

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

ARAPIRACA-AL

SAÚDE



ARAPIRACA
UMA CIDADE PARA TODOS

Secretaria Municipal de Saúde
De Arapiraca

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

Ano 2025 - Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca

José Luciano Barbosa da Silva
Prefeito de Arapiraca

Rafaella Souza Albuquerque
Secretária Municipal de Saúde

Evandro da Silva Melo Junior
Superintendente de Vigilância em Saúde

Cinthya Rafaella Magalhães da Nóbrega Novaes
Diretora de Promoção em Saúde

Daneil Bezerra Silva
Diretor de Vigilância Sanitária

Ruana Silva de Paula
Diretora Departamento de Vigilância Epidemiológica

Wilson Salustiano Júnior
Diretor de Análise e Informação em Saúde

Organização, Autoria e Revisão Técnica

Evandro da Silva Melo Junior
Superintendente de Vigilância em Saúde

Wilson Salustiano Júnior
Diretor de Análise e Informação em Saúde

Prefeitura Municipal de Arapiraca

Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca
Superintendência de Vigilância em Saúde
Direção de Análise e Informação em Saúde

Rua Samaritana, 1185 | Santa Edwiges
CEP: 57310-245 | Arapiraca - Alagoas
Telefone: (82) 98109-8467

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos, figuras e tabelas dessa obra é da área técnica.

VERSÃO PRELIMINAR

Livro Análise de Situação de Saúde - ARAPIRACA

Apresentação

A Análise de Situação de Saúde (ASIS) do município de Arapiraca constitui-se em um instrumento estratégico para compreender a realidade sanitária local e orientar as decisões de gestão que irão subsidiar o Plano Municipal de Saúde 2026-2029. Mais do que um levantamento de indicadores, este documento traduz a história, os desafios e as potencialidades de um território vivo, dinâmico e em constante transformação.

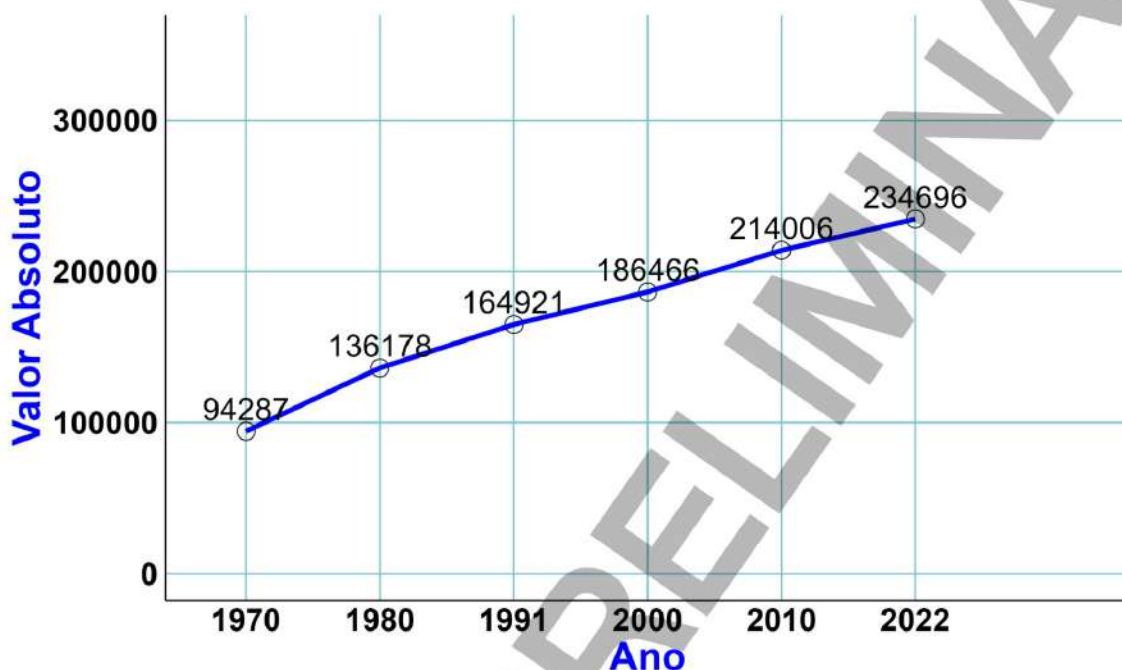
Ao reunir dados demográficos, socioeconômicos, epidemiológicos e de organização dos serviços, a ASIS possibilita uma leitura crítica e integrada dos determinantes e condicionantes da saúde da população. Sua elaboração é fruto de um processo coletivo, conduzido pela Superintendência de Vigilância em Saúde com a Coordenação de Análise de Informação em Saúde, articulando diferentes áreas técnicas e valorizando a produção de conhecimento local.

O município de Arapiraca, consolidado como polo econômico e de serviços no agreste alagoano, enfrenta desafios crescentes em razão do rápido crescimento populacional, da transição demográfica e epidemiológica e das desigualdades sociais que impactam a saúde. Nesse cenário, a Vigilância em Saúde assume papel central ao subsidiar o planejamento com evidências, fortalecendo a tomada de decisão e contribuindo para a construção de políticas públicas mais equitativas e efetivas.

Este livro, portanto, não é apenas um retrato da situação de saúde de Arapiraca, mas um marco de compromisso com a gestão pública transparente, participativa e baseada em evidências. Que os resultados aqui sistematizados possam orientar o planejamento, qualificar as práticas de cuidado e promover a garantia do direito à saúde, reafirmando o Sistema Único de Saúde como patrimônio do povo brasileiro e caminho para a construção de uma sociedade mais justa e solidária.

1. Dados demográficos

Figura 1. Evolução população residente segundo anos censitários. Arapiraca-AL, 1970-2022.



A população residente de Arapiraca apresentou crescimento contínuo nas últimas cinco décadas, passando de 94.287 habitantes em 1970 para 234.696 em 2022, segundo o Censo Demográfico do IBGE. Esse aumento de aproximadamente 150% evidencia o processo de urbanização e a consolidação do município como polo econômico e de serviços da região agreste alagoana. A expansão populacional impõe desafios progressivos ao sistema de saúde, tanto pela necessidade de ampliação da rede assistencial quanto pela crescente demanda por ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador. Além disso, o ritmo mais moderado de crescimento observado nos últimos censos sinaliza uma transição demográfica marcada pelo envelhecimento populacional, o que exige a reorientação do modelo de atenção à saúde, com ênfase na promoção do envelhecimento saudável, na prevenção de doenças crônicas e na organização de linhas de cuidado para condições de maior prevalência.

Tabela 1. Evolução população residente Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil e taxa de variação intercensitária segundo anos censitários, 1980-2022.

Ano	Arapiraca	Alagoas	Nordeste	Brasil
1980	136178	1982915	34815439	119011052
1991	164921	2514100	42497540	146825475
2000	186466	2822621	47741711	169799170
2010	214006	3120494	53081950	190755799
2022	234696	3127683	54658515	203080756
% variação populacional				
1980-1991	21,11	26,79	22,07	23,37
1991-2000	13,06	12,27	12,34	15,65
2000-2010	14,77	10,55	11,19	12,34
2010-2022	9,67	0,23	2,97	6,46

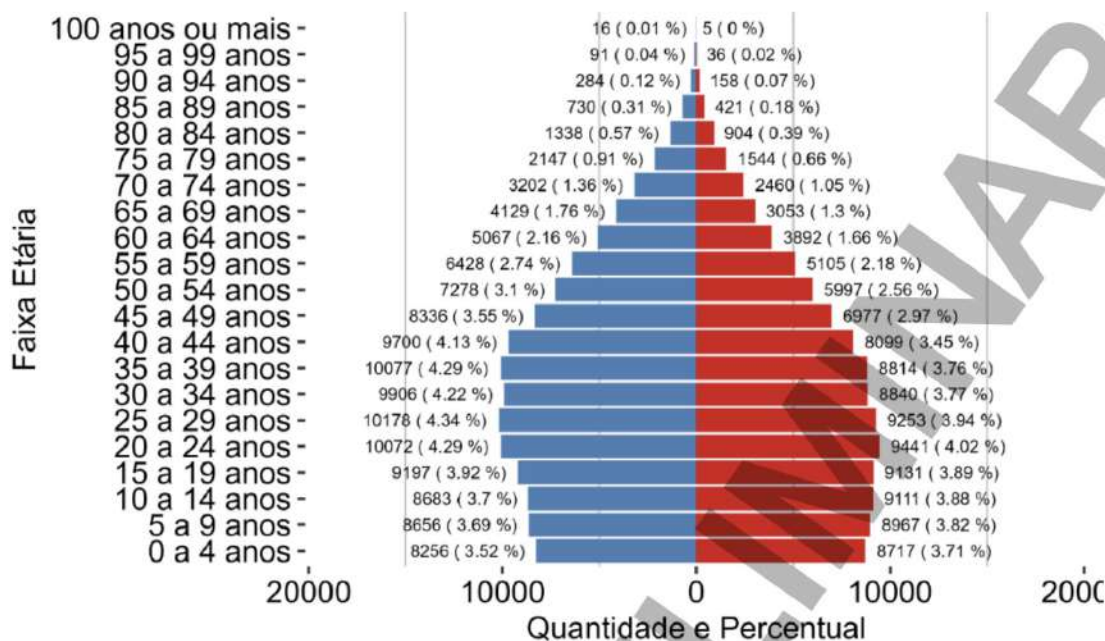
Fonte: IBGE

A análise das taxas de variação intercensitária evidencia uma desaceleração gradual no ritmo de crescimento populacional, fenômeno também observado nas demais esferas territoriais. Entre 1980 e 1991, a população de Arapiraca cresceu 21,1%, percentual que reduziu para 13,1% (1991–2000), 14,8% (2000–2010) e 9,7% entre 2010 e 2022.

Apesar da desaceleração, Arapiraca manteve taxa de crescimento superior às médias estadual, regional e nacional no último período analisado — enquanto o Brasil cresceu 6,46%, o Nordeste 2,97% e Alagoas apenas 0,23%, Arapiraca avançou 9,67%, consolidando-se como um dos municípios mais dinâmicos demograficamente do estado.

Essa tendência reforça o papel do município como centro urbano atrativo de fluxos migratórios intrarregionais, especialmente de municípios de menor porte do Agreste e Sertão, motivados pela busca de oportunidades de trabalho, acesso à educação, saúde e serviços especializados.

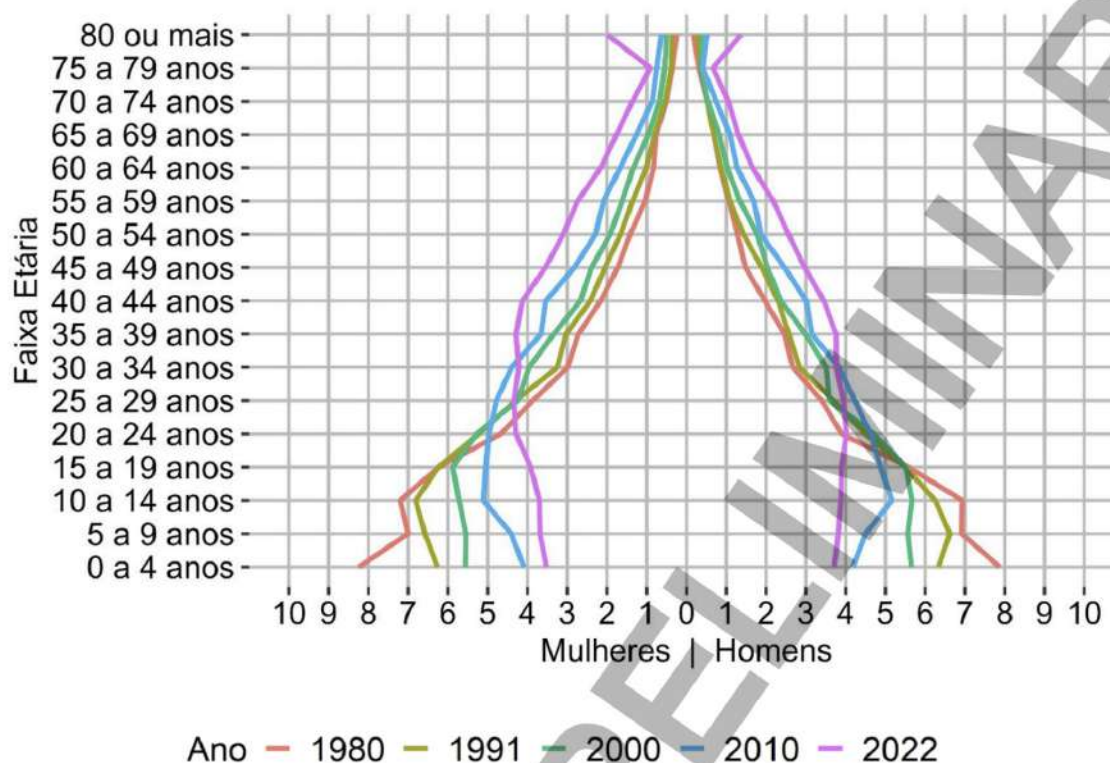
Figura 2. Pirâmide etária população residente censitária. Arapiraca-AL, 2022.



