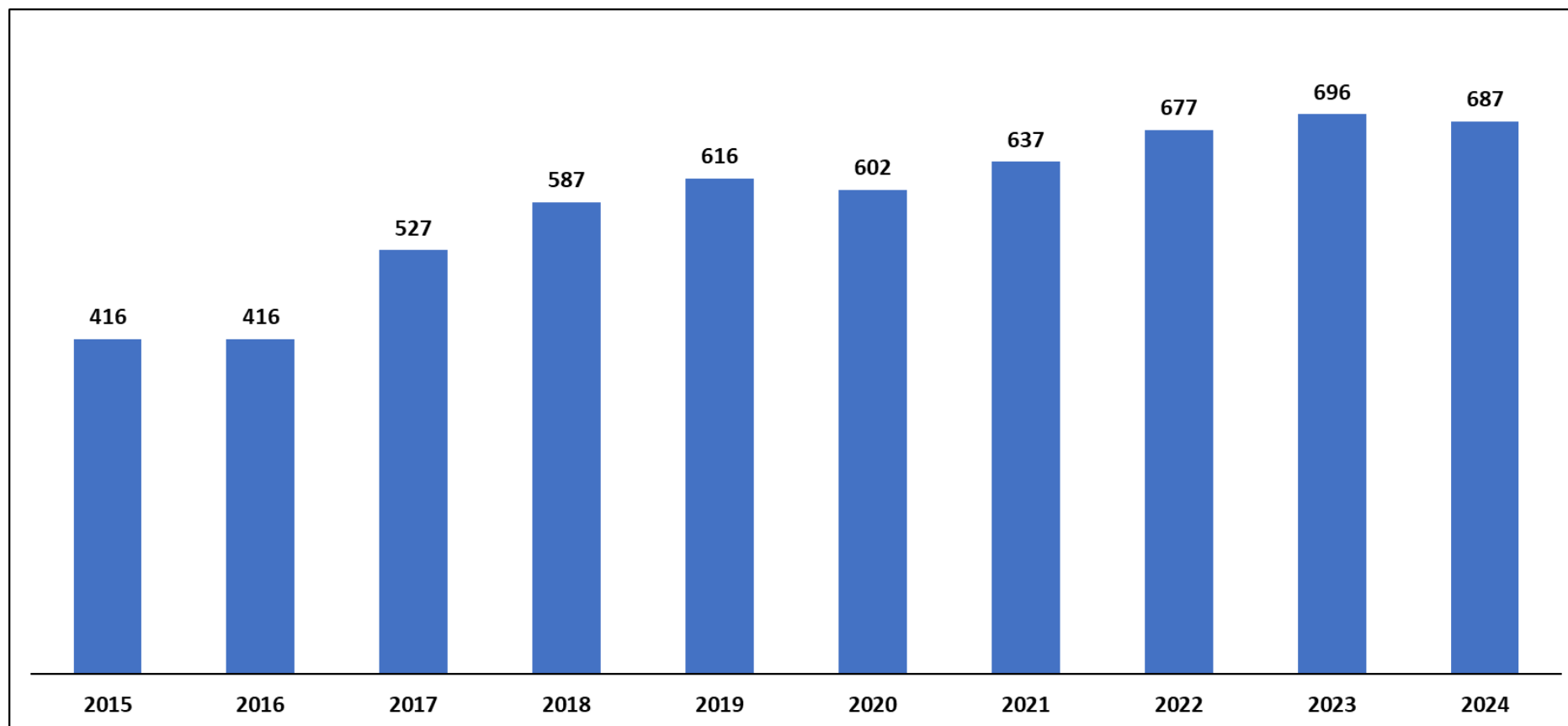
Diante desse cenário, o monitoramento constante dos indicadores de mortalidade por doenças do aparelho circulatório é vital para orientar ações de qualificação das redes de atenção, especialmente no fortalecimento da linha de cuidado das condições crônicas. Essa análise se torna estratégica para melhoria do acesso aos serviços de saúde via APS, da atenção especializada, da reabilitação e da vigilância em saúde, contribuindo, de forma decisiva, para a redução da mortalidade e da carga de doenças no Estado de Roraima.

Tabela 65 - Número de Mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Doenças cerebrovasculares	108	120	160	182	220	215	185	218	223	221	1.852	31,60
2	Doenças isquêmicas do coração	108	115	131	187	166	175	247	229	204	207	1.769	30,18
3	Outras doenças cardíacas	90	86	104	102	122	100	109	118	136	115	1.082	18,46
4	Doenças hipertensivas	94	81	107	93	80	96	74	80	91	109	905	15,44
5	Restante de doenças do aparelho circulatório	13	12	22	18	24	15	20	19	34	28	205	3,50
6	Febre reumática aguda e doen reum crôn. coração	3	2	3	4	4	1	2	10	8	5	42	0,72
7	Aterosclerose	-	-	-	1	-	-	-	3	-	2	6	0,10
Total de Doenças do Aparelho Circulatório		416	416	527	587	616	602	637	677	696	687	5.861	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		7,10	7,10	8,99	10,02	10,51	10,27	10,87	11,55	11,88	11,72	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 44 - Número Absoluto de Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

A análise da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no período de 2015 a 2024 evidencia uma tendência de crescimento contínuo e sustentado desse grupo de causas no perfil epidemiológico da população, refletindo o avanço dos processos de transição epidemiológica, demográfica e social no território. No total, foram registrados 5.861 óbitos, representando uma média anual crescente e alcançando, em 2023 e 2024, os maiores números da série, com 696 e 687 mortes, respectivamente.

O percentual de participação das doenças cardiovasculares na mortalidade geral também apresenta uma trajetória ascendente, passando de 7,10% em 2015 para 11,88% em 2023, e mantendo-se em 11,72% em 2024, o que evidencia que essas condições se consolidaram como a segunda principal causa de morte no Estado atrás somente das causas externas fato que acompanha a tendência observada nacional e internacionalmente.

Dentre os subgrupos, destacam-se com maior magnitude as Doenças Cerebrovasculares (CID-10 I60-I69), que totalizaram 1.852 óbitos (31,60%), e as Doenças Isquêmicas do Coração (CID-10 I20-I25), com 1.769 óbitos (30,18%), que, somadas, correspondem a 61,78% de todas as mortes por doenças do aparelho circulatório. Este dado é extremamente relevante, uma vez que ambas as condições estão diretamente associadas a fatores de risco bem conhecidos, como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, sedentarismo, obesidade, tabagismo e consumo excessivo de álcool, além de estarem fortemente relacionadas ao acesso desigual aos serviços de saúde, tanto para prevenção quanto para diagnóstico e tratamento oportuno.

Outro subgrupo relevante são as outras doenças cardíacas (CID-10 I30-I52), que representam 1.082 óbitos (18,46%), refletindo um conjunto heterogêneo de agravos, incluindo insuficiência cardíaca, miocardiopatias e arritmias, muitas vezes associadas a desfechos tardios de controle inadequado de condições crônicas. As doenças Hipertensivas (CID-10 I10-I15) somaram 905 óbitos (15,44%), reafirmando que o controle ineficaz da hipertensão arterial segue sendo um desafio crítico para a Atenção Primária em Saúde (APS) e para a gestão das condições crônicas no Estado.

Os demais grupos, como doenças reumáticas do coração, aterosclerose e outras doenças do aparelho circulatório, embora representem percentuais menores, juntos somam 4,32% dos óbitos, o que, embora quantitativamente inferior, não pode ser negligenciado, especialmente por se tratar de condições que, em muitos casos, são sensíveis à atuação da APS e ao cuidado contínuo.

A progressão dos óbitos ao longo da série histórica é nítida, partindo de 416 mortes em 2015 para 687 em 2024, o que representa um crescimento absoluto de mais de 65% no período, com tendência ascendente ano após ano, refletindo não apenas o envelhecimento populacional, mas também as fragilidades nos processos de prevenção, controle dos fatores de risco e manejo clínico das condições crônicas cardiovasculares, sobretudo nas populações em situação de vulnerabilidade social, em comunidades indígenas, rurais, ribeirinhas e de fronteira.

O crescimento expressivo das mortes por doenças cerebrovasculares, doenças isquêmicas do coração e doenças hipertensivas aponta para a necessidade de fortalecimento da linha de cuidado das condições crônicas, com ênfase no aprimoramento dos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS), na ampliação do acesso à assistência especializada, à realização de exames complementares, ao monitoramento contínuo dos pacientes e à qualificação da assistência nas urgências e emergências.

Além disso, os dados reforçam a importância de políticas públicas intersetoriais que atuem sobre os determinantes sociais da saúde, como pobreza, insegurança alimentar, baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços, especialmente nas regiões remotas e de fronteira. É imprescindível, também, intensificar as ações de promoção da saúde, como incentivo à prática de atividade física, alimentação saudável, redução do consumo de sal, tabaco e álcool, e fortalecimento das campanhas de educação em saúde voltadas para a população e para os profissionais da rede.

Sendo assim, enfrentar a mortalidade por doenças do aparelho circulatório é acima de tudo, um desafio estratégico para a gestão estadual e municipal, que deve ser incorporado como prioridade, orientando investimentos, reestruturação dos processos de cuidado, qualificação das equipes, fortalecimento da vigilância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e ampliação dos programas de prevenção e controle dos fatores de risco. Somente por meio de uma abordagem integrada, contínua e territorialmente sensível será possível reduzir o impacto dessas doenças e promover a melhoria da qualidade de vida e da saúde da população.

Ao dar sequência na análise dos principais grupos de causas de mortalidade que compõem o perfil epidemiológico do Estado de Roraima, torna-se imprescindível dedicar atenção específica às neoplasias malignas (cânceres), que representa a terceira mais relevante e um dos maiores desafios contemporâneos para os sistemas de saúde em nível global, nacional e, particularmente, no contexto regional. Diferentemente de outros grupos de causas, cuja relação direta com eventos agudos ou com agravos controláveis de curto prazo é mais evidente, as neoplasias expressam processos crônicos, complexos e multifatoriais, fortemente relacionados tanto aos determinantes sociais, ambientais e territoriais, quanto ao envelhecimento populacional, aos estilos de vida e às exposições ocupacionais.

Superada a análise das doenças do aparelho circulatório, que refletem, sobretudo, as consequências do controle inadequado dos fatores de risco cardiovasculares, torna-se fundamental compreender a crescente magnitude da mortalidade por câncer. Este agravamento demanda não apenas uma abordagem clínica altamente especializada, mas também um modelo de atenção que articule ações contínuas de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico oportuno, tratamento qualificado, reabilitação e cuidados paliativos. Na sequência, seguindo a lógica, serão apresentados os dados da mortalidade por neoplasias no período de 2015 a 2024, evidenciando seus principais tipos, e os desafios no enfrentamento desse complexo problema de saúde pública.

3.13.30 - MORTALIDADE POR NEOPLASIAS (CÂNCERES)

As neoplasias malignas (cânceres) representam, atualmente, uma das principais causas de morte no mundo, no Brasil e, de maneira cada vez mais expressiva, no Estado de Roraima. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), as neoplasias estão agrupadas no Capítulo II (C00 a C97), abrangendo os diversos tipos de câncer que acometem os órgãos e tecidos do corpo humano. O câncer é caracterizado por um crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos, podendo se espalhar (metástase) para outras partes do corpo, comprometendo funções vitais.

O crescimento da mortalidade por neoplasias reflete, por um lado, os avanços no controle de doenças transmissíveis e de algumas condições agudas, que levam a um aumento da expectativa de vida, e, por outro, os desafios não plenamente enfrentados dos processos de transição epidemiológica e demográfica, associados ao envelhecimento populacional, aos estilos de vida pouco saudáveis, à exposição a fatores ambientais, ocupacionais e genéticos, além dos determinantes sociais da saúde. O câncer, portanto, expressa um conjunto de vulnerabilidades que extrapolam o modelo biomédico, exigindo respostas integradas, contínuas e coordenadas entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde.

No contexto de Roraima, os desafios são potencializados pelas características geográficas, territoriais, sociais e demográficas. A presença expressiva de populações indígenas, migrantes e pessoas em situação de vulnerabilidade, somada às dificuldades de acesso à detecção precoce, diagnóstico oportuno e tratamento especializado, contribui para que muitos casos sejam diagnosticados em estágios avançados, impactando diretamente nos desfechos e na sobrevida dos pacientes. Além disso, os determinantes ambientais, como exposição à fumaça, mercúrio e outros agentes relacionados às atividades de garimpo, desmatamento e queimadas, configuram fatores de risco adicionais que agravam a situação epidemiológica.

Outro aspecto crítico está na insuficiência da rede assistencial especializada no próprio território. Apesar dos avanços na atenção oncológica, a oferta de serviços de alta complexidade, como radioterapia, oncologia clínica, cirurgia oncológica e cuidados paliativos, ainda é limitada, centralizada e, muitas vezes, insuficiente frente às demandas crescentes, o que resulta em deslocamentos frequentes de pacientes para outros Estados e longos períodos de espera para início do tratamento, com impacto direto nos indicadores de mortalidade.

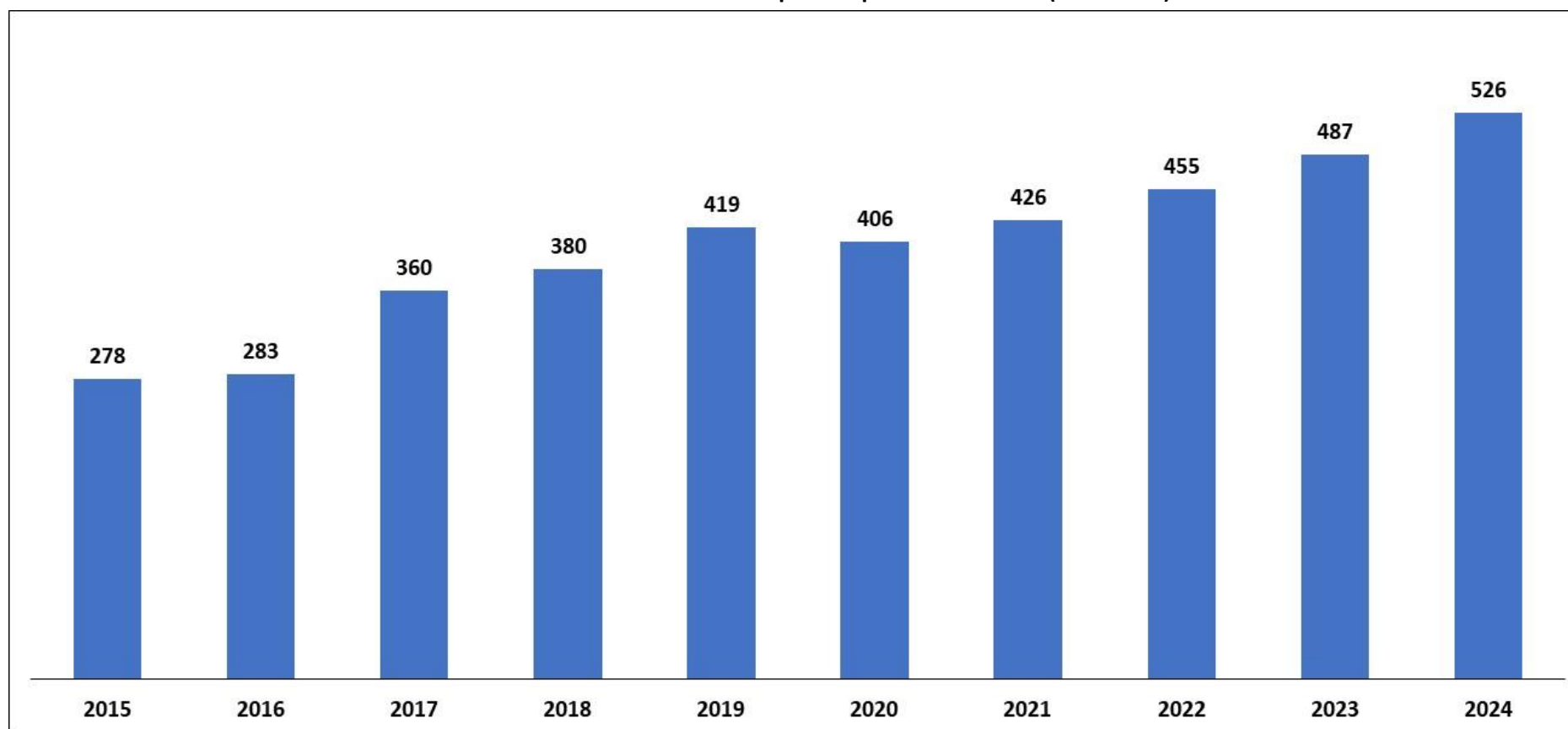
Diante desse cenário, monitorar e analisar a mortalidade por neoplasias torna-se uma ferramenta estratégica para orientar as ações da gestão, subsidiar a organização da linha de cuidado oncológico e definir políticas públicas de prevenção, rastreamento, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. Essa análise também permite dimensionar os impactos do câncer na carga de doença no Estado de Roraima, compreender as tendências epidemiológicas e contribuir para a adoção de medidas mais efetivas, integradas e equitativas, voltadas à melhoria da qualidade da atenção à saúde da população.

Tabela 66 - Número de Mortalidade por Neoplasias - Cânceres (2015-2024)

Ordem	Grupo de Causas - CID10 (Capítulos)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total	%
1	Restante de neoplasias malignas	62	44	43	59	68	74	83	87	82	109	711	17,69
2	Neopl malign da traquéia, brônquios e pulmões	36	35	54	49	37	52	45	53	47	39	447	11,12
3	Neoplasia maligna do estômago	17	31	36	23	40	35	31	37	32	31	313	7,79
4	Neoplasia maligna da mama	16	17	14	29	24	25	25	36	51	55	292	7,26
5	Neoplasia maligna da próstata	18	21	38	27	32	26	29	37	30	28	286	7,11
6	Neoplasia maligna do colo do útero	14	9	26	24	37	31	42	33	27	43	286	7,11
7	Neoplasia maligna do cólon,reto e ânus	11	15	16	29	28	27	31	28	38	36	259	6,44
8	Neopl malign do fígado e vias bil intrahepát	17	18	24	26	18	15	26	25	30	25	224	5,57
9	Neopl malign mening, encéf e out partes SNC	20	14	14	10	18	21	15	25	28	31	196	4,88
10	Leucemia	10	16	14	14	21	11	16	14	24	27	167	4,15
11	Neoplasia maligna do pâncreas	6	10	20	12	18	12	11	17	19	20	145	3,61
12	Neopl malign do lábio, cav oral e faringe	8	9	10	16	17	19	13	11	17	13	133	3,31
13	Neoplasia maligna do esôfago	3	4	12	8	7	10	8	16	14	13	95	2,36
14	Neoplasias in situ, benign, comport incert	9	4	7	12	7	3	20	8	8	11	89	2,21
15	Linfoma não-Hodgkin	3	5	5	4	8	16	7	1	6	13	68	1,69
16	Neopl malign de corpo e partes n/esp útero	11	11	0	8	8	5	8	7	2	3	63	1,57
17	Neoplasia maligna do ovário	4	6	5	7	6	5	4	6	8	10	61	1,52
18	Neoplasia maligna da laringe	2	7	8	7	7	5	2	5	6	10	59	1,47
19	Mieloma mult e neopl malign de plasmócitos	4	2	6	8	4	7	4	2	10	3	50	1,24
20	Neoplasia maligna da bexiga	3	4	5	5	10	3	4	5	6	4	49	1,22
21	Neoplasia maligna da pele	4	1	3	3	4	4	2	2	2	2	27	0,67
Total de Cânceres		278	283	360	380	419	406	426	455	487	526	4.020	100
Percentual por Ano Segundo Grupo de Causas (%)		6,92	7,04	8,96	9,45	10,42	10,10	10,60	11,32	12,11	13,08	100	

Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Tabnet. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 45 - Número Absoluto de Óbitos por Neoplasias - Cânceres (2015-2024)



Fonte: Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM/SUS). Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Sendo a terceira maior causa de óbito, a análise da série histórica da mortalidade por neoplasias (cânceres) no Estado de Roraima no período de 2015 a 2024 evidencia uma trajetória de crescimento consistente, refletindo também o avanço do processo de transição epidemiológica, associado ao envelhecimento populacional, às mudanças nos estilos de vida e aos desafios estruturais de acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno no território estadual.

No período foram registrados 4.020 óbitos por neoplasias malignas, com crescimento absoluto de 278 mortes em 2015 para 526 em 2024, o que representa um aumento de aproximadamente 89,2% no número de mortes em uma década. Esse crescimento se reflete também na elevação do percentual de participação das neoplasias na mortalidade por ano, que passou de 6,92% em 2015 para 13,08% em 2024, mais do que o dobro e configurando-se como um dos grupos de causas mais relevantes no perfil epidemiológico do Estado.

Entre os tipos de câncer, o grupo classificado como “restante de neoplasias malignas” concentra o maior número absoluto de óbitos (711 mortes – 17,69%), o que indica a existência de neoplasias diversas que não foram classificadas nas categorias específicas da CID-10, possivelmente refletindo fragilidades na codificação, na investigação adequada dos óbitos ou na consolidação das causas básicas.

As neoplasias malignas da traqueia, brônquios e pulmões ocupam a segunda posição, com 447 óbitos (11,12%), refletindo o forte impacto dos fatores de risco associados, especialmente o tabagismo, a exposição ocupacional a agentes nocivos, à poluição ambiental e às condições de trabalho em atividades como o garimpo e o desmatamento, muito presentes no Estado.

Na sequência, destacam-se as neoplasias malignas do estômago, com 313 mortes (7,79%), e os cânceres de mama e próstata, ambos com elevada magnitude, registrando 292 e 286 óbitos respectivamente (7,26% e 7,11%), configurando-se como os cânceres mais prevalentes entre homens e mulheres. Importante destacar, também, a expressiva carga da neoplasia maligna do colo do útero, com 286 óbitos (7,11%), que, embora seja uma condição altamente prevenível por meio da vacinação contra o HPV, rastreamento periódico e tratamento das lesões precursoras, segue apresentando elevada mortalidade, revelando fragilidades no controle deste agravo no Estado.

Outro dado de grande relevância refere-se ao crescimento consistente das mortes por neoplasias malignas do cólon, reto e ânus, que somaram 259 óbitos (6,44%), acompanhando a tendência nacional e mundial de crescimento dos cânceres do trato gastrointestinal, fortemente associados a hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, obesidade e envelhecimento populacional.

Outros grupos, como câncer de fígado e vias biliares intra-hepáticas (224 mortes – 5,57%), sistema nervoso central (196 mortes – 4,88%), leucemias (167 mortes – 4,15%) e pâncreas (145 mortes – 3,61%), também apresentam participação expressiva, com tendência de estabilidade, mas com impactos importantes tanto na mortalidade quanto na sobrecarga dos serviços de saúde de média e alta complexidade.

A trajetória crescente, ano após ano, com destaque para os períodos de 2023 a 2024, que concentraram os maiores volumes de óbitos da série, evidencia, de forma incontestável, que as neoplasias se consolidaram como um dos maiores desafios sanitários contemporâneos para o SUS em Roraima, exigindo respostas robustas e articuladas da gestão estadual e dos municípios.

Diante desse contexto a mortalidade por neoplasias denota um cenário desafiador e crescente, que exige respostas estruturantes, intersetoriais. O aumento expressivo dos óbitos por câncer reflete não apenas os processos de transição epidemiológica e demográfica, mas, sobretudo, as fragilidades na organização da linha de cuidado oncológico, na cobertura dos programas de rastreamento, no acesso aos exames diagnósticos, na detecção precoce e na oferta de tratamento especializado no próprio território estadual.

A elevada mortalidade por cânceres de pulmão, estômago, mama, próstata, colo do útero e cólon e reto revela a necessidade urgente de fortalecer as ações de promoção da saúde, controle dos fatores de risco modificáveis, ampliação da cobertura vacinal contra HPV, qualificação dos programas de rastreamento (como mamografia, citologia oncológica e colonoscopia), além de garantir acesso mais ágil ao diagnóstico e ao tratamento oncológico, conforme preconizado pela Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS.

É igualmente imprescindível expandir a oferta de serviços de alta complexidade em oncologia no próprio Estado, reduzindo a dependência de Tratamentos Fora de Domicílio (TFD) e mitigando os impactos emocionais, sociais e econômicos causados pelos deslocamentos prolongados e pela espera no acesso aos serviços. Também se faz necessário fortalecer a Rede de Cuidados Paliativos, assegurando que pacientes com câncer em estágio avançado recebam acompanhamento digno, humanizado e próximo de suas famílias e comunidades.

Portanto, enfrentar a mortalidade por câncer no Estado de Roraima demanda uma atuação integrada, contínua e orientada pela lógica da linha de cuidado, articulando desde a promoção da saúde, passando pela prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, até a vigilância dos agravos e a gestão dos sistemas de informação. A incorporação desse desafio como prioridade estratégica é indispensável para transformar o cenário atual, reduzir a mortalidade evitável e promover o cuidado integral às pessoas com câncer, contribuindo diretamente para a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população roraimense.

3.14 - FLUXO DE ACESSO

3.14.1 - ACESSO RODOVIÁRIO

Todas as rodovias estaduais aos Municípios do estado de Roraima convergem ou tem origem na BR-174 sendo notoriamente a principal via de acesso regional seguida da BR-401. Enquanto a primeira (BR-174) tem como limite ao sul o município de Rorainópolis fronteira com o Estado do Amazonas e ao norte o município de Pacaraima divisa com a República Bolivariana da Venezuela a segunda (BR-401), interliga a capital Boa Vista aos municípios do Cantá via RR – 219, Bonfim, Normandia e Roraima a fronteira com a República Cooperativista da Guiana (Guiana Inglesa). Este meio de acesso é constantemente utilizado pelas ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e é regulado por uma Central de Regulação localizada na Capital Boa Vista.

Esse meio de acesso também é muito utilizado pelo programa da Saúde Itinerante para levar aos Municípios diversos procedimentos de saúde; em geral são mutirões com oferta de diversas especialidades como: clínica geral, ginecologia, cardiologia, pediatria e urologia, há atendimentos por dentistas, acompanhados por ACD's (Auxiliar de Consultório Dentário) e técnicos de enfermagem. Além de diversas especialidades, são realizados diversos procedimentos dentre eles: aferição de pressão arterial, glicemia, peso, diabetes, aplicação de vacinas, teste para malária, curativo e até mesmo pequenas cirurgias.

Figura 5 - Mapa Rodoviário do Estado de Roraima



Fonte: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=18287270>

Conforme a tabela 40 é possível verificar as distâncias percorridas pelo o usuário entre as sedes Municipais, que são as localidades onde se encontram, com maior margem de segurança a Atenção Primária e os suportes a procedimentos da Atenção Secundária ofertados pelo Estado e que são referenciados para a Capital Boa Vista.

Tabela 67 - Distâncias Percorridas pelo Usuário no Estado de Roraima - 2024

DISTÂNCIAS (Km)	AAL	AMA	B. V.	BON	CAN	CAR	CARO	IRAC	MUC	NORM	PACA	RORAI	S. J. B.
AAL	-	146	95	219	133	265	472	188	150	275	313	416	447
AMA	146	-	164	288	202	334	541	257	219	344	160	485	516
B. V.	95	164	-	124	38	170	377	93	55	180	218	321	352
BON	219	288	124	-	140	294	415	217	179	85	288	360	390
CAN	133	202	38	140	-	208	276	131	93	196	256	220	250
CAR	265	334	170	294	208	-	210	73	113	350	388	154	185
CARO	472	541	377	415	276	210	-	282	322	471	595	123	26
IRAC	188	257	93	217	131	73	282	-	40	273	311	227	257
MUC	150	219	55	179	93	113	322	40	-	235	273	267	296
NORM	275	344	180	85	196	350	471	273	235	-	231	416	445
PACAR	313	160	218	288	256	388	595	311	273	231	-	539	569
RORAI	416	485	321	360	220	154	123	227	267	416	539	-	97
S. J. B.	447	516	352	390	250	185	26	257	296	445	569	97	-
SÃO L.	430	499	335	374	235	164	42	241	281	430	533	82	16
UIRA.	414	260	319	273	357	489	696	412	374	216	180	603	633
Legenda para a Identificação dos Municípios													
A.A.L.	01 - ALTO ALEGRE												
A.M.A.	02 - AMAJARI												
B.V.	03 - BOA VISTA – CAPITAL												
BON	04 - BONFIM												
CAN	05 - CANTÁ												
CAR	06 - CARACARAÍ												
CARO	07 - CAROEBE												
IRAC	08 - IRACEMA												
MUC	09 - MUCAJAÍ												
NORM	10 - NORMANDIA												
PACAR	11 - PACARAIMA												
RORAI	12 - RORAINÓPOLIS												
S. J. B.	13 - SÃO JOÃO DA BALIZA												
SÃO L.	14 - SÃO LUIZ												
UIRA.	15 - UIRAMUTÃ												

Fonte: SESAU/CGPLAN-RR.

3.14.2 - ACESSO AÉREO

O acesso aéreo regular embora restrito a poucas empresas nacionais é muito utilizado para pacientes que necessitam de Tratamento Fora de Domicílio – TFD e seus acompanhantes. Ainda por meio dessa modalidade de acesso a Secretaria de Estado da Saúde oferta o Serviço de UTI Móvel Aéreo para remoção de pacientes que necessitam de remoção mais especializada para serem acolhidos em outras unidades de referência fora do Estado.

3.14.3 - ACESSO FLUVIAL

O Rio Branco é o principal rio do Estado de Roraima. Sua estação chuvosa, na região da alta bacia hidrográfica, inicia-se entre abril e maio e estende-se até agosto-setembro, a média pluviométrica na região é de 1.650 mm/ano, sendo a média no início da estação chuvosa de 210 mm/ano (abril-maio); em junho-julho é o período de máxima precipitação com médias de 330 mm/ano e, em agosto-setembro, retornando ao período de estiagem, com médias de 140 mm/ano.

Também como estratégia de levar mais saúde aos lugares mais distantes, regularmente em todos os anos, em momentos de boa navegabilidade, esse meio de acesso é utilizado pela Secretaria de Estado da Saúde para levar atendimento por médicos, enfermeiros e dentistas à várias vilas no Baixo Rio Branco ao sul do Estado.

São mutirões com oferta de diversas especialidades como: clínica geral, ginecologia, cardiologia, pediatria e urologia, há atendimentos por dentistas, acompanhados por ACD's (Auxiliar de Consultório Dentário) e técnicos de enfermagem. Além de diversas especialidades, são realizados diversos procedimentos dentre eles: aferição de pressão arterial, glicemia, peso, diabetes, aplicação de vacinas, teste para malária, curativo e até mesmo pequenas cirurgias.

3.14.4 - FLUXO DE ACESSO HOSPITALAR

Localizadas na Capital Boa Vista; as principais Unidades Hospitalares de referência para atendimentos em geral e internações na Atenção Secundária e Terciária no Estado de Roraima são: o Hospital Geral de Roraima, o Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth. Nesse contexto, as tabelas abaixo demonstram as demandas espontâneas e/ou referenciadas, evidenciando as internações realizadas nessas unidade de saúde segundo o município de residência do paciente.