Fonte: IBGE

A pirâmide etária de Arapiraca, segundo o Censo 2022, evidencia um município em transição demográfica: há predominância da população jovem-adulta, ao mesmo tempo em que cresce a proporção de idosos, que já representam parcela significativa da população. Observa-se o estreitamento da base, reflexo da queda da fecundidade, e o alargamento do topo. Esse cenário reflete o avanço da urbanização, da melhoria das condições de vida e da redução da fecundidade, características do processo de envelhecimento populacional.

Figura 3. Evolução das pirâmides etárias segundo anos censitários. Arapiraca-AL, 1980-2022.



Fonte: IBGE

A Figura 3 evidencia as transformações ocorridas na estrutura etária de Arapiraca ao longo das últimas quatro décadas, demonstrando um progressivo estreitamento da base da pirâmide populacional e alargamento dos estratos intermediários e superiores. Esse comportamento é característico do processo de transição demográfica, marcado pela redução das taxas de fecundidade e mortalidade, e pelo consequente envelhecimento populacional.

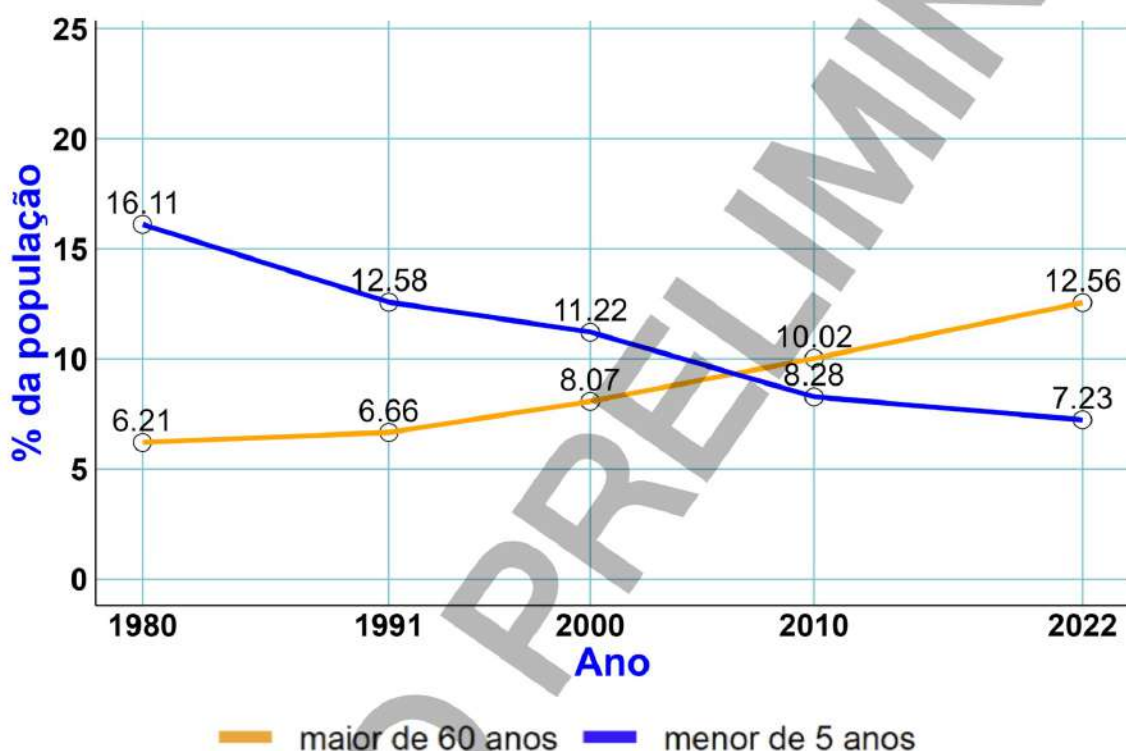
Nos anos de 1980 e 1991, observa-se uma pirâmide com base larga e topo estreito, típica de uma população jovem e com altas taxas de natalidade. A partir de 2000, o formato começa a se alterar, com redução gradual da proporção de crianças e adolescentes e expansão dos grupos adultos, sobretudo entre 30 e 49 anos. Essa tendência se acentua em 2010 e 2022, quando o gráfico revela maior concentração nas faixas de 40 a 64 anos, além de um incremento expressivo na população idosa (60 anos ou mais).

Em 2022, a pirâmide apresenta formato quase retangular, com redução visível da população infantil (0 a 14 anos) e ampliação das faixas de adultos e idosos. Esse desenho evidencia que Arapiraca vive uma fase avançada de transição demográfica, com redução da razão de dependência juvenil e aumento da razão de dependência

idosa, o que impõe novos desafios à gestão municipal em saúde, previdência e políticas sociais.

Além disso, nota-se discreta predominância feminina nas faixas etárias mais elevadas, fenômeno compatível com a maior expectativa de vida das mulheres, observada tanto em âmbito nacional quanto estadual.

Figura 4. Distribuição percentual da população residente maior de 60 anos de idade e menores de 5 anos de idade segundo anos censitários. Arapiraca-AL, 1980-2022.



Fonte: IBGE

A Figura 4 reforça a mudança estrutural da população de Arapiraca entre 1980 e 2022, já evidenciada anteriormente, marcada pela redução da proporção de crianças e o crescimento progressivo da população idosa. Em 1980, os menores de 5 anos representavam 16,1% da população total do município, enquanto os idosos (60 anos ou mais) correspondiam a 6,2%. Quatro décadas depois, essa relação se inverteu: a proporção de idosos aumentou para 12,6%, e a de crianças caiu para 7,2%, revelando um cenário típico de envelhecimento populacional.

Esse processo resulta, simultaneamente, da redução da fecundidade e da natalidade, associada à urbanização, à ampliação do acesso à educação e à maior inserção feminina no mercado de trabalho, e do aumento da longevidade, decorrente da melhoria das condições de vida, da ampliação da cobertura dos serviços de saúde e do fortalecimento das ações de prevenção e controle de doenças crônicas. Assim,

Arapiraca acompanha a tendência nacional de transição demográfica, porém com ritmo mais acelerado em relação à média estadual e regional.

O ponto de cruzamento das curvas entre 2000 e 2010 marca o início da predominância da população idosa sobre a infantil, configurando um novo perfil demográfico que impacta diretamente o planejamento das políticas públicas. A ampliação da população idosa implica maior demanda por cuidados continuados, reabilitação, atenção domiciliar e suporte social, enquanto a redução da população infantil tende a modificar as necessidades de oferta de serviços de educação e atenção materno-infantil.

Tabela 2. Distribuição da população residente segundo sexo e faixa etária, e razão de sexos. Arapiraca-AL, 2022.

Idade	sexo masculino	%	sexo feminino	%	total	%	Razão de sexos
0 a 4 anos	8717	3,7	8256	3,5	16973	7,2	105,6
5 a 9 anos	8967	3,8	8656	3,7	17623	7,5	103,6
10 a 14 anos	9111	3,9	8683	3,7	17794	7,6	104,9
15 a 19 anos	9131	3,9	9197	3,9	18328	7,8	99,3
20 a 24 anos	9441	4,0	10072	4,3	19513	8,3	93,7
25 a 29 anos	9253	3,9	10178	4,3	19431	8,3	90,9
30 a 34 anos	8840	3,8	9906	4,2	18746	8,0	89,2
35 a 39 anos	8814	3,8	10077	4,3	18891	8,0	87,5
40 a 44 anos	8099	3,5	9700	4,1	17799	7,6	83,5
45 a 49 anos	6977	3,0	8336	3,6	15313	6,5	83,7
50 a 54 anos	5997	2,6	7278	3,1	13275	5,7	82,4
55 a 59 anos	5105	2,2	6428	2,7	11533	4,9	79,4
60 a 64 anos	3892	1,7	5067	2,2	8959	3,8	76,8
65 a 69 anos	3053	1,3	4129	1,8	7182	3,1	73,9
70 a 74 anos	2460	1,0	3202	1,4	5662	2,4	76,8
75 a 79 anos	1544	0,7	2147	0,9	3691	1,6	71,9
80 ou mais	1524	1,4	2459	2,0	3983	1,7	62,0

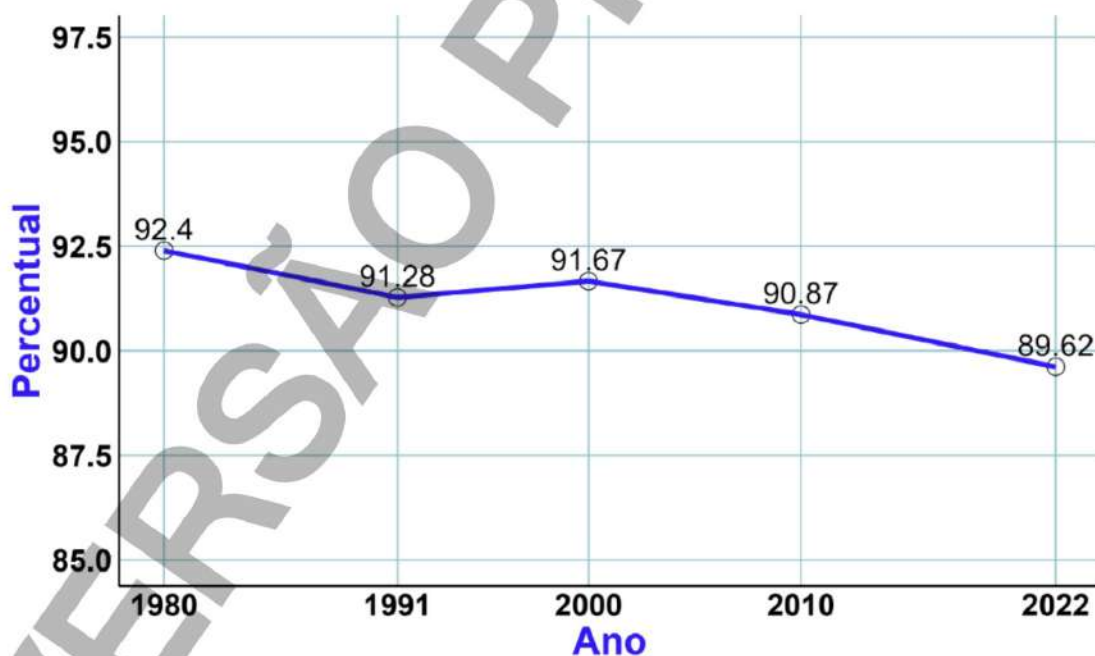
Fonte: IBGE. Censo 2022.

Analisando a Tabela 2 é possível calcular o índice de envelhecimento, que alcançou 39 em 2022, significando que já existem 39 pessoas idosas (65 anos ou mais) para cada 100 crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. Como consequência, emergem novos

desafios para o sistema de saúde, que precisa articular a atenção às demandas típicas de uma população jovem, relacionadas à saúde sexual, reprodutiva e ao mundo do trabalho, com a ampliação da rede de cuidado voltada para doenças crônicas e promoção do envelhecimento saudável. A estrutura etária do município, portanto, reforça a importância de organizar linhas de cuidado integrais e equitativas, em consonância com a transição epidemiológica e social em curso.