Tabela 68 - Fluxo de Internações por Município no Hospital Geral (2020 - 2023)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA (CNES - 2319659)							
GESTÃO: ESTADUAL PLENA							
ITEM	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	2020	2021	2022	2023	TOTAL	(%)
1	BOA VISTA (CAPITAL)	7.921	8.112	8.618	9.777	34.428	81,9%
2	RORAINÓPOLIS	193	220	236	313	962	2,3%

3	MUCAJÁÍ	193	215	216	280	904	2,1%
4	CANTÁ	187	202	201	269	859	2,0%
5	ALTO ALEGRE	184	162	205	279	830	2,0%
6	CARACARAÍ	135	193	153	202	683	1,6%
7	PACARAIMA	147	160	143	233	683	1,6%
8	BONFIM	109	134	132	174	549	1,3%
9	AMAJARÍ	95	105	114	148	462	1,1%
10	NORMANDIA	102	105	111	122	440	1,0%
11	IRACEMA	73	83	72	75	303	0,7%
12	UIRAMUTÃ	67	56	63	97	283	0,7%
13	CAROEBE	81	60	55	72	268	0,6%
14	SÃO LUIZ	19	69	47	72	207	0,5%
15	SÃO JOÃO DA BALIZA	21	46	39	84	190	0,5%
TOTAL GERAL		9.527	9.922	10.405	12.197	42.051	100%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 69 - Fluxo de Internações por Município no Hospital Materno Infantil (2020 - 2023)

HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARETH (CNES - 2566168)							
GESTÃO: ESTADUAL PLENA							
ITEM	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	2020	2021	2022	2023	TOTAL	(%)
1	BOA VISTA (CAPITAL)	13.748	13.570	14.489	11.887	53.694	73,0%
2	PACARAIMA	617	604	663	650	2.534	3,4%
3	CANTÁ	515	613	632	497	2.257	3,1%
4	MUCAJÁÍ	478	523	567	501	2.069	2,8%
5	BONFIM	531	487	575	430	2.023	2,8%
6	ALTO ALEGRE	431	447	526	372	1.776	2,4%
7	UIRAMUTÃ	463	516	389	346	1.714	2,3%
8	NORMANDIA	409	429	425	437	1.700	2,3%
9	AMAJARÍ	323	411	390	333	1.457	2,0%
10	CARACARAÍ	392	391	324	319	1.426	1,9%
11	RORAINÓPOLIS	288	364	388	299	1.339	1,8%
12	IRACEMA	166	162	189	167	684	0,9%
13	CAROEBE	93	86	81	100	360	0,5%
14	SÃO JOÃO DA BALIZA	74	78	72	43	267	0,4%
15	SÃO LUIZ	48	53	76	63	240	0,3%
TOTAL GERAL		18.576	18.734	19.786	16.444	73.540	100%

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 70 - Número Total de Internações por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)

QUANTIDADE DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APROVADA POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS						
CONTEÚDO: INTERNAÇÕES (AIH'S APROVADAS)						
GESTÃO: ESTADUAL PLENA						
PERÍODO: 2020-2023						
ITEM	GRUPO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Procedimentos clínicos	26.331	29.177	28.316	27.219	111.043
2	Procedimentos cirúrgicos	9.405	8.312	12.665	10.881	41.263
3	Procedimentos com finalidade diagnóstica	15	15	26	23	79
4	Transplantes de órgãos, tecidos e células	1	-	-	1	2
TOTAL GERAL		35.752	37.504	41.007	38.124	152.387

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 71 - Número Total de Internações por Complexidade (2020 - 2023)

QUANTIDADE DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APROVADA SEGUNDO A COMPLEXIDADE						
CONTEÚDO: INTERNAÇÕES (AIH'S APROVADAS)						
GESTÃO: ESTADUAL PLENA						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	COMPLEXIDADE	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Média complexidade	35.149	36.989	39.954	37.015	149.107
2	Alta complexidade	603	515	1.053	1.109	3.280
TOTAL GERAL		35.752	37.504	41.007	38.124	152.387

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 72 - Número Total de Internações por Caráter de Atendimento (2020 - 2023)

QUANTIDADE DE AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APROVADA SEGUNDO CARÁTER DE ATENDIMENTO						
CONTEÚDO: INTERNAÇÕES						
GESTÃO: ESTADUAL PLENA						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	CARÁTER DE ATENDIMENTO	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Urgência	31.837	34.555	35.315	31.795	133.502
2	Eletivo	3.915	2.949	5.691	6.329	18.884
3	Outras lesões e enven. por ag. quím. físicos	-	-	1	-	1
TOTAL GERAL		35.752	37.504	41.007	38.124	152.387

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 73 - Valor Total das Internações por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)

VALOR DAS AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOPITALAR APROVADAS POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS						
CONTEÚDO: VALOR TOTAL						
GESTÃO: ESTADUAL PLENA						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	GRUPO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	2020	2021	2022	2023	VALOR TOTAL
1	Procedimentos clínicos	23.046.291,16	30.175.706,71	22.711.841,48	23.414.255,73	99.348.095,08
2	Procedimentos cirúrgicos	10.335.127,85	9.130.425,64	14.886.155,38	13.432.820,58	47.784.529,45
3	Procedimentos com finalidade diagnóstica	3.097,66	2.403,68	8.780,55	7.695,03	21.976,92
4	Transplantes de órgãos, tecidos e células	3.334,88	-	-	2.023,63	5.358,51
TOTAL GERAL		33.387.851,55	39.308.536,03	37.606.777,41	36.856.794,97	147.159.959,96

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 74 - Valor Médio das Internações por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)

VALOR MÉDIO DAS AUTORIZAÇÕES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SEGUNDO GRUPO DE PROCEDIMENTOS						
CONTEÚDO: VALOR MÉDIO						
GESTÃO: ESTADUAL PLENA						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	GRUPO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	2020	2021	2022	2023	VALOR MÉDIO
1	Transplantes de órgãos, tecidos e células	3.334,88	-	-	2.023,63	2.679,26
2	Procedimentos cirúrgicos	1.098,90	1.098,46	1.175,38	1.234,52	1.158,05
3	Procedimentos clínicos	875,25	1.034,23	802,09	860,22	894,68
4	Procedimentos com finalidade diagnóstica	206,51	160,25	337,71	334,57	278,19
TOTAL GERAL		933,87	1.048,12	917,08	966,76	965,70

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 75 - Dias de Permanência das Internações por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)

DIAS DE PERMANÊNCIA DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO GRUPO DE PROCEDIMENTOS						
UNIDADE: DIAS DE PERMANÊNCIA						
GESTÃO: ESTADUAL PLENA						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	GRUPO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	2020	2021	2022	2023	DIAS DE PERM.
1	Procedimentos clínicos	171.682	220.731	215.315	209.267	816.995
2	Procedimentos cirúrgicos	28.560	24.989	37.700	32.512	123.761
3	Procedimentos com finalidade diagnóstica	25	21	180	81	307
TOTAL GERAL		200.270	245.741	253.195	241.862	941.068

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Nota Técnica: São Contados os Dias da Baixa e da Alta do Paciente. Ex.: Internação = 15/02/2016; Alta = 18/02/2016; Dias de Permanência = 3

Tabela 76 - Média de Permanência das Internações por Grupo de Procedimentos (2016 - 2019)

MÉDIA DE PERMANÊNCIA DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES SEGUNDO GRUPO DE PROCEDIMENTOS						
UNIDADE: MÉDIA DE PERMANÊNCIA						
GESTÃO: ESTADUAL PLENA						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	GRUPO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES	2020	2021	2022	2023	MÉDIA DE DIAS
1	Procedimentos clínicos	6,5	7,6	7,6	7,7	7,4
2	Procedimentos com finalidade diagnostica	1,7	1,4	6,9	3,5	3,9
3	Procedimentos cirúrgicos	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
4	Transplantes de órgãos, tecidos e células	3,0	-	-	2,0	2,5
TOTAL GERAL		5,6	6,6	6,2	6,3	6,2

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Nota Técnica: Média de Permanência é uma Relação entre o Número de Internações (AIH Aprovadas) e os Dias de Permanência.

3.14.5 - FLUXO DE ACESSO AMBULATORIAL

Tabela 77 - Fluxo de Atendimento por Município na Policlínica Cel. Mota (2020 - 2023)

POLICLÍNICA CORONEL MOTA (CNES - 2589915)							
ITEM	MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA	2020	2021	2022	2023	TOTAL	(%)
1	BOA VISTA (CAPITAL)	13.363	18.008	23.329	19.265	73.965	87,7%
2	MUCAJÁÍ	171	736	869	960	2.736	3,2%
3	CANTÁ	131	638	624	463	1.856	2,2%
4	ALTO ALEGRE	120	519	549	145	1.333	1,6%
5	PACARAIMA	30	116	342	268	756	0,9%
6	RORAINÓPOLIS	120	202	214	212	748	0,9%
7	CARACARAÍ	73	143	229	116	561	0,7%
8	BONFIM	71	133	89	113	406	0,5%
9	SÃO JOÃO DA BALIZA	19	177	110	98	404	0,5%
10	AMAJARÍ	119	142	86	49	396	0,5%
11	UIRAMUTÃ	18	142	111	36	307	0,4%
12	CAROEBE	29	41	104	117	291	0,3%
13	NORMANDIA	41	44	75	89	249	0,3%
14	SÃO LUIZ	16	30	24	99	169	0,2%
15	IRACEMA	9	28	61	26	124	0,1%
TOTAL GERAL		14.330	21.099	26.816	22.056	84.301	100%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 78 - Fluxo por Município no Pronto Atendimento Cosme e Silva (2020 - 2023)

PRONTO ATENDIMENTO COSME E SILVA (CNES - 2566206)							
ITEM	MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA	2020	2021	2022	2023	TOTAL	(%)
1	BOA VISTA (CAPITAL)	6.458	6.216	4.648	2.698	20.020	95,6%
2	CANTÁ	65	95	44	26	230	1,1%
3	MUCAJÁÍ	28	38	34	11	111	0,5%
4	ALTO ALEGRE	26	26	18	12	82	0,4%
5	RORAINÓPOLIS	15	18	31	17	81	0,4%
6	BONFIM	28	26	19	5	78	0,4%
7	PACARAIMA	20	22	19	6	67	0,3%
8	CARACARAÍ	14	19	17	7	57	0,3%
9	AMAJARÍ	13	15	18	8	54	0,3%
10	NORMANDIA	6	19	9	5	39	0,2%
11	UIRAMUTÃ	10	12	5	7	34	0,2%
12	IRACEMA	9	7	7	4	27	0,1%
13	CAROEBE	8	5	4	6	23	0,1%
14	SÃO JOÃO DA BALIZA	5	3	8	2	18	0,1%
15	SÃO LUIZ	1	1	7	3	12	0,1%
TOTAL GERAL		6.706	6.522	4.888	2.817	20.933	100%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 79 - Fluxo por Município no Centro de Referência de Saúde da Mulher (2020 - 2023)

CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DA MULHER (CNES - 3221172)							
ITEM	MUNICÍPIOS DE RESIDÊNCIA	2020	2021	2022	2023	TOTAL	(%)
1	BOA VISTA (CAPITAL)	9.757	11.262	13.753	11.633	46.405	92,57%
2	CANTÁ	111	151	208	173	643	1,28%
3	MUCAJAÍ	92	108	173	160	533	1,06%
4	RORAINÓPOLIS	56	102	217	121	496	0,99%
5	ALTO ALEGRE	67	64	102	96	329	0,66%
6	BONFIM	45	52	119	102	318	0,63%
7	CARACARAÍ	46	79	100	79	304	0,61%
8	PACARAIMA	43	39	68	67	217	0,43%
9	IRACEMA	20	33	60	48	161	0,32%
10	AMAJARÍ	42	30	49	33	154	0,31%
11	NORMANDIA	32	40	41	35	148	0,30%
12	SÃO JOÃO DA BALIZA	17	32	43	32	124	0,25%
13	CAROEBE	23	10	49	40	122	0,24%
14	UIRAMUTÃ	19	28	18	27	92	0,18%
15	SÃO LUIZ	7	13	46	18	84	0,17%
TOTAL GERAL		10.377	12.043	15.046	12.664	50.130	100%

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Com base nas informações constantes nas três tabelas do item 3.14.5 – Fluxo de Acesso Ambulatorial, observa-se de forma consistente a alta centralização da procura por serviços especializados em saúde na capital Boa Vista, que concentra percentuais expressivos de atendimento em todas as unidades analisadas. A Policlínica Coronel Mota atendeu, entre 2020 e 2023, 87,7% de seus usuários provenientes da capital; o Pronto Atendimento Cosme e Silva, 95,6%; e o Centro de Referência de Saúde da Mulher, 92,57%. Tais dados reafirmam o papel central de Boa Vista na oferta de serviços ambulatoriais especializados em saúde e revelam o padrão histórico sanitário intrarregional vivenciado no estado de Roraima.

Essa dinâmica assistencial, embora previsível em função da concentração da infraestrutura hospitalar e da força de trabalho especializada na capital, explicita desafios importantes à equidade territorial. Municípios como Mucajaí, Cantá, Alto Alegre, Bonfim e Rorainópolis aparecem com percentuais mais elevados entre os usuários do interior, o que pode estar associado a fatores como maior proximidade geográfica, acessibilidade rodoviária e alguma capilaridade mínima de serviços de Atenção Primária com interface para o atendimento especializado. Por outro lado, municípios com altas barreiras de acesso, tais como: Normandia, Uiramutã, Caroebe e São Luiz, apresentam quantitativos irrisórios de atendimentos, o que pode indicar não apenas baixa demanda registrada, mas sobretudo subnotificação de acesso decorrentes de fatores logísticos, geográficos, econômicos e/ou sociais. Nesse sentido o fortalecimento da Rede de Atenção às Condições Crônicas e da Regulação, com apoio do Telessaúde, pode representar uma das estratégias viáveis para mitigar o atual desequilíbrio na oferta e no uso dos serviços.

Tabela 80 - Total de Atendimento Ambulatoriais por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)

QUANTIDADE TOTAL DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS APROVADOS POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS						
CONTEÚDO: QUANTIDADE APROVADA						
GESTÃO: ESTADO PLENO						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Procedimentos Clínicos	1.560.606	1.895.735	2.232.830	2.529.444	8.218.615
2	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	1.266.207	1.511.208	1.753.146	1.963.020	6.493.581
3	Medicamentos	628.982	822.728	925.756	1.026.114	3.403.580
4	Ações Complementares de Atenção à Saúde	114.283	122.601	159.852	107.995	504.731
5	Procedimentos Cirúrgicos	22.117	18.500	28.153	29.694	98.464
6	Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	5.855	8.990	15.812	36.830	67.487
7	Órteses, Próteses e Materiais Especiais	3.182	8.589	13.023	10.787	35.581
8	Transplante de Órgãos Tecidos e Medula	330	713	350	363	1.756
TOTAL GERAL		3.601.562	4.389.064	5.128.922	5.704.247	18.823.795

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 81 - Total de Atendimento Ambulatoriais por Complexidade (2020 - 2023)

QUANTIDADE TOTAL DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS APROVADOS POR COMPLEXIDADE						
CONTEÚDO: QUANTIDADE APROVADA						
GESTÃO: ESTADO PLENO						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	COMPLEXIDADE	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Média Complexidade	2.419.011	2.777.520	3.308.054	3.775.146	12.279.731
2	Alta Complexidade	695.118	901.736	1.014.011	1.121.058	3.731.923
3	Atenção Básica	344.333	552.545	602.422	655.316	2.154.616
4	Não se aplica	143.100	157.263	204.435	152.727	657.525
TOTAL GERAL		3.601.562	4.389.064	5.128.922	5.704.247	18.823.795

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 82 - Valor dos Atendimentos Ambulatoriais por Grupo de Procedimentos (2020 - 2023)

VALOR TOTAL DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS APROVADOS POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS						
CONTEÚDO: VALOR APROVADO						
GESTÃO: ESTADO PLENO						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Procedimentos Clínicos	15.955.713,04	17.049.333,57	21.443.065,85	23.433.447,75	77.881.560,21
2	Procedimentos com Finalidade Diagnóstica	11.450.885,43	15.149.174,97	17.839.988,81	18.970.345,15	63.410.394,36
3	Ações Complementares de Atenção à Saúde	5.797.854,15	7.718.274,30	9.952.965,00	6.709.972,50	30.179.065,95
4	Procedimentos Cirúrgicos	1.169.835,52	1.612.971,63	3.939.938,40	4.326.111,07	11.048.856,62
5	Órteses, Próteses e Materiais Especiais	314.048,91	384.892,33	1.619.220,51	1.292.990,95	3.611.152,70
6	Medicamentos	38.342,87	224.497,03	425.371,06	443.662,50	1.131.873,46
7	Transplante de Órgãos Tecidos e Medula	9.075,00	19.607,50	9.625,00	9.982,50	48.290,00
8	Ações de Promoção e Prevenção em Saúde	7.833,00	7.198,20	8.127,30	7.245,00	30.403,50
TOTAL GERAL		34.743.587,92	42.165.949,53	55.238.301,93	55.193.757,42	187.341.596,80

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 83 - Valor dos Atendimentos Ambulatoriais por Complexidade (2020 - 2023)

VALOR TOTAL DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS APROVADOS POR COMPLEXIDADE						
CONTEÚDO: VALOR APROVADO						
GESTÃO: ESTADO PLENO						
PERÍODO: 2020 - 2023						
ITEM	COMPLEXIDADE	2020	2021	2022	2023	TOTAL
1	Média Complexidade	15.742.914,89	18.857.053,48	24.258.861,97	25.767.197,11	84.626.027,45
2	Alta Complexidade	12.888.769,97	15.205.729,42	19.407.254,45	21.423.596,86	68.925.350,70
3	Não se aplica	6.111.903,06	8.103.166,63	11.572.185,51	8.002.963,45	33.790.218,65
TOTAL GERAL		34.743.587,92	42.165.949,53	55.238.301,93	55.193.757,42	187.341.596,80

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

3.15 - RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS

3.15.1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, consolida dados do Ente Federado, o qual gera demonstrativos da execução orçamentária e financeira que foram inseridas e transmitidas eletronicamente, através da internet, para o banco de dados do DATASUS/MS. Trata-se do único sistema de informação do Brasil com informações orçamentárias públicas de saúde.

Os gestores dos Entes Federados devem informar, bimestralmente, suas receitas totais e despesas públicas em saúde no sistema, podendo arcar com medidas administrativas caso haja o descumprimento da orientação, prevista na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Além de viabilizar o monitoramento da aplicação mínima, a ferramenta também é fonte de dados para a publicação do anexo “Saúde” do Relatório Resumido de Execução Orçamentária de todas as esferas de governo, previsto na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. O relatório, de acesso público e irrestrito, permite maior transparência quanto à execução dos recursos em saúde pública.

A partir do exercício 2013, em decorrência da publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), o registro de dados passa a ser obrigatório, inclusive para a União. Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos Estados e Municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF). As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do Ente Federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, através da internet, gerando indicadores de forma automática.

Dentre as funcionalidades e benefícios do SIOPS, podemos destacar a oportunidade de insumos para melhoria da gestão, diagnósticos, formulação de políticas públicas, além de informar a sociedade civil e os conselhos de saúde para o exercício do controle sobre a administração pública referente ao andamento orçamentário e financeiro da saúde pública. Com a disponibilização periódica das informações que são repassadas pelos Entes Federados para toda a população, o SIOPS é uma ferramenta que contribui com a transparência da aplicação dos recursos públicos no setor da saúde.

No âmbito do SUS, o financiamento é estruturado sobre os princípios da universalidade, integralidade, equidade e corresponsabilidade entre os Entes Federados. Isso exige que os recursos sejam não apenas suficientes, mas também alocados e executados de forma transparente e alinhada às reais necessidades sanitárias da população. No contexto de Roraima, esse desafio se intensifica em razão das características territoriais, demográficas e sociais que impactam diretamente a organização dos serviços e a pressão sobre os recursos, especialmente considerando a alta proporção de população indígena, o intenso fluxo migratório internacional e as grandes extensões de áreas de difícil acesso.

Por isso, compreender a dinâmica dos recursos destinados à saúde significa ir além da mera observação dos valores previstos no orçamento. É necessário demonstrar tanto a execução orçamentária e financeira do quadriênio anterior (2020–2023), quanto as previsões programadas para o ciclo vigente (2024–2027). Essa iniciativa permite antever e avaliar o alinhamento entre o planejamento e a capacidade financeira do Estado, bem como identificar insuficiências que possam comprometer a sustentabilidade das ações e o cumprimento das metas.

Além disso, esse olhar sobre os recursos orçamentários e financeiros se torna ainda mais estratégico quando se considera que, no SUS, o orçamento público não é apenas um instrumento contábil, mas sim uma ferramenta de gestão, pactuação, controle social e garantia de direitos. Portanto, neste subitem, busca-se apresentar de forma articulada a execução financeira recente e as projeções orçamentárias futuras, bem como a sua distribuição ao longo do tempo.

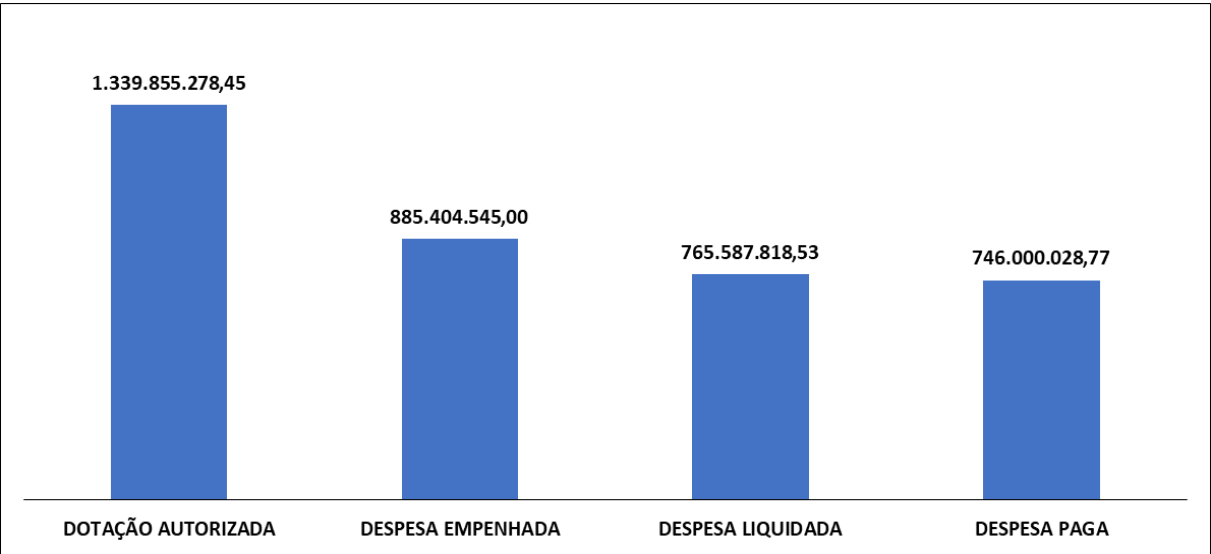
3.15.2 - EXECUÇÃO ORÇAMENÁRIA E FINANCEIRA (2020 – 2023)

Tabela 84 - Execução Orçamentária e Financeira (2020 - 2023)

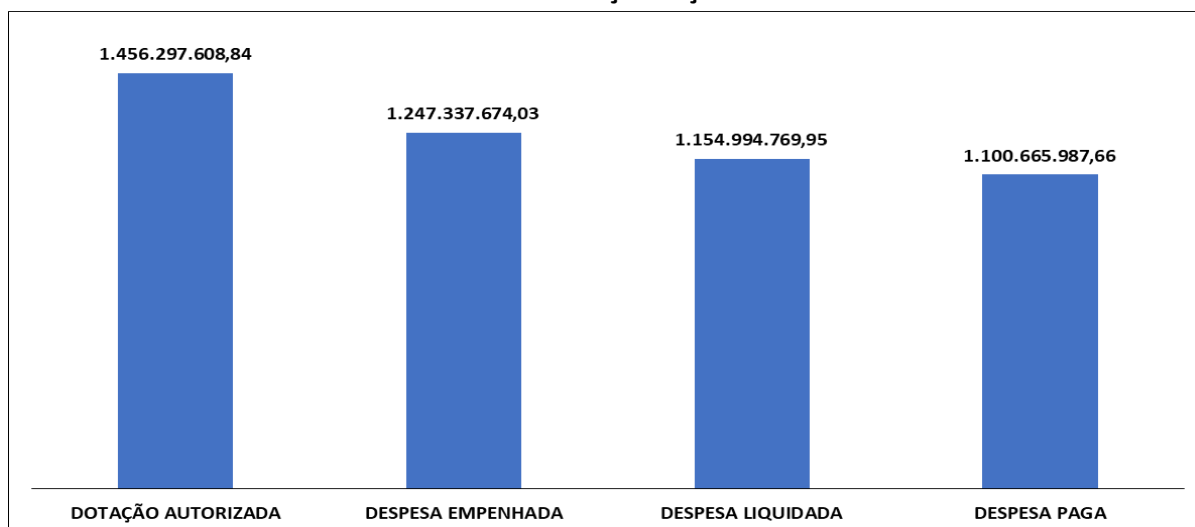
EXERCÍCIO	DOTAÇÃO AUTORIZADA	DESPESA EMPENHADA	DESPESA LIQUIDADA	DESPESA PAGA
2020	1.339.855.278,45	885.404.545,00	765.587.818,53	746.000.028,77
2021	1.456.297.608,84	1.247.337.674,03	1.154.994.769,95	1.100.665.987,66
2022	1.570.689.651,95	1.511.153.661,79	1.447.288.793,66	1.417.887.590,75
2023	1.503.839.255,10	1.449.328.480,99	1.439.362.144,88	1.403.986.785,58

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

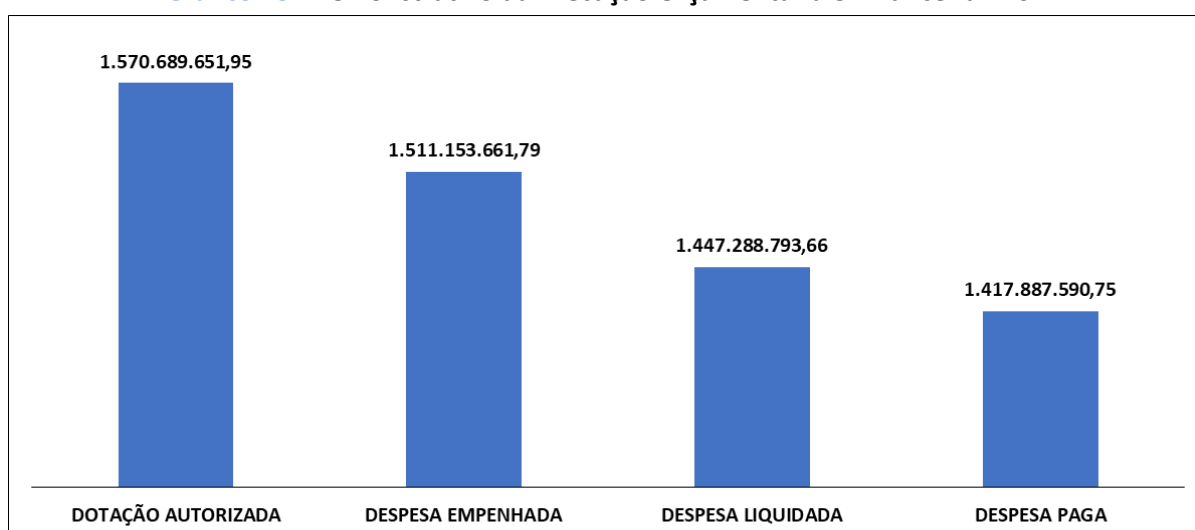
Gráfico 46 - Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira - 2020



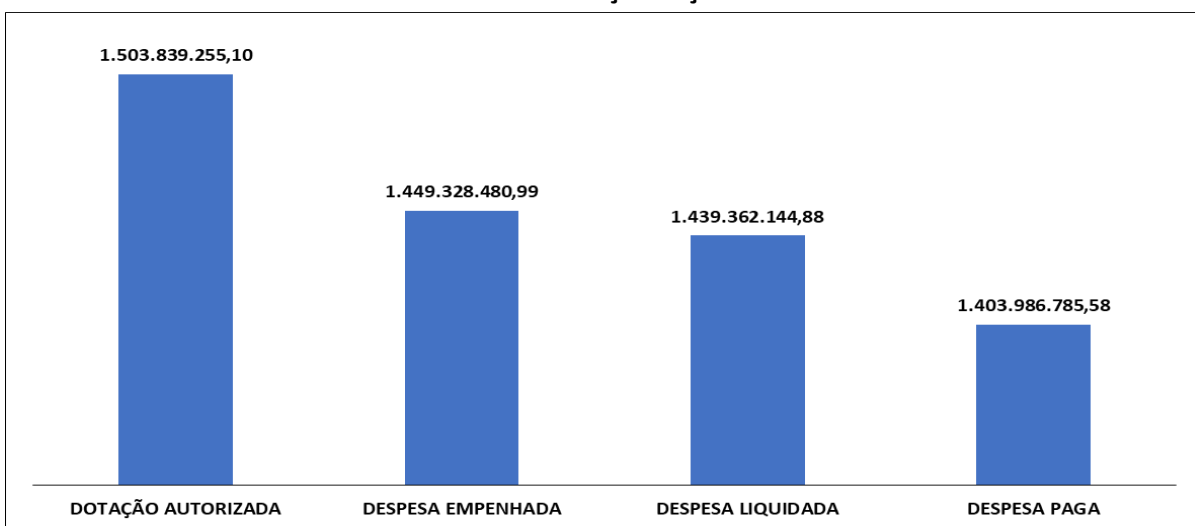
Fonte: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 47 - Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira - 2021

Fonte: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 48 - Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira - 2022

Fonte: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 49 - Demonstrativo da Execução Orçamentária e Financeira - 2023

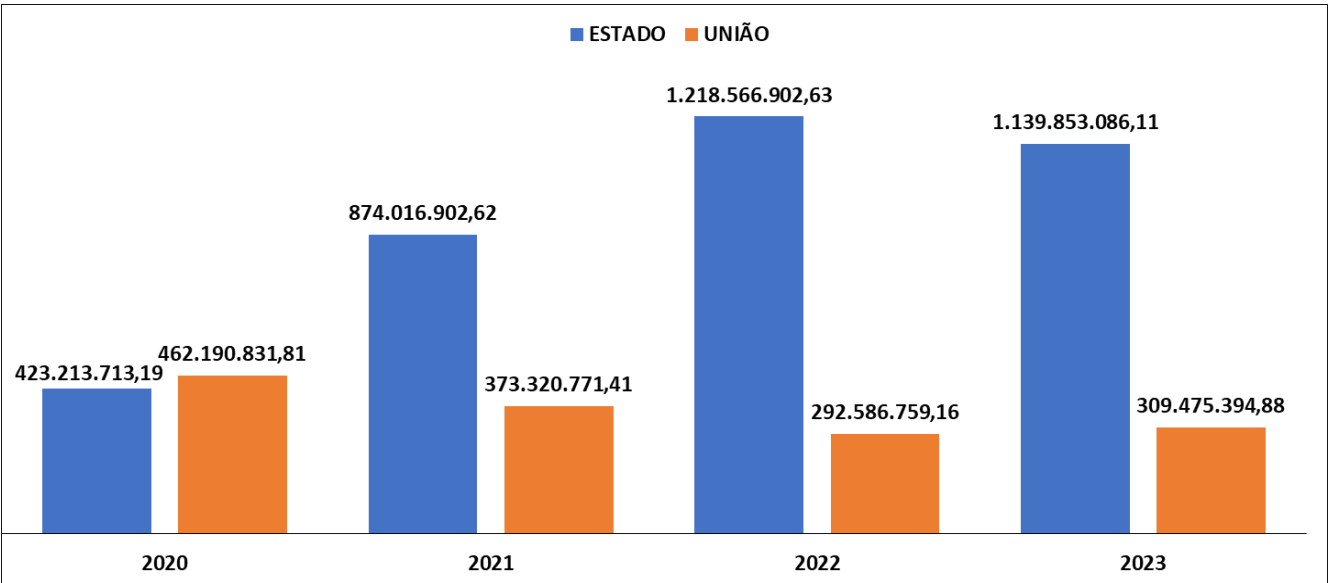
Fonte: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 85 - Participação da Execução Orçamentária e Financeira por Ente Federado (2020 - 2023)

ENTE FEDERADO	2020	2021	2022	2023
ESTADO	423.213.713,19	874.016.902,62	1.218.566.902,63	1.139.853.086,11
UNIÃO	462.190.831,81	373.320.771,41	292.586.759,16	309.475.394,88
DESPESA TOTAL COM SAÚDE	885.404.545,00	1.247.337.674,03	1.511.153.661,79	1.449.328.480,99
PARTICIPAÇÃO DO ESTADO	47,80%	70,07%	80,64%	78,65%
PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO	52,20%	29,93%	19,36%	21,35%

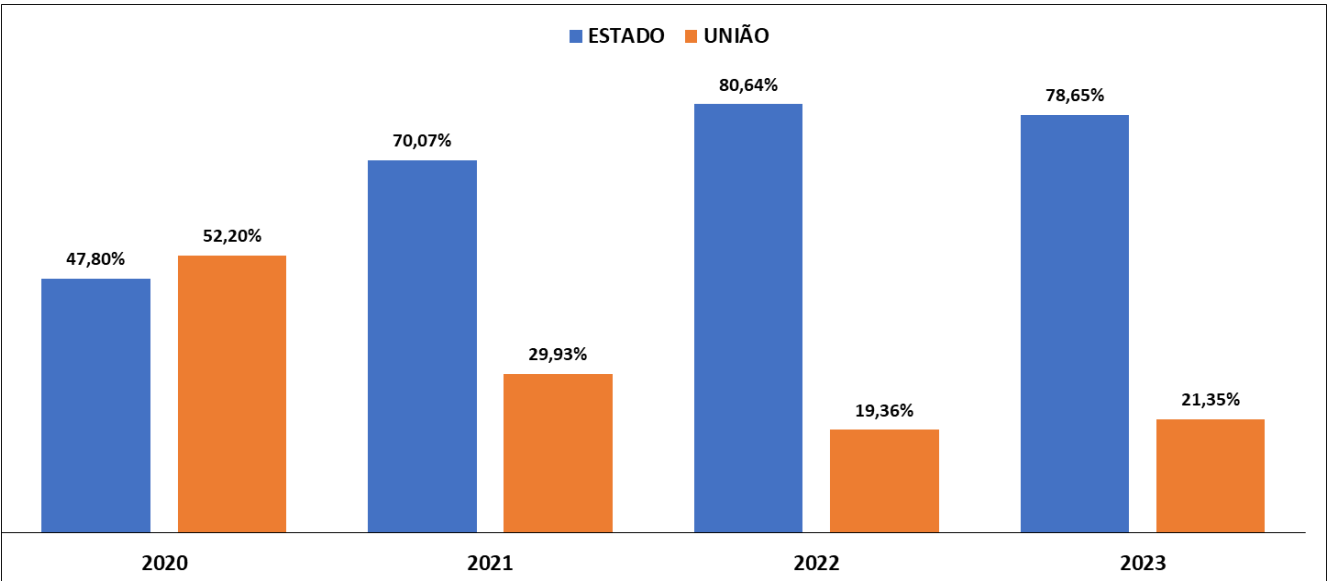
Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.
Obs.: Considerando a Despesa Liquidada.

Gráfico 50 - Execução Orçamentária e Financeira por Ente Federado (2020 - 2023)



Fonte: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.
Obs.: Considerando as Despesas Empenhadas

Gráfico 51 - Percentual da Execução Orçamentária e Financeira por Ente Federado (2020 - 2023)



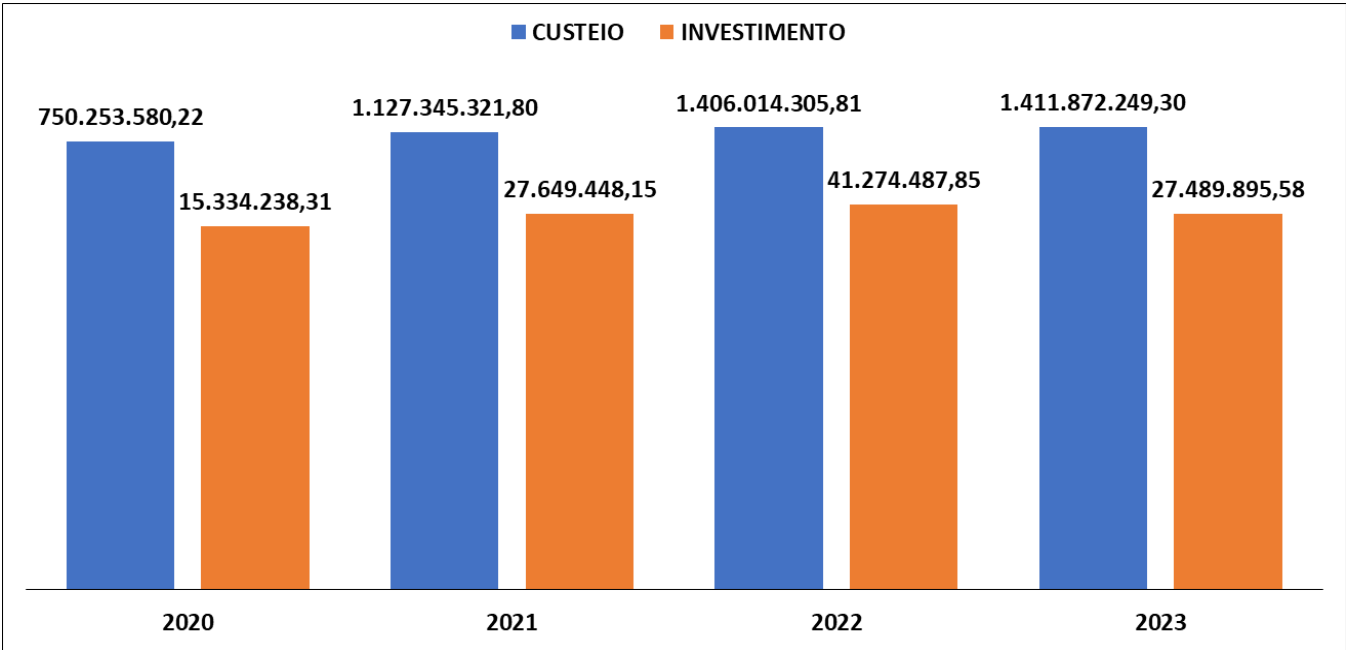
Fonte: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.
Obs.: Considerando as Despesas Empenhadas

Tabela 86 - Execução Orçamentária e Financeira por Custeio e Investimento (2020 - 2023)

TIPO DE DESPESA	2020	2021	2022	2023
CUSTEIO	750.253.580,22	1.127.345.321,80	1.406.014.305,81	1.411.872.249,30
INVESTIMENTO	15.334.238,31	27.649.448,15	41.274.487,85	27.489.895,58
TOTAL	765.587.818,53	1.154.994.769,95	1.447.288.793,66	1.439.362.144,88

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento Orçamento e Finanças (FIPLAN). Relatório Plan 71. Acesso em: 11 de mar. 2025.
Obs.: Considerando as Despesas Liquidadas.

Gráfico 52 - Execução Orçamentária e Financeira por Custeio e Investimento (2020- 2023)



Fonte: Sistema Integrado de Planejamento Orçamento e Finanças (FIPLAN). Relatório Plan 71. Acesso em: 11 de mar. 2025.
Obs.: Considerando as Despesas Liquidadas

3.15.3 - PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA (2024 – 2027)

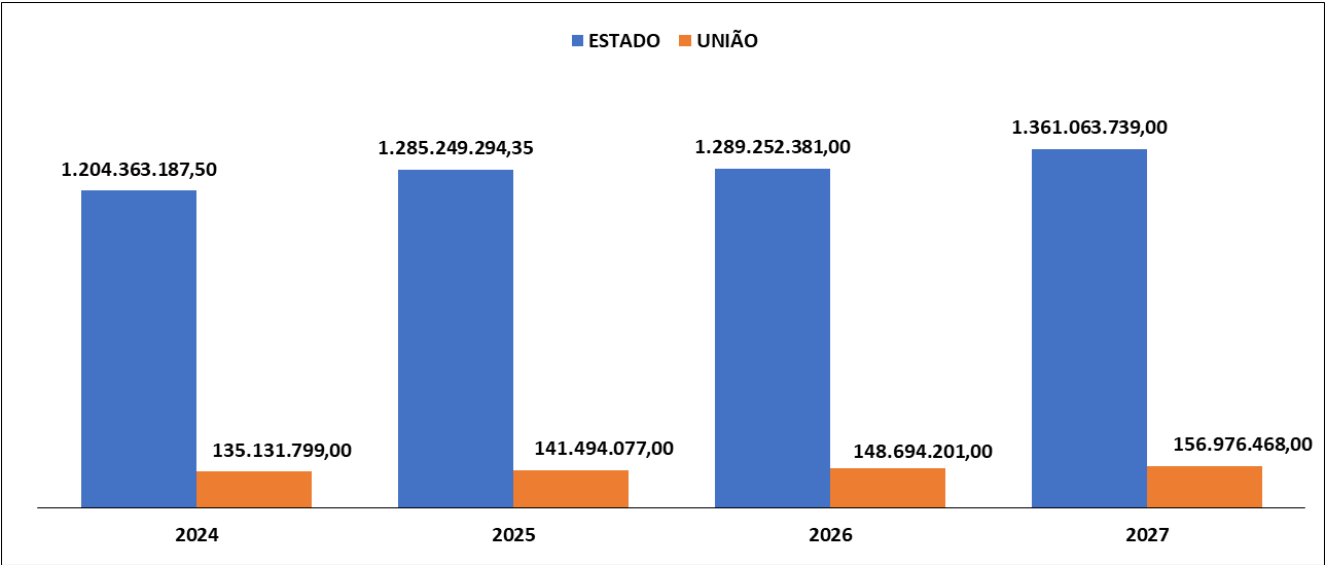
Conforme consulta ao Sistema Integrado de Planejamento, Contabilidade e Finanças do Estado de Roraima – FIPLAN, segue abaixo demonstrativo consolidado do PPA 2024-2027 referente a previsão do montante de recursos estaduais que serão destinados a saúde e que deverão ser executados anualmente via Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e respectivas Leis Orçamentárias Anuais (LOA).

Tabela 87 - Previsão do Teto Orçamentário e Financeiro por Ente Federado (2024 - 2027)

ENTE FEDERADO	2024	2025	2026	2027
ESTADO	1.204.363.187,50	1.285.249.294,35	1.289.252.381,00	1.361.063.739,00
UNIÃO	135.131.799,00	141.494.077,00	148.694.201,00	156.976.468,00
TOTAL	1.339.494.986,50	1.426.743.371,35	1.437.946.582,00	1.518.040.207,00
PARTICIPAÇÃO DO ESTADO	89,91%	90,08%	89,66%	89,66%
PARTICIPAÇÃO DA UNIÃO	10,09%	9,92%	10,34%	10,34%

Fonte: Sist. Integrado de Planejamento Orçamento e Finanças (FIPLAN). Relatório Plan 16. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Gráfico 53 - Previsão Orçamentária por Ente Federado (2024 – 2027)



Fonte: Sistema Integrado de Planejamento Orçamento e Finanças (FIPLAN). Relatório Plan 16. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: Considerando as Despesas Liquidadas

3.15.4 - TIPOS DE REPASSES DE PACTUAÇÕES BIPARTITE

A Secretaria de Saúde repassa recursos para os Municípios do Estado conforme pactuações realizadas na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, esses tipos de repasses são chamados “repasses fundo a fundo”. O repasse “fundo a fundo” é uma modalidade de incentivo financeiro realizada por meio da transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde para ajudar no custeio e/ou investimento de Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS; origina-se pelo processo de negociação interfederativa pactuada entre o Estado e os Municípios por meio de consenso na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, nesse sentido, seguem as planilhas demonstrativas abaixo:

Tabela 88 - Demonstrativo de Valores Pactuados na CIB por Município (Atenção Primária)

ITEM	MUNUCÍPIO	TIPO DE RECURSO	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)
1	Boa Vista	Estadual	50.000,00	600.000,00
2	Alto Alegre	Estadual	12.400,00	148.800,00
3	Caracaraí	Estadual	11.900,00	142.800,00
4	Rorainópolis	Estadual	11.300,00	135.600,00
5	Mucajá	Estadual	9.700,00	116.400,00
6	Cantá	Estadual	8.400,00	100.800,00
7	Bonfim	Estadual	7.900,00	94.800,00
8	Pacaraima	Estadual	7.300,00	87.600,00
9	Iracema	Estadual	7.100,00	85.200,00
10	Caroebe	Estadual	6.100,00	73.200,00
11	Uiramutã	Estadual	5.400,00	64.800,00
12	Normandia	Estadual	5.000,00	60.000,00
13	Amajari	Estadual	4.800,00	57.600,00
14	São Luiz	Estadual	4.700,00	56.400,00
15	São João da Baliza	Estadual	3.400,00	40.800,00
TOTAL GERAL (R\$)				1.864.800,00

Fonte: Coordenadoria Geral de Atenção Básica - CGAB. Acesso em: 11 de mar. 2025

Obs.: Valores referente a 50% conforme Parecer Técnico nº 0236/20. Processo SEI nº 20101.003829/2020.95

Tabela 89 - Demonstrativo de Valores Pactuados na CIB por Município (Med. Básicos e Insulina)

ITEM	MUNUCÍPIO	TIPO DE RECURSO	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)
1	Boa Vista	Estadual	78.511,89	942.142,68
2	Rorainópolis	Estadual	5.932,04	71.184,48
3	Caracaraí	Estadual	4.312,11	51.745,32
4	Cantá	Estadual	3.605,88	43.270,56
5	Mucajaí	Estadual	3.511,09	42.133,08
6	Pacaraima	Estadual	3.422,18	41.066,16
7	Alto Alegre	Estadual	3.212,73	38.552,76
8	Amajari	Estadual	2.516,53	30.198,36
9	Bonfim	Estadual	2.440,42	29.285,04
10	Iracema	Estadual	2.350,15	28.201,80
11	Normandia	Estadual	2.220,35	26.644,20
12	Uiramutã	Estadual	2.076,60	24.919,20
13	Caroebe	Estadual	1.999,90	23.998,80
14	São João da Baliza	Estadual	1.612,86	19.354,32
15	São Luiz	Estadual	1.570,58	18.846,96
TOTAL GERAL (R\$)				1.431.543,72

Fonte: Coordenadoria Geral de Assistência Farmacêutica - CGAF. Acesso em: 11 de mar. 2025.

Tabela 90 - Demonstrativo de Valores Pactuados na CIB por Município (SAMU)

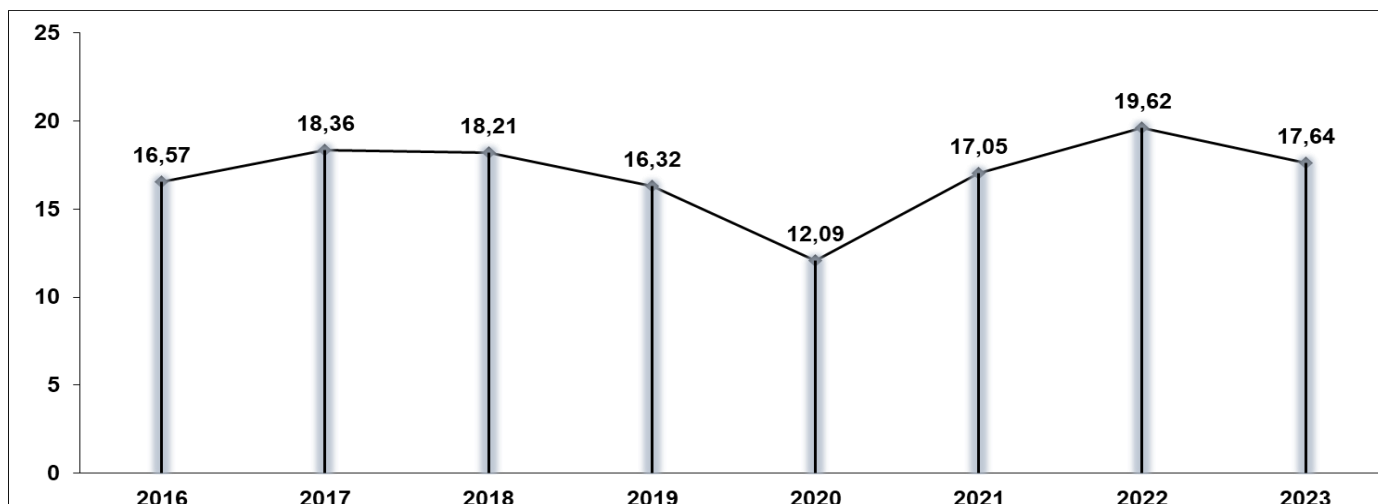
ITEM	MUNICÍPIO	TIPO DE RECURSO	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR ANUAL (R\$)
1	Boa Vista	Estadual	39.518,14	474.217,68
2	Alto Alegre	Estadual	16.542,34	198.508,08
3	Rorainópolis	Estadual	8.407,24	100.886,88
4	São Luiz	Estadual	8.407,24	100.886,88
5	Pacaraima	Estadual	8.404,91	100.858,92
6	Cantá	Estadual	8.376,29	100.515,48
7	Uiramutã	Estadual	8.370,69	100.448,28
8	São João da Baliza	Estadual	8.370,69	100.448,28
9	Iracema	Estadual	8.359,41	100.312,92
10	Caracaraí	Estadual	8.353,99	100.247,88
11	Amajari	Estadual	8.342,55	100.110,60
12	Mucajaí	Estadual	8.329,25	99.951,00
13	Caroebe	Estadual	8.256,17	99.074,04
14	Bonfim	Estadual	8.191,61	98.299,32
15	Normandia	Estadual	8.070,68	96.848,16
TOTAL GERAL (R\$)				1.971.614,40

Fonte: Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência - CGUE. Em Acesso em: 11 de mar. 2025.

3.15.5 - SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES

PERCENTUAL DE APLICAÇÃO COM RECURSOS PRÓPRIOS

De acordo com a Lei Federal Complementar nº 141/2012, a União investirá em saúde o valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores. Já os Estados terão que aplicar no mínimo 12% de suas receitas correntes líquidas. Nesse contexto, segue conforme gráfico abaixo o histórico do percentual da receita do Estado de Roraima aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Gráfico 54 - Percentual da Receita Própria Líquida Aplicado em Ações e Serviços de Saúde (ASPS)

Fonte: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: Demonstrativo da Lei de Responsabilidade Fiscal.

A análise do comportamento do Percentual da Receita Própria Líquida Aplicado em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) no Estado de Roraima nos últimos oito anos evidencia a dinâmica do financiamento da saúde pública. Observa-se que o Estado, de maneira geral, cumpriu o mínimo constitucional de 12% exigido pela Emenda Constitucional nº 29/2000, regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012, que obriga os Estados Brasileiros a aplicarem anualmente, no mínimo, 12% de sua receita própria líquida em saúde. Contudo, o comportamento desse indicador não é linear, apresentando variações significativas ao longo dos anos, que refletem, direta ou indiretamente, tanto as condições fiscais do Estado quanto as prioridades orçamentárias e as tensões no equilíbrio entre receitas e despesas.

Os anos de 2017, 2018 e 2019 apresentam percentuais relativamente estáveis, próximos ao limite mínimo constitucional, revelando um esforço do Estado para cumprir suas obrigações, embora sem ampliar expressivamente os investimentos. A partir de 2020, ano marcado pelo início da pandemia de COVID-19, verifica-se um movimento de elevação do percentual aplicado, possivelmente como reflexo da necessidade de expansão emergencial dos gastos com saúde diante da crise sanitária. Essa elevação também pode estar associada ao aumento das transferências federais específicas para enfrentamento da pandemia, que, embora não componham diretamente a receita própria, aliviaram outras fontes e permitiram ampliar o percentual aplicado sobre a base da receita líquida estadual.

Em 2021 e 2022, observa-se a manutenção de percentuais mais elevados, mantendo-se acima do mínimo constitucional, indicando que, mesmo após o auge da pandemia, o Estado manteve uma política de financiamento que priorizou, em alguma medida, a sustentação da rede de serviços de saúde. No entanto, o ano de 2023 apresenta uma tendência de redução no percentual aplicado, o que pode sinalizar tanto um ajuste nas contas públicas após o período de emergência sanitária quanto um possível tensionamento do orçamento diante do crescimento de outras despesas obrigatórias principalmente aquelas relativas as despesas de pessoal por exemplo.

Essa oscilação é importante de ser analisada não apenas sob o ponto de vista da obediência ao limite legal, mas também do compromisso efetivo do Estado com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no território, especialmente em um contexto como o de Roraima, que apresenta especificidades críticas, como a elevada proporção de população indígena, os impactos do fluxo migratório internacional, as características geográficas e logísticas adversas e as profundas desigualdades territoriais no acesso aos serviços.

É importante destacar que, embora o cumprimento do percentual mínimo seja uma exigência legal, ele não necessariamente traduz a suficiência dos recursos frente às necessidades crescentes da população. Portanto, mais do que simplesmente observar se o limite constitucional foi atingido, é necessário avaliar se os valores aplicados são capazes de garantir a manutenção, a ampliação e a qualificação dos serviços, especialmente considerando os desafios epidemiológicos, demográficos e territoriais do Estado.

Em síntese, o comportamento do percentual da receita própria líquida aplicado em saúde nos últimos oito anos, embora tecnicamente em conformidade com o mínimo legal na maior parte do período, evidencia a necessidade de fortalecer o compromisso político e institucional do Estado com o financiamento do SUS. Isso implica não apenas o atendimento ao limite constitucional, mas a busca por mecanismos que garantam a sustentabilidade financeira, a ampliação dos investimentos e a efetiva melhoria da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população roraimense.

É fundamental compreender que o cumprimento do percentual mínimo constitucional não ocorre isoladamente, mas sim em estreita dependência do comportamento da base de cálculo - a receita própria líquida. Isso significa que, em períodos de crescimento da receita, o valor absoluto destinado à saúde tende a aumentar, mas, em contrapartida, quando há queda ou estagnação da arrecadação, o esforço fiscal necessário para cumprir o mínimo se torna proporcionalmente maior.

No caso de Roraima, um Estado cuja economia é sensível às transferências federais, ao comportamento da arrecadação de ICMS e às variações do Fundo de Participação dos Estados (FPE), as flutuações na receita própria impactam diretamente a dinâmica do financiamento da saúde. Assim, parte das oscilações no percentual aplicado ao longo dos anos está associada não apenas às decisões político-orçamentárias, mas também às limitações estruturais da economia local e às variações do ciclo econômico nacional.

Portanto, o comportamento do percentual da receita própria líquida aplicado em saúde no Estado de Roraima reflete, de um lado, a obediência às normas constitucionais de financiamento, mas, de outro, evidencia que a sustentabilidade e a efetividade do SUS não podem estar ancoradas apenas no cumprimento formal do mínimo legal. É necessário garantir que os investimentos estejam alinhados ao fortalecimento da força de trabalho, à expansão da cobertura assistencial, à melhoria das condições de trabalho dos profissionais e ao enfrentamento das desigualdades territoriais, sociais e epidemiológicas que caracterizam o Estado de Roraima.

DESPESA PER CAPITA ANUAL APLICADA COM RECURSOS PRÓPRIOS NA SAÚDE PÚBLICA

Tabela 91 - Despesa *Per Capita* com Recursos Próprios por Abrangência Geográfica (2016 – 2023)

Valor da Despesa Anual com Recursos Próprios Aplicados por Abrangência Geográfica (2014-2024)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	478.638.478,54	510.497.653,80	542.280.608,07	586.288.328,32	423.213.713,19	874.016.902,62	1.218.566.902,63	1.139.853.086,11
Norte	7.333.021.311,52	7.298.142.784,80	7.999.483.832,52	8.141.898.855,26	9.299.954.962,94	11.536.248.321,31	14.077.788.559,47	15.206.244.859,96
Brasil	60.602.107.100,33	65.683.276.845,22	68.354.169.923,98	73.205.959.234,59	78.294.327.083,02	96.104.784.816,34	110.796.887.923,60	114.860.122.398,86

Fonte: Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: Despesas Liquidadas

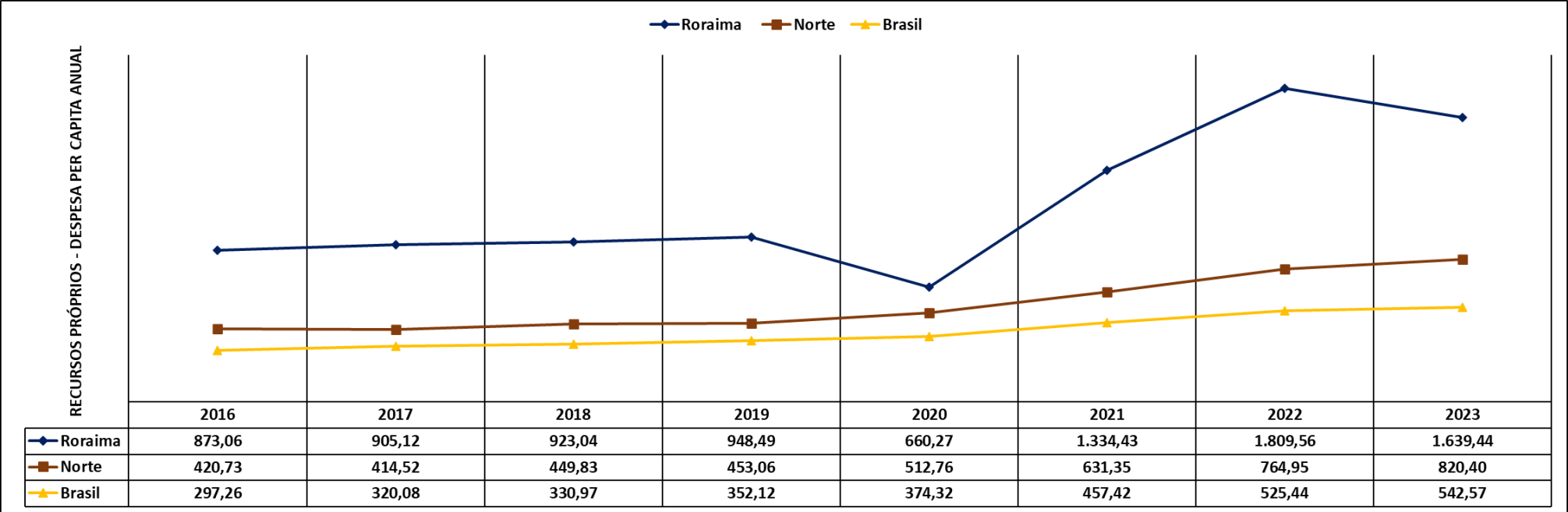
População Total por Abrangência Geográfica (2016-2023)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	548.233	564.013	587.497	618.125	640.975	654.972	673.404	695.270
Norte	17.429.371	17.606.346	17.783.329	17.970.930	18.137.222	18.272.491	18.403.491	18.535.113
Brasil	203.871.925	205.211.557	206.529.038	207.900.099	209.164.889	210.103.642	210.862.983	211.695.158

Fonte: IBGE (CENSO - 2022). População Ajustada pela Projeção do IBGE (Edição - 2024)

Despesa <i>Per Capita</i> Anual com Recursos Próprios por Abrangência Geográfica (2016-2023)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	873,06	905,12	923,04	948,49	660,27	1.334,43	1.809,56	1.639,44
Norte	420,73	414,52	449,83	453,06	512,76	631,35	764,95	820,40
Brasil	297,26	320,08	330,97	352,12	374,32	457,42	525,44	542,57

Fonte: Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025. Edição SESAU/CGPLAN

Gráfico 55 - Despesa Per Capita - Recursos Próprios e Abrangência Geográfica (2016 – 2023)



Fonte¹: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: IBGE (CENSO - 2022). População Ajustada pela Projeção do IBGE (Edição - 2024)

Obs.: Considerando as Despesas Liquidadas

DESPESA PER CAPITA ANUAL APLICADA COM RECURSOS DA UNIÃO NA SAÚDE PÚBLICA

Tabela 92 - Despesa *Per Capita* com Recursos da União por Abrangência Geográfica (2016 – 2023)

Valor da Despesa Anual com Recursos da União Aplicados por Abrangência Geográfica (2014-2024)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	106.271.262,75	186.954.773,75	158.773.369,92	166.060.994,68	462.190.831,81	373.320.771,41	292.586.759,16	309.475.394,88
Norte	2.437.712.466,71	2.688.595.123,40	2.968.696.114,92	3.058.279.944,73	4.930.151.284,96	5.108.621.351,25	4.360.066.495,75	4.941.736.092,87
Brasil	25.579.529.904,26	23.368.022.661,36	25.221.644.348,19	26.015.267.613,93	37.369.061.826,18	38.326.808.600,24	38.334.468.019,09	46.553.518.860,31