A razão de sexos da população de Arapiraca em 2022 evidencia variações importantes ao longo do ciclo de vida. Na infância (0 a 14 anos), observa-se predomínio masculino, com razão entre 103 e 106 meninos para cada 100 meninas, padrão compatível com a maior proporção de nascimentos do sexo masculino. A partir da idade adulta, contudo, essa razão se inverte progressivamente, chegando a menos de 90 homens para cada 100 mulheres entre 30 e 49 anos, reflexo da maior mortalidade masculina por causas externas e doenças crônicas. Nas faixas etárias mais avançadas, a diferença se acentua, alcançando apenas 62 homens para cada 100 mulheres entre os idosos de 80 anos ou mais. Esse desequilíbrio demográfico, caracterizado pela predominância feminina na velhice, aponta para a necessidade de políticas específicas de cuidado e suporte social voltadas às mulheres idosas, que representam a maioria da população longeva do município.

Figura 5. Evolução da Razão de sexos segundo anos censitários. Arapiraca-AL, 1980-2022.



Fonte: IBGE. Censo 2022.

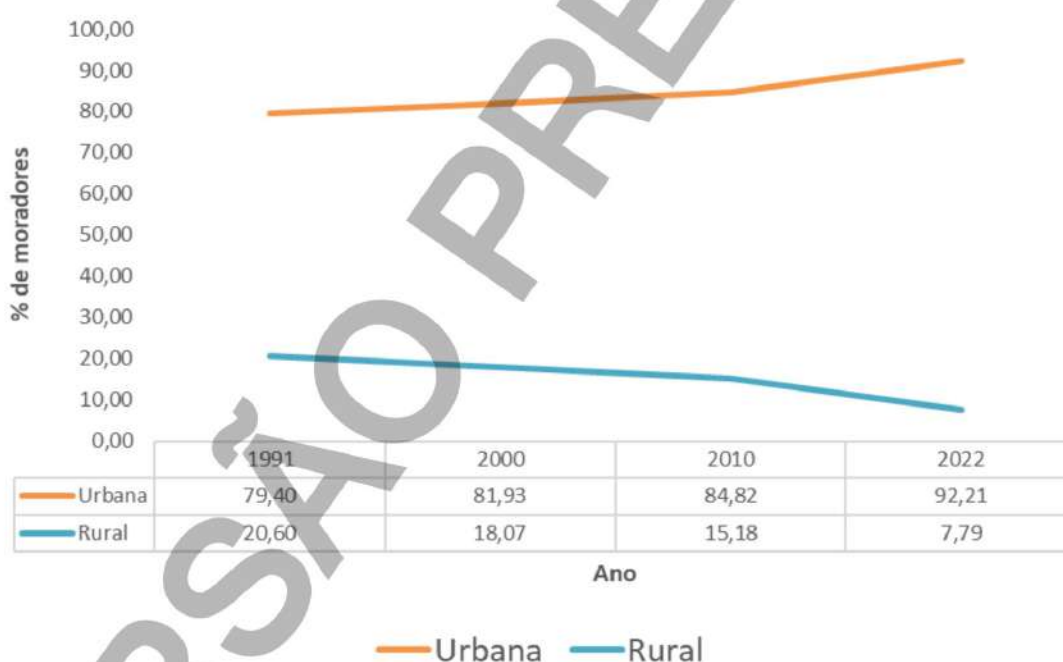
A **Figura 5** mostra a evolução da razão de sexos em Arapiraca entre 1980 e 2022, evidenciando uma tendência gradual de redução do número de homens em relação ao

de mulheres ao longo do período censitário. Em 1980, o município registrava 92,4 homens para cada 100 mulheres, e em 2022 esse valor diminuiu para 89,6, revelando uma predominância feminina crescente na estrutura populacional.

Esse comportamento acompanha a tendência observada no estado de Alagoas e no Brasil, refletindo mudanças associadas à maior longevidade feminina e às diferenças nos padrões de mortalidade entre os sexos. Os homens apresentam, historicamente, maior exposição a causas externas, como acidentes e violências, e maior mortalidade por doenças crônicas e hábitos de risco, o que contribui para uma redução progressiva da razão de sexos, sobretudo nas faixas etárias mais elevadas.

Além disso, o avanço da transição demográfica, com o envelhecimento da população, reforça essa diferença, uma vez que a sobrevivência feminina é superior em praticamente todos os grupos etários, especialmente entre os idosos. Dessa forma, a pirâmide populacional de Arapiraca passa a apresentar maior concentração de mulheres nas idades avançadas, fenômeno já perceptível na **Figura 3**.

Figura 6. Situação dos moradores segundo anos censitários. Arapiraca-AL, 1991-2022.



Fonte: IBGE

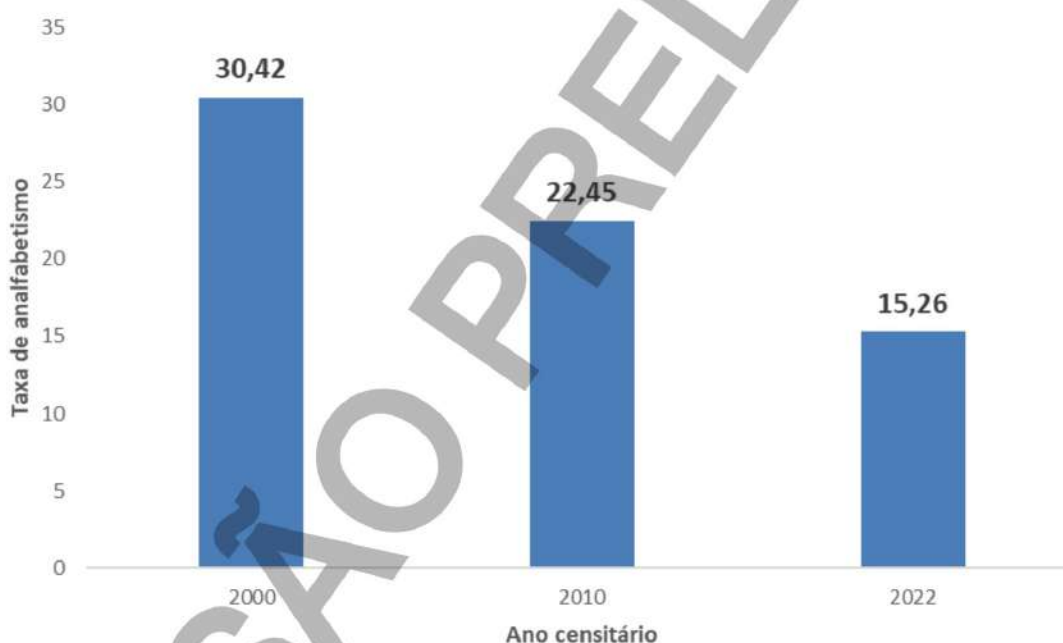
A **Figura 6** mostra o processo de urbanização progressiva da população de Arapiraca ao longo das últimas três décadas. Em 1991, 79,4% dos moradores viviam em áreas urbanas e 20,6% em áreas rurais. Em 2022, a população urbana alcançou 92,2%, enquanto a rural reduziu-se para 7,8%. Essa tendência confirma a intensificação do processo de concentração populacional nos centros urbanos, acompanhando o

movimento de expansão econômica e de consolidação de Arapiraca como polo regional de comércio, serviços e saúde.

Contudo, mesmo diante dessa forte urbanização, a cidade mantém traços significativos de ruralidade, com presença marcante de atividades agrícolas e agroindustriais, sobretudo na produção de alimentos e hortifrutigranjeiros, além de iniciativas de agricultura familiar. Essa dimensão agroprodutiva permanece relevante tanto do ponto de vista econômico quanto sociocultural, contribuindo para o abastecimento local, geração de renda e manutenção de práticas tradicionais no território.

O avanço urbano e a reconfiguração territorial impõem, por outro lado, novos desafios à gestão pública municipal, exigindo estratégias de ordenamento territorial, saneamento, habitação, mobilidade e organização da rede de serviços públicos.

Figura 7. Evolução da taxa de analfabetismo (15 anos ou mais de idade) segundo ano censitário. Arapiraca-AL, 2000-2022.



Fonte: IBGE

A **Figura 7** mostra a evolução da taxa de analfabetismo entre pessoas com 15 anos ou mais de idade em Arapiraca no período de 2000 a 2022, evidenciando um processo contínuo de redução do analfabetismo, embora ainda em patamar elevado. No ano 2000, o índice era de 30,4%, passando para 22,5% em 2010 e atingindo 15,3% em 2022, conforme dados do IBGE.

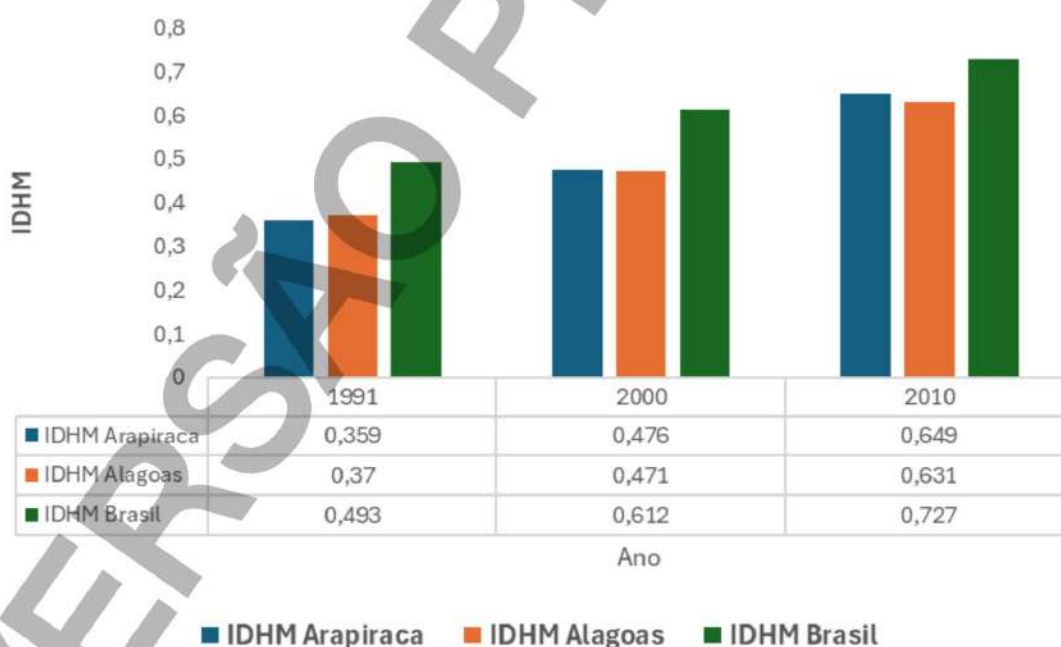
Essa trajetória revela avanços importantes no acesso à educação básica e na ampliação das políticas públicas voltadas à alfabetização e à permanência escolar, como o

Programa Brasil Alfabetizado e as ações municipais de Educação de Jovens e Adultos (EJA). Contudo, mesmo com a queda expressiva de 15 pontos percentuais em duas décadas, os níveis de analfabetismo ainda superam as médias estadual e nacional, o que indica persistência de desigualdades estruturais, especialmente entre grupos socialmente mais vulneráveis — população idosa, residentes da zona rural e pessoas de baixa renda.

A persistência do analfabetismo impacta diretamente as condições de vida e saúde, interferindo na compreensão de informações sanitárias, adesão a tratamentos e autocuidado, além de representar um obstáculo para o exercício pleno da cidadania. Assim, o enfrentamento do analfabetismo deve ser compreendido como estratégia intersetorial de promoção da saúde e equidade, demandando articulação entre os setores da educação, assistência social e saúde, sob a lógica da integralidade das políticas públicas.

No contexto de Arapiraca, município com forte papel regional e crescente urbanização, a redução das desigualdades educacionais é um elemento essencial para qualificar o acesso e a resolutividade das ações de saúde pública, reforçando o compromisso do território com a promoção da equidade e a efetivação dos direitos sociais.

Figura 8. Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal segundo região e ano censitário. Arapiraca-Alagoas-Brasil, 1991-2010.



Fonte: IBGE

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é um indicador sintético que mede o progresso de um território em três dimensões fundamentais do

desenvolvimento humano: renda, longevidade e educação. Inspirado na metodologia do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDHM busca expressar, em uma escala de 0 a 1, o grau de ampliação das capacidades humanas e das oportunidades de vida digna da população. Valores mais próximos de 1 indicam melhores condições de desenvolvimento.

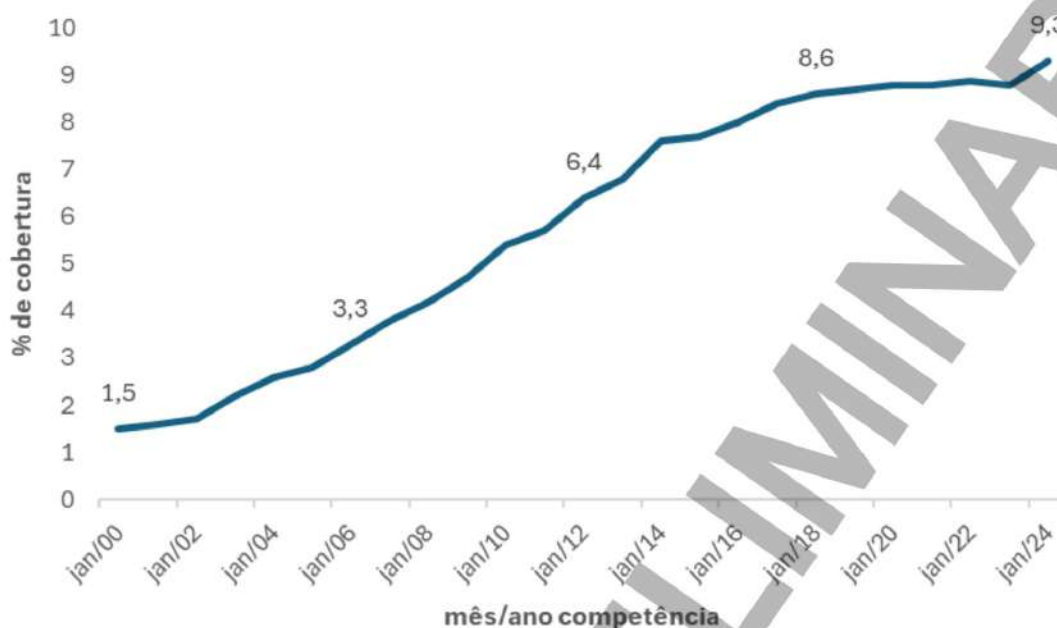
No caso de Arapiraca, observa-se uma trajetória consistente de melhoria do IDHM entre 1991 e 2010, passando de 0,359 para 0,649, o que representa um crescimento de aproximadamente 81% no período. Esse avanço foi ligeiramente superior ao observado para o estado de Alagoas (de 0,370 para 0,631) e acompanhou a tendência de elevação nacional (de 0,493 para 0,727).

O resultado reflete o fortalecimento das políticas públicas de educação, saúde e assistência social, bem como o processo de urbanização e expansão econômica do município. O aumento da escolaridade média, a redução da mortalidade infantil, a ampliação da cobertura da atenção básica e a diversificação das atividades econômicas contribuíram de forma expressiva para o desempenho positivo do município no período.

Apesar da evolução significativa, o IDHM de Arapiraca ainda se mantém abaixo da média nacional, revelando desigualdades históricas que persistem entre o interior nordestino e o restante do país. A diferença entre o índice municipal e o brasileiro evidencia a necessidade de consolidação de políticas estruturantes, capazes de promover inclusão social, redução das vulnerabilidades territoriais e ampliação das oportunidades educacionais e produtivas.

De forma geral, o crescimento do IDHM indica que Arapiraca avançou rumo a um padrão de desenvolvimento mais inclusivo, embora ainda desafiado por disparidades socioeconômicas e territoriais que impactam diretamente a qualidade de vida e a equidade em saúde.

Figura 9. Percentual de cobertura de planos de saúde segundo ano de competência. Arapiraca-AL, 2000-2024.



Fonte: SIB/ANS/MS

A **Figura 9** mostra a evolução da cobertura de planos de saúde em Arapiraca entre 2000 e 2024, evidenciando um crescimento contínuo, porém modesto, do percentual de beneficiários. O município passou de 1,5% de cobertura em 2000 para 9,3% em 2024, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Embora o avanço represente um aumento de mais de seis vezes no período, o valor absoluto ainda é consideravelmente inferior à média nacional, que supera 25%, e mesmo abaixo da média estadual.

Esse cenário confirma que a população de Arapiraca permanece majoritariamente dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) como principal e estruturante rede de atenção à saúde. O SUS não apenas garante o acesso universal, mas também organiza os fluxos assistenciais em todos os níveis de complexidade — da atenção básica às redes especializadas — sustentando o cuidado integral de mais de 90% dos habitantes do município, que não possuem cobertura privada.

O crescimento da cobertura suplementar observado na série histórica pode estar relacionado a avanços econômicos locais, como a diversificação do setor de serviços e a ampliação do emprego formal, que favoreceram o acesso a planos empresariais e odontológicos. Entretanto, sugere-se um crescimento restrito e concentrado em grupos com maior renda e estabilidade profissional, não configurando uma mudança estrutural no padrão de acesso à saúde.

Assim, o SUS continua sendo a base do sistema de saúde arapiraquense, não apenas pela sua capilaridade e cobertura, mas também por seu papel ordenador das ações intersetoriais e promotor de equidade. Programas de vigilância, imunização, saúde materno-infantil, atenção básica e redes especializadas de urgência e reabilitação compõem o núcleo do cuidado à população, assegurando o direito constitucional à saúde mesmo diante da baixa penetração da saúde suplementar.

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico de Arapiraca reflete as mudanças demográficas observadas nas últimas décadas e evidencia a transição do município em direção a um padrão de maior prevalência de doenças crônicas e condições relacionadas ao envelhecimento, sem que os agravos transmissíveis tenham sido completamente superados. Nesta seção, são apresentados os principais indicadores de natalidade, morbidade e mortalidade, que permitem compreender a dinâmica do processo saúde-doença no território e orientar a formulação de políticas públicas voltadas para a redução de desigualdades e a melhoria da qualidade de vida da população.

2.1 NATALIDADE

A análise da natalidade é fundamental para compreender a dinâmica populacional e os desafios relacionados à saúde materno-infantil em Arapiraca. Os padrões de fecundidade e de nascimentos refletem mudanças sociais, econômicas e culturais, além de expressarem o impacto direto das políticas de saúde, especialmente no campo da atenção básica e da saúde da mulher.

Nas últimas décadas, observa-se no município uma tendência de redução progressiva da natalidade, acompanhando o cenário nacional de queda da fecundidade e de reorganização das famílias. Ao mesmo tempo, permanecem desafios importantes, como a ocorrência de gestações em adolescentes e o crescimento relativo das gestações em mulheres de 35 anos ou mais, ambas situações que demandam maior atenção dos serviços de saúde.

A quase universalização dos partos hospitalares e o acesso ampliado ao pré-natal representam avanços importantes, mas ainda persistem desigualdades quanto à qualidade do cuidado, à captação precoce das gestantes e ao número adequado de consultas. Assim, a análise da natalidade não se restringe apenas à quantificação dos nascimentos, mas permite compreender aspectos de equidade, qualidade e organização da atenção à saúde, fundamentais para orientar estratégias voltadas à

redução da mortalidade materna e infantil e à promoção do cuidado integral às mulheres, crianças e famílias.

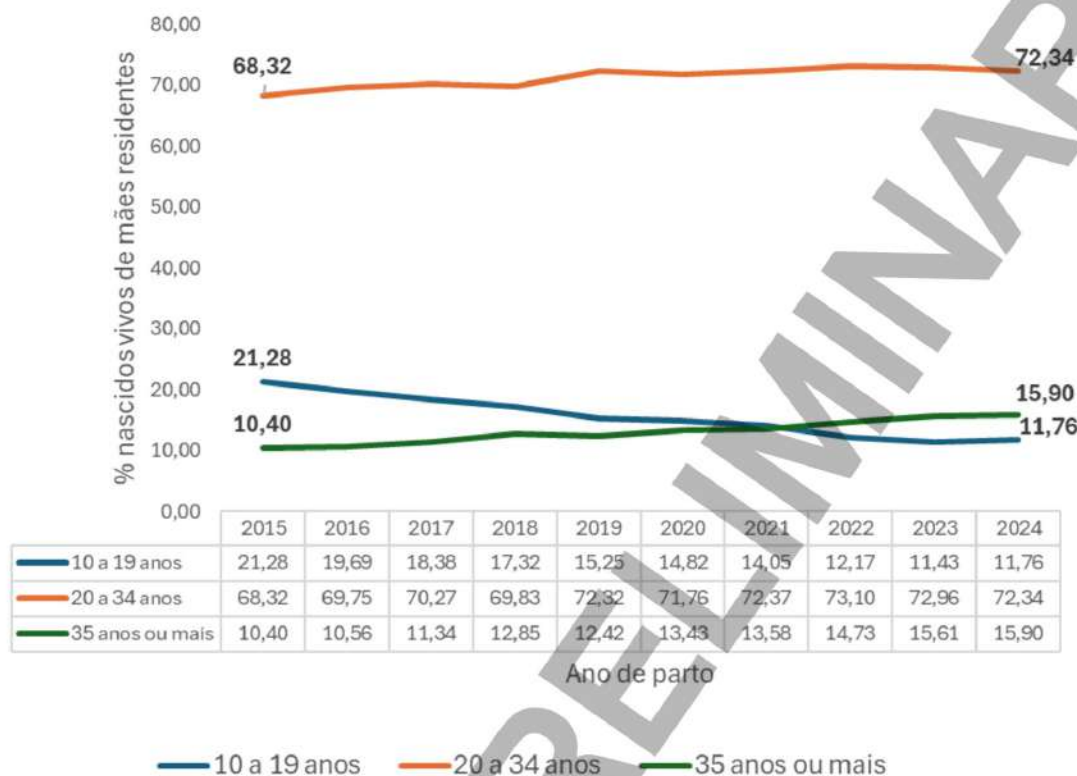
Tabela 3. Evolução da taxa bruta de natalidade segundo ano e região. Arapiraca-Alagoas-Nordeste-Brasil, 1995-2024.

Ano	Arapiraca	Alagoas	Nordeste	Brasil
1995	30,1	24,8	16,3	18,1
2000	27,0	24,0	19,8	19,3
2005	21,0	20,1	18,1	16,5
2010	17,8	17,4	15,8	15,0
2015	18,2	15,6	15,0	14,8
2020	18,5	15,5	14,5	14,3
2024	15,0	14,5	12,2	11,7

Fonte: SINASC, IBGE.

A **Tabela 3** mostra que Arapiraca seguiu a tendência nacional de queda das taxas de natalidade entre 1995 e 2023, passando de 30,1 para 15,6 nascidos vivos por mil habitantes. Essa redução, semelhante à observada em Alagoas, no Nordeste e no Brasil, reflete mudanças estruturais na fecundidade, no planejamento reprodutivo e nas condições socioeconômicas. O processo evidencia a transição demográfica em curso, com impacto direto sobre as políticas de saúde materno-infantil, que devem se concentrar cada vez mais na qualidade da atenção e na redução das iniquidades, em vez do volume absoluto de nascimentos.

Figura 10. Distribuição percentual de nascidos vivos segundo faixa etária da mãe, Arapiraca, 2015–2024.