Fonte: Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: Despesas Liquidadas

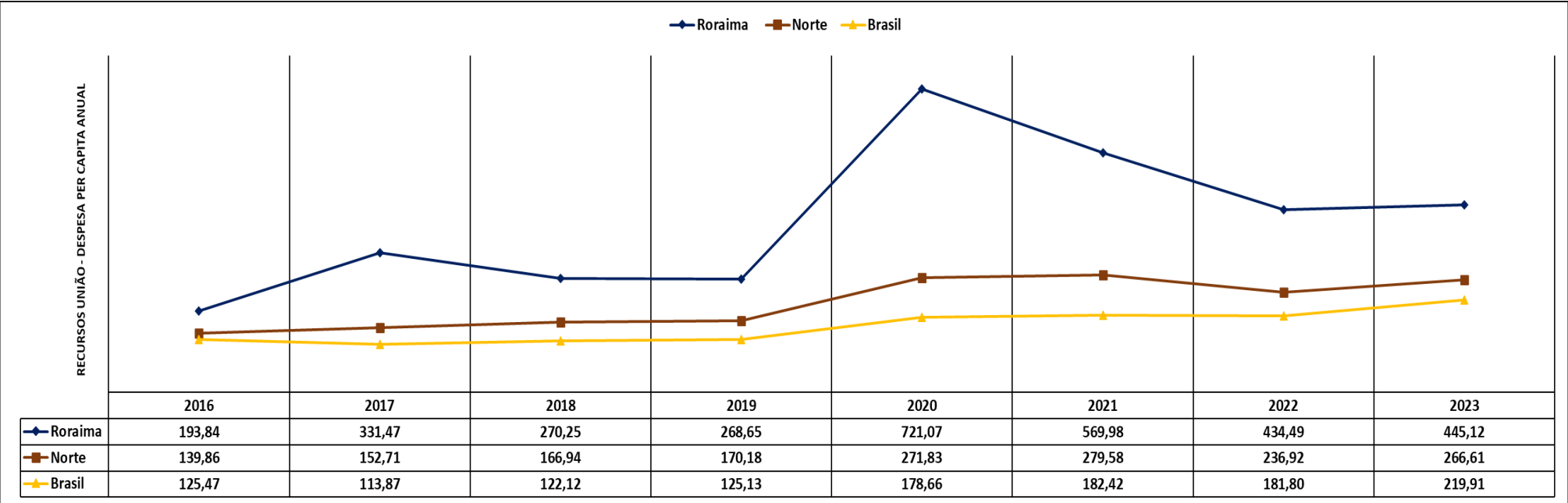
População Total por Abrangência Geográfica (2016-2023)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	548.233	564.013	587.497	618.125	640.975	654.972	673.404	695.270
Norte	17.429.371	17.606.346	17.783.329	17.970.930	18.137.222	18.272.491	18.403.491	18.535.113
Brasil	203.871.925	205.211.557	206.529.038	207.900.099	209.164.889	210.103.642	210.862.983	211.695.158

Fonte: IBGE (CENSO - 2022). População Ajustada pela Projeção do IBGE (Edição - 2024)

Despesa <i>Per Capita</i> com Recursos da União por Abrangência Geográfica (2016-2023)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	193,84	331,47	270,25	268,65	721,07	569,98	434,49	445,12
Norte	139,86	152,71	166,94	170,18	271,83	279,58	236,92	266,61
Brasil	125,47	113,87	122,12	125,13	178,66	182,42	181,80	219,91

Fonte: Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025. Edição SESAU/CGPLAN

Gráfico 56 - Despesa Per Capita - Recursos da União e Abrangência Geográfica (2016 – 2023)



Fonte¹: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: IBGE (CENSO - 2022). População Ajustada pela Projeção do IBGE (Edição - 2024)

Obs.: Considerando as Despesas Liquidadas

DESPESA GERAL PER CAPITA ANUAL APLICADA NA SAÚDE PÚBLICA

Tabela 93 - Despesa Geral *Per Capita* Geral por Abrangência Geográfica (2016 – 2023)

Valor da Despesa Geral Anual Aplicado por Abrangência Geográfica (2014-2024)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	584.909.741,29	697.452.427,55	701.053.977,99	752.349.323,00	885.404.545,00	1.247.337.674,03	1.511.153.661,79	1.449.328.480,99
Norte	9.770.733.778,23	9.986.737.908,20	10.968.179.947,44	11.200.178.799,99	14.230.106.247,90	16.644.869.672,56	18.437.855.055,22	20.147.980.952,83
Brasil	86.181.637.004,59	89.051.299.506,58	93.575.814.272,17	99.221.226.848,52	115.663.388.909,20	134.431.593.416,58	149.131.355.942,69	161.413.641.259,17

Fonte: Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Obs.: Despesas Liquidadas

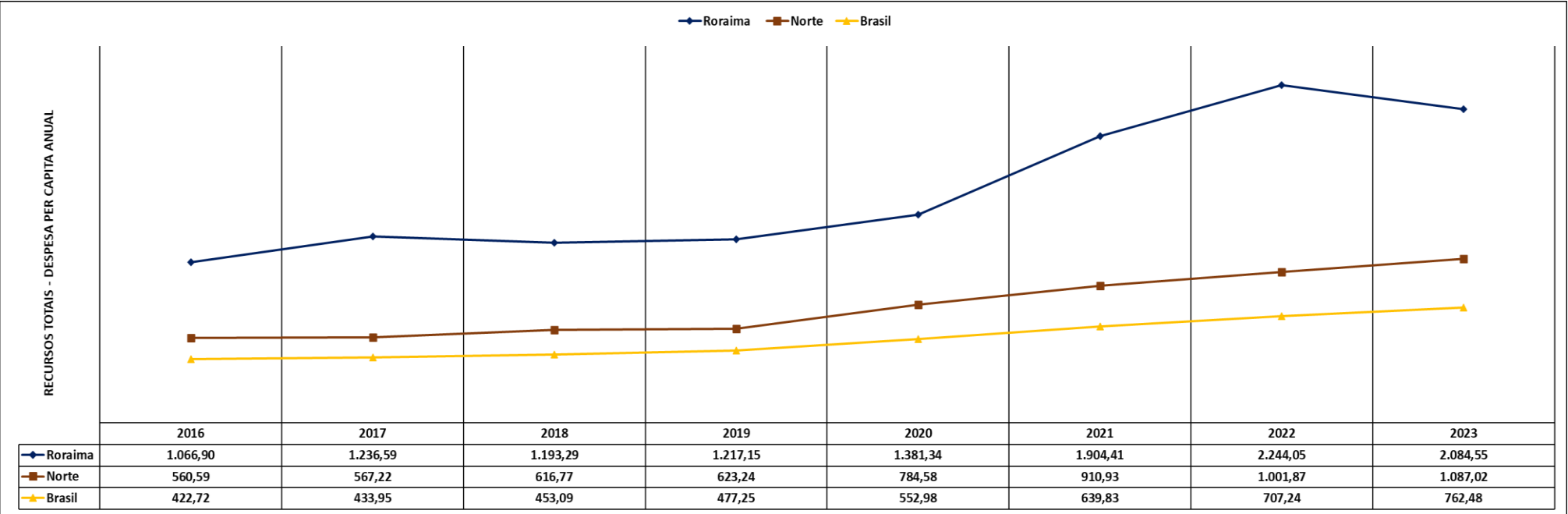
População Total por Abrangência Geográfica (2016-2023)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	548.233	564.013	587.497	618.125	640.975	654.972	673.404	695.270
Norte	17.429.371	17.606.346	17.783.329	17.970.930	18.137.222	18.272.491	18.403.491	18.535.113
Brasil	203.871.925	205.211.557	206.529.038	207.900.099	209.164.889	210.103.642	210.862.983	211.695.158

Fonte: IBGE (CENSO - 2022). População Ajustada pela Projeção do IBGE (Edição - 2024)

Despesa Geral <i>Per Capital</i> por Abrangência Geográfica (2016-2023)								
Abrangência Geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Roraima	1.066,90	1.236,59	1.193,29	1.217,15	1.381,34	1.904,41	2.244,05	2.084,55
Norte	560,59	567,22	616,77	623,24	784,58	910,93	1.001,87	1.087,02
Brasil	422,72	433,95	453,09	477,25	552,98	639,83	707,24	762,48

Fonte: Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025. Edição SESAU/CGPLAN

Gráfico 57 - Despesa Geral *Per Capita* por Abrangência Geográfica (2016 – 2023)



Fonte¹: Sistema de Informações. sobre Orçamentos Públicos em Saúde (MS/SIOPS). Acesso em: 11 de mar. 2025.

Fonte²: IBGE (CENSO - 2022). População Ajustada pela Projeção do IBGE (Edição - 2024)

Obs.: Considerando as Despesas Liquidadas

A análise da despesa per capita aplicada em ações e serviços públicos de saúde no Estado de Roraima no período de 2016 a 2023 permite revelar, com clareza, as nuances, os desafios e as especificidades do financiamento da saúde no território. Diferente da simplicidade de associar de forma equivocada somente o patamar elevado da despesa per capita, este indicador, quando devidamente contextualizado, reflete, na verdade, o impacto direto de um conjunto robusto de determinantes territoriais, demográficos, sociais e econômicos que são próprios da realidade roraimense e que exigem uma análise ampliada e livre de interpretações superficiais.

Quando se observa a evolução da despesa per capita com recursos próprios, percebe-se uma trajetória de crescimento muito acentuado, especialmente a partir de 2021. Se em 2016 o Estado aplicava, per capita, o valor de R\$ 873,06, esse montante praticamente dobra em 2021, alcançando R\$ 1.334,43, e atinge seu pico em 2022, com R\$ 1.809,56, mantendo-se elevado em 2023, com R\$ 1.639,44. É importante destacar que esse comportamento está fortemente associado ao deslocamento do ônus do financiamento da saúde do governo federal para o tesouro estadual, conforme já demonstrado na participação dos Entes Federativos no financiamento da saúde. Na prática, o Estado de Roraima a partir de 2021 assumiu uma maior responsabilidade financeira a manutenção do SUS no território, em virtude da retração sistemática da participação direta da União, somada às demandas crescentes da própria dinâmica populacional e sanitária local.

Outro aspecto crucial, frequentemente ignorado por quem observa apenas o número absoluto da despesa per capita, é a própria configuração estrutural do Estado. Roraima é, simultaneamente, um dos Estados de menor população absoluta do País e detentor de uma das maiores extensões territoriais proporcionais. Isso significa que a lógica da economia de escala, tão aplicável em Estados mais populosos e urbanizados, simplesmente não se verifica localmente. A prestação de serviços de saúde enfrenta custos logísticos significativos condizentes com a realidade amazônica, seja pela necessidade de remoções aéreas e fluviais, pela manutenção de unidades em localidades remotas, seja pelo desafio permanente de fixar profissionais de saúde em áreas de difícil acesso, como terras indígenas, comunidades ribeirinhas, regiões de fronteira e vastas zonas rurais. Além disso, é fundamental compreender que uma parte expressiva da população que demanda o sistema de saúde não é apenas a população formalmente residente, mas também populações flutuantes, como migrantes internacionais, especialmente da Venezuela, e outros deslocamentos internos como indígenas agravados pelo garimpo ilegal que pressionam a rede de serviços, sem que o modelo de financiamento repercuta adequadamente os recursos para essa realidade.

Quando se observa a despesa per capita com recursos da União, percebe-se uma dinâmica inversa. A União apresenta um crescimento no aporte em 2020 em razão dos repasses emergenciais da pandemia, mas a partir de 2021 inicia-se um processo de retração. Em 2020, a União aportava R\$ 721,07 per capita, mas em 2023 esse valor reduz-se para R\$ 445,12, reforçando a lógica de menor pressão per capita progressiva do Governo Federal no financiamento da saúde pública. Essa retração desloca, conseqüentemente, o Estado a ampliar sua própria participação de forma natural na despesa estadual per capita.

O resultado desse comportamento combinado se reflete na despesa geral per capita consolidada, que saltou de R\$ 1.066,90 em 2016 para R\$ 2.244,05 em 2022, fechando 2023 ainda em patamar elevado, com R\$ 2.084,55. Esse valor representa, aproximadamente, o dobro da média da Região Norte e quase três vezes a média nacional. Esse dado, quando retirado do contexto, tem sido usado de forma recorrente para sustentar a tese de que o problema da saúde em Roraima não seria de financiamento. No entanto, essa narrativa ignora completamente que, estruturalmente, Estados de baixa densidade populacional e alta complexidade logística terão, inevitavelmente, custos per capita mais elevados. Isso representa uma consequência natural do modelo de prestação de serviços em territórios de grande dispersão, baixa concentração urbana e com peculiaridades territoriais como fronteiras internacionais, terras indígenas e regiões de difícil acesso.

Além disso, é importante reforçar que a pressão sobre a despesa per capita em Roraima não decorre apenas dos custos logísticos e da expansão da rede de serviços, mas também do peso crescente da folha de pessoal da saúde, um elemento central no funcionamento do SUS. A saúde pública é uma política intensiva em trabalho humano, e não há possibilidade de ofertar atenção básica, média e alta complexidade, vigilância em saúde, atenção à população indígena, saúde da mulher, da criança e dos grupos vulneráveis sem uma rede robusta de profissionais capacitados, distribuídos e fixados nas diferentes regiões do Estado. Portanto, parte expressiva do aumento da despesa per capita reflete o próprio esforço de valorização dos trabalhadores da saúde, de manutenção de contratos, de pagamento de plantões, gratificações e da garantia da presença de profissionais na ponta do sistema.

Diante desse conjunto de elementos, afirmar que o problema da saúde pública de Roraima se resume unicamente na resolução dos seus problemas por conta da alta despesa per capita, não só é uma análise tecnicamente equivocada, mas também desconsidera por completo a realidade objetiva dos determinantes econômicos, territoriais e institucionais que estruturam o financiamento e a operação do SUS no Estado. A realidade é que o financiamento da saúde pública local enfrenta um duplo desafio: de um lado, os custos naturalmente mais elevados para garantir o acesso universal e integral, dada sua configuração territorial; de outro, a retração sistemática da participação federal, que exigiu do tesouro estadual a obrigação de adotar medidas permanentes de compensação financeira, o que, por sua vez, impacta diretamente na elevação da despesa per capita estadual.

Por outro lado, é fundamental destacar que, embora os dados de execução financeira demonstrem, de fato, uma maior participação do Tesouro Estadual no financiamento do SUS nos últimos anos, essa realidade não deve ser interpretada como sinal de pouca participação da esfera federal. Ao contrário, a União mantém um papel absolutamente estratégico e indispensável no financiamento do SUS, especialmente por meio das transferências regulares fundo a fundo, dos incentivos financeiros de custeio, das portarias específicas, dos programas estruturantes e, de maneira muito relevante, em ações diretas voltadas à saúde indígena, ao controle sanitário em áreas de fronteira e aos investimentos em saúde pública no Estado. Esses aportes continuam sendo pilares essenciais na sustentação das ações e dos serviços prestados em benefício da população de Roraima.

Entretanto, o que se observa, especialmente no período pós-pandemia, é um comportamento de reposicionamento da estrutura de financiamento, no qual o Tesouro Estadual passou a assumir, proporcionalmente, uma parcela maior do custeio da saúde, reflexo de processos naturais de recomposição orçamentária e de ajustes nas políticas de transferência interfederativa. Ainda assim, esse cenário evidencia, de forma muito clara, a necessidade de fortalecer permanentemente a pactuação federativa, ampliando o diálogo entre Estado, União e Municípios, de modo a garantir que os critérios de financiamento estejam sempre alinhados às necessidades reais da população, às especificidades do território e à busca pela equidade na distribuição dos recursos.

Ao consolidar a análise da despesa geral per capita (União + Estado), observa-se um patamar elevado em relação às médias nacional e regional, comportamento que, à luz de uma análise técnica e contextualizada, não representa um problema em si, mas antes traduz a realidade de um Estado com alta complexidade territorial, dispersão populacional extrema, demanda ampliada por serviços diferenciados e desafios logísticos únicos no cenário brasileiro e amazônico. Longe de ser o único, mas o custo de garantir acesso integral, universal e contínuo à saúde em Roraima, naturalmente, será superior quando comparado a Estados com maior adensamento urbano, infraestrutura consolidada e menor dispersão territorial.

Portanto, vale reforçar que a despesa per capita elevada observada na saúde pública de Roraima significa uma das respostas concretas e necessária às condições objetivas impostas pelo território, pela demografia e pela dinâmica social do Estado. Esse cenário reafirma, de maneira inequívoca, a importância da manutenção de um pacto federativo robusto, solidário e sensível às desigualdades regionais, no qual a União, o Estado e os Municípios atuem de forma coordenada, compartilhando responsabilidades, recursos e soluções, sempre com o objetivo comum de assegurar o direito constitucional à saúde para toda a população sem exceções.

3.15.6 - TRANSPARÊNCIA PÚBLICA NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS

A SESAU/RR mantém o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde atualizado podendo ser consultado por qualquer cidadão para conhecimento dos recursos aplicados no setor da saúde.

O Portal da Transparência local é uma iniciativa do Governo do Estado de Roraima para divulgar dados e informações da gestão governamental, possibilitando que a sociedade participe e acompanhe a aplicação dos recursos públicos de maneira concomitante.

O objetivo é dar maior visibilidade pública aos atos administrativos e contribuir para o aumento do controle social, da gestão democrática na Administração Pública estadual e do combate à corrupção.

O Portal está disponível no endereço: <http://www.transparencia.rr.gov.br> e as consultas estão disponíveis aos usuários tanto em formato de tabelas como de gráficos, em linguagem simples, com navegação amigável, podendo as informações serem assimiladas por qualquer pessoa, independente de familiaridade com o sistema financeiro-orçamentário brasileiro.

3.16 - GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

3.16.1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A natureza da organização de saúde impõe que a gestão do trabalho seja fortemente debatida com os profissionais, pois estes são os responsáveis pela eficiência e a qualidade dos processos e resultados alcançados. Sendo assim, alguns pressupostos são considerados, tais como: condição financeira e orçamentária para novas contratações, gestão de RH com elementos de autonomia referente à seleção, contratação e/ou demissão (ainda que compartilhada e com base em regras sistêmicas); gestão estratégica de RH; valorização permanente do desempenho, cuidado com as pessoas (incluindo a saúde do trabalhador); salários dignos com referência nos PCCR'S; horários flexíveis; sistemas de remuneração baseados em ganhos fixos mais ganhos variáveis; gestão de competências; desenvolvimento profissional; dispositivos para gestão de conflitos; processos participativos; seleções e recrutamentos.

Reconhecendo os desafios existentes, o Estado de Roraima estruturou seu Plano Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - PEGTES (2024–2027), aprovado pela Resolução CIB/RR nº 35/2024, em alinhamento com o Programa Nacional ValorizaGTES-SUS. Esse plano estabelece um novo marco para o planejamento situacional do setor, articulando ações de gestão de pessoas e de educação permanente com as necessidades reais dos territórios e dos usuários do SUS. A construção do plano foi conduzida no Estado pela Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CGTES) e contou com apoio técnico e a participação ativa das demais coordenações da SESA, além dos apoiadores da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS), representantes municipais e instituições formadoras locais.

Nesse sentido e diante das considerações iniciais sobre os desafios e compromissos com a qualificação contínua da força de trabalho no SUS, torna-se fundamental conhecer a composição atual dos trabalhadores da saúde. Essa caracterização permite não apenas dimensionar o quadro de pessoal existente, mas também compreender os vínculos laborais e os níveis de escolaridade que predominam. Esses elementos são essenciais para subsidiar o planejamento estratégico da educação permanente, a alocação equitativa dos recursos humanos e a formulação de políticas voltadas à valorização profissional e à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. A seguir, apresenta-se uma análise detalhada dos trabalhadores por vínculo e escolaridade, evidenciando as desigualdades e as potencialidades presentes na rede estadual de saúde.

3.16.2 - TRABALHADORES POR VÍNCULO E ESCOLARIDADE

A análise do perfil da força de trabalho em saúde no Estado de Roraima evidencia um conjunto de constatações que impactam diretamente a organização e a qualidade da atenção prestada. Entre os principais desafios, destacam-se a elevada proporção de vínculos temporários, a escassez de profissionais com formação especializada em áreas estratégicas e a concentração de recursos humanos nos municípios de maior porte, especialmente na capital Boa Vista.

A presença de vínculos precários afeta negativamente a continuidade dos cuidados e enfraquece os processos de educação permanente, além de dificultar a fixação de profissionais. A escolaridade dos trabalhadores também revela a necessidade de ampliar investimentos em formação técnica e qualificação dos profissionais de nível médio e superior. Nesse sentido, o fortalecimento das parcerias com a ETSUS/RR e com instituições de ensino superior torna-se essencial para ampliar a capacidade formativa e alinhar os perfis profissionais às necessidades do SUS no Estado.

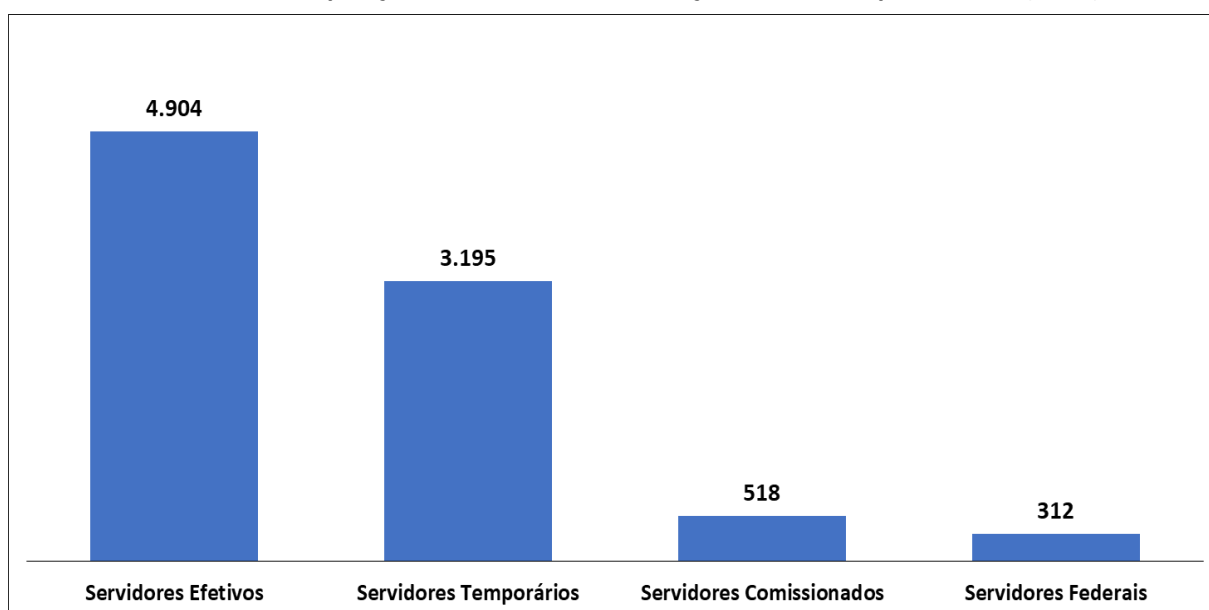
Atualmente a força de trabalho da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima é composta por trabalhadores de quatro vínculos distintos: (1) Estaduais Efetivos, (2) Servidores Temporários; (3) Servidores Comissionados; e (4) Servidores do Ex-território Federal cedidos ao Governo de Roraima e/ou cedidos por outros órgãos, sendo assim, a seguir apresentaremos todos os dados estratificados e em seguida uma análise sucinta do cenário atual.

Tabela 94 - Quantidade da Força de Trabalho por Vínculo e Escolaridade (2024)

ITEM	DESCRIÇÃO DO VÍNCULO	NÍVEL SUPERIOR	NÍVEL MÉDIO	MÉDIO TÉCNICO	NÍVEL FUNDAM.	TECNÓLOGO	TOTAL
1	Servidores Efetivos	1.653	885	1.846	510	10	4.904
2	Servidores Temporários	1.314	79	1.589	213	-	3.195
3	Servidores Comissionados	389	37	-	92	-	518
4	Servidores Federais	16	130	-	166	-	312
TOTAL GERAL		3.372	1.131	3.435	981	10	8.929

Fonte: SESAUCGTE

Gráfico 58 - Composição da Quantidade da Força de Trabalho por Vínculo (2024)



Fonte: SESAUCGTE

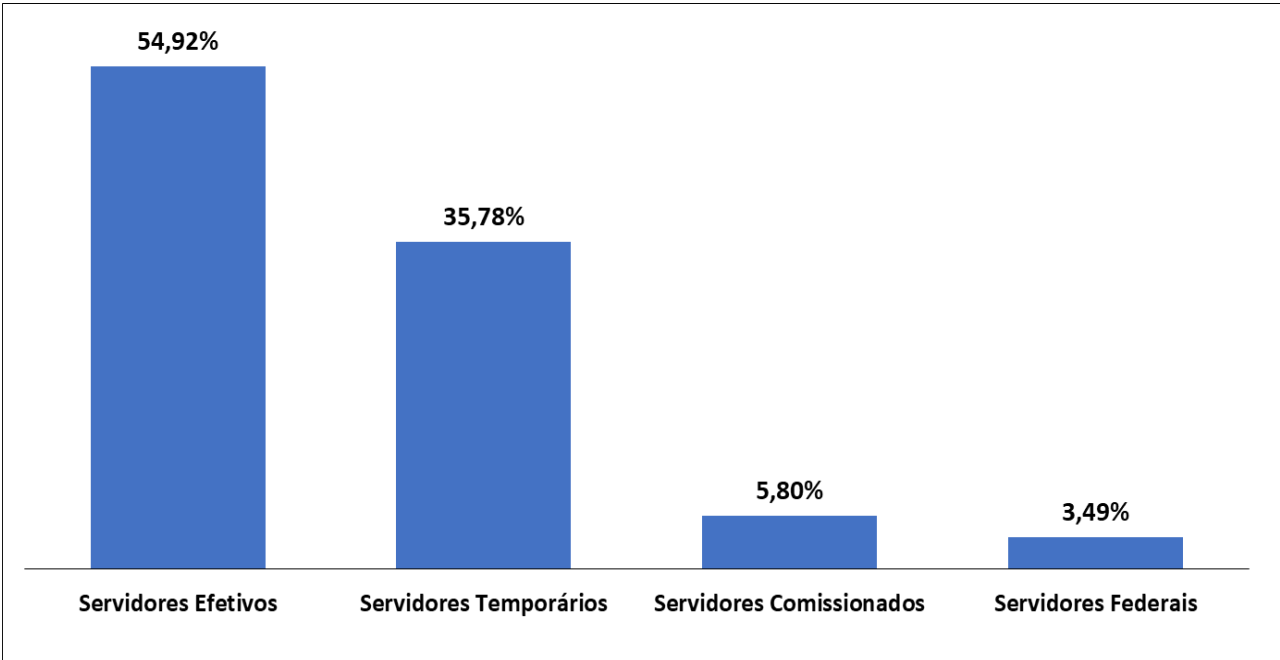
3.16.3 - PERCENTUAL - TRABALHADORES POR VÍNCULO E ESCOLARIDADE

Tabela 95 – Percentual da Força de Trabalho por Vínculo e Escolaridade (2024)

ITEM	DESCRIÇÃO DO VÍNCULO	NÍVEL SUPERIOR	NÍVEL MÉDIO	MÉDIO TÉCNICO	NÍVEL FUNDAM.	TECNÓLOGO	TOTAL
1	Servidores Efetivos	18,51%	9,91%	20,67%	5,71%	0,11%	54,92%
2	Servidores Temporários	14,72%	0,88%	17,80%	2,39%	-	35,78%
3	Servidores Comissionados	4,36%	0,41%	-	1,03%	-	5,80%
4	Servidores Federais	0,18%	1,46%	-	1,86%	-	3,49%
TOTAL GERAL		37,76%	12,67%	38,47%	10,99%	0,11%	100%

Fonte: SESAU/CGTES

Gráfico 59 - Composição Percentual da Força de Trabalho por Vínculo (2024)



Fonte: SESAU/CGTES

3.16.4 - TOTAL DE TRABALHADORES POR VÍNCULO E ESCOLARIDADE

Tabela 96 - Percentual Geral da Força de Trabalho por Nível e Escolaridade (2024)

ITEM	DESCRIÇÃO DO VÍNCULO	NÍVEL SUPERIOR	NÍVEL MÉDIO	MÉDIO TÉCNICO	NÍVEL FUNDAM.	TECNÓLOGO	TOTAL
	Total Geral de Servidores	3.372	1.131	3.435	981	10	8.929
TOTAL GERAL		37,76%	12,67%	38,47%	10,99%	0,11%	100%

Fonte: SESAU/CGTES

A estrutura da força de trabalho da saúde em Roraima, verificada no ano de 2024, evidencia uma composição com predomínio de trabalhadores com nível técnico médio (3.435), seguido por nível superior (3.372), o que demonstra o peso da formação intermediária nos quadros da saúde pública estadual. A presença de trabalhadores com nível médio (1.131) e nível fundamental (981) também é expressiva, indicando que parte significativa do corpo funcional desempenha funções diversas de cunho operacionais ou de apoio.

A segmentação por vínculo revela que 54,92% da força de trabalho é composta por servidores efetivos, um dado positivo do ponto de vista da estabilidade institucional, da retenção de memória técnica e do fortalecimento da governança. No entanto, a proporção elevada de servidores temporários (35,78%) ainda representa um ponto de atenção. A rotatividade típica dos contratos temporários pode fragilizar a continuidade de políticas públicas, a consolidação de processos de trabalho e o vínculo longitudinal com os usuários. Em algumas áreas, especialmente nas localidades fora da capital Boa Vista, típica de municípios com preponderância territorial e populacional diversa, essa instabilidade pode vir a comprometer a resolutividade e a qualidade da assistência.

A reduzida quantidade de servidores federais na força de trabalho da saúde em Roraima, representando apenas 3,49% do total, deve-se, em grande medida, ao fato de que esses profissionais correspondem majoritariamente a servidores do Ex-Território Federal de Roraima, posteriormente incorporados aos quadros da administração local. Com a transição institucional ocorrida após a transformação do Território em Estado, muitos desses vínculos foram redistribuídos ou absorvidos pelo setor da saúde, o que explica a presença residual. Esse aspecto histórico-administrativo é relevante, pois demonstra que a responsabilidade pela força de trabalho em saúde recai, predominantemente, sobre o Ente Estadual, reforçando a importância de políticas efetivas e voltadas a qualificação e valorização dos profissionais para a garantia da continuidade, qualidade para efetividade das ações e serviços do SUS.

Do ponto de vista do nível de escolaridade, o predomínio de trabalhadores com formação técnica e superior reforça a importância da educação profissional e da formação universitária na composição das equipes de saúde. A expressiva participação de trabalhadores com ensino técnico (38,47%) se relaciona diretamente com a atuação nas áreas de enfermagem, radiologia, análises clínicas, saúde bucal, dentre outras. Já os profissionais com formação superior além da parte administrativa (37,76%) compõem os quadros em sua grande maioria médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros cargos relacionados a área meio como coordenação, direção ou gerência técnica. A presença de 10,99% de trabalhadores com nível fundamental sinaliza a necessidade de políticas mais intensivas de qualificação e de valorização desses profissionais, que muitas vezes estão alocados em funções de suporte essenciais ao funcionamento dos serviços.

Em síntese, a análise revela um cenário de avanços na qualificação da força de trabalho em saúde, com predominância de vínculos estáveis e de formação técnica e superior. No entanto, desafios persistem, especialmente no que diz respeito à dependência de contratos temporários, à interiorização de profissionais, e à valorização dos trabalhadores com menor nível de escolaridade. Essas evidências devem subsidiar a formulação de estratégias no campo da educação permanente, da gestão de pessoas e do fortalecimento da interiorização, com vistas a consolidar um SUS mais justo e equitativo.

3.16.5 - PLANOS DE CARGO CARREIRAS E REMUNERAÇÕES – ÁREA FIM

Tabela 97 - Plano de Cargos Carreiras e Remunerações da Área Fim

ITEM	LEIS ORDINÁRIAS EM VIGOR	ABRANGÊNCIA
1	Lei nº 1475 de 18 de maio de 2021 – DOE/ALE nº 3462 de 26 de maio de 2021	Área Fim

Fonte: Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – CGTES

Obs.: Área Fim: Médicos, Especialistas, Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e etc.