Fonte: SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

A distribuição dos nascidos vivos segundo a idade das mães residentes em Arapiraca, entre 2015 e 2024, evidencia mudanças graduais no perfil etário da maternidade. O grupo de mulheres de 20 a 34 anos manteve-se amplamente predominante em todo o período, com proporção estável em torno de 70% a 73% dos nascimentos, refletindo o padrão típico da idade reprodutiva considerada biologicamente mais segura e socialmente consolidada.

Em contrapartida, observa-se redução expressiva da fecundidade entre adolescentes de 10 a 19 anos, cuja participação passou de 21,3% em 2015 para 11,8% em 2024 — uma queda de quase 10 pontos percentuais. Essa tendência acompanha o comportamento nacional e regional de queda da gravidez na adolescência, possivelmente associada à expansão do acesso à informação, à educação sexual, à escolarização feminina e aos métodos contraceptivos oferecidos na Atenção Primária à Saúde.

Por outro lado, nota-se crescimento progressivo da proporção de nascimentos entre mulheres de 35 anos ou mais, que aumentou de 10,4% para 15,9% no período analisado. Esse movimento aponta para um adiamento da maternidade, fenômeno

vinculado à maior inserção feminina no mercado de trabalho, ampliação do planejamento reprodutivo e mudanças nos projetos de vida.

O conjunto desses achados revela um perfil reprodutivo em transição, caracterizado pela redução das gestações precoces e expansão das gestações tardias, o que impõe novos desafios à rede de atenção à saúde — tanto no reforço das ações de prevenção e educação sexual entre adolescentes quanto no cuidado especializado às gestações de maior risco entre mulheres em idade mais avançada.

No conjunto, o gráfico demonstra que Arapiraca segue o padrão nacional de redução da natalidade precoce e aumento relativo das gestações em idades mais avançadas, reforçando a importância de manter políticas integradas que contemplem tanto a prevenção da gravidez na adolescência quanto o cuidado especializado para gestantes com idade materna elevada.

Tabela 4. Distribuição quantitativa dos nascidos vivos residentes segundo instrução da mãe. Arapiraca-AL, 2015-2024.

Ano de nascimento	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais	Ignorado	Total
2015	68	70	712	2686	618	50	4204
2016	34	106	803	2197	600	39	3779
2017	36	395	780	2117	590	32	3950
2018	31	325	802	1270	436	1292	4156
2019	16	742	1052	1312	361	11	3494
2020	13	98	961	2053	815	24	3964
2021	17	83	816	2038	773	44	3771
2022	10	40	588	2229	806	-	3673
2023	6	41	443	2334	826	15	3665
2024	10	35	435	2160	880	1	3521

Fonte: SINASC

A análise da escolaridade materna entre os nascidos vivos residentes em Arapiraca, no período de 2015 a 2024, revela uma tendência positiva de elevação do nível educacional das mães, embora ainda persistam desigualdades importantes.

Em termos percentuais, considerando o total de nascidos vivos de cada ano, observa-se que a proporção de mães com 8 a 11 anos de estudo (ensino fundamental completo e ensino médio incompleto) permanece predominante ao longo de toda a série histórica, representando entre 50% e 65% dos nascimentos em média. Essa faixa reflete o perfil de escolarização típico da população economicamente ativa de Arapiraca e expressa o avanço da escolaridade básica no território.

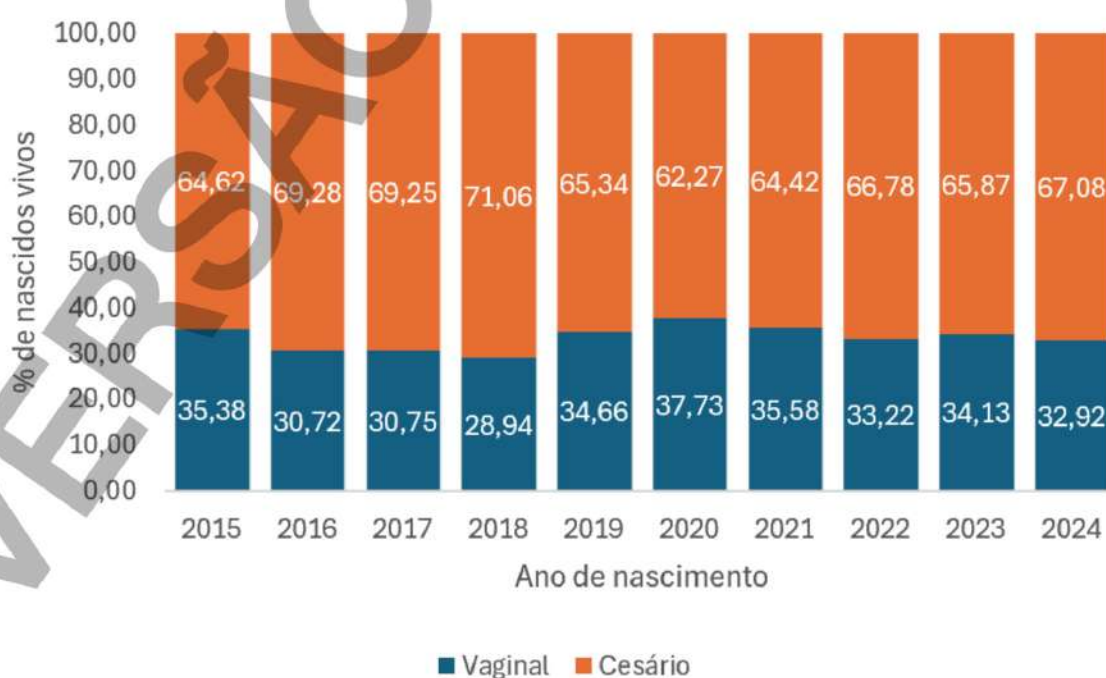
Por outro lado, o grupo de mães com 12 anos de estudo ou mais (ensino médio completo e ensino superior) apresentou um crescimento constante, passando de aproximadamente 15% em 2015 para cerca de 25% em 2024, o que evidencia melhoria progressiva do acesso feminino à educação formal. Esse avanço contribui para o fortalecimento de práticas de autocuidado, maior adesão ao pré-natal e melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil, em consonância com evidências nacionais.

No extremo oposto, a participação de mães com nenhuma escolaridade ou apenas 1 a 3 anos de estudo tornou-se residual ao longo da série, reduzindo-se de cerca de 3% em 2015 para menos de 1,5% em 2024. Essa redução é um indicativo de que o município vem consolidando avanços no acesso à educação, refletindo políticas públicas intersetoriais, como a expansão da rede de ensino e a valorização da permanência escolar.

Contudo, chama atenção o fato de que, mesmo com a ampliação dos níveis de instrução, as mães com ensino médio incompleto ainda concentram a maioria dos nascimentos, o que sugere a necessidade de ações voltadas à continuidade da trajetória educacional das jovens mulheres, especialmente em contextos de vulnerabilidade social.

Esses avanços são estratégicos para o fortalecimento das políticas de promoção da saúde materno-infantil, uma vez que o nível de instrução é um dos principais determinantes do comportamento reprodutivo, do acesso aos serviços e da qualidade do cuidado recebido.

Figura 11. Proporção de nascidos vivos segundo tipo de parto, Arapiraca, 2015–2024.



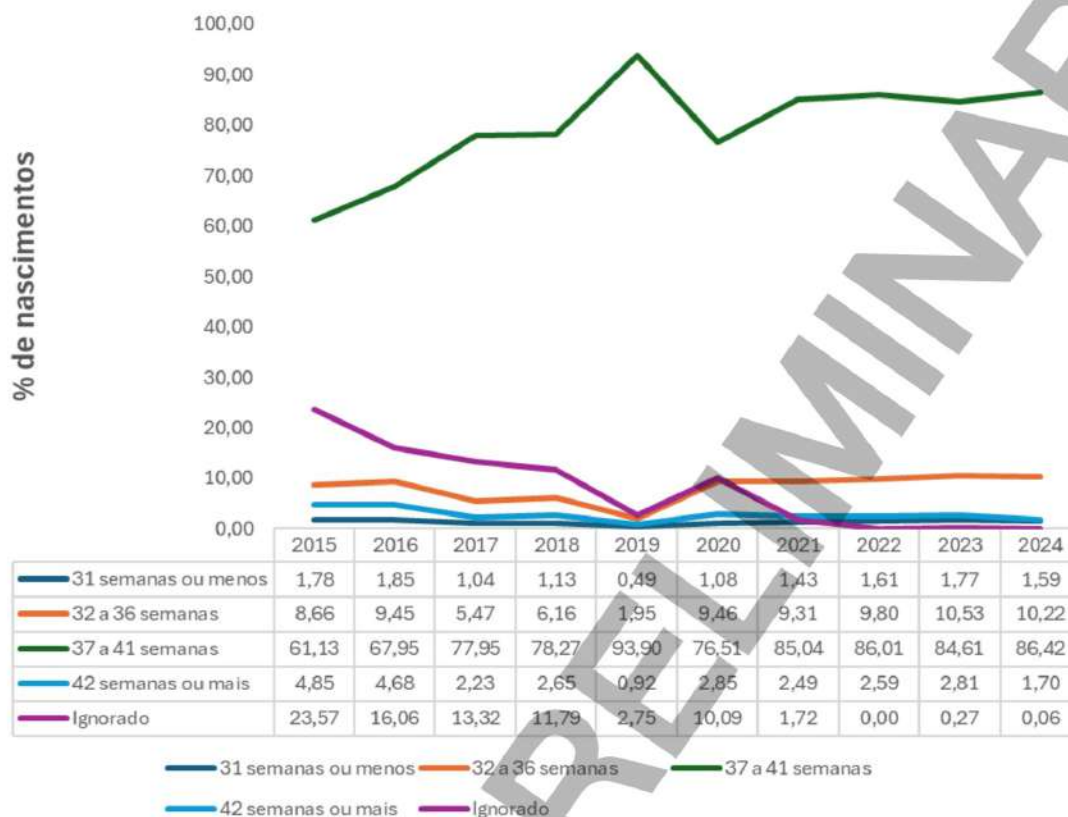
Fonte: SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Ministério da Saúde).

A Figura demonstra que, ao longo da última década, os partos cesarianos permaneceram predominantes em Arapiraca, representando entre 62% e 71% dos nascimentos, enquanto os partos vaginais oscilaram entre 29% e 38% do total de nascidos vivos. Essa configuração indica a manutenção de um padrão obstétrico fortemente medicalizado, semelhante ao observado em diversas regiões urbanas do Brasil.

Embora se observe uma pequena variação ao longo do período — com o pico de cesarianas em 2018 (71,1%) e discreta redução em 2020 (62,3%) — a série histórica evidencia ausência de tendência consistente de queda. O parto vaginal, por sua vez, não apresentou crescimento expressivo, mantendo-se abaixo de 40% em todo o período analisado.

O predomínio de cesarianas reflete múltiplos fatores: preferência institucional e profissional pelo procedimento cirúrgico, influências culturais, condições estruturais das maternidades e baixa adesão a práticas humanizadas de parto. Apesar dos avanços na assistência obstétrica e neonatal, esse cenário ultrapassa os limites recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que orienta que as cesarianas representem entre 10% e 15% dos nascimentos — percentual que, quando superado, não se associa a melhores desfechos maternos e neonatais.

Figura 12. Proporção de nascidos vivos segundo idade gestacional, Arapiraca, 2015–2024.



Fonte: SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

A evolução da distribuição dos nascidos vivos segundo idade gestacional, no período de 2015 a 2024, evidencia predomínio consistente das gestações a termo (37 a 41 semanas), cuja proporção cresceu de 61,1% em 2015 para 86,4% em 2024. Esse comportamento indica melhor acompanhamento gestacional e maior precisão nos registros ao longo do tempo, refletindo avanços na qualidade da assistência pré-natal e na vigilância do parto.

As gestações pré-termo (≤ 36 semanas) mantiveram-se em níveis relativamente estáveis, variando entre 7% e 11%, sem tendência de elevação significativa. A figura XX reflete uma melhor observação do cenário da prematuridade em Arapiraca. A categoria de gestações prolongadas (≥ 42 semanas) apresentou percentuais baixos e regulares (entre 1% e 5%), o que demonstra adequado manejo clínico do tempo gestacional nas maternidades do município.