O movimento para consolidação de um Plano de Cargos, Carreiras e Remunerações (PCCR) unificado da área fim da assistência à saúde representou um marco importante na política de valorização dos trabalhadores do SUS no Estado. Com o objetivo de superar a fragmentação normativa existente entre diferentes categorias profissionais e promover maior equidade interna, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU/RR), em articulação com o Governo do Estado, representantes das classes profissionais da saúde e o Conselho Estadual de Saúde (CES/RR), conduziu um processo de ampla negociação e construção coletiva. O resultado desse esforço culminou na elaboração de uma proposta legislativa, estruturada a partir de premissas técnicas e legais, que buscou alinhar as diretrizes estaduais às normativas federais de gestão do trabalho no SUS.

Essa proposta após devidamente consolidada foi formalmente encaminhada ao Poder Executivo Estadual e, após análises e deliberações, foi aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado de Roraima (ALE/RR) por meio da Lei nº 1.475/2021, conferindo ao plano legitimidade jurídica e institucional. A implementação efetiva teve início em janeiro de 2022, e desde então encontra-se em vigor com aplicabilidade direta sobre a estrutura funcional dos servidores da área fim, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares da saúde. A nova estrutura introduziu avanços significativos como: critérios para progressão e tempo de serviço, incentivos à qualificação profissional, gratificações específicas por atuação em áreas estratégicas e melhoria nas tabelas salariais.

A Lei nº 1.475 de 18 de maio de 2021 (DOE/ALE nº 3462 de 26 de maio de 2021) detalha a atual composição de cargos, perfis profissionais e vínculos contemplados por esse PCCR, permitindo observar não apenas a abrangência da iniciativa, mas também sua importância estratégica no fortalecimento do SUS em. A centralização em um único plano garante maior isonomia, reduz assimetrias internas e amplia o potencial de gestão integrada da força de trabalho, especialmente necessária em um Estado com especificidades de acesso e concentração de serviços na capital. A continuidade dessa política e o monitoramento de seus efeitos sobre a fixação, qualificação e desempenho dos profissionais serão determinantes para consolidar uma rede de saúde pública mais forte, resolutiva e alinhada aos princípios SUS.

Dando continuidade à análise da política de gestão do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Roraima, após a apresentação do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) voltado para a área fim da assistência, torna-se necessário abordar o panorama relacionado aos trabalhadores da área meio. Estes profissionais, embora não atuem diretamente na assistência à saúde, desempenham funções estratégicas de extrema relevância que sustentam a operacionalização e a governança do sistema, incluindo atividades de apoio administrativo, técnico-operacional, logístico e de gestão institucional.

A valorização e a adequada estruturação dos vínculos, carreiras e remunerações da área meio são essenciais para garantir eficiência na execução das políticas públicas de saúde e o funcionamento harmônico de toda a rede estadual. Nesse sentido, o item a seguir apresenta o quadro dos Planos de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) da área meio, buscando evidenciar os avanços, desafios e perspectivas de aprimoramento para consolidar um modelo de gestão de pessoas de forma mais integrada e sustentável.

3.16.6 - PLANOS DE CARGO CARREIRAS E REMUNERAÇÕES – ÁREA MEIO

Tabela 98 - Plano de Cargos Carreiras e Remunerações da Área Meio

ITEM	LEIS ORDINÁRIAS EM VIGOR	ABRANGÊNCIA
1	Lei nº 1028 de 18 de janeiro de 2016 – DOE nº 2684 de 18 de janeiro de 2016	Área Meio
2	Lei nº 1032 de 08 de janeiro de 2016 – DOE nº 2688 de 25 de janeiro de 2016	Área Meio

Fonte: Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – CGTES

Obs.: Área Meio: Administradores, Contadores, Economistas, Técnicos Adm., Auxiliares Adm., e etc.

A análise do Plano de Cargos, Carreiras e Remuneração (PCCR) da área meio revela importantes elementos estruturantes que impactam diretamente a sustentabilidade da gestão em saúde pública. Esta área é composta por servidores que desempenham funções técnico-administrativas, operacionais e de apoio, é responsável por garantir a retaguarda funcional do sistema, assegurando que os serviços assistenciais possam operar com regularidade, eficiência e segurança.

Ao contrário da área fim, que apesar das dificuldades, historicamente tem a tendência a receber maior visibilidade e investimentos pela sua essencialidade, os servidores da área meio também enfrentam desafios relacionados à valorização profissional, progressões na carreira e reconhecimento das suas contribuições institucionais. O atual PCCR da área meio, contempla os servidores efetivos pertencentes ao antigo Plano de Cargos, Carreira e Remuneração do Quadro da Administração Geral do Poder Executivo Estadual, e que é regulamentado pela Lei Complementar Estadual nº 053/2001. No entanto o plano apresenta limitações frente às novas exigências da gestão pública em saúde, sobretudo no que diz respeito à incorporação de competências técnicas modernas, à formação continuada e à articulação entre desempenho funcional e progressão na carreira.

Portanto, do ponto de vista da gestão do trabalho em saúde, o fortalecimento do PCCR da área meio continua sendo estratégico para qualificar a atuação institucional, reduzir a rotatividade de pessoal, garantir a continuidade dos processos

administrativos e fomentar uma cultura organizacional orientada à eficiência. Ademais, é basilar para garantir equidade na valorização dos diferentes segmentos da força de trabalho, promovendo a dignidade profissional e o reconhecimento das contribuições de todos os envolvidos na cadeia de produção do cuidado em saúde.

3.16.7 - DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - DGES

Compondo a Coordenadoria Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CGTES) cabe ao Departamento de Gestão da Educação em Saúde (DGES):

- articular-se diretamente com a Coordenadoria-Geral de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- manter ações de articulação com instituições de ensino dentro e fora do Estado de Roraima;
- manter ações de articulação com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde;
- manter ações de articulação com a Comissão de Integração Ensino e Serviço (CIES);
- coordenar as ações dos Núcleos de Qualificação Profissional, de Integração Institucional do Servidor e de Avaliação de Desempenho;
- acompanhar e avaliar os resultados dos projetos elaborados pelos Núcleos;
- acompanhar e avaliar os resultados de cursos/capacitações promovidos pelo Núcleo de Qualificação Profissional;
- dar apoio logístico às demais Unidades/Departamentos e instituições de ensino em saúde, quando solicitado e ;
- exercer outras atividades correlatas.

3.16.8 - ESCOLA TÉCNICA DO SUS - ETSUS

A Escola Técnica de Saúde do SUS em Roraima (ETSUS/RR), instituída pela Lei Estadual nº 433/2004, é uma entidade educacional pública, sem fins lucrativos, vinculada administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde de Roraima (SESAU). Seu funcionamento é autorizado e reconhecido por meio da Resolução CEE/RR nº 05/2011 e do Parecer nº 07/2011, ambos emitidos em 15 de março de 2011, pelos órgãos reguladores da educação no Estado. A ETSUS/RR tem como finalidade primordial a oferta de Educação Profissional Técnica de Nível Médio, bem como Cursos de Formação Inicial e Continuada (FIC), destinados aos trabalhadores da área da saúde. A escola também possui autonomia para realizar cursos descentralizados, adequando sua atuação às necessidades regionais e às especificidades dos diferentes territórios de Roraima.

A missão institucional da ETSUS/RR é atuar na formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, contribuindo para o fortalecimento da Atenção à Saúde no Estado, alinhando suas práticas pedagógicas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, busca consolidar em seus processos formativos os valores da integralidade, equidade, universalidade, resolubilidade, humanização, participação social e reconhecimento dos direitos dos usuários, promovendo, assim, profissionais comprometidos com a defesa da saúde pública como direito social e dever do Estado. Em sua visão de futuro, a escola se projeta como uma instituição de referência, tanto em nível estadual quanto nacional, no campo da Educação Profissional Técnica e da Educação Permanente em Saúde, alinhada às demandas do SUS e às transformações no mundo do trabalho em saúde.

No escopo de fortalecer e ampliar sua atuação estratégica, a CGTES desenvolveu, nos meses de outubro e novembro de 2024, duas oficinas temáticas intituladas “Apoio ao Desenvolvimento da Escola de Saúde Pública de Roraima”, reunindo gestores, representantes de classes, técnicos de todas as coordenações da SESA, além do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e lideranças das unidades assistenciais. Essas oficinas resultaram em discussões qualificadas, que subsidiaram a construção da proposta estruturante para consolidar a Escola como espaço permanente de formação técnica, desenvolvimento de competências e fortalecimento da gestão do trabalho e da educação em saúde no território roraimense.

Com foco na ampliação da sua capacidade operacional e pedagógica, projeta-se para a ETSUS/RR, para o próximo ciclo, investimentos significativos na melhoria de suas ambiências, na modernização dos espaços formativos e na aquisição de equipamentos, materiais permanentes e tecnológicos. Adicionalmente, busca-se fortalecer parcerias interinstitucionais com órgãos governamentais, entidades formadoras, universidades e organizações do terceiro setor, a fim de expandir seu portfólio de cursos e intensificar sua atuação dentro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Com isso, a ETSUS/RR reafirma seu compromisso com a formação de trabalhadores qualificados, preparados para enfrentar os desafios da saúde pública e para atuar de maneira resolutiva, ética e comprometida com os princípios do SUS no Estado de Roraima.

3.17 - CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

3.17.1 - TELESSAÚDE

O Telessaúde, como componente estruturante da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, tem por finalidade em Roraima apoiar a ampliação do acesso, a qualificação do cuidado e a melhoria da resolutividade dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), além de fortalecer a integração desta com os demais níveis de atenção, articulando-se diretamente às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Alinhada às normas do Ministério da Saúde o Departamento de Saúde Digital, estabeleceu diretrizes estratégicas para a Telessaúde no Brasil, as quais têm como premissas principais: superar barreiras socioeconômicas, culturais e, sobretudo, geográficas; qualificar a oferta de serviços e a circulação de informações em saúde; melhorar a satisfação dos usuários e profissionais; reduzir custos operacionais no SUS; além de contribuir para o atendimento aos princípios da qualidade assistencial - segurança, efetividade, eficiência, equidade, oportunidade e centralidade no usuário. Também se destacam os objetivos de reduzir filas e tempos de espera, bem como evitar deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais, especialmente em territórios de difícil acesso, como ocorre em várias regiões do Estado de Roraima.

O programa Telessaúde Brasil Redes é formado por uma rede colaborativa que articula gestores do SUS, instituições de ensino, pesquisa e serviços de saúde, configurando-se em um modelo de suporte técnico e educacional para os profissionais da rede. Sua estrutura operacional é composta por dois elementos principais: os Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos, geralmente vinculados a instituições formadoras ou de gestão, responsáveis pela oferta e gestão das teleconsultorias, telediagnósticos e segundas opiniões formativas; e os Pontos de Telessaúde, localizados nas unidades de saúde, a partir dos quais os trabalhadores do SUS podem acessar os serviços oferecidos na plataforma.

No âmbito da sua abrangência, o Telessaúde opera por meio de quatro principais modalidades de serviços:

- Teleconsultoria: serviço realizado entre profissionais e trabalhadores da saúde, de forma síncrona (tempo real) ou assíncrona (mensagens off-line), com o objetivo de esclarecer dúvidas clínicas, administrativas, assistenciais ou relativas ao processo de trabalho, fortalecendo o cuidado e a gestão.
- Telediagnóstico: utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para emissão de laudos, pareceres e interpretações de exames a distância, reduzindo barreiras geográficas e ampliando a capacidade diagnóstica da rede.
- Tele-educação: ações formativas como cursos, conferências, webaulas e capacitações, voltadas à qualificação contínua dos trabalhadores do SUS, alinhadas aos princípios da Educação Permanente em Saúde (EPS).
- Segunda Opinião Formativa: respostas elaboradas com base nas melhores evidências científicas e nas diretrizes do SUS, estruturadas para subsidiar decisões clínicas e operacionais, especialmente a partir de demandas recorrentes nas teleconsultorias.

No contexto estadual, o Telessaúde está estruturado para coordenar e articular, de maneira integrada, as ações do programa, sendo responsável por:

- Coordenar, em nível estadual, as ações vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes;
- Promover a articulação entre as instâncias de gestão do SUS (municipal, estadual e federal) e os demais integrantes do programa;
- Garantir as condições de infraestrutura tecnológica e de gestão, assegurando o funcionamento regular e sustentável do programa no território;
- Integrar as ações do Telessaúde às políticas de regulação, especialmente à Central de Regulação Médica das Urgências, bem como aos fluxos da RAS, em parceria com os gestores municipais e federais.

O gestor municipal, enquanto parceiro estratégico do programa, é responsável por apoiar a implementação do Telessaúde em sua localidade, promover a integração dos profissionais da rede municipal às ações do programa, bem como acompanhar, monitorar e avaliar os impactos das teleconsultorias, dos telediagnósticos e das ações de tele-educação no fortalecimento dos serviços de saúde.

O Telessaúde representa, portanto, uma estratégia essencial para a superação dos desafios logísticos, estruturais e operacionais do SUS no Estado de Roraima, particularmente pela capacidade de ampliar o acesso, qualificar a assistência, fortalecer a resolutividade na Atenção Primária e reduzir as desigualdades no acesso a cuidados especializados. Sua plena operacionalização exige investimentos contínuos em infraestrutura tecnológica, desenvolvimento de competências, fortalecimento da governança e integração efetiva com os processos de gestão, regulação, assistência e educação permanente, sendo peça estratégica na consolidação da Saúde Digital no SUS.

Ao compreender a importância estratégica do Telessaúde como ferramenta de apoio à gestão do cuidado, à qualificação da assistência e à superação de barreiras territoriais, torna-se fundamental analisar a distribuição atual dos Pontos Ativos e Implantados do Telessaúde no Estado de Roraima. Essa análise permite avaliar não apenas a expansão do serviço no território, mas também os desafios operacionais, as assimetrias regionais e as oportunidades para fortalecimento da Saúde Digital como estratégia transversal na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

Tabela 99 - Pontos Ativos e Implantados do Telessaúde em Roraima - 2024

Região de Saúde Centro Norte			
Municípios Integrantes		Pontos Ativos	Pontos Implantados
01	Alto Alegre	X	X
02	Amajari	X	X
03	Boa Vista - Capital	X	X
04	Bonfim	X	X
05	Cantá	X	X
06	Mucajá	X	X
07	Normandia	X	X
08	Pacaraima	X	X
09	Uiramutã	X	X
Região de Saúde Sul			
Municípios Integrantes		Pontos Ativos	Pontos Implantados
10	Caracaraí	X	X
11	Caroebe	X	X
12	Iracema	X	X
13	Rorainópolis	X	X
14	São João da Baliza	X	X
15	São Luiz	X	X

Fonte: CGAB/Núcleo Estadual do Telessaúde em Roraima

Diante das particularidades geográficas de Roraima, marcado por extensas áreas de difícil acesso, presença expressiva de população indígena, comunidades ribeirinhas, populações migrantes e zonas de fronteira, o Telessaúde se apresenta como uma política pública essencial para viabilizar o acesso oportuno, reduzir deslocamentos desnecessários, qualificar processos assistenciais e ampliar a capacidade resolutiva dos serviços. Nesse contexto, analisar a situação atual dos pontos ativos e implantados no território estadual é um passo imprescindível para a tomada de decisões na gestão estadual e municipal da saúde.

Na Região de Saúde Centro Norte, que inclui os municípios de Alto Alegre, Amajari, Boa Vista, Bonfim, Cantá, Mucajaí, Normandia, Pacaraima e Uiramutã, observa-se uma cobertura plena, refletindo um avanço robusto no processo de incorporação da estratégia de Telessaúde como ferramenta de apoio assistencial e de gestão no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Importante destacar que o município de Cantá, que anteriormente aparecia com ponto apenas implantado, agora se encontra com o serviço efetivamente ativo, evidenciando superação dos entraves técnicos, operacionais ou estruturais que antes limitavam a operacionalização.

Da mesma forma, na Região de Saúde Sul, composta pelos municípios de Caracaraí, Caroebe, Iracema, Rorainópolis, São João da Baliza e São Luiz, a nova realidade demonstra que todos os pontos estão não apenas implantados, mas também operando de forma ativa. Este avanço representa uma conquista estratégica para a redução das desigualdades regionais no acesso aos serviços de saúde, especialmente em uma região que historicamente enfrenta desafios territoriais, logísticos e estruturais mais acentuados, como longas distâncias, menor densidade populacional e maior dificuldade de provimento de serviços especializados.

A cobertura total dos 15 municípios do Estado com pontos ativos de Telessaúde demonstra, de forma inequívoca, o compromisso do Estado de Roraima, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), e dos gestores municipais, com a consolidação de políticas de saúde digital, orientadas pela Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, bem como alinhadas às diretrizes da transformação digital do SUS. Esse avanço não apenas qualifica a oferta de serviços, mas também amplia a capacidade resolutiva da APS, fortalece os processos de regulação, reduz filas e tempos de espera, além de minimizar os custos associados a deslocamentos desnecessários de pacientes e profissionais. Outro ponto relevante na análise é que esse nível de consolidação estrutural e operacional dos pontos de Telessaúde em todo o território estadual permite que o programa avance para uma nova etapa, na qual os esforços poderão ser direcionados para a qualificação contínua dos serviços ofertados, ampliação dos telediagnósticos disponíveis, desenvolvimento de modelos de telemonitoramento e expansão das ações de tele-educação, alinhadas às necessidades locais, às prioridades sanitárias do Estado e aos desafios emergentes do SUS.

Assim sendo, a análise da implantação do Telessaúde em Roraima evidencia um avanço expressivo, com cobertura de 100% dos municípios do Estado operando com pontos ativos e implantados, resultado que reflete o compromisso da gestão estadual e municipal na consolidação da Saúde Digital como estratégia estruturante no SUS roraimense. Esse cenário representa a superação dos desafios anteriormente identificados, especialmente na Região de Saúde Sul, onde havia limitações quanto à ativação dos pontos, hoje plenamente operacionais. Essa nova realidade não apenas promove uma melhoria significativa na equidade territorial, mas também oportuniza a garantia acesso mais qualificado e oportuno aos serviços, como também fortalece o Telessaúde como uma estratégia permanente de apoio à gestão, à assistência e aos processos educativos na saúde, especialmente no fortalecimento da Atenção Primária. Além disso, essa consolidação cria condições favoráveis para que o Telessaúde atue além de seu papel de suporte, tornando-se um verdadeiro componente estruturante das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e da Regulação em Saúde no Estado de Roraima, contribuindo diretamente para a qualificação do cuidado, a organização dos fluxos assistenciais e a ampliação do acesso em um território marcado por desafios logísticos, geográficos e populacionais únicos.

Nesse sentido, a consolidação dos pontos ativos abre espaço para que a gestão estadual, em articulação com os municípios e com o Núcleo Estadual de Telessaúde, avance para:

- A ampliação dos serviços de telediagnóstico, telemonitoramento e segunda opinião formativa;
- O fortalecimento da integração do Telessaúde aos fluxos de regulação assistencial, especialmente na média e alta complexidade;
- A expansão das ações de tele-educação, como suporte permanente aos processos de educação continuada e de educação permanente em saúde dos profissionais da rede;
- O desenvolvimento de indicadores de desempenho, qualidade e impacto do Telessaúde na qualificação da assistência, na satisfação dos usuários e na eficiência dos processos de gestão.

3.17.2 - FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE RORAIMA

A consolidação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Roraima (FAPERR) representa um marco para o desenvolvimento científico, tecnológico e da inovação no Estado, especialmente no fortalecimento das políticas públicas de saúde. Criada pela Lei Estadual nº 1.641, de 25 de janeiro de 2022, a FAPERR nasce da necessidade histórica de fomentar a produção científica local, gerar inovação, desenvolver soluções tecnológicas e fortalecer a capacidade de resposta dos sistemas públicos às demandas sociais e econômicas, com foco também nas necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) em Roraima.

A FAPERR é uma entidade pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, vinculada à Secretaria de Agricultura, Desenvolvimento e Inovação (SEADI), e tem como missão promover o avanço da pesquisa científica básica e aplicada, da inovação e do desenvolvimento tecnológico em diferentes áreas estratégicas para o Estado, incluindo a saúde. Sua atuação está alinhada ao fortalecimento da tríade Ciência, Tecnologia e Inovação (CT&I), pilares essenciais para a modernização da gestão, da atenção e da vigilância em saúde, além de apoiar a formação de recursos humanos qualificados, capazes de responder aos desafios sanitários, socioeconômicos e ambientais característicos do território roraimense.

Um dos instrumentos estratégicos de integração da FAPERR com o setor saúde é o Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS), desenvolvido em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU/RR), o Ministério da Saúde (DECIT/SEIDIGI/MS) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). O PPSUS tem como objetivo financiar pesquisas científicas e tecnológicas aplicadas às necessidades específicas do SUS no Estado de Roraima, fortalecendo a interface entre a produção acadêmica, a gestão do sistema de saúde e os desafios sanitários regionais.

Por meio do PPSUS e de outras chamadas públicas, a FAPERR tem incentivado pesquisas aplicadas, desenvolvimento de tecnologias e soluções inovadoras voltadas para o aprimoramento dos processos de gestão, qualificação da atenção à saúde, fortalecimento da vigilância e desenvolvimento de modelos assistenciais mais resolutivos, equitativos e eficientes. As linhas prioritárias de pesquisa são definidas em conjunto com gestores, comunidade científica e sociedade civil, considerando as especificidades locais, como: Atenção Primária à Saúde, Saúde Indígena, Saúde Mental, Vigilância em Saúde e Atenção Especializada, além de temas emergentes e transversais, como mudanças climáticas, saúde digital e determinantes sociais da saúde.

Ao integrar ciência, tecnologia e inovação na saúde, a FAPERR contribui para transformar evidências científicas em políticas públicas mais robustas, qualificadas e alinhadas às realidades do SUS em Roraima. Além disso, promove a valorização dos pesquisadores locais, estimula a produção de conhecimento aplicado e fortalece o desenvolvimento de soluções inovadoras, que impactam diretamente na melhoria dos indicadores de saúde, na eficiência dos processos de gestão e na ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população roraimense.

Sendo assim, a atuação da FAPERR se insere como uma estratégia estruturante para o desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e Gestão, funcionando como indutora de processos inovadores, integrados e sustentáveis, que potencializam as capacidades institucionais do SUS no Estado de Roraima. O fortalecimento contínuo da FAPERR, aliado à ampliação dos investimentos em pesquisa aplicada, representa uma oportunidade estratégica para enfrentar os desafios sanitários do Estado, promover a equidade em saúde e consolidar uma gestão pública orientada por evidências, inovação e desenvolvimento sustentável.

Dentro das ações estruturantes da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Roraima, o Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde (PPSUS) é fruto de uma parceria institucional entre o Governo do Estado de Roraima, por meio da FAPERR, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU/RR), o Ministério da Saúde, através do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT/SEIDIGI/MS), e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Na sua 8ª edição, o PPSUS consolida-se como um programa maduro e alinhado às diretrizes da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, assumindo papel fundamental na geração de conhecimentos aplicados que impactam diretamente o fortalecimento das redes de atenção, o aperfeiçoamento da vigilância em saúde, o desenvolvimento de tecnologias assistenciais, bem como a melhoria da gestão e da tomada de decisão baseada em evidências. As linhas de pesquisa apoiadas pelo programa são definidas a partir de um processo participativo de oficinas de priorização, envolvendo pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e sociedade civil, garantindo assim a aderência dos projetos às necessidades reais do SUS em Roraima. Para a edição vigente, foram definidos cinco eixos temáticos prioritários:

- Atenção Primária à Saúde (APS);
- Saúde Indígena;
- Saúde Mental e Prevenção;
- Atenção Especializada;
- Vigilância em Saúde.

Cada eixo contempla subtemas específicos, abordando desde o desenvolvimento de tecnologias assistenciais, aprimoramento de linhas de cuidado, vigilância de agravos prioritários, até modelos inovadores de gestão e governança em saúde pública. O programa é direcionado a pesquisadores que possuam titulação mínima de mestre ou doutor, com vínculo formal com instituições públicas ou privadas sediadas em Roraima, devidamente cadastrados nas plataformas SIGFAPERR e SISC&T, além de manterem currículos atualizados na Plataforma Lattes e no ORCID. O modelo de financiamento é compartilhado, promovendo não apenas a sustentabilidade financeira dos projetos, mas também a corresponsabilidade na definição de prioridades, no acompanhamento dos resultados e na incorporação dos produtos gerados pelas pesquisas na prática dos serviços e na formulação de políticas públicas.

Portanto, o PPSUS se posiciona como um instrumento estratégico de desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, essencial para a qualificação da gestão, o aprimoramento da assistência e a superação dos desafios estruturais que impactam o sistema de saúde em Roraima. Seu fortalecimento, ampliação e alinhamento contínuo às necessidades do SUS são indispensáveis para garantir que a ciência cumpra seu papel como vetor de transformação social, melhoria da saúde pública e promoção do desenvolvimento sustentável no Estado.

4 - DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES (DOMI)

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As diretrizes, objetivos, metas e indicadores adotados para orientação do Plano Estadual de Saúde 2024-2027 foram definidos com observância as diretrizes aprovadas na 9ª Conferência Estadual de Saúde e com atenção também a Rede Temática de Atenção à Saúde Materna Infantil que é a prioridade sanitária aprovada para o Planejamento Regional Integrado - PRI na Comissão Intergestora Bipartite – CIB conforme Resolução CIB/RR nº 38/2024 (DOE/RR nº 4.833 de 26/12/2024).

Nesse sentido, e após análise das coordenações e áreas técnicas da SESAU ainda foram considerados o mapa estratégico, os aspectos da análise situacional da saúde, as revisões dos planos de governo (PPA, LDO e LOA), a abrangência regional de cada meta em relação ao desenho da regionalização em Roraima sinalizando onde se localiza se na Macrorregião de Saúde e/ou em suas respectivas Regiões de Saúde (Região Centro-Norte ou Sul).

Definições:

Diretrizes: Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias. Devem ser definidas em função das características epidemiológicas, da organização dos serviços e das política de saúde;

Objetivos: Expressam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração “do que se quer” ao final do período considerado.

Metas: Expressam a medida de alcance do objetivo em função da relevância destas para o seu alcance; é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.

Indicadores: Conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de forma a possibilitar o monitoramento e a avaliação da intervenção.

Tabela 100 - Demonstrativo dos Eixos Temáticos das Metas do Plano de Saúde (2024-2027)

Descrição do Eixos Temáticos das Metas do Plano (2024-2027)	Pág.
Eixo Temático I - Atenção Primária à Saúde	327
Eixo Temático II – Vigilância em Saúde	358
Eixo Temático III – Atenção Ambulatorial e Hospitalar	382
Eixo Temático IV – Regulação em Saúde	411
Eixo Temático V – Assistência Farmacêutica	421
Eixo Temático VI – Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde	425
Eixo Temático VII – Apoio Administrativo e Logístico	431
Eixo Temático VIII – Redes Temáticas de Atenção à Saúde	433
Eixo Temático IX – Planejamento e Gestão em Saúde	435
Eixo Temático X – Gestão Participativa e Controle Social	440
Eixo Temático XI – Infraestrutura e Aparelhamento de Unidades de Saúde	443
Eixo Temático XII – Transparência na Aplicação dos Recursos Públicos	445

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Roraima/CGPLAN

EIXO TEMÁTICO I – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL -	
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)									
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)									
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.							
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.							
META 1.1.1:		AMPLIAR A COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DE RORAIMA PARA 90,60% ATÉ 2027.							
INDICADOR:		POPULAÇÃO CADASTRADA PELAS EQUIPES DE (eSF) E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA (eAP) FINANCIADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE ÷ POPULAÇÃO ESTIMADA DO ESTADO DE RORAIMA) X 100.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	87,70%	88,00%	89,30%	90,60%	
86,70%	2023	PERCENTUAL	90,60%	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.			
CONSIDERAÇÕES:									
Informações consideradas para o indicador: Nota Técnica nº 418/2021-CGGAP/DESF/SAPS/MS.									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.2:		AMPLIAR AS COBERTURAS VACINAIS PRECONIZADAS NO 1º ANO DE VIDA DA CRIANÇA NO ESTADO DE RORAIMA PARA 95% ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO DE CRIANÇAS QUE COMPLETARAM 12 MESES NO ANO COM AS 3ª DOSES APLICADAS DE POLIOMIELITE INATIVADA E PENTAVALENTE) ÷ (Nº DE CRIANÇAS COM 12 MESES COMPLETOS NO SISAB NO ANO AVALIADO) OU (POTENCIAL DE CADASTRO ÷ POPULAÇÃO IBGE X Nº DE NASCIDOS VIVOS NO SINAC).								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	80,00%	85,00%	90,00%	95,00%	
75,00%	2023	PERCENTUAL	95,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Nota Técnica nº 5/2022-SAPS/MS.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)															
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)															
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.													
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.													
META 1.1.3:		AMPLIAR PARA TODOS OS 15 MUNICÍPIOS O ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (PICS) NA ATENÇÃO A PRIMÁRIA (APS) DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS REGISTRADAS NO SISTEMA e-SUS.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		8		11		13		15	
6		2023	NÚMERO	15		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: https://sisaps.saude.gov.br/esus/															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.4:		EXECUTAR 12 REPASSES MENSAIS AO ANO DO COFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE A TODOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE RORAIMA CONFORME PACTUADO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB.								
INDICADOR:		NÚMERO DE MESES COMO O REPASSE REALIZADO DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL PARA A APS.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	12	12	12	12	
12	2023	NÚMERO	12	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Estado de Roraima (FIPLAN/RR).										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)															
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)															
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.													
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.													
META 1.1.5:		REDUZIR A RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA EM 12% A.A. POR CADA 100.000 NASCIDOS VIVOS (NV) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		(NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES DO SEXO FEMININO CLASSIFICADAS NO CAPÍTULO XV DO CID 10, COM EXCEÇÃO DOS CÓDIGOS O96 E O97 - MORTE MATERNA TARDIA E MORTE POR SEQUELA DE CAUSA OBSTÉTRICA DIRETA) ÷ (NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS, DE MÃES RESIDENTES NO ESTADO DE RORAIMA NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		135,29		119,05		104,76		92,19	
153,74		2023	RAZÃO	92,19		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).															
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic_u&cod=B18&tab=1															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.6:		AMPLIAR PARA 40% O PERCENTUAL DE MULHERES CADASTRADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS), NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS, COM EXAME DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO REALIZADO NOS ÚLTIMOS 36 MESES ATÉ 2027.								
INDICADOR:		PERCENTUAL DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 64 ANOS COM EXAME DE RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO REALIZADO NOS ÚLTIMOS 36 MESES.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	28,80%	32,50%	36,30%	40,00%		
25%	2023	PERCENTUAL	40,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)															
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)															
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.													
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.													
META 1.1.7:		AMPLIAR PARA 0,30 A RAZÃO ENTRE O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE MAMOGRAFIA EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS DE IDADE E A METADE DA POPULAÇÃO DE MULHERES NA MESMA FAIXA ETÁRIA NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		(NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE MAMOGRAFIA REALIZADOS EM RESIDENTES DO SEXO FEMININO DE 50 A 69 ANOS DE IDADE - PROCEDIMENTO Nº 0204030188) ÷ (METADE DO NÚMERO DE RESIDENTES DO SEXO FEMININO DE 50 A 69 ANOS DE IDADE).													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		0,27		0,28		0,29		0,30	
0,26		2023	RAZÃO	0,30		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Projeção da População (IBGE - Edição 2024)															
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic&cod=A52&tab=1															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.8:		AMPLIAR PARA 88% O PERCENTUAL DE CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) COM ESTADO NUTRICIONAL AVALIADO EM RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE CRIANÇAS MENORES DE 10 ANOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ESTADO NUTRICIONAL AVALIADOS) ÷ (TOTAL DE CRIANÇAS AVALIADAS NA MESMA FAIXA ETÁRIA) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	71,10%	88,70%	84,20%	88,00%		
73,40%	2023	PERCENTUAL	88,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)															
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)															
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.													
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.													
META 1.1.9:		AUMENTAR PARA 78% O PERCENTUAL DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES EM SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		PERCENTUAL DE BENEFICIÁRIOS COM PERFIL SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA ACOMPANHADOS PELA APS.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		68,00%		71,00%		74,00%		78,00%	
65,47%		2023	PERCENTUAL	78,00%		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.						
CONSIDERAÇÕES:															
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.10:		AMPLIAR PARA 4,4% O PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS POR PROBLEMAS/CONDIÇÃO AVALIADA OBESIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS POR PROBLEMA OU CONDIÇÃO AVALIADA “OBESIDADE” NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	1,7%	2,6%	3,5%	4,4%		
0,90%	2023	PERCENTUAL	4,4%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.11:		REDUZIR A TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL EM 2,5% A.A POR CADA 1.000 NASCIDOS VIVOS (NV) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES DE ATÉ 1 ANO DE IDADE OCORRIDOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES DE RESIDENTES NO MESMO PERÍODO) X 1.000.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	19,07	18,59	18,12	17,67		
19,56	2023	TAXA	17,67	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)										
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic_u&cod=M01&tab=1										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)								
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.	
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)								
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)								
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)								
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)								
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.						
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.						
META 1.1.12:		REDUZIR A TAXA MORTALIDADE NEONATAL EM 2,5% A.A POR CADA 1.000 NASCIDOS VIVOS (NV) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.						
INDICADOR:		(NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES COM ATÉ 27 DIAS DE IDADE OCORRIDOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES NO MESMO PERÍODO) X 1.000.						
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	13,23	12,89	12,57	12,26
13,57	2023	TAXA	12,26	REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.		
CONSIDERAÇÕES:								
Fonte de dados: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)								
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic_u&cod=M15&tab=1								
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.								