Um aspecto que merece destaque é a redução expressiva dos registros com idade gestacional “ignorado”, que passaram de 23,6% em 2015 para menos de 0,1% em 2024. Essa queda reflete avanços substanciais na qualidade do preenchimento das

Declarações de Nascido Vivo (DNV) e maior comprometimento das equipes de saúde na alimentação qualificada do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

Essa melhoria é estratégica para a gestão municipal, pois fortalece a confiabilidade dos indicadores de natalidade e prematuridade, subsidiando análises mais precisas sobre o cuidado materno-infantil. A consolidação desses dados reforça o papel de Arapiraca como referência regional na produção e qualificação das informações em saúde.

Figura 13. Proporção de nascidos vivos de mães residentes com idade gestacional ≤ 36 semanas segundo ano de nascimento, Arapiraca, 2015–2024.



Fonte: SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (MS).

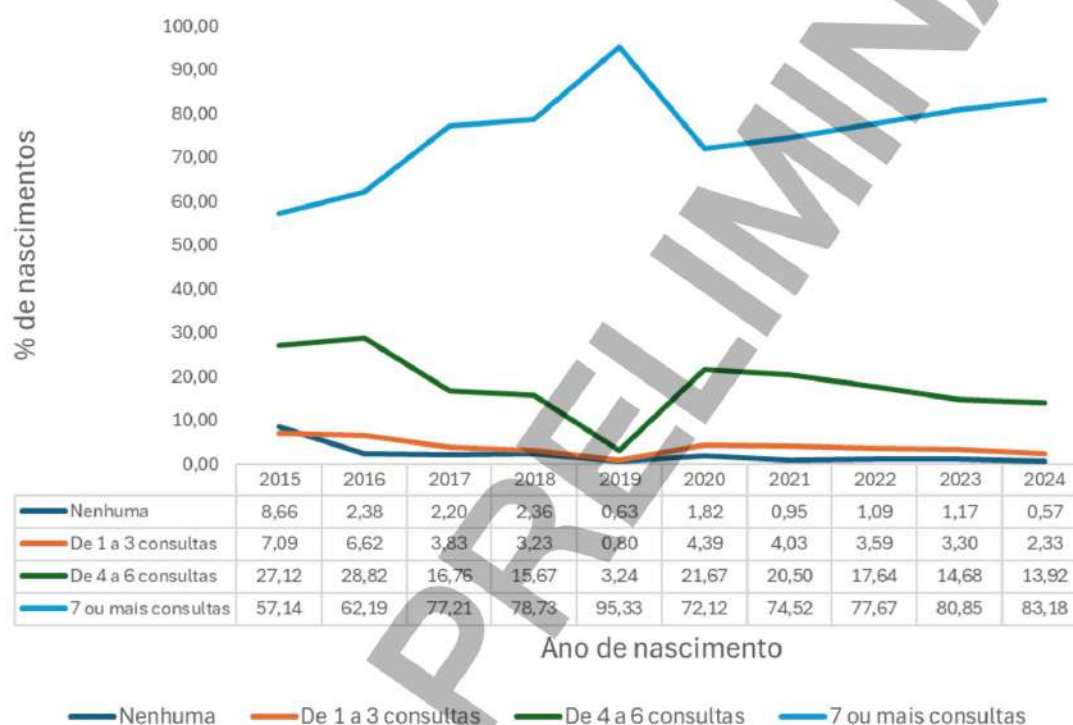
A análise comparativa da proporção de nascimentos prematuros (≤ 36 semanas) mostra que Arapiraca segue padrão semelhante ao observado em Alagoas, no Nordeste e no Brasil, com valores próximos de 10% a 12% ao longo da série histórica. O município apresentou oscilações mais acentuadas entre 2017 e 2019, atingindo o menor valor da série em 2019 (2,4%), possivelmente relacionado a sub-registro temporário ou ajustes nos critérios de notificação do SINASC nesse período.

A partir de 2020, nota-se retorno gradual à média nacional, estabilizando-se em torno de 11% a 12% até 2024, o que indica recuperação da consistência dos registros e convergência dos indicadores locais aos padrões regionais. Essa retomada reflete o

fortalecimento da vigilância em nascimentos e da integração entre as maternidades e a equipe municipal de análise de informação em saúde.

Mesmo dentro de um contexto de estabilidade, a proporção de prematuridade observada impõe desafios contínuos para a atenção materno-infantil.

Figura 14. Distribuição percentual de nascidos vivos residentes segundo ano de nascimento e número de consultas pré-natal. Arapiraca-AL, 2015-2024.



Fonte: SINASC

A evolução do número de consultas de pré-natal realizadas por gestantes residentes em Arapiraca entre 2015 e 2024 demonstra avanços expressivos na cobertura do acompanhamento gestacional. O gráfico evidencia predomínio crescente de gestantes com sete ou mais consultas, que passaram de 57,1% em 2015 para 83,2% em 2024, ultrapassando o parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a atenção pré-natal adequada.

Ao longo da série, observa-se redução significativa das gestantes com acompanhamento insuficiente (de uma a seis consultas) e quase eliminação dos casos sem nenhuma consulta, que caíram de 8,6% em 2015 para menos de 1% em 2024. Esse comportamento reflete maior acesso à Atenção Primária à Saúde, melhoria na captação precoce de gestantes e fortalecimento das rotinas de monitoramento e registro das consultas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

A oscilação observada em 2019, com aumento pontual da proporção de mulheres que realizaram sete ou mais consultas, pode estar relacionada a sub registro temporário que merece uma análise mais aprofundada, mas que provavelmente não altera uma possível tendência de ampliação da adesão ao acompanhamento.

Os resultados reforçam que Arapiraca apresenta elevado desempenho na assistência pré-natal, consolidando-se como referência regional na atenção materno-infantil. O desafio atual não está apenas em garantir o número de consultas, mas em assegurar a qualidade e a integralidade do cuidado — com enfoque em vínculo, escuta, exames complementares e vigilância de agravos que impactam diretamente os desfechos gestacionais, como a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

Figura 15. Distribuição percentual de nascidos vivos residentes segundo ano de nascimento e peso ao nascer. Arapiraca-AL, 2015-2024.



Fonte: SINASC

A análise do peso ao nascer entre os nascidos vivos de mães residentes em Arapiraca, no período de 2015 a 2024, demonstra predomínio estável de crianças com peso adequado (2.500 a 3.999g), que representaram em média 86% dos nascimentos no período. Essa estabilidade pode indicar consistência nos resultados obstétricos e neonatais, sugerindo adequada vigilância do pré-natal e da atenção ao parto no município.

O baixo peso ao nascer (<2.500g) manteve-se em torno de 8% a 10% ao longo da série histórica, patamar semelhante ao observado em contextos urbanos de médio porte e compatível com a média estadual e nacional. Embora estável, esse percentual requer atenção contínua às causas evitáveis, especialmente aquelas associadas à prematuridade e às condições maternas de risco, reforçando a importância de estratégias de cuidado ampliado e integral na linha materno-infantil.

Os recém-nascidos com peso igual ou superior a 4.000g corresponderam a cerca de 5% dos nascimentos, sem tendência de crescimento expressiva.

2.2 MORBIDADE

2.2.1 Doenças e Agravos à Saúde de Notificação Compulsória

A morbidade reflete o conjunto de agravos e doenças que acometem a população e constitui um dos principais indicadores do perfil de saúde do território. Sua análise permite compreender o comportamento epidemiológico dos agravos, identificar grupos populacionais mais vulneráveis e orientar o planejamento das ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Em Arapiraca, a Vigilância em Saúde, em articulação com a Atenção Primária, mantém monitoramento sistemático dos agravos de notificação compulsória, além de análises periódicas sobre hospitalizações e tendências de adoecimento no município.

No contexto local, destacam-se seis agravos de relevância epidemiológica e sanitária: tuberculose, hanseníase, dengue, sífilis, vírus respiratórios e intoxicação exógena. Esses agravos representam importantes desafios para o sistema municipal de saúde, seja pela sua magnitude, potencial de disseminação ou impacto na qualidade de vida da população.

A tuberculose e a hanseníase permanecem como problemas de saúde pública, relacionados a determinantes sociais como vulnerabilidade socioeconômica e acesso desigual aos serviços, exigindo ações integradas de vigilância, diagnóstico precoce e adesão ao tratamento. A dengue expressa o comportamento endêmico das arboviroses no território, com ciclos sazonais associados à dinâmica do vetor e às condições ambientais. Já a sífilis constitui um agravo de caráter prioritário, pela sua transmissibilidade e impacto na saúde sexual e reprodutiva, especialmente nos casos de transmissão vertical.

Os vírus respiratórios ganharam destaque na vigilância epidemiológica com a estruturação das unidades sentinelas no município, permitindo o monitoramento contínuo da circulação viral e a detecção precoce de surtos. Por fim, as intoxicações exógenas revelam um campo de atenção ampliado, envolvendo exposições acidentais, ocupacionais e intencionais, muitas vezes relacionadas ao uso inadequado de substâncias químicas ou à tentativa de autoextermínio.

A compreensão integrada desses agravos é fundamental para fortalecer a resposta municipal no enfrentamento das doenças transmissíveis e não transmissíveis, consolidando uma vigilância cada vez mais sensível, resolutiva e articulada ao cuidado em saúde.

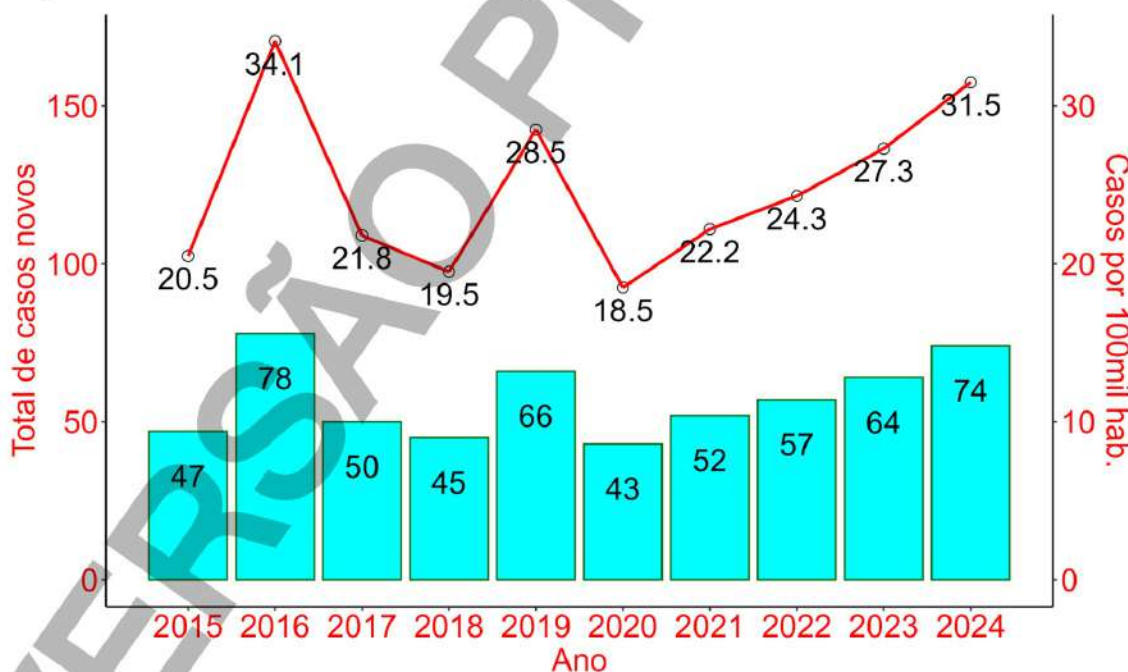
2.2.1.1 Tuberculose

A tuberculose (TB) permanece como um dos principais agravos de relevância epidemiológica no Brasil, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento. Trata-se de uma doença infecciosa crônica, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta prioritariamente os pulmões, mas pode comprometer outros órgãos e sistemas. A transmissão ocorre de pessoa a pessoa, por via aérea, e está fortemente associada a condições sociais, econômicas e ambientais que favorecem a disseminação do bacilo.

No contexto municipal, o enfrentamento da tuberculose é considerado uma prioridade de saúde pública, integrando as ações da Vigilância Epidemiológica e da Atenção Primária à Saúde. O acompanhamento contínuo dos indicadores de incidência, cura, abandono e coinfeção TB/HIV permite avaliar o desempenho da rede de atenção e a efetividade das estratégias de controle da doença.

Nos últimos anos, o município de Arapiraca tem mantido esforços para o fortalecimento da detecção precoce e do tratamento supervisionado, bem como para a ampliação da integração com a rede laboratorial e os serviços de atenção especializada.

Figura 16. Casos novos e taxa de incidência de tuberculose pulmonar segundo ano de diagnóstico
Arapiraca-AL, 2015–2024.



Fonte: SINAN local. Sujeito à alterações.

Entre 2015 e 2024, observa-se em Arapiraca oscilações importantes no número de casos novos e na taxa de incidência da tuberculose pulmonar, revelando variações

relacionadas tanto à dinâmica epidemiológica da doença quanto à capacidade de vigilância e detecção ativa do município.

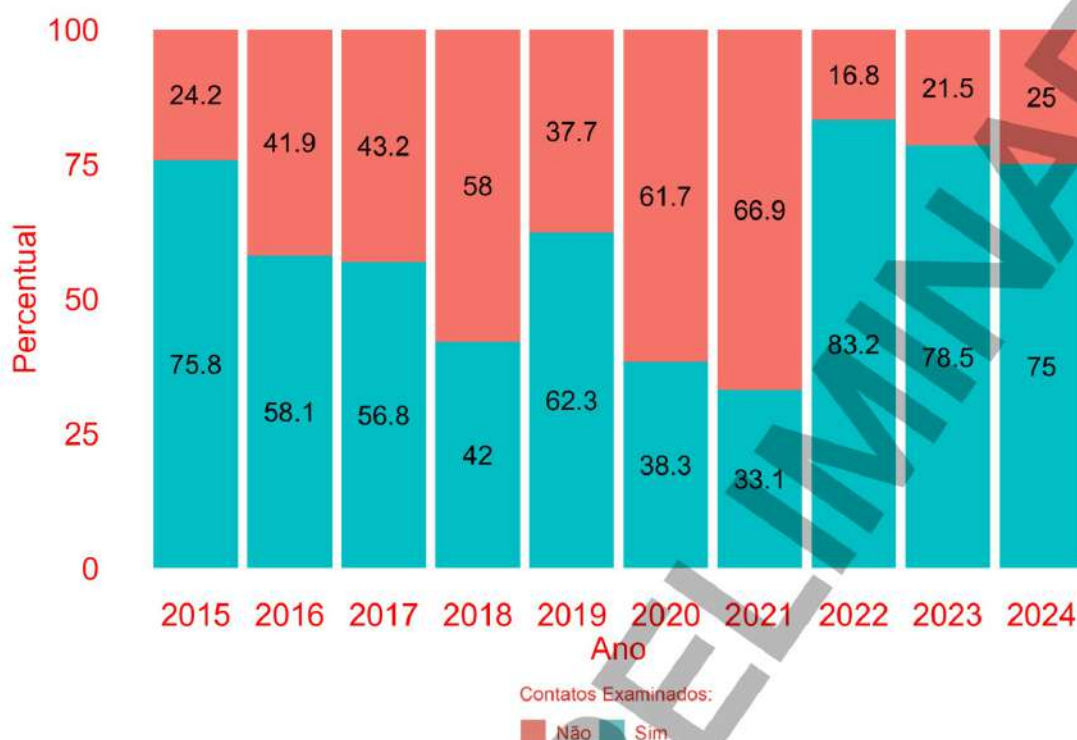
O número de casos apresentou pico em 2016 (79 casos) e queda acentuada em 2018 e 2020 (43 casos cada), período em que também se registraram as menores taxas de incidência — 18,7 e 18,5 casos por 100 mil habitantes, respectivamente. A redução observada entre 2018 e 2020 coincide com o impacto da pandemia de COVID-19 sobre os serviços de saúde, que provocou a subnotificação e atraso nos diagnósticos em todo o país.

A partir de 2021, Arapiraca demonstra tendência de recuperação da sensibilidade diagnóstica, com aumento gradual dos casos e da incidência, alcançando 75 casos e taxa de 32,0/100 mil habitantes em 2024, valor próximo ao maior já registrado na série histórica. Esse crescimento recente reflete a reestruturação das ações de vigilância, a retomada das investigações de sintomáticos respiratórios e o fortalecimento da busca ativa de casos na rede municipal, mais do que um aumento real da transmissão da doença.

O rastreamento de contatos e o tratamento supervisionado (TDO) são conduzidos pela Atenção Primária à Saúde, que desempenha papel essencial no controle territorial da tuberculose e na adesão terapêutica dos pacientes. Já o Centro de Referência Especializada em Tuberculose e Hanseníase de Arapiraca (CRETH) é responsável pelos casos de maior complexidade, como os de tuberculose resistente e multirresistente (TB-MDR), além de realizar os exames laboratoriais de acompanhamento e diagnóstico. Embora o serviço ainda não disponha de exames radiológicos, mantém fluxo estruturado com a rede de apoio diagnóstico municipal, garantindo o monitoramento clínico dos pacientes dos municípios circunvizinhos.

Em síntese, a série histórica evidencia que a tuberculose continua configurando um importante problema de saúde pública em Arapiraca, e que a retomada da capacidade diagnóstica pós-pandemia reflete o esforço do município em restabelecer a vigilância ativa, ampliar o diagnóstico precoce e fortalecer a integração entre a vigilância epidemiológica, a Atenção Primária e o CRETH. Esse movimento demonstra sensibilidade e compromisso na resposta local à doença, consolidando Arapiraca como referência regional no enfrentamento da tuberculose.

Figura 17. Proporção de contatos examinados de casos de tuberculose segundo ano de diagnóstico. Arapiraca-AL, 2015–2024.



Fonte: SINAN local. Sujeito à alterações.

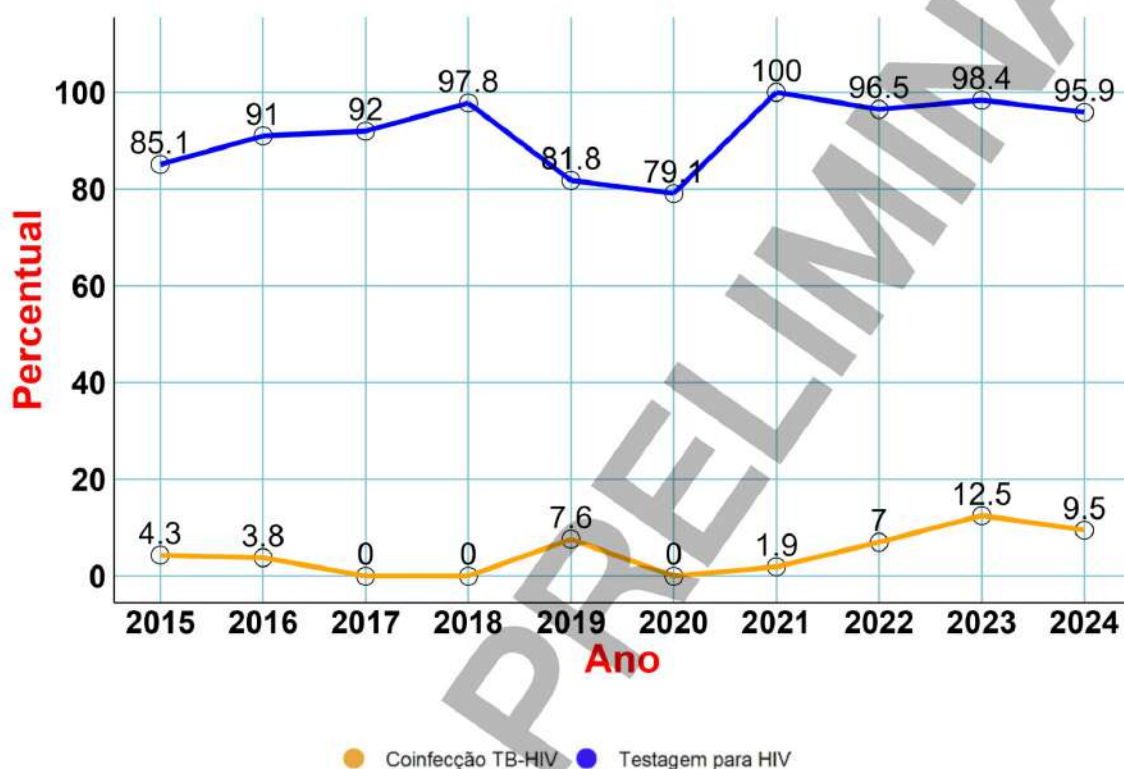
A avaliação de contatos é uma das ações centrais para o controle da tuberculose, permitindo a detecção precoce de casos secundários e a adoção de medidas preventivas em grupos expostos. Em Arapiraca, o indicador apresentou oscilações expressivas entre 2015 e 2024, refletindo tanto variações operacionais na vigilância quanto o impacto de fatores externos sobre a capacidade de rastreamento e acompanhamento.

A proporção de contatos examinados acompanhou a tendência das flutuações observadas nos casos novos, revelando oscilações significativas na efetividade das ações de vigilância epidemiológica. Em 2015, 75,8% dos contatos foram examinados, valor que declinou progressivamente até 2021 (33,1%), podendo ser reflexo do impacto da pandemia sobre as atividades de campo, a reorganização dos serviços e a suspensão temporária das visitas domiciliares.

A partir de 2022, o município demonstra forte recuperação das ações de rastreamento, alcançando 83,2% de contatos examinados em 2022, 78,5% em 2023 e 75% em 2024, retomando os patamares pré-pandêmicos. Esse desempenho reforça o reordenamento da rede municipal de vigilância, com fortalecimento da APS no rastreamento de contatos e a atuação coordenada do CRETH no diagnóstico e acompanhamento dos casos.

A retomada do rastreamento e o aumento dos contatos examinados confirmam a reorganização pós-pandemia das estratégias de controle da tuberculose em Arapiraca, demonstrando maior sensibilidade e integração entre vigilância e atenção na resposta à tuberculose.

Figura 18. Proporção de casos de tuberculose de residentes segundo realização de testagem para HIV e coinfeção-HIV. Arapiraca-AL, 2015–2024



Fonte: SINAN local. Sujeito à alterações.

A testagem para HIV entre pessoas com tuberculose é uma ação essencial de vigilância integrada, recomendada pelo Ministério da Saúde como parte das estratégias de controle das duas doenças. A coinfeção TB/HIV agrava o curso clínico da tuberculose, aumenta o risco de óbito e requer manejo clínico conjunto e início oportuno da terapia antirretroviral. Por isso, a testagem sistemática permite identificar precocemente casos de coinfeção, garantir o tratamento adequado e reduzir a transmissão comunitária.

A análise da proporção de casos de tuberculose com testagem para HIV e ocorrência de coinfeção HIV-tuberculose em Arapiraca, no período de 2015 a 2024, demonstra uma alta cobertura da testagem ao longo de toda a série histórica, com manutenção de índices superiores a 90% nos últimos anos, o que reflete o fortalecimento da integração entre os programas de vigilância da tuberculose e do HIV/AIDS no município.

Em 2015, 85,1% dos casos de tuberculose tiveram registro de testagem para HIV, percentual que aumentou progressivamente até alcançar 97,8% em 2018. Após uma leve redução em 2019 (81,8%) e 2020 (79,1%) — período coincidente com o impacto da pandemia de COVID-19 sobre as ações de rotina e a testagem em serviços de saúde —, observa-se recuperação completa da cobertura a partir de 2021, atingindo 100% em 2021 e mantendo-se acima de 95% até 2024.