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE											
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)											
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)											
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)											
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)											
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)											
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.									
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.									
META 1.1.13:		REDUZIR A TAXA DE MORTALIDADE FETAL EM 2% A.A. POR CADA 1.000 NASCIDOS VIVOS (NV) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.									
INDICADOR:		(NÚMERO DE ÓBITOS DE RESIDENTES FETAIS A PARTIR DE 22ª SEMANA DE GESTAÇÃO OCORRIDOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (TOTAL DE NASCIMENTOS [NASCIDOS VIVOS + ÓBITOS FETAIS] OCORRIDOS NO MESMO PERÍODO) X 1.000.									
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027			
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	12,44%	12,19%	11,95%	11,71%			
12,70	2023	TAXA	11,71%	REALIZADAS	-	-	-	-			
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:											
Fonte de dados: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)											
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_obito_infantil_fetal.pdf											
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.											

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.14:		AUMENTAR EM 5,5% A.A. O PERCENTUAL DE RECÉM-NASCIDOS COM A COLETA DO TESTE DO PEZINHO REALIZADA ATÉ O 5º DIA DE VIDA TRIADOS NO PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL (PNTN) ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE RECÉM-NASCIDOS VIVOS COM TESTE DO PEZINHO REALIZADO ATÉ O 5º DIA DE VIDA NO ANO CONSIDERADO) ÷ (TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE RESIDENTES NO MESMO PERÍODO) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	41,98%	44,29%	46,73%	49,30%	
39,80%	2023	PERCENTUAL	49,30%		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.						EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.			
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Nota Técnica nº 76/2023-CGSH/DAET/SAES/MS										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.15:		ATINGIR 80% DO PERCENTUAL DE RECÉM-NASCIDOS COM O EXAME DO TESTE DO PEZINHO REALIZADO ATÉ 30 DIAS DE VIDA NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE NASCIDOS-VIVOS COM O EXAME DO TESTE DO PEZINHO REALIZADO ATÉ 30 DIAS DE VIDA NO ANO CONSIDERADO) ÷ (TOTAL DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES RESIDENTES NO MESMO PERÍODO) X 100.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	73,56%	75,80%	78,06%	80,00%	
71,31%	2023	PERCENTUAL	80,00%		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.16:		AMPLIAR PARA 80% O PERCENTUAL DA COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE SAÚDE BUCAL NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(POPULAÇÃO CADASTRADA PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (eSF) E DE ATENÇÃO PRIMÁRIA (eAP) VINCULADAS AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL (eSB) FINANCIADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE) ÷ (ESTIMATIVA POPULACIONAL DO ESTADO DE RORAIMA) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	65,00%	70,00%	75,00%	80,00%	
62,40%	2023	PERCENTUAL	80,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Nota Técnica nº 13/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.17:		AMPLIAR PARA 60% A PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICAS REALIZADOS EM GESTANTES NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE GESTANTES COM PRÉ-NATAL E ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO NA APS) ÷ (NÚMERO DE GESTANTES COM PRÉ-NATAL NA APS) OU (CADASTRO NO SISAB ÷ POPULAÇÃO IBGE) X Nº DE NASCIDOS VIVOS SINASC X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	47,90%	52,00%	56,00%	60,00%	
43,80%	2023	PERCENTUAL	60,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.			
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Nota Técnica nº 13/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.18:		REDUZIR O PERCENTUAL DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA PARA 17% NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES ADOLESCENTES NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 19 ANOS) ÷ (NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	18,80%	18,20%	17,60%	17,00%		
19,36%	2023	PERCENTUAL	17,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.19:		AMPLIAR PARA 60% O PERCENTUAL DE COBERTURA VACINAL DE TETRAVALENTE (HPV) NOS ADOLESCENTES DE 10 A 19 ANOS DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE INDIVÍDUOS NA FAIXA ETÁRIA DE 10 A 14 ANOS QUE RECEBERAM A DOSE ÚNICA) ÷ (PÚBLICO-ALVO) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	45,00%	50,00%	55,00%	60,00%		
42,08%	2023	PERCENTUAL	60,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.20:		AMPLIAR PARA 100% O PERCENTUAL DE CRECHES/ESCOLAS PACTUADAS QUE REALIZAM AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE ESCOLAS QUE REALIZAM AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE) ÷ (NÚMERO DE ESCOLAS PACTUADAS COM AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	54,00%	68,00%	88,00%	100%		
42,00%	2023	PERCENTUAL	100%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)															
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)															
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.													
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.													
META 1.1.21:		AUMENTAR PARA 484 O NÚMERO DE CRECHES/ESCOLAS CREDENCIADAS QUE REALIZAM AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		NÚMERO DE CRECHES/ESCOLAS CREDENCIADAS QUE REALIZAM AÇÕES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		450		460		470		484	
440		2023	NÚMERO	484		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.						
CONSIDERAÇÕES:															
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.22:		MANTER A IMPLEMENTAÇÃO DE 03 AÇÕES ESTRATÉGICAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA NEGRA (PNSPN) NO RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS REALIZADAS NA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA NEGRA (PNSPN).								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS	N/A	3	3	3	
N/A	2023	NÚMERO	3		REALIZADAS	N/A	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.						EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.			
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Núcleo de Ações Programáticas da Saúde da Pessoa Negra (NAPSPN).										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.23:		AUMENTAR PARA 90% O PERCENTUAL DE IDOSOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		$\frac{(\text{NÚMERO DE IDOSOS ACOMPANHADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS})}{(\text{NÚMERO DE IDOSOS CADASTRADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - APS}) \times 100}$								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	79,50%	83,00%	86,50%	90,00%		
76,00%	2023	PERCENTUAL	90,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.24:		AMPLIAR PARA 80% O PERCENTUAL DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITOS MATERNOS EM INDÍGENAS NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NUMERO DE ÓBITOS MATERNOS INDÍGENAS INVESTIGADOS) ÷ (NÚMERO TOTAL DE ÓBITOS MATERNOS INDÍGENAS) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	57,00%	60,00%	72,50%	80,00%		
50,00%	2023	PERCENTUAL	80,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.25:		AUMENTAR PARA 10.000 O NÚMERO DE TELEDIAGNÓSTICO PARA EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG) NO ESTADO DE RORAIM ATÉ 2027.								
INDICADOR:		QUANTITATIVO DE EXAME (ECG) REALIZADOS ATRAVÉS DA PLATAFORMA NACIONAL DE TELEDIAGNÓSTICO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS	8.000	8.500	9.000	10.000	
7.850	2023	NÚMERO	10.000		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Telemedicina										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.26:		REDUZIR PARA 2% O PERCENTUAL DE ERROS NA REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG) ATRAVÉS DA PLATAFORMA NACIONAL DE TELEDIAGNÓSTICO NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		PERCENTUAL DE ERROS DE EXAMES DE ELETROCARDIOGRAMAS (ECG) REALIZADOS PELA PLATAFORMA NACIONAL DE TELEDIAGNÓSTICO IDENTIFICADO VIA SISTEMA.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	8,00%	7,00%	4,00%	2,00%		
9,90%	2023	PERCENTUAL	2,00	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Telemedicina										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.27:		AUMENTAR PARA 15 O QUANTITATIVO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA VIA ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA E TELEMONITORAMENTO (AMET) PARA ATENDIMENTO VIA TELEINTERCONSULTA POR ESPECIALISTAS.								
INDICADOR:		NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM OFERTA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADA E TELEMONITORAMENTO (AMET) IDENTIFICADOS VIA SISTEMA.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	11	12	14	15		
10	2023	NÚMERO	15	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Telemedicina										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.28:		REDUZIR PARA 20% O PERCENTUAL DE NÃO COMPARECIMENTO (NO SHOW) NOS ATENDIMENTOS VIA TELEINTERCONSULTAS PARA DIMINUIR O CANCELAMENTO DAS CONSULTAS AGENDADAS.								
INDICADOR:		PERCENTUAL DE NÃO COMPARECIMENTO (NO SHOW) DENTRE AS CONSULTAS PROGRAMADAS CONFORME MONITORAMENTO VIA SISTEMA.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	32%	28%	24%	20%		
34%	2023	PERCENTUAL	20%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Telemedicina										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.29:		AMPLIAR PARA 90% O PERCENTUAL DE COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS POPULAÇÕES PRIVADAS DE LIBERDADE NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE ATENDIDAS NA SAÚDE PRISIONAL) ÷ (TOTAL DE PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	53,00%	65,30%	77,60%	90,00%		
40,79%	2023	PERCENTUAL	90,00%	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://egestoraps.saude.gov.br/										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO I - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 - 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2179 - FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 - 2027)										
DIRETRIZ, OBJETIVO, META E INDICADOR (DOMI)										
DIRETRIZ Nº 1:		FORTALECER A ATENÇÃO PRIMÁRIA, AMPLIANDO O ACESSO À TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COM VISTAS À UNIVERSALIZAÇÃO, À ABRANGÊNCIA DO CUIDADO INTEGRAL, À PROMOÇÃO DA SAÚDE, À PREVENÇÃO DE DOENÇAS E AGRAVOS E À REDUÇÃO DE DESIGUALDADES DE RAÇA/ETNIA, DE GÊNERO, REGIONAIS E SOCIAIS, EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.								
OBJETIVO Nº 1.1:		MELHORAR AS CONDIÇÕES DE ACESSO INTEGRAL E UNIVERSAL ÀS REDES DE ATENÇÃO, INCLUSIVE PRIORIZANDO O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.								
META 1.1.30:		IMPLEMENTAR O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DE SAÚDE NOS 15 MUNICÍPIOS DE RORAIMA, ASSEGURANDO UMA COBERTURA COMPLETA E INTEGRADA AO PROGRAMA SUS DIGITAL ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE MÚNICÍPIOS COM PRONTUÁRIO ELETRÔNICO ATIVO EM TODOS OS PONTOS DE ATENÇÃO) ÷ (NÚMERO DE MUNICÍPIOS DO ESTADO DE RORAIMA) X 100								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	14	15	15	15		
13	2023	PERCENTUAL	15	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO TEMÁTICO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.								
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.								
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
META 2.1.1:		REALIZAR APOIO INSTITUCIONAL AOS 15 MUNICÍPIOS PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, ORIENTAÇÃO, CAPACITAÇÃO, E/OU DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE INTERESSE DAS EQUIPES DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE.								
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE MUNICÍPIOS APOIADOS NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	12	13	14	15		
15	2023	NÚMERO	15	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027.				
CONSIDERAÇÕES:										
Informações consideradas para o indicador: Relatórios da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.													
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.													
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 2.1.2:		REDUZIR EM 2% A.A. A TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (DE 30 A 69 ANOS) POR CADA 100 MIL HABITANTES, PELO CONJUNTO DAS PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT), SENDO: DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCERES, DIABETES, E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS.													
INDICADOR:		(NÚMERO DE ÓBITOS DE 30 A 69 ANOS POR DCNT REGISTRADOS NOS CÓDIGOS CID-10: I00-I99 - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO; C00-C97 - NEOPLASIAS; E10-E14 - DIABETES MELITTUS, J30-J98 – DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS, EXCETO J36 EM DETERMINADO ANO E LOCAL) ÷ (POPULAÇÃO RESIDENTE DE 30 A 69 ANOS, EM DETERMINADO ANO E LOCAL) X 100.000.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		236,47		231,74		227,10		222,56	
241,30		2023	TAXA	222,56		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS. COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Informações consideradas para o indicador disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=fic_u&cod=B25&tab=1															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.													
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.													
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 2.1.3:		REALIZAR A PRODUÇÃO DE NO MÍNIMO 12 BOLETINS E A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES VOLTADAS AOS RISCOS ASSOCIADOS AOS DESASTRES AMBIENTAIS COM POTENCIAL EXPOSIÇÃO DA POPULAÇÃO E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PARA MITIGAR DOENÇAS E AGRAVOS DECORRENTES BEM COM DANOS INFRAESTRUTURAIS.													
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE BOLETINS MENSIS PUBLICADOS NO ANO CONSIDERADO													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO		UNIDADE DE MEDIDA		(2024-2027) ¹		PREVISTAS		12		12		12	
12		2023		NÚMERO		12		REALIZADAS		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Informações consideradas para o indicador: Relatórios da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde - CGVS.															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLEM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.4:		ALCANÇAR O PERCENTUAL GERAL DE 60% DE MUNICÍPIOS COM AMOSTRAS DE ÁGUA ANALISADAS PARA O RESIDUAL DE AGENTE DESINFETANTE PARA CONSUMO HUMANO (PARÂMETRO: CLORO RESIDUAL LIVRE, CLORO RESIDUAL COMBINADO OU DIÓXIDO DE CLORO).							
INDICADOR:		PERCENTUAL GERAL DE MUNICÍPIOS COM PERCENTUAL ALCANÇADO NO ANO CONSIDERADO.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	45	50	55	60	
41,5	2023	TAXA	60	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte: Departamento de Vigilância Ambiental - DVA									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLEM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.5:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE DENGUE POR CADA 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE EM DETERMINADO LOCAL E PERÍODO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	417,97	397,07	377,21	358,35	
439,97	2023	TAXA	358,35	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Local) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024).									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.6:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DO VÍRUS ZIKA POR CADA 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DO VÍRUS ZIKA EM DETERMINADO LOCAL E PERÍODO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	41,80	39,71	37,73	35,84	
44,01	2023	TAXA	35,84	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Local) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE																	
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)																	
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL									
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.										
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.															
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.															
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)																	
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)																	
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL -									
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)																	
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.															
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.															
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)																	
DESCRIÇÃO DA META 2.1.7:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE FEBRE DA CHIKUNGUNYA POR CADA 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.															
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTOFICADOS DE FEBRE DA CHIKUNGUNYA EM DETERMINADO LOCAL E PERÍODO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.															
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027				
VALOR		ANO		UNIDADE DE MEDIDA		(2024-2027) ¹		PREVISTAS		70,63		67,10		63,74		60,55	
74,35		2023		TAXA		60,55		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.								EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027							
CONSIDERAÇÕES:																	
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)																	
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.																	

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.								
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.								
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 2.1.8:		REDUZIR EM 5% A.A. O NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE CASOS AUTÓCTONES DE MALÁRIA NOTIFICADOS EM DETERMINADO LOCAL GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	34.258	32.545	30.918	29.372	
36.062	2023	NÚMERO	29.372		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Malária (SIVEP-MALÁRIA).										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLEM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.								
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.								
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 2.1.9:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE INTERNAÇÕES POR MALÁRIA PARA CADA 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR MALÁRIA EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000. (LISTA DE MORB DA CID-10).								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS	55,87	53,08	50,43	47,90	
58,82	2023	TAXA	47,90		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.10:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DA FEBRE DO OROPOUCHE POR CADA 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DA FEBRE DO OROPOUCHE EM DETERMINADO LOCAL E PERÍODO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	22,13	21,02	19,97	18,97	
23,30	2023	TAXA	18,97	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL -	
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.11:		REDUZIR PARA 2 O NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DA FEBRE DO MAYARO NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		NÚMERO DE NOVOS CASOS NOTIFICADOS DA FEBRE DO MAYARO NO ANO CONSIDERADO.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	7	5	4	2	
9	2023	NÚMERO	2	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLEM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL -	
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.12:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE POR CADA 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE - TODAS AS FORMAS EM DETERMINADO LOCAL E PERÍODO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO	2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS	85,80	81,51	77,43	73,56
90,32	2023	TAXA	69,69		REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Local) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.13:		ALCANÇAR 85% DO PERCENTUAL DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENÍASE NOS ANOS DAS COORTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		NÚMERO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EM RESIDENTES E DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES (PB DIAGNOSTICADOS NO ANO ANTERIOR AO ANO DE AVALIAÇÃO E MB DIAGNOSTICADOS DOIS ANOS ANTES AO ANO DE AVALIAÇÃO) E CURADOS ATÉ 31/12 DO ANO DE AVALIAÇÃO ÷ NÚMERO TOTAL DE CASOS NOVOS RESIDENTES EM DETERMINADO LOCAL E DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES X 100							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	82%	83%	84%	85%	
84%	2023	PERCENTUAL	85%	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.								
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.								
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 2.1.14:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE NOVOS CASOS DE INFECÇÃO POR HIV/AIDS POR CADA 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOVOS DE HIV/AIDS EM DETERMINADO LOCAL E PERÍODO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		84,02	79,82	75,83	72,04
88,45	2023	TAXA	67,27		REALIZADAS		-	-	-	-
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS. COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.						EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Local) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.15:		REDUZIR PARA MENOS DE 2 O NÚMERO DE CASOS NOVOS DE INFECÇÃO POR HIV/AIDS EM CRIANÇAS DE ATÉ 5 ANOS NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		NÚMERO DE NOVOS CASOS DE INFECÇÃO POR HIV/AIDS EM CRIANÇAS DE DE ATÉ 5 ANOS DE IDADE NO ANO CONSIDERADO.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	4	3	2	1	
5	2023	NÚMERO	1	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS. COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Local)									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.													
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.													
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 2.1.16:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE POR CADA MIL NASCIDOS VIVOS NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS CONFIRMADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE 1 ANO DE IDADE, EM UM DETERMINADO ANO E LOCAL) ÷ (NÚMERO TOTAL DE NASCIDOS VIVOS, DE MÃES RESIDENTES NO MESMO LOCAL NO ANO CONSIDERADO) X 1.000.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		17,10		16,25		15,44		14,66	
18,01		2023	TAXA	14,66		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS. COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES: Fonte de dados: Sist. de Inf. de Agravos de Notificação (SINAN - Local) e Sist. de Inf. sobre Nascidos Vivos (SINASC - Local)															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.								
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.								
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 2.1.17:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA PARA CADA 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR SÍFILIS CONGÊNITA EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000. (LISTA MORB. CID-10).								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS	21,58	20,50	19,47	18,50	
22,72	2023	TAXA	18,50		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS. COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024).										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.18:		AUMENTAR PARA 15 O NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM ALCANCE DO RESULTADO FINAL DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS) ATÉ 2027							
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM E QUE ALCANÇARAM NO MÍNIMO 80% NO RESULTADO FINAL DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PQA-VS).							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	12	13	14	15	
14	2023	NÚMERO	15	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Informações consideradas para o indicador disponível em: vigilância.saude.rr.gov.br									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE																	
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)																	
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL									
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.										
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.															
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.															
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)																	
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)																	
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-							
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)																	
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.															
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.															
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)																	
DESCRIÇÃO DA META 2.1.19:		REDUZIR EM 5% A.A. TAXA DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE HEPATITES VIRAIS POR 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.															
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOVOS NOTIFICADOS DE HEPATITES VIRAIS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.															
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027				
VALOR		ANO		UNIDADE DE MEDIDA		(2024-2027) ¹		PREVISTAS		28,82		27,38		26,01		24,71	
30,34		2023		TAXA		24,71		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.								EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027							
CONSIDERAÇÕES:																	
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Local) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)																	
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.																	

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.20:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO POR 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ATENDIMENTO ANTIRRÁBICO EM DETERMIADO LOCAL E PERÍODO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000 (CÓDIGO CID-W64).							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	718,43	682,51	648,38	615,97	
756,25	2023	TAXA	615,97	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Local) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.													
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.													
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 2.1.21:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS POR 100 MIL HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		(NÚMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHETOS EM DETERMIADO LOCAL E PERÍODO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		164,51		156,28		148,47		141,04	
173,17		2023	TAXA	141,04		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.						EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027							
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN - Local) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE																	
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)																	
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL									
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.									
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.															
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.															
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)																	
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)																	
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-							
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)																	
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.															
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.															
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)																	
DESCRIÇÃO DA META 2.1.22:		AUMENTAR EM 5% A.A. O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.															
INDICADOR:		NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ANO CONSIDERADO (FORMA DE ORGANIZAÇÃO - PROCEDIMENTO 010201 – GESTÃO ESTADO PLENO).															
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027				
VALOR		ANO		UNIDADE DE MEDIDA		(2024-2027) ¹		PREVISTAS		827		868		912		957	
788		2023		NÚMERO		957		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.								EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027							
CONSIDERAÇÕES:																	
Fonte de dados: Sistema de Informação Ambulatoriais do SUS (SIA) - TABNET																	
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.																	

EIXO II – VIGILÂNCIA EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		038 – VIGILÂNCIA EM SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.	
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2176 – IMPLM. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE DOENÇAS.							
		2177 – IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 2:		IMPLEMENTAR A VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM ENFOQUE NA QUALIFICAÇÃO, MONITORAMENTO, ANÁLISE, PREVENÇÃO E CONTROLE DE AGRAVOS, CONSIDERANDO AS VULNERABILIDADES E ESPECIFICIDADES LOCAIS PARA PROTEÇÃO E MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.							
OBJETIVO Nº 2.1:		EFETIVAR POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, PARA O MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO, CONTROLE, PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DE AGRAVOS RELACIONADOS A DOENÇAS, CONSIDERANDO TODOS OS FATORES E DETERMINANTES QUE AFETAM A SAÚDE COLETIVA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 2.1.23:		AUMENTAR PARA O PERCENTUAL MÍNIMO DE 85% DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS COM ADEÇÃO ÀS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		NÚMERO DE HOSPITAIS COM LEITOS DE UTI E SERVIÇOS DE DIÁLISE QUE ADERIRAM AS PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO PACIENTE/NÚMERO TOTAL HOSPITAIS COM LEITOS DE UTI E SERVIÇOS DE DIÁLISE X 100							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	70%	75%	85%	90%	
85%	2023	PERCENTUAL	90%	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar e Segurança do Paciente - NCIHSP.									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO TEMÁTICO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.1:		REDUZIR EM 10% A.A. A TAXA DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDADE E MORTALIDADE POR 100 MIL HABITANTES NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE ÓBITOS POR CAUSAS EXTERNAS EM RESIDENTES NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000. (CÓDIGO CID-10: XX)								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	77,40	69,66	62,69	56,42		
86,00	2023	TAXA	56,42	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE. COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.2:		REDUZIR EM 10% A.A. A TAXA DE ÓBITOS POR ACIDENTES DE TRANSPORTE POR 100 MIL HABITANTES NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE ÓBITOS POR ACIDENTES DE TRANSPORTE EM RESIDENTES NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000. GRANDE GRUPO CID-10: V01-V99.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS	20,83	18,75	16,87	15,18	
23,15	2023	TAXA	15,18		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE. COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.3:		REDUZIR EM 5% A.A. A TAXA DE MORBIDADE HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS PARA CADA 100 MIL HABITANTES NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		(NÚMERO DE MORBIDADE HOSPITALAR POR CAUSAS EXTERNAS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO TOTAL RESIDENTE NO ANO CONSIDERADO) X 100.000. (CID-10 - GRANDE GRUPO DE CAUSAS).								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		520,31	494,29	469,58	446,10
547,70	2023	TAXA	446,10		REALIZADAS		-	-	-	-
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE. COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.						EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES: Fonte de dados: Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH) e Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.4:		AUMENTAR EM 5% A.A. O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE MAMOGRAFIA REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 59 ANOS NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA REALIZADOS EM RESIDENTES DO SEXO FEMININO DE 50 A 69.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	4.240	4.452	4.675	4.909		
4.039	2023	NÚMERO	4.909	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE – CGRAC. COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Procedimentos: 0204030030 e 0204030188.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)								
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.	
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)								
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)								
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)								
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.						
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.						
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)								
DESCRIÇÃO DA META 3.1.5:		AMPLIAR EM 5% A.A. A TAXA DE DIAGNÓSTICOS EM LABORATÓRIO CLÍNICO, DIAGNÓSTICOS POR RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICOS POR TESTE RÁPIDO REALIZADOS POR 1.000 HABITANTES NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.						
INDICADOR:		(NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS REALIZADOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO RESIDENTE EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) X 1.000.						
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	2.650	2.782	2.921	3.067
2.524	2023	TAXA	3.067	REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE.				EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:								
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Subgrupo de Procedimentos: 0202; 0204 e 0214 Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024).								
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.								

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL			
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.							
			2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:			MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.							
OBJETIVO Nº 3.1:			AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.6:			AMPLIAR EM 5% A.A. O TAXA DE PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICOS POR TOMOGRAFIA POR 1.000 HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:			(NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS POR TOMOGRAFIA REALIZADOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO RESIDENTE EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) X 1.000.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	40,02	42,02	44,12	46,33		
38,12	2023	TAXA	46,33	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estado Pleno. Subgrupo de Procedimentos: 0206										
Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)								
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.					
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)								
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.					
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)								
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL -
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)								
DIRETRIZ Nº 3:			MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.					
OBJETIVO Nº 3.1:			AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.					
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)								
DESCRIÇÃO DA META 3.1.7:			AMPLIAR EM 5% A.A. A TAXA DE PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS POR ANATOMIA, PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA POR 1.000 HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.					
INDICADOR:			(NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS POR ANATOMIA, PATOLOGIA E CITOPATOLOGIA REALIZADOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO RESIDENTE EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) X 1.000.					
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	15,46	16,23	17,05	17,90
14,73	2023	TAXA	17,90	REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CGAE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:								
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estado Pleno. Subgrupo de Procedimentos: 0203								
Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)								
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.								

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR														
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)														
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL					
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.					
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.											
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)														
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.											
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)														
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-		
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)														
DIRETRIZ Nº 3:			MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.											
OBJETIVO Nº 3.1:			AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.											
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)														
DESCRIÇÃO DA META 3.1.8:			AMPLIAR O EM 5% A.A. A TAXA DE TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS POR 1.000 HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.											
INDICADOR:			(NÚMERO DE TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO RESIDENTE EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) X 1.000.											
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		93,36		98,03		102,93		108,08	
88,92	2023	TAXA	108,08		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE.						EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:														
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estado Pleno. Subgrupo de Procedimentos: 0307														
Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)														
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.														

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.													
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 3.1.9:		AMPLIAR EM 2% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS PROCEDIMENTOS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REFERENTE A NEFROLOGIA NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		NÚMERO DE PROCEDIMENTOS HOSPITALARES EM NEFROLOGIA REALIZADOS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		763		779		794		810	
749		2023	NÚMERO	810		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE – CGRAC.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Tipo de Gestão: Estado Pleno. Subgrupo de Procedimentos: 0305															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.10:		AMPLIAR EM 2% A.A. O NÚMERO DE ACESSO A TRATAMENTOS AMBULATORIAIS EM NEFROLOGIA NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO DE TRATAMENTOS AMBULATORIAIS EM NEFROLOGIA REALIZADOS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	42.682	43.536	44.407	45.295		
41.846	2023	NÚMERO	45.295	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE – CGRAC.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estado Pleno. Subgrupo de Procedimentos: 0305										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)								
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.	
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)								
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)								
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)								
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.						
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.						
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)								
DESCRIÇÃO DA META 3.1.11:		AMPLIAR EM 2% A.A. A TAXA DE PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS POR CADA 1.000 HABITANTES NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.						
INDICADOR:		(NÚMERO DE PROCEDIMENTOS HEMOTERÁPICOS REALIZADOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO RESIDENTE EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) X 1.000.						
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	41,28	42,11	42,95	43,81
40,48	2023	TAXA	43,81	REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CGAE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:								
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estado Pleno. Subgrupo de Procedimentos: 0306								
Projeção da População Revisada (IBGE - Edição 2024)								
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.								

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR												
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)												
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL			
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)												
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)												
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)												
DIRETRIZ Nº 3:			MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.									
OBJETIVO Nº 3.1:			AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.									
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)												
DESCRIÇÃO DA META 3.1.12:			AMPLIAR EM 5% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS TRATAMENTOS AMBULATORIAIS EM ONCOLOGIA NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.									
INDICADOR:			NÚMERO ABSOLUTO DE TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS AMBULATORIAIS REALIZADOS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.									
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027				
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	2.916	3.062	3.215	3.376				
2.778	2023	NÚMERO	3.376	REALIZADAS	-	-	-	-				
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CGAE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027					
CONSIDERAÇÕES:												
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estado Pleno. Subgrupo de Procedimentos: 0304												
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.												

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR												
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)												
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL			
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)												
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)												
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)												
DIRETRIZ Nº 3:			MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.									
OBJETIVO Nº 3.1:			AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.									
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)												
DESCRIÇÃO DA META 3.1.13:			AMPLIAR EM 2% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS TRATAMENTOS HOSPITALARES EM ONCOLOGIA NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.									
INDICADOR:			NÚMERO ABSOLUTO DE TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS HOSPITALARES REALIZADOS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.									
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027				
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	537	548	559	570				
527	2023	NÚMERO		570	REALIZADAS	-	-	-	-			
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CGAE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027					
CONSIDERAÇÕES:												
Fonte de dados: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Tipo de Gestão: Estadual Plena. Subgrupo de Procedimentos: 0304												
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.												

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.14:		AMPLIAR EM 2% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS REALIZADOS NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS AMBULATORIAIS RELIZADOS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	30.136	30.739	31.354	31.981		
29.546	2023	NÚMERO	31.981	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - CGUE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estadual Plena.										
Subgrupo de Procedimentos: 0401; 0402; 0403; 0404; 0405; 0406; 0407; 0408; 0409; 0410; 0411; 0412; 0413; 0414; 0415; 0416 e 0418.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.15:		AMPLIAR EM 2% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITALARES REALIZADOS NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS HOSPITALARES RELIZADOS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	11.098	11.320	11.547	11.777		
10.881	2023	NÚMERO	11.777	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Tipo de Gestão: Estadual Plena.										
Subgrupo de Procedimentos: 0401; 0402; 0403; 0404; 0405; 0406; 0407; 0408; 0409; 0410; 0411; 0412; 0413; 0414; 0415; 0416 e 0418.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.							
		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL -	
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.							
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 3.1.16:		AMPLIAR EM 2% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS COM A UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATEIAIS ESPECIAIS REALIZADOS NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE ACESSO A ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO	2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS	11.002	11.222	11.447	11.676
10.787	2023	NÚMERO	11.676		REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estadual Plena. Subgrupo de Procedimentos: 0701 e 0702.									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR																
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)																
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2251 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)																
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)																
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-				
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)																
DIRETRIZ Nº 3:			MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.													
OBJETIVO Nº 3.1:			AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)																
DESCRIÇÃO DA META 3.1.17:			AMPLIAR EM 2% A.A. O ACESSO A MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:			NÚMERO ABSOLUTO DE ACESSO AOS MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027			
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA		(2024-2027) ¹		PREVISTAS		1.046.636		1.067.566		1.088.920		1.110.698	
1.026.114		2023	NÚMERO		1.110.698		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CGAF.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027							
CONSIDERAÇÕES:																
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estadual Plena. Subgrupo de Procedimentos: 0604.																
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.																

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR																
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)																
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)																
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)																
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-				
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)																
DIRETRIZ Nº 3:			MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.													
OBJETIVO Nº 3.1:			AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)																
DESCRIÇÃO DA META 3.1.18:			AMPLIAR EM 5% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AO ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL REALIZADO NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:			NÚMERO ABSOLUTO DE ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO PSICOSSOCIAL RELIZADO EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027			
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA		(2024-2027) ¹		PREVISTAS		12.951		13.599		14.279		14.993	
12.335		2023	NÚMERO		14.993		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027							
CONSIDERAÇÕES:																
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Tipo de Gestão: Estado Pleno. Forma de Organização: 030108.																
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.																

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.19:		REDUZIR EM 5% A.A. O NÚMERO DE ÓBITOS POR SUICÍDIO NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS REGISTRADOS POR SUICÍDIO NA POPULAÇÃO EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	59	56	54	51		
63	2023	NÚMERO	51	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Categoria CID-10: X60-X84 e Y87.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 1:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.20:		AMPLIAR EM 2% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES REALIZADOS NA POPULAÇÃO DO INTERIOR DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES REALIZADOS NA POPULAÇÃO DO INTERIOR DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	893.658	911.531	929.762	948.357		
876.136	2023	NÚMERO	948.357	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH).										
Tipo de Gestão: Estado Pleno por Local de Atendimento e Internação.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		-	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			X	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.21:		AMPLIAR EM 2% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES REALIZADOS NA POPULAÇÃO DA CAPITAL DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE REALIZADOS NA POPULAÇÃO DA CAPITAL DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	4.963.559	5.062.830	5.164.087	5.267.369		
4.866.235	2023	NÚMERO	5.267.369	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH).										
Tipo de Gestão: Estado Pleno por Local de Atendimento e Internação.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		-	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		X	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.22:		AMPLIAR EM 3% A.A. O NÚMERO DE PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS REALIZADOS PELO LACEN DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO DE PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS REALIZADOS PELO LACEN DO ESTADO DE RORAIMA NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	57.232	58.949	60.718	62.540		
55.566	2023	NÚMERO	62.540	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – CGVS.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.													
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 3.1.23:		MANTER AGENDA DA OFERTA EM NO MÍNIMO 13 MUNICÍPIOS DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS ITINERANTES PARA A POPULAÇÃO DA CAPITAL E INTERIOR DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		MUNICÍPIOS ATENDIDOS EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		13		13		13		13	
13		2023	NÚMERO	13		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Departamento de Saúde Itinerante.															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL						
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.						
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.												
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.												
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-			
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 3:			MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.												
OBJETIVO Nº 3.1:			AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.												
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 3.1.24:			MANTER 01 (UM) SERVIÇO ESPECIALIZADO DE REMOÇÃO AÉREA PARA ATENDER LOCALIDADES RIBEIRINHAS E DE DIFÍCIL ACESSO AO BAIXO RIO BRANCO DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.												
INDICADOR:			SERVIÇO DISPONIBILIZADO EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO.												
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		1		1		1		1	
1		2023	NÚMERO	1		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - CGUE.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência – CGUE.															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.							
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 3.1.25:		IMPLEMENTAR AS 09 (NOVE) ETAPAS DO PROGRAMA NACIONAL DE EXPANSÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (PROGRAMA AGORA TEM ESPECIALISTAS).							
INDICADOR:		CUMPRIMENTO DAS ETAPAS: 1 – DIAGNÓSTICO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA; 2 - CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL (PAR); 3 – AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO DO PAR PELA CIB; 4 – ADESÃO VIA INVESTSUS; 5 – ENVIO DO PAR AO MS; 6 – CONSTITUIÇÃO DO GRUPO CONDUTOR; 7 – CONSTITUIÇÃO DO NÚCLEO DE REGULAÇÃO (NGR); 8 - OFERTA DAS OCIS; E 9 – OBSERVAÇÃO AO COMPROMISSOS;							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	6	7	8	9	
N/A	2023	NÚMERO	9	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB. COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE – CGRAC.				EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES: Fonte de dados: Manual Instrutivo do Termo de Adesão e do Plano de Ação Regional (PAR)									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.													
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 3.1.26:		EXECUTAR 12 REPASSES MENSAIS AO ANO DO COFINANCIAMENTO DO SAMU A TODOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE RORAIMA CONFORME PACTUADO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB.													
INDICADOR:		NÚMERO DE MESES COM O REPASSE REALIZADO DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL DO SAMU.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		12		12		12		12	
12		2023	NÚMERO	12		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência – CGUE.															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.							
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 3.1.27:		CRIAR 01 (UM) PROJETO DENOMINADO COLO MAMÃE & BEBÊ DESTINADO À ATENÇÃO MATERNA INFANTIL DOS POVOS INDÍGENAS DO ESTADO DE RORAIMA.							
INDICADOR:		PROJETO CRIADO NO ANO CONSIDERADO.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	N/A	1	N/A	N/A	
N/A	2023	NÚMERO	1	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO DE SAÚDE INDÍGENA – CSI					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
O projeto se destina ao compromisso de fortalecimento da equidade, buscando melhorar a assistência específica destinadas aos povos indígenas com a entrega mediante a contrapartida do pré-natal de diversos insumos específicos para atender a mãe e o bebê indígena; são kits com itens de enxoval com respeito a cultura tanto do DSEI Yanomami como do DSEI Leste. Processo SEI nº 20101.041746/2024.28.									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO III – ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2174 – ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM SAÚDE. 2434 – ATENÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 3:		MELHORAR A QUALIDADE DO ACESSO AMBULATORIAL E HOSPITALAR COM A PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE EFETIVANDO AS DIRETRIZES E OS PRINCÍPIOS DO SUS.								
OBJETIVO Nº 3.1:		AMPLIAR E QUALIFICAR O ACESSO HUMANIZADO, COM EQUIDADE E INTEGRALIDADE AOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR DE FORMA ÁGIL E OPORTUNA.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 3.1.28:		REALIZAR NO MÍNIMO 01 (UMA) CAPTAÇÃO DE RECURSO AO ANO POR MEIO DE EMENDAS PARLAMENTARES E/OU PROGRAMA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O INCREMENTO DO CUSTEIO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIA E HOSPITALAR.								
INDICADOR:		RECURSO CAPTADO E PAGO PELO FNS NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	4	4	3	3	
4	2023	NÚMERO	3		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE PLANEJAMENTO - CGPLAN					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO TEMÁTICO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2435 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS PELO SUS													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 4:		IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.													
OBJETIVO Nº 4.1:		PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 4.1.1:		AMPLIAR EM 3% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS AO SUS RELATIVO AOS PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		NÚMERO DE PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA REALIZADOS PELOS SERVIÇOS CREDENCIADOS AO SUS NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		479.389		493.771		508.584		523.842	
465.427		2023		NÚMERO		523.842		REALIZADAS		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE – CGRAC.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Grupo de Procedimentos: Código: 02.															
Tipo de Gestão: Estadual Plena. Natureza Jurídica: Entidades Empresariais. Códigos: 206-2; 213-5; 223-2; e 224-0.															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL			
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2435 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS PELO SUS								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 4:		IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.								
OBJETIVO Nº 4.1:		PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 4.1.2:		AMPLIAR EM 3% A.A. O NÚMERO DE ACESSO AOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS AO SUS RELATIVO AOS PROCEDIMENTOS DE OFTALMOLOGIA DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE OFTALMOLOGIA REALIZADOS PELOS SERVIÇOS CREDENCIADOS AO SUS NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	26.157	26.942	27.750	28.583		
25.396	2023	NÚMERO	28.583	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SUS – CGRAC.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Forma de Organização: 021106; 030203; 041607; 070104; e 070207.										
Tipo de Gestão: Estadual Plena. Natureza Jurídica: Entidades Empresariais. Códigos: 206-2; 213-5; 223-2; e 224-0.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.		DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2435 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS PELO SUS						
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 4:			IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.						
OBJETIVO Nº 4.1:			PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.						
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 4.1.3:			AMPLIAR EM 3% A.A. O ACESSO AOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS AO SUS RELATIVO AOS PROCEDIMENTOS DE ONCOLÓGICOS DO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.						
INDICADOR:			NÚMERO DE PROCEDIMENTOS ONCOLÓGICOS REALIZADOS PELOS SERVIÇOS CREDENCIADOS AO SUS NO ANO CONSIDERADO.						
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	2.861	2.947	3.035	3.126	
2.778	2023	NÚMERO	3.126	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SUS – CGRAC					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Subgrupo de Procedimentos: 0304 e 0416.									
Tipo de Gestão: Estadual Plena. Natureza Jurídica: Entidades Empresariais. Códigos: 123-6.									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.		DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2435 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS PELO SUS						
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 4:			IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.						
OBJETIVO Nº 4.1:			PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.						
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 4.1.4:			AMPLIAR EM 3% A.A. O ACESSO AOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS AO SUS RELATIVO AOS PROCEDIMENTOS DE NEFROLOGIA RELIZADAS NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.						
INDICADOR:			NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE NEFROLOGIA REALIZADOS PELOS SERVIÇOS CREDENCIADOS AO SUS NO ANO CONSIDERADO.						
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	43.643	44.952	46.301	47.690	
42.372	2023	NÚMERO	47.690	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SUS – CGRAC.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Subgrupo de Procedimentos: 0305 e 0418.									
Tipo de Gestão: Estadual Plena. Natureza Jurídica: Entidades Empresariais: 206-2.									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)								
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.		DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.	
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2435 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS PELO SUS					
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)								
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.					
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)								
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL -
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)								
DIRETRIZ Nº 4:			IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.					
OBJETIVO Nº 4.1:			PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.					
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)								
DESCRIÇÃO DA META 4.1.5:			ASSEGURAR O ACESSO A LEITOS COM A PRODUÇÃO MÍNIMA DE 280 PROCEDIMENTOS CLÍNICOS HOSPITALARES COMPLEMENTARES CREDENCIADOS AO SUS POR CADA 100 MIL HABITANTES NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.					
INDICADOR:			(NÚMERO DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS HOSPITALARES REALIZADOS NO ANO CONSIDERADO) ÷ (POPULAÇÃO RESIDENTE EM DETERMINADO ESPAÇO GEOGRÁFICO NO ANO CONSIDERADO) X 100.000.					
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	285	290	295	300
501,96	2023	NÚMERO	300	REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SUS - CGRAC					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:								
Fonte de dados: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH). Grupo de Procedimentos: 03 Procedimentos Clínicos.								
Tipo de Gestão: Estadual Plena. Natureza Jurídica: Entidades Empresariais. Códigos: 206-2; 224-0, 230-5.								
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.								

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2435 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS PELO SUS							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 4:		IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.							
OBJETIVO Nº 4.1:		PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 4.1.6:		AMPLIAR EM 3% A.A. A QUANTIDADE MÍNIMA DE ACESSO À PASSAGENS AÉREAS PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		NÚMERO DE PASSAGENS AÉREAS PARA TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO - TFD DISPONIBILIZADAS PELOS SUS NO ANO CONSIDERADO.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	3.495	3.600	3.708	3.819	
3.394	2023	NÚMERO	3.819	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SUS – CGRAC					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Relatório DASIS/CGRAC/SESAU.									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2435 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS PELO SUS							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 4:		IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.							
OBJETIVO Nº 4.1:		PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 4.1.7:		AMPLIAR EM 3% A.A. O NÚMERO MÍNIMO DE CIRÚRGIAS ELETIVAS NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.							
INDICADOR:		NÚMERO DE CIRÚRGIAS ELETIVAS REALIZADAS NO ANO CONSIDERADO.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	2.330	2.400	2.472	2.547	
2.263	2023	NÚMERO	2.547	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SUS – CGRAC					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH).									
Caráter de Atendimento: Eletivo. Grupo de Procedimentos: 04. Tipo de Gestão: Estadual Plena.									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2435 – SERVIÇOS COMPLEMENTARES CREDENCIADOS PELO SUS													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 4:		IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.													
OBJETIVO Nº 4.1:		PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 4.1.8:		MANTER ATUALIZADO OS 2 (DOIS) SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COM O ENVIO AO DATASUS DAS PRODUÇÕES AMBULATORIAIS E HOSPITALARES REALIZADOS PELO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		SITEMAS DE INFOMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS (SIH-SUS) E SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS (SIA-SUS) COM ENVIO MENSAL DA PRODUÇÃO REALIZADA NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		12		12		12		12	
12		2023	NÚMERO	12		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SUS - CGRAC							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenação Geral de Regulação Avaliação e Controle – CGRAC/Departamento de Sistemas do SUS.															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO IV – REGULAÇÃO EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		010 – APOIO ADMINISTRATIVO			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2178 – FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 4:		IMPLEMENTAR MECANISMOS DE REGULAÇÃO INTEGRADO AOS NÍVEIS DE ATENÇÃO, PRIORIZANDO FLUXOS, PROTOCOLOS E TECNOLOGIAS PARA OTIMIZAR A GESTÃO DAS FILAS DE ESPERA, CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E PROCEDIMENTOS DEMANDADOS PELO USUÁRIO DO SUS.													
OBJETIVO Nº 4.1:		PROMOVER A REGULAÇÃO DE SISTEMAS, DA ATENÇÃO E DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE, INCLUSIVE DA ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR PRIVADA AO SUS, NOS DIVERSOS NÍVEIS E PONTOS DE ATENÇÃO.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 4.1.9:		INSTITUCIONALIZAR 1 (UM) SISTEMA DE REGULAÇÃO RECONHECIDO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, COM ABRANGÊNCIA EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO PARA ORGANIZAR, OTIMIZAR A MARCAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES, PROCEDIMENTOS, INTERNAÇÕES E O FLUXO DO PACIENTE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS.													
INDICADOR:		SISTEMA DE REGULAÇÃO INSTITUCIONALIZADO NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		N/A		N/A		N/A		1	
1		2023	UNIDADE	1		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DO SUS – CGRAC.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenação Geral de Regulação Avaliação e Controle - CGRAC															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO TEMÁTICO V – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

EIXO V – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL						
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.						
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2251 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS												
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.												
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-			
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 5:			IMPLEMENTAR O FORNECIMENTO CONTÍNUO COM MEIOS LOGÍSTICOS PARA GARANTIA DA DISPENSAÇÃO COM SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À POPULAÇÃO E AS UNIDADES DE SAÚDE COM FOCO EM DOENÇAS E AGRAVOS PREVALENTES, ASSEGURANDO A DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA AOS 15 MUNICÍPIOS DE RORAIMA.												
OBJETIVO Nº 5.1:			GARANTIR A CONTINUIDADE DO CUIDADO POR MEIO DA QUALIFICAÇÃO, DISPENSAÇÃO DO ACESSO AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E INSUMOS COM SEGURANÇA, EFICIÊNCIA, QUANTIDADE E QUALIDADE.												
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 5.1.1:			DISPENSAR PARA ATÉ 60 UNIDADES DE SAÚDE, MEDICAMENTOS, MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES, NUTRIÇÕES E DIETAS ENTERAIS ESSENCIAIS À CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS DA CAPITAL.												
INDICADOR:			NÚMERO ABSOLUTO DE UNIDADES ATENDIDAS NO ANO CONSIDERADO.												
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		54		56		58		60	
55		2023	NÚMERO	60		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA - CGAF							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica - CGAF															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO V – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2251 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 5:		IMPLEMENTAR O FORNECIMENTO CONTÍNUO COM MEIOS LOGÍSTICOS PARA GARANTIA DA DISPENSAÇÃO COM SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À POPULAÇÃO E AS UNIDADES DE SAÚDE COM FOCO EM DOENÇAS E AGRAVOS PREVALENTES, ASSEGURANDO A DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA AOS 15 MUNICÍPIOS DE RORAIMA.							
OBJETIVO Nº 5.1:		GARANTIR A CONTINUIDADE DO CUIDADO POR MEIO DA QUALIFICAÇÃO, DISPENSAÇÃO DO ACESSO AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E INSUMOS COM SEGURANÇA, EFICIÊNCIA, QUANTIDADE E QUALIDADE.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 5.1.2:		AMPLIAR PARA NO MÍNIMO 27 UNIDADES DE SAÚDE A DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES ESSENCIAIS À CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DO INTERIOR.							
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE UNIDADES ATENDIDAS NO ANO CONSIDERADO							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	24	25	26	27	
25	2023	NÚMERO		27	REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CGAF					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica - CGAF									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO V – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)									
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2251 – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)									
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)									
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)									
DIRETRIZ Nº 5:		IMPLEMENTAR O FORNECIMENTO CONTÍNUO COM MEIOS LOGÍSTICOS PARA GARANTIA DA DISPENSAÇÃO COM SEGURANÇA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS À POPULAÇÃO E AS UNIDADES DE SAÚDE COM FOCO EM DOENÇAS E AGRAVOS PREVALENTES, ASSEGURANDO A DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA AOS 15 MUNICÍPIOS DE RORAIMA.							
OBJETIVO Nº 5.1:		GARANTIR A CONTINUIDADE DO CUIDADO POR MEIO DA QUALIFICAÇÃO, DISPENSAÇÃO DO ACESSO AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E INSUMOS COM SEGURANÇA, EFICIÊNCIA, QUANTIDADE E QUALIDADE.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)									
DESCRIÇÃO DA META 5.1.3:		EXECUTAR 12 REPASSES MENSAIS AO ANO DO COFINANCIAMENTO PARA O CUSTEIO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS E INSUMOS PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA A TODOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE RORAIMA CONFORME PACTUADO NA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB.							
INDICADOR:		NÚMERO DE MESES COM O REPASSE REALIZADO DO COFINANCIAMENTO ESTADUAL PARA MEDICAMENTOS BÁSICOS E INSUMOS PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	12	12	12	12	
12	2023	UNIDADE	12	REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CGAF					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:									
Fonte de dados: Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica - CGAF									
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.									

EIXO TEMÁTICO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

EIXO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL						
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			010 – APOIO ADMINISTRATIVO			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.						
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			4417 – ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS												
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.												
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-			
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 6:			CONSOLIDAR O TRABALHO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO EIXO ESTRATÉGICO, ARTICULANDO GESTORES, TRABALHADORES E INSTITUIÇÕES FORMADORAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS EM RORAIMA.												
OBJETIVO Nº 6.1:			COORDENAR E EXECUTAR A POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS COM A PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE CONFORME PRECONIZADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.												
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 6.1.1:			IMPLEMENTAR A MANUTENÇÃO DE 2 (DUAS) INSTÂNCIAS DE GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA PARA O FORTALECIMENTO DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E GESTÃO DO TRABALHO NO SUS ATÉ 2027.												
INDICADOR:			COMISSÃO PERMANENTE DE INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO (CIES) E A MESA ESTADUAL DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS (MENPSUS) ATIVAS NO ANO CONSIDERADO.												
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		2		2		2		2	
2		2023	UNIDADE	2		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - CGTES							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenação Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – CGTES															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		010 – APOIO ADMINISTRATIVO				DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		4417 – ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 6:		CONSOLIDAR O TRABALHO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO EIXO ESTRATÉGICO, ARTICULANDO GESTORES, TRABALHADORES E INSTITUIÇÕES FORMADORAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS EM RORAIMA.													
OBJETIVO Nº 6.1:		COORDENAR E EXECUTAR A POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS COM A PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE CONFORME PRECONIZADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 6.1.2:		ATUALIZAR O PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 2024 - 2027.													
INDICADOR:		PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANANETE EM SAÚDE ATUALIZADO NO ANO CONSIDERADO													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		1		N/A		N/A		N/A	
1		2023	UNIDADE	1		REALIZADAS		-		N/A		N/A		N/A	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - CGTES							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenação Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – CGTES															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		010 – APOIO ADMINISTRATIVO			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		4417 – ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 6:		CONSOLIDAR O TRABALHO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO EIXO ESTRATÉGICO, ARTICULANDO GESTORES, TRABALHADORES E INSTITUIÇÕES FORMADORAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS EM RORAIMA.								
OBJETIVO Nº 6.1:		COORDENAR E EXECUTAR A POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS COM A PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE CONFORME PRECONIZADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 6.1.3:		IMPLEMENTAR 2 (DOIS) FLUXOS PARA ESTÁGIOS OBRIGATÓRIOS DE ALUNOS DE GRADUAÇÃO E DE NÍVEL MÉDIO/TÉCNICO NOS CAMPOS DE PRÁTICA DA REDE SUS NO ESTADO DE RORAIMA.								
INDICADOR:		FLUXO PARA ESTÁGIOS IMPLEMENTADOS NO ANO CONSIDERADO								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	N/A	N/A	N/A	2		
N/A	2023	UNIDADE	2	REALIZADAS	N/A	N/A	N/A	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - CGTES					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Coordenação Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – CGTES/Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DGES.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL						
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			010 – APOIO ADMINISTRATIVO			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.						
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			4417 – ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS												
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.												
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-			
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 6:			CONSOLIDAR O TRABALHO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO EIXO ESTRATÉGICO, ARTICULANDO GESTORES, TRABALHADORES E INSTITUIÇÕES FORMADORAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS EM RORAIMA.												
OBJETIVO Nº 6.1:			COORDENAR E EXECUTAR A POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS COM A PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE CONFORME PRECONIZADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.												
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 6.1.4:			EFETIVAR O PAGAMENTO DA REMUNERAÇÃO E DOS VENCIMENTOS DOS SERVIDORES DA ÁREA DA SAÚDE COMPREENDENDO O PERÍODO MÍNIMO DE ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL DO MÊS SUBSEQUENTE.												
INDICADOR:			NÚMERO DE MESES COM O PAGAMENTO DA REMUNERAÇÃO E DOS VENCIMENTOS EFETIVADOS ATÉ O QUINTO DIA ÚTIL DO MÊS SUBSEQUENTE NO ANO CONSIDERADO												
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		12		12		12		12	
12		2023	NÚMERO	12		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - CGTES							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenação Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – CGTES															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO VI – GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		010 – APOIO ADMINISTRATIVO			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		4417 – ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 6:		CONSOLIDAR O TRABALHO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO EIXO ESTRATÉGICO, ARTICULANDO GESTORES, TRABALHADORES E INSTITUIÇÕES FORMADORAS PARA O FORTALECIMENTO DO SUS EM RORAIMA.								
OBJETIVO Nº 6.1:		COORDENAR E EXECUTAR A POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS COM A PROMOÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE CONFORME PRECONIZADO PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 6.1.5:		ENCAMINHAR À GESTÃO DA SAÚDE 1 (UMA) PROPOSTA DE TRANSPOSIÇÃO DA ESCOLA TÉCNICA DO SUS EM RORAIMA (ETSUS) PARA A ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA.								
INDICADOR:		IMPLEMENTAÇÃO DE PROPOSTA DE MELHORIA DA POLÍTICA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE ENCAMINHADA À GESTÃO DA SAÚDE								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	1	N/A	N/A	N/A		
N/A	2023	UNIDADE		1	REALIZADAS	-	N/A	N/A	N/A	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE - CGTES					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Coordenação Geral de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – CGTES										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO TEMÁTICO VII – APOIO ADMINISTRATIVO E LOGÍSTICO

EIXO VII – APOIO ADMINISTRATIVO E LOGÍSTICO															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		010 – APOIO ADMINISTRATIVO			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.							
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		4117 – MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DE BENS IMÓVEIS DA SESAU; 4217 – MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS DE TRANSPORTE DA SESAU; 4317 – MANUTENÇÃO DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS GERAIS DA SESAU; 4517 – AÇÕES DE INFORMÁTICA DA SESAU.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL -							
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 7:		IMPLEMENTAR A SEGURANÇA, MANUTENÇÃO PREDIAL, LOGÍSTICA, CONSERVAÇÃO PATRIMONIAL EM GERAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, COM A ADMINISTRAÇÃO COORDENADA, TECNOLOGIA, REDUÇÃO DE DESPERDÍCIOS, E A GARANTIA DA EFICIÊNCIA PARA CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM TODA A REDE.													
OBJETIVO Nº 7.1:		PROVER OS MEIOS ADMINISTRATIVOS, MANTENEDORES, TECNOLÓGICOS E LOGÍSTICOS NECESSÁRIOS PARA O SUPORTE ÀS AÇÕES EXECUTADAS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 7.1.1:		REALIZAR NO MÍNIMO 80% DA MANUTENÇÃO DOS BENS MÓVEIS, IMÓVEIS E DOS MEIO ADMINISTRATIVOS, TECNOLÓGICOS E LOGÍSTICOS DA SESAU ATÉ 2027.													
INDICADOR:		Nº DE BENS IMÓVEIS DO SETOR DE SAÚDE COM MANUTENÇÃO REALIZADA NO PERÍODO. Nº DA FROTA DE VEÍCULOS COM MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA REALIZADA NO PERÍODO. Nº DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS MANTIDOS NO PERÍODO. Nº DE CICLOS DE MELHORIA NA REDE DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO IMPLEMENTADAS NO PERÍODO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO		UNIDADE DE MEDIDA		(2024-2027) ¹		PREVISTAS		80%		80%		80%	
80%		2023		PERCENTUAL		80%		REALIZADAS		-		-		-	
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE ADMINISTRAÇÃO – CGA								EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027					
CONSIDERAÇÕES:															
Fonte de dados: Coordenação Geral de Administração – CGA															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO TEMÁTICO VIII – REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

EIXO VIII – REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		079 – GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2178 – FORMULAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 8:		ESTRUTURAR A ARTICULAÇÃO E A EFETIVIDADE DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE, CONSOLIDANDO POLÍTICAS EXISTENTES E IMPLEMENTANDO ESTRATÉGIAS RESOLUTIVAS PARA AMPLIAÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL NO SUS EM RORAIMA.													
OBJETIVO Nº 8.1:		PROMOVER A MANUTENÇÃO DOS GRUPOS CONDUTORES E A IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DAS REDES TEMÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 8.1.1:		MANTER ATUALIZADA A COMPOSIÇÃO DOS 05 (CINCO) GRUPOS CONDUTORES DAS REDES TEMÁTICAS PARA A CONTINUIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES SINÉRGICAS, ARTICULADAS E INTEGRADAS NO SETOR DA SAÚDE.													
INDICADOR:		GRUPO CONDUTOR DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNA INFANTIL. GRUPO CONDUTOR DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS. GRUPO CONDUTOR DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA. GRUPO CONDUTOR DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. GRUPO CONDUTOR DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		2		3		4		5	
2		2023	UNIDADE	5		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEIS:		COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB. COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – CGAE. COORDENADORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – CGUE.							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO TEMÁTICO IX – PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

EIXO IX – PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL			
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			079 – GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2178 - FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.							
			3300 - GESTÃO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.							
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 9:			REAFIRMAR O PLANEJAMENTO ARTICULADO, ASCENDENTE E CONTÍNUO COMO INSTRUMENTO ESTRATÉGICO DE GESTÃO, VOLTADO ÀS ESPECIFICIDADES LOCAIS E À QUALIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO SUS.							
OBJETIVO Nº 9.1:			IMPLEMENTAR O PLANEJAMENTO CONTÍNUO, REGIONALIZDO, ARTICULADO, ASCENDENTE E INTEGRADO.							
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 9.1.1:			REALIZAR APOIO/ORIENTAÇÃO INSTITUCIONAL PARA AS EQUIPES DA ÁREA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE DOS 15 MUNICÍPIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO LOCAL (EX.: OFICINAS, ENCONTROS, REUNIÕES, ASSESSORIAS, PALESTRAS, VIDEOCONFERÊNCIAS, WEBNÁRIOS EM GERAL E ETC.)							
INDICADOR:			NÚMERO DE MUNICÍPIOS APOIADOS NO ANO CONSIDERADO							
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	12	13	14	15		
12	2023	NÚMERO	15	REALIZADAS	-	-	-	-		
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE PLANEJAMENTO - CGPLAN					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Coordenadoria Geral de Planejamento – CGPLAN.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO IX – PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE												
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)												
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL			
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):			079 – GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):			2178 - FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)												
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)			ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)												
ABRANGÊNCIA:			MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)												
DIRETRIZ Nº 9:			REAFIRMAR O PLANEJAMENTO ARTICULADO, ASCENDENTE E CONTÍNUO COMO INSTRUMENTO ESTRATÉGICO DE GESTÃO, VOLTADO ÀS ESPECIFICIDADES LOCAIS E À QUALIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO SUS.									
OBJETIVO Nº 9.1:			IMPLEMENTAR O PLANEJAMENTO CONTÍNUO, REGIONALIZDO, ARTICULADO, ASCENDENTE E INTEGRADO.									
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)												
DESCRIÇÃO DA META 9.1.2:			MANTER ATUALIZADO O CADASTRO DE USUÁRIOS DOS 15 MUNICÍPIOS DE ACORDO COM O PERFIL EM CADA CASO NO SISTEMA DIGISUS, ASSEGURANDO ACESSO, REGISTRO E ALIMENTAÇÃO PELO ENTE MUNICIPAL DAS INFORMAÇÕES PERTINENTES AS FERRAMENTAS DE PLANEJAMENTO DO SUS.									
INDICADOR:			NÚMERO DE MUNICÍPIOS COM CADASTRO ATUALIZADO NO SISTEMA DIGISUS NO ANO CONSIDERADO.									
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027				
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	15	15	15	15				
15	2023	NÚMERO	15	REALIZADAS	-	-	-	-				
RESPONSÁVEL:		COORDENAÇÃO GERAL DE PLANEJAMENTO - CGPLAN					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027					
CONSIDERAÇÕES:												
Fonte de dados: Coordenadoria Geral de Planejamento – CGPLAN.												
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.												

EIXO IX – PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		079 – GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.		
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2178 - FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.								
		3300 - GESTÃO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 9:		REAFIRMAR O PLANEJAMENTO ARTICULADO, ASCENDENTE E CONTÍNUO COMO INSTRUMENTO ESTRATÉGICO DE GESTÃO, VOLTADO ÀS ESPECIFICIDADES LOCAIS E À QUALIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO SUS.								
OBJETIVO Nº 9.1:		IMPLEMENTAR O PLANEJAMENTO CONTÍNUO, REGIONALIZDO, ARTICULADO, ASCENDENTE E INTEGRADO.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 9.1.3:		IMPLEMENTAR 01 (UM) PLANO REGIONAL INTEGRADO DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE RORAIMA ATÉ 2027.								
INDICADOR:		PLANO CONSOLIDADO NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹	ANO	2024	2025	2026	2027		
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA		PREVISTAS	N/A	N/A	1	N/A		
N/A	2023	NÚMERO		1	REALIZADAS	N/A	N/A	-	N/A	
RESPONSÁVEL:	COORDENAÇÃO GERAL DE PLANEJAMENTO – CGPLAN					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027				
CONSIDERAÇÕES:										
Fonte de dados: Coordenadoria Geral de Planejamento – CGPLAN.										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

EIXO IX – PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		079 – GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2178 - FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.													
		3300 - GESTÃO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 9:		REAFIRMAR O PLANEJAMENTO ARTICULADO, ASCENDENTE E CONTÍNUO COMO INSTRUMENTO ESTRATÉGICO DE GESTÃO, VOLTADO ÀS ESPECIFICIDADES LOCAIS E À QUALIFICAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO SUS.													
OBJETIVO Nº 9.1:		IMPLEMENTAR O PLANEJAMENTO CONTÍNUO, REGIONALIZDO, ARTICULADO, ASCENDENTE E INTEGRADO.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 9.1.4		IMPLEMENTAR A CONTINUIDADE DE 4 (QUATRO) PROJETOS DO PROGRAMA DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PROADI-SUS) NO ESTADO DE RORAIMA ATÉ 2027.													
INDICADOR:		PROJETO PROADI-SUS EM IMPLEMENTAÇÃO NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		4		4		4		N/A	
2		2023	NÚMERO	6		REALIZADAS		-		-		-		N/A	
RESPONSÁVEIS:		COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO BÁSICA – CGAB COORDENAÇÃO GERAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CGAF COORDENAÇÃO GERAL DE PLANEJAMENTO – CGPLAN							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO TEMÁTICO X – GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL

EIXO X – GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)								
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL	
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		079 – GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.	
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2178 - FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)								
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.						
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)								
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE	X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL	-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)								
DIRETRIZ Nº 10:		FORTALECER ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO GESTORA E POPULAR PARA DISCUTIR AS POLÍTICAS DE SAÚDE E INCLUIR A SOCIEDADE CIVIL NA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS).						
OBJETIVO Nº 10.1:		VIABILIZAR A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL E DE GESTORES NA FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.						
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)								
DESCRIÇÃO DA META 10.1.1:		IMPLEMENTAR 06 (SEIS) AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA FORTALECER OS ESPAÇOS DE GESTÃO, PARTICIPAÇÃO POPULAR E DA SOCIEDADE CIVIL EM GERAL NA FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DE RORAIMA ATÉ 2027.						
INDICADOR:		PROMOVER OS MEIOS PARA O FUNCIONAMENTO DA SECRETARIA EXECUTIVA DO CES/RR. PROMOVER A ELEIÇÃO DO NOVO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE COM REPRESENTAÇÃO PARITÁRIA APOIAR A REALIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE VIABILIZAR OS MEIOS PARA PARCIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE MUNICIPAIS ASSEGURAR MEIOS E RECURSOS PARA PARTICIPAÇÃO DE CONSELHEIROS NA CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE GARANTIR O FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE – CIB.						
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	3	4	5	6
5	2023	NÚMERO	6	REALIZADAS	-	-	-	-
RESPONSÁVEIS:		CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE - CES. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE RORAIMA - SESAU.				EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027		
CONSIDERAÇÕES:								
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.								

EIXO X – GESTÃO PARTICIPATIVA E CONTROLE SOCIAL											
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)											
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		UND. EXECUTORA:		20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:		SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		079 – GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):			INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2178 - FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)											
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.									
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)											
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE			-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)											
DIRETRIZ Nº 10:		FORTALECER ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO GESTORA E POPULAR PARA DISCUTIR AS POLÍTICAS DE SAÚDE E INCLUIR A SOCIEDADE CIVIL NA IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS).									
OBJETIVO Nº 10.1:		VIABILIZAR A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL E DE GESTORES NA FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE EM CONSONÂNCIA COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS.									
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)											
DESCRIÇÃO DA META 10.1.2:		IMPLANTAR NO MÍNIMO 12 (DOZE) OUVIDORIAS NAS PRINCIPAIS UNIDADES DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS.									
INDICADOR:		MUNICÍPIO COM OUVIDORIA IMPLANTADA NA PRINCIPAL UNIDADE DE SAÚDE NO ANO CONSIDERADO									
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO	ANO	2024	2025	2026	2027			
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹	PREVISTAS	9	10	11	12			
8	2023	NÚMERO	12	REALIZADAS	-	-	-	-			
RESPONSÁVEL:		OUVIDORIA GERAL DO SUS.				EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027					
CONSIDERAÇÕES:											
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.											

EIXO TEMÁTICO XI – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE

EIXO XI – INFRAESTRUTURA E APARELHAMENTO DE UNIDADES DE SAÚDE															
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)															
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL							
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.								
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		3299 – CONSTRUÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)															
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.													
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)															
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-					
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)															
DIRETRIZ Nº 11:		GARANTIR A INFRAESTRUTURA FÍSICA E O APARELHAMENTO DOS PONTOS DE ATENÇÃO EM BENEFÍCIO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO, ACOLHIMENTO, TRATAMENTO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO.													
OBJETIVO Nº 11.1:		IMPLEMENTAR A CONSTRUÇÃO, AMPLIAÇÃO, REFORMA E/OU APARELHAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE.													
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)															
DESCRIÇÃO DA META 11.1.1:		REALIZAR A MELHORIA DA INFRAESTRUTURA FÍSICA E/OU O APARELHAMENTO DE 15 (QUINZE) UNIDADES DE SAÚDE NO ESTADO DE RORAIMA, POR MEIO DE AÇÕES COMO REFORMA, AMPLIAÇÃO, CONSTRUÇÃO OU AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS ATÉ 2027.													
INDICADOR:		NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM INFRAESTRUTURA FÍSICA MELHORADA E/OU APARELHADA NO ANO CONSIDERADO.													
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO		ANO		2024		2025		2026		2027		
VALOR		ANO	UNIDADE DE MEDIDA	(2024-2027) ¹		PREVISTAS		15		10		10		15	
8		2023	NÚMERO	15		REALIZADAS		-		-		-		-	
RESPONSÁVEIS:		DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA - SESAU/CGA/DE SECRETARIA DE ESTADO DE INFRAESTRUTURA DE RORAIMA - SEINF/RR COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CGAE COORDENADORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - CGUE							EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027						
CONSIDERAÇÕES:															
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.															

EIXO TEMÁTICO XII – TRANSPARÊNCIA NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS

EIXO XIII – TRANSPARÊNCIA NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS										
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO DE GOVERNO (2024 - 2027)										
ÓRGÃO:	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE			UND. EXECUTORA:	20.601 - FUNSESAU		VINCULAÇÃO COM A LDO:	SEGURIDADE SOCIAL		
PROGRAMA DO PPA (2024 - 2027):		078 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE.			DIMENSÃO NO PPA (2024 – 2027):		INCLUSÃO SOCIAL.			
AÇÃO NA LOA (2024 - 2027):		2178 - FORMULAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL (ODS - 2030)										
(ODS 3 - SAÚDE E BEM ESTAR)		ASSEGURAR UMA VIDA SAUDÁVEL E PROMOVER O BEM-ESTAR PARA TODOS, EM TODAS AS IDADES.								
COMPATIBILIZAÇÃO COM O PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO DA SAÚDE (PRI)										
ABRANGÊNCIA:		MACRORREGIÃO DE SAÚDE		X	REGIÃO DE SAÚDE CENTRO NORTE		-	REGIÃO DE SAÚDE SUL		-
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2024 – 2027)										
DIRETRIZ Nº 12:		IMPLEMENTAR A TRANSPARÊNCIA NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS PÚBLICOS EM SAÚDE, ASSEGURANDO VISIBILIDADE E CONTROLE SOCIAL.								
OBJETIVO Nº 12.1:		ASSEGURAR O ACESSO PÚBLICO ÀS INFORMAÇÕES SOBRE A APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA SAÚDE.								
PROGRAMAÇÃO DA META (2024-2027)										
DESCRIÇÃO DA META 12.1.3:		MANTER 06 (SEIS) BIMESTRES POR ANO COM ALIMENTAÇÃO DE INFORMAÇÕES REALIZADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTO PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS) PARA PERMITIR O ACESSO A RELATÓRIOS E DADOS PÚBLICOS DA EXECUÇÃO DOS RECURSOS APLICADOS NA SAÚDE PÚBLICA.								
INDICADOR:		NÚMERO ABSOLUTO DE BIMESTRES COM ALIMENTAÇÃO REALIZADA NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTO PÚBLICO EM SAÚDE NO ANO CONSIDERADO.								
INDICADOR DE BASE			META DO PLANO (2024-2027) ¹		ANO	2024	2025	2026	2027	
VALOR	ANO	UNIDADE DE MEDIDA			PREVISTAS	6	6	6	6	
6	2023	NÚMERO	6		REALIZADAS	-	-	-	-	
RESPONSÁVEL:		FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA – FUNDES/RR.					EXECUÇÃO: 01/01/2024 ATÉ 31/12/2027			
CONSIDERAÇÕES:										
Obs ¹ : A apuração será considerada concluída com previsão do alcance da meta do plano até 31/12/2027.										

5 - PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O processo de monitoramento e avaliação será realizado de forma anualizada, levando em consideração o produto resultante dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). Por conseguinte, cabe a respectiva área técnica concernente ao seu âmbito de atuação, dentro de um processo de análise própria, apontar proposituras, no sentido de mitigar possíveis cenários que eventualmente comprometam o alcance das metas pretendidas. O formato anual de monitoramento e avaliação, abrange os Relatórios Detalhados dos Quadrimestres Anteriores (RDQA), os quais devem oportunizar um momento de observância frente aos objetivos pretendidos nas metas do Plano Estadual de Saúde, nesse sentido, pode compreender correções e/ou ajuste na perspectiva do seu atingimento até o último ano do quadriênio, ou seja, dezembro de 2027.

Adequando o processo de retomada das Ações e Serviços Públicos de Saúde - ASPS, devido à evidente dinamicidade do perfil epidemiológico atual, fato agravado por questões e especificidades locais mais abrangentes que tendem a impactar em prospecções futuras das análises de situação de saúde, tais como: garimpo ilegal, saúde indígena, degradação ambiental, migração, dentre outros; o monitoramento e a avaliação das metas do Plano Estadual de Saúde 2024–2027, bem como de seus respectivos indicadores poderá ser executado de forma complementar em duas etapas. A etapa I realizada em relação aos anos de 2024-2025, poderá ser efetivada até o final do primeiro trimestre do ano subsequente ao encerramento do primeiro biênio; e a etapa II em relação aos anos de 2026-2027, até o final do primeiro trimestre do ano subsequente ao encerramento do segundo biênio. Como parte de um processo contínuo, é importante ressaltar que o planejamento permite flexibilização com objetivo de melhor adequar estratégias na busca de alcançar suas metas, portanto, aquelas que não obtiverem nível satisfatório, ou seja, sem observância de melhora referente ao indicador de base, poderão ser replicadas para o quadriênio seguinte.

Com ênfase ao processo de melhoria, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), a SESA/RR fez a adesão ao *Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do Sistema Único de Saúde (2021-2023)*, ciclo em que houve a construção do Mapa Estratégico 2024-2027; fato que agregou valor ao processo de planejamento. Ato contínuo, a SESA/RR aderiu ao *Projeto de Fortalecimento da Função Gestora da SES na Consolidação do SUS – FortaleceSES (2024-2026)* o qual acompanha a gestão com aporte profissional, teórico e metodológico de importante relevância ao desenvolvimento dos processos de trabalho com orientação na prática. Além disso, o estado de Roraima, assim como as demais Unidades Federativas e o Distrito Federal, passaram a dispor, no segundo semestre de 2024, do apoio regional do Ministério da Saúde por meio da Coordenação Geral de Planejamento e Gestão do SUS (CGPS/DGIP/SE/MS), em parceria com as Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Roraima (SEMS/SEINP/RR), cuja participação na análise deste Plano Estadual de Saúde, mostrou-se fundamental para qualificação dos instrumentos de planejamento.

REFERÊNCIAS

ALVES, Diego Prandino. O que os primeiros dados do Censo 2022 nos dizem sobre os impactos da imigração venezuelana em Roraima. CNN Brasil, Fórum Opinião, 28 abr. 2023. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/forum-opinioao/o-que-os-primeiros-dados-do-censo-2022-nos-dizem-sobre-os-impactos-da-imigracao-venezuelana-em-roraima/>. Acesso em: 11 março 2025.

ANDRADE JÚNIOR, Luiz André de. Idade da População de Roraima. SEPLAN – Secretaria de Planejamento e Orçamento do Estado de Roraima, 2024. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/wp-content/uploads/2024/01/Informativo-003-2024-IDADE-DA-POPULACAO-DE-RORAIMA.pdf>. Acesso em: 11 março 2025.

ANDRADE JÚNIOR, Luiz André de. Informativo 013-2023 – População Indígena – 2023. SEPLAN – Secretaria de Planejamento e Orçamento do Estado de Roraima, 2023. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/informativos-boletins-2023/>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-ambulatorial-sia-sus/>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/acesso-a-informacao/producao-hospitalar-sih-sus/>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. TABNET – Ferramenta para Tabulação de Dados. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. TABWIN – Ferramenta para Tabulação de Dados Offline. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS: Articulação Interfederativa. Volume 4. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 3 de outubro de 2017. Consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 3 de outubro de 2017. Consolida as normas sobre políticas nacionais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI Leste de Roraima, 2024-2027. Boa Vista: Ministério da Saúde, 2023. Aprovado na 106ª Reunião Ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do DSEI Leste de Roraima, realizada de 19 a 21 de dezembro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Análise de situação de saúde: ASIS. Volume 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf. Acesso em: 11 março 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami. Plano Distrital de Saúde Indígena 2024-2027 – DSEI Yanomami. Boa Vista: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude-recebe-mais-529-mil-doses-de-vacinas-covid-19-da-pfizer/pt-br/acesso-a-informacao/siops>. Acesso em: 11 março 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 março 2025.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL – ISA. Megaincêndios em florestas de Roraima podem causar desastre ambiental. Instituto Socioambiental, 19 mar. 2024. Disponível em: <https://www.socioambiental.org/noticias-socioambientais/megaincendios-em-florestas-de-roraima-podem-causar-desastre-ambiental>. Acesso em: 19 maio 2025.

MAPA DE CONFLITOS ENVOLVENDO INJUSTIÇA AMBIENTAL E SAÚDE NO BRASIL. Roraima – Invasão de posseiros e garimpeiros em Terra Yanomami: o garimpo ilegal e o genocídio Yanomami. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2023. Disponível em: <https://mapadeconflitos.ensp.fiocruz.br/conflito/rr-invasao-de-posseiros-e-garimpeiros-em-terra-yanomami/>. Acesso em: 19 maio 2025.

RORAIMA. Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Resolução CIB/RR nº 38, de 4 de dezembro de 2024. Aprova como prioridade sanitária o Planejamento Regional Integrado no Estado de Roraima a Rede Materna Infantil. Diário Oficial do Estado de Roraima, Boa Vista, n. 4833, p. 328, 26 dez. 2024. Disponível em: <https://www.imprensaoficial.rr.gov.br>. Acesso em: 19 maio 2025.

RORAIMA. Conselho Estadual de Saúde. Relatório Final da 9ª Conferência Estadual de Saúde do Estado de Roraima: “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã Vai Ser Outro Dia”. Boa Vista, RR, maio 2023.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painéis de Monitoramento. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-cgvs/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento de Arboviroses. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-arboviroses/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento da COVID-19: Boletim Epidemiológico. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-covid-boletim-epidemiologico/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento do SINAN. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-sinan/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-sim/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-sinasc/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento de HIV/AIDS. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-aids/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento da Tuberculose. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-tuberculose/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento da Malária. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-malaria/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Painel de Monitoramento de Monkeypox. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/pagina-monitora-monkeypox/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Sistemas TABNET: Banco de Dados da Vigilância em Saúde. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/sistemas-tabnet/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Relatório Epidemiológico – 2023. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/relatorios-epidemiologicos/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Boletins Epidemiológicos. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/boletins-epidemiologicos/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Caracterização Demográfica e Socioeconômica Estadual e Municipais. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/#caracterizacaodemografica>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Análise de Situação de Saúde. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/#publicacoessaladesituacao>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Relatório sobre Doenças Negligenciadas em Roraima: 2018–2023. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/#publicacoessaladesituacao>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Relatório de Vigilância em Saúde dos Povos Indígenas do Estado de Roraima: últimos 12 meses. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/#publicacoessaladesituacao>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Relatório de Mortalidade na Primeira Infância em Roraima: 2017–2022. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/#publicacoessaladesituacao>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Relatório Situacional: Vigilância em Saúde dos Povos Indígenas do Estado de Roraima. Atualizado em: 28 fev. 2024. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/#publicacoessaladesituacao>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação Geral de Vigilância em Saúde – CGVS. Relatório sobre Migração Venezuelana em Roraima: novembro de 2023. Disponível em: <https://vigilancia.saude.rr.gov.br/nova-pagina-sala-de-situacao/#publicacoessaladesituacao>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Planejamento e Orçamento – SEPLAN. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/>. Acesso em: 11 março 2025.

RORAIMA. Secretaria de Planejamento e Orçamento – SEPLAN. Mapas do Estado de Roraima. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/mapoteca/>. Acesso em: 11 março 2025.

SILVA, Gladis de Fatima Nunes da. Migração em Números. SEPLAN – Secretaria de Planejamento e Orçamento do Estado de Roraima, 2024. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/artigos-tecnicos-2024/>. Acesso em: 11 março 2025.

SILVA, Gladis de Fátima Nunes da. População de Roraima: reflexões sobre os dados do Censo Demográfico 2022. SEPLAN – Secretaria de Planejamento e Orçamento do Estado de Roraima, 2023. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/artigos-tecnicos-2023/>. Acesso em: 11 março 2025.

SILVA, Gladis de Fátima Nunes da. Povos Indígenas de Roraima: aspectos demográficos. SEPLAN – Secretaria de Planejamento e Orçamento do Estado de Roraima, 2023. Disponível em: <https://seplan.rr.gov.br/artigos-tecnicos-2023/>. Acesso em: 11 março 2025.

ANEXO

**Governo do Estado de Roraima***"Amazônia: patrimônio dos brasileiros"*

288, DE 17 de junho de 2025.

"Aprovar o Plano Estadual de Saúde 2024 - 2027 da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Roraima".

A Junta Governativa instituída pela Resolução CES/RR nº 282, de 02 de julho de 2024 juntamente com o Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Roraima CES/RR, em sua 162ª Reunião Ordinária, realizada no dia 20 de dezembro de 2024, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como em conformidade com as disposições da legislação brasileira pertinente,

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando a Lei Ordinária Estadual nº 1.438, de 08 de dezembro de 2020, que dispõe sobre a composição, organização do Conselho Estadual de Saúde – CES/RR e dá outras providências;

Considerando a Portaria de Consolidação nº 1 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar por unanimidade o Plano Estadual de Saúde 2024-2027.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação pelo Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Roraima.

Boa Vista – RR, 17 de junho de 2025

Junta Governativa decretada pela Resolução 282, de 02 de julho de 2024

LIANA BARBOSA MACÊDO ALMEIDA

Conselheira CES/RR

MACELI DE SOUZA CARVALHO

Conselheira CES/RR

JÚLIO CESAR FRAULOB AQUINO

Conselheiro CES/RR

ABNER DOUGLAS CARVALHO DE ANDRADE

Conselheiro CES/RR

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA FIGUEIRA

Conselheiro CES/RR

Homologo a Resolução nº 288, de 28 de maio de 2025

ADILMA ROSA DE CASTRO LUCENA
Secretária de Estado da Saúde de Roraima

PUBLIQUE-SE. REGISTRE-SE. CUMPRA-SE.



Documento assinado eletronicamente por **Liana Barbosa Macedo Almeida, Usuário Externo**, em 17/06/2025, às 18:43, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Francisco de Assis Pereira Figueira, Usuário Externo**, em 11/07/2025, às 17:03, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Abner Douglas Carvalho de Andrade, Usuário Externo**, em 11/07/2025, às 17:36, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Julio Cesar Fraulob Aquino, Usuário Externo**, em 11/07/2025, às 23:08, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Macele de Souza Carvalho, Usuário Externo**, em 14/07/2025, às 12:48, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por **Adilma Rosa de Castro Lucena, Secretária de Estado da Saúde**, em 15/07/2025, às 18:01, conforme Art. 5º, XIII, "b", do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **17997477** e o código CRC **EDED20C5**.



Diário Oficial

do Estado de Roraima

PODER EXECUTIVO

Antonio Denarium
GOVERNADOR DO ESTADO DE RORAIMA

Boa Vista-RR, quinta-feira, 17 de julho de 2025

Edição N°: 4965

Sumário

ATOS DO PODER EXECUTIVO	3
GOVERNADORIA	3
CASA MILITAR	14
PGE/RR - PROCURADORIA GERAL DO ESTADO DE RORAIMA.....	17
SECRETARIAS DE ESTADO.....	18
SEADI - SECRETARIA DE ESTADO DA AGRICULTURA, DESENVOLVIMENTO E INOVAÇÃO.....	18
SEED - SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO.....	20
SEFAZ - SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA	46
SECULT - SECRETARIA DE ESTADO DE CULTURA E TURISMO.....	56
SEGAD - SECRETARIA DE ESTADO DE GESTÃO ESTRATÉGICA E ADMINISTRAÇÃO	64
SEGOD - SECRETARIA DE ESTADO DE GOVERNO DIGITAL	86
SEINF - SECRETARIA DE ESTADO DA INFRA-ESTRUTURA	87
SEJUC - SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E DA CIDADANIA	89
SEPLAN - SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO.....	90
SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	91
SETRABES - SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO E BEM ESTAR SOCIAL	102
CBMRR - CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE RORAIMA	105
PCRR - POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA	106
PMRR - POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA	108
AUTARQUIAS, FUNDAÇÕES, EMPRESAS PÚBLICAS E SOCIEDADES DE ECONOMIA MISTA	109
ADERR - AGÊNCIA DE DEFESA AGROPECUÁRIA DO ESTADO DE RORAIMA.....	109
CODESAIMA - COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DE RORAIMA	111
DETRAN - DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO DE RORAIMA.....	112
FAPERR - FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE RORAIMA	114
FEMARH - FUNDAÇÃO ESTADUAL DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS	116
IATER - INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA E EXTENSÃO RURAL DO ESTADO DE RORAIMA	122
IERR - INSTITUTO DE EDUCAÇÃO DE RORAIMA	122
IPEM - INSTITUTO DE PESOS E MEDIDAS DO ESTADO DE RORAIMA	125
IPER - INSTITUTO DE PREVIDENCIA DO ESTADO DE RORAIMA	125
JUCERR - JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE RORAIMA	130
RADIORAIMA - RÁDIO E TELEVISÃO DIFUSORA DE RORAIMA	130
UERR - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA	131
MPCRR - MINISTÉRIO PÚBLICO DE CONTAS DO ESTADO DE RORAIMA	136
ATOS MUNICIPAIS	137
PREFEITURA MUNICIPAL DE BONFIM	137
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJÁ.....	137
PREFEITURA MUNICIPAL DE IRACEMA	137
PREFEITURA MUNICIPAL DE RORAINÓPOLIS	138
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA	138

Esta edição circula com 138 páginas



15/07/2025, e Folha de Boa Vista, Edição nº 1636/2025, do dia 14 de julho de 2025, conforme discriminação a seguir:

CNPJ	EMPRESAS VENCEDORAS / ADJUDICADAS	ITEM (NS)	VALOR TOTAL DOS ITENS
57.161.373/0001-61	MTK HOSPITALAR LTDA	3, 4, 5 e 6	R\$ 17.935,00
60.665.981/0009-75	UNIAO QUIMICA FARMACEUTICA NACIONAL S A	8	R\$ 253.015,10
17.263.792/0001-90	REALMED DISTRIBUIDORA LTDA	7	R\$ 30.000,00
20.489.064/0001-05	PROSPER COMERCIO E DISTRIBUICAO LTDA	9	R\$ 62.989,86
FRACASSADOS		1 e 2	
Valor Total dos Itens: R\$ 363.939,96 (trezentos e sessenta e três mil novecentos e trinta e nove reais e noventa e seis centavos).			

Demais informações encontram-se disponíveis no sítio www.comprasnet.gov.br; Acesso Livre – Consultas – Atas de Pregões – Código da UASG nº 456961.

Boa Vista – RR, 15 de julho de 2025.
(assinatura e data via sistema)
RICARDO DE SOUZA CONCEIÇÃO
Agente de Contratação/Pregoeiro - COSELC/SESAU

PORTARIA Nº 2670/SESAU/CGTES/DGES, DE 14 DE JULHO DE 2025.

A Secretária de Estado da Saúde de Roraima, no uso de suas atribuições legais conferidas pelo Decreto nº 177-
P, de 25 de fevereiro de 2025, publicado no Diário Oficial do Estado de Roraima - DOE RR de Nº 4874;

RESOLVE:

Art. 1º - Designar sem ônus para Secretaria de Estado da Saúde de Roraima a servidora estadual comissionada **NATÉRCIA COELHO NEVES**, matrícula nº 0154101-3-03, Cargo: Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, CPF: 923.747.782-15, para responder cumulativamente e sem ônus pela função de **DIRETOR GERAL DA ETSUS/RR**, pertencente a Escola Técnica do Sistema Único de Saúde (ETSUS-RR).
Art. 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
Boa Vista - RR, 14 de Julho de 2025.
ADILMA ROSA DE CASTRO LUCENA
Secretária de Estado da Saúde de Roraima



Documento assinado eletronicamente por **Adilma Rosa de Castro Lucena, Secretária de Estado da Saúde**, em 14/07/2025, às 20:50, conforme Art. 5º, XIII, “b”, do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador **18331800** e o código CRC **6066EE6D**.

288, DE 17 de junho de 2025.
“Aprovar o Plano Estadual de Saúde 2024 - 2027 da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Roraima”.
A Junta Governativa instituída pela Resolução CES/RR nº 282, de 02 de julho de 2024 juntamente com o Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Roraima CES/RR, em sua 162ª Reunião Ordinária, realizada no dia 20 de dezembro de 2024, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, bem como em conformidade com as disposições da legislação brasileira pertinente,
Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências;
Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;
Considerando a Lei Ordinária Estadual nº 1.438, de 08 de dezembro de 2020, que dispõe sobre a composição, organização do Conselho Estadual de Saúde – CES/RR e dá outras providências;
Considerando a Portaria de Consolidação nº 1 de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; e
Considerando a Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, que aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.
RESOLVE:
Art. 1º. Aprovar por unanimidade o Plano Estadual de Saúde 2024-2027.

Art. 2º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação pelo Plenário do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Roraima.

Boa Vista – RR, 17 de junho de 2025

Junta Governativa decretada pela Resolução 282, de 02 de julho de 2024

LIANA BARBOSA MACÊDO ALMEIDA

Conselheira CES/RR

MACELI DE SOUZA CARVALHO

Conselheira CES/RR

JÚLIO CESAR FRAULOB AQUINO

Conselheiro CES/RR

ABNER DOUGLAS CARVALHO DE ANDRADE

Conselheiro CES/RR

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA FIGUEIRA

Conselheiro CES/RR

Homologo a Resolução nº 288, de 28 de maio de 2025

ADILMA ROSA DE CASTRO LUCENA

Secretária de Estado da Saúde de Roraima

PUBLIQUE-SE. REGISTRE-SE. CUMPRA-SE.



Documento assinado eletronicamente por Liana Barbosa Macedo Almeida, Usuário Externo, em 17/06/2025, às 18:43, conforme Art. 5º, XIII, “b”, do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por Francisco de Assis Pereira Figueira, Usuário Externo, em 11/07/2025, às 17:03, conforme Art. 5º, XIII, “b”, do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por Abner Douglas Carvalho de Andrade, Usuário Externo, em 11/07/2025, às 17:36, conforme Art. 5º, XIII, “b”, do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por Julio Cesar Fraulob Aquino, Usuário Externo, em 11/07/2025, às 23:08, conforme Art. 5º, XIII, “b”, do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por Macele de Souza Carvalho, Usuário Externo, em 14/07/2025, às 12:48, conforme Art. 5º, XIII, “b”, do Decreto Nº 27.971-E/2019.



Documento assinado eletronicamente por Adilma Rosa de Castro Lucena, Secretária de Estado da Saúde, em 15/07/2025, às 18:01, conforme Art. 5º, XIII, “b”, do Decreto Nº 27.971-E/2019.



A autenticidade do documento pode ser conferida no endereço <https://sei.rr.gov.br/autenticar> informando o código verificador 17997477 e o código CRC EDED20C5.

TERMO DE FOMENTO Nº 06/2025 - ESTADO DE RORAIMA/SESAU/ INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL

TERMO DE FOMENTO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE RORAIMA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E O INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL, NA FORMA ABAIXO:

Por esse instrumento, o ESTADO DE RORAIMA, pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ nº 84.012.012/0001-26, neste ato representado pela Secretaria de Estado da Saúde, doravante denominada **SESAU**, situada à Rua Madrid, nº 180 – Aeroporto, CEP: 69310-043, Boa Vista-RR, neste ato representada pela Secretária **ADILMA ROSA DE CASTRO LUCENA**, brasileira, inscrita no CPF nº 447.074.522-72, residente e domiciliada na Rua Dionísio Brito de Araújo, nº 1007 - Paraviana - Boa Vista-RR, CEP 69307-180, e do outro, o **INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL**, doravante denominado **IDEHS**, inscrito no CNPJ sob nº 27.959.638/0001-00, com sede Av. Via das Flores, Bairro Pricumã - Boa Vista/RR, CEP. 69.309.366, neste ato representado pelo Presidente **FERNANDO LIRA DE SOUZA**, inscrito no CPF sob o nº 740.946.372-49, portador da Carteira de



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Secretaria de Estado da Saúde

"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"

**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**PLANO DE SAÚDE
2024 – 2027**