Esse comportamento demonstra que o município consolidou uma cultura de oferta sistemática de testagem para HIV entre os casos de tuberculose, conforme preconiza o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), que recomendam a testagem universal para HIV em todos os casos novos e retratamentos de tuberculose.

Em relação à coinfeção TB-HIV, os percentuais permanecem com baixa magnitude e com variações interanuais, oscilando entre 0% e 12,5% ao longo do período. Os valores mais elevados foram observados em 2023 (12,5%) e 2024 (9,5%), sugerindo flutuações decorrentes do número absoluto de casos e da detecção mais sensível da coinfeção. Apesar da baixa proporção, esses registros reforçam a importância do seguimento clínico integrado entre os serviços de referência — com destaque para o Centro de Referência Especializada em Tuberculose e Hanseníase de Arapiraca (CRETH) e o Serviço de Atenção Especializada (SAE) —, garantindo o acompanhamento conjunto e o manejo adequado da coinfeção.

Para maiores informações sobre a Tuberculose em Arapiraca acesse o Boletim Tuberculose Arapiraca 2025 clicando em:

<https://web.arapiraca.al.gov.br/arquivos/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/>



2.2.1.2 Hanseníase

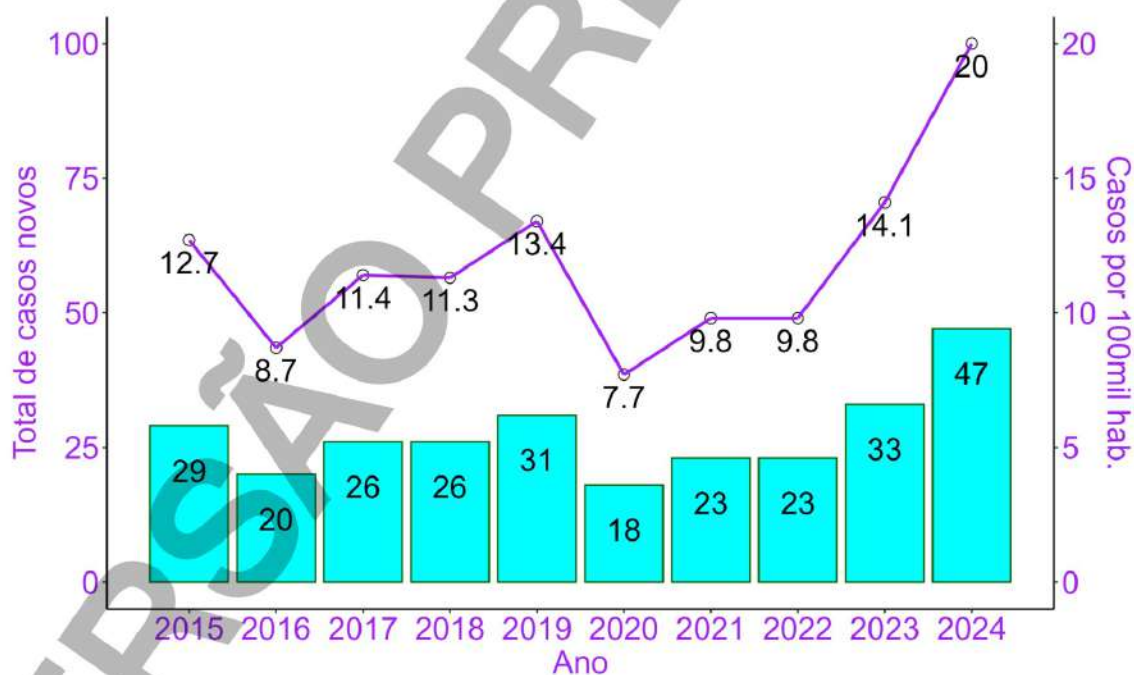
A hanseníase permanece como um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, devido à sua persistente endemicidade e

potencial incapacitante. Causada pelo *Mycobacterium leprae*, é uma doença infecciosa crônica que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos, podendo levar a deformidades físicas e estigmas sociais quando não diagnosticada e tratada precocemente.

A detecção precoce e o tratamento oportuno são as principais estratégias para interromper a cadeia de transmissão e prevenir incapacidades físicas, sendo indicadores sensíveis da efetividade da vigilância e do acesso à Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, o monitoramento da hanseníase representa um marcador da equidade e da qualidade da atenção básica, já que reflete a capacidade do território em identificar casos em estágios iniciais e acompanhar seus contatos intradomiciliares.

Em Arapiraca, a hanseníase mantém-se como um agravo de relevância epidemiológica, demandando vigilância contínua e estratégias integradas de controle, com foco na busca ativa de casos, investigação de contatos e prevenção de incapacidades.

Figura 19. Casos novos e coeficientes de detecção geral de hanseníase segundo ano de diagnóstico. Arapiraca-AL, 2015–2024.



Fonte: SINAN local. Sujeito à alterações.

A análise do comportamento da hanseníase em Arapiraca entre 2015 e 2024 revela um padrão de oscilação na detecção de casos novos, com possível tendência de redução entre 2015 e 2020, seguida de retomada progressiva a partir de 2021, alcançando expressivo aumento em 2024.

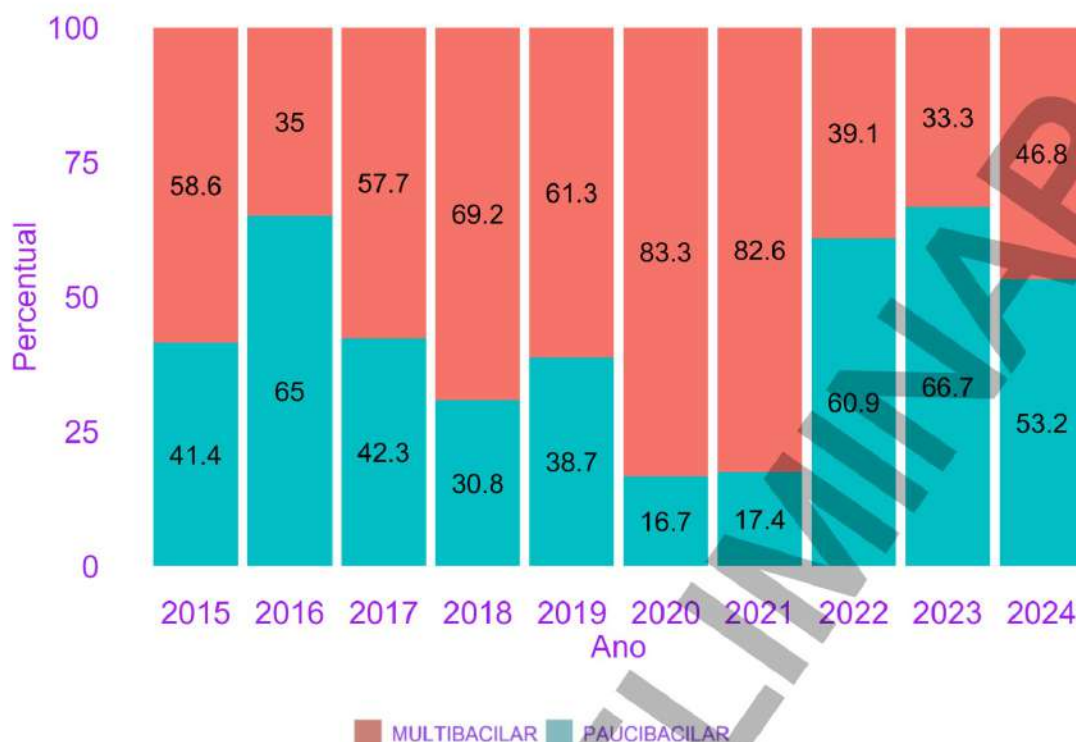
O coeficiente de detecção geral, que mede o número de casos novos por 100 mil habitantes, apresentou queda de 12,7/100 mil hab. em 2015 para 7,7/100 mil hab. em 2020, período que coincide com redução das ações de busca ativa e das consultas dermatoneurológicas na Atenção Primária, em parte impactadas pela pandemia de COVID-19. Essa redução, entretanto, não reflete necessariamente uma diminuição real da transmissão, mas sim um subdiagnóstico temporário resultante da descontinuidade dos serviços e da priorização de outras demandas emergenciais.

A partir de 2021, observa-se uma recuperação gradativa na detecção, com o coeficiente voltando a subir para 9,8/100 mil hab. em 2021 e 2022, 14,1/100 mil hab. em 2023, e atingindo 20/100 mil hab. em 2024 — o maior valor da série histórica recente. Esse aumento reflete o fortalecimento das ações de vigilância ativa e da integração entre a Atenção Primária à Saúde e o Centro de Referência Especializada em Tuberculose e Hanseníase (CRETH), que tem ampliado a capacidade diagnóstica no território.

O número absoluto de casos novos segue a mesma tendência, variando de 29 casos em 2015 para 18 em 2020, e crescendo novamente até 47 casos em 2024. Esse movimento reforça a sensibilidade epidemiológica do sistema de vigilância, que voltou a identificar casos previamente ocultos

Apesar da redução observada no início da década, o aumento recente demonstra que a hanseníase permanece como um agravo relevante de saúde pública em Arapiraca, com necessidade de manutenção de estratégias de busca ativa, educação permanente das equipes e vigilância pós-alta. O fortalecimento das ações territoriais de prevenção de incapacidades, o rastreamento de contatos e a descentralização do cuidado na APS são essenciais para interromper a cadeia de transmissão e reduzir o estigma associado à doença.

Figura 20. Distribuição percentual dos casos novos de hanseníase segundo classificação operacional e ano de diagnóstico. Arapiraca-AL, 2015–2024.



Fonte: SINAN local. Sujeito à alterações.

A classificação operacional permite compreender o estágio clínico da hanseníase no momento do diagnóstico e avaliar a efetividade das ações de detecção precoce.

A análise da distribuição percentual dos casos novos de hanseníase por classificação operacional — paucibacilar (PB) e multibacilar (MB) — em Arapiraca entre 2015 e 2024, evidencia predomínio histórico de casos multibacilares, o que reflete manutenção da transmissão ativa e diagnóstico tardio da doença no município.

Entre 2015 e 2021, observa-se uma tendência de aumento na proporção de casos MB, que passa de 58,6% em 2015 para 83,3% em 2020 e 82,6% em 2021. Esse padrão indica que, nesse período, a maioria dos casos foi diagnosticada já em estágios avançados da doença, nos quais há maior carga bacilar e maior potencial de transmissibilidade. Essa elevação na forma multibacilar pode estar associada à redução das ações de busca ativa e do exame de contatos, sobretudo durante a pandemia de COVID-19, quando houve diminuição da vigilância de campo e priorização de demandas emergenciais.

A partir de 2022, nota-se uma inversão gradual dessa tendência, com aumento da proporção de casos paucibacilares — 60,9% em 2022 e 66,7% em 2023 —, o que pode indicar retomada da capacidade diagnóstica da Atenção Primária à Saúde (APS) e identificação mais precoce dos casos. Essa mudança sugere o reforço das ações de busca ativa, capacitação de profissionais e integração com o Centro de Referência

Especializada em Tuberculose e Hanseníase (CRETH), fortalecendo a detecção de casos em estágios iniciais e de menor carga infecciosa.

Em 2024, observa-se uma leve recomposição na proporção, com 53,2% de casos paucibacilares e 46,8% multibacilares, mantendo, no entanto, um cenário mais equilibrado entre as formas clínicas e consolidando a tendência de diagnóstico mais oportuno.

Essas variações ao longo da década reforçam que a hanseníase em Arapiraca permanece como uma endemia de média magnitude, caracterizada pela convivência de casos novos em estágios iniciais e avançados, o que exige vigilância contínua, fortalecimento das estratégias de prevenção de incapacidades e ampliação da investigação de contatos intradomiciliares.

Esse comportamento evidencia avanços na resposta municipal após a pandemia, com o reforço das ações da APS, retomada das atividades de campo e maior integração entre vigilância, cuidado e reabilitação — pilares essenciais para o alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Figura 21. Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Arapiraca-AL, 2019–2024.



Fonte: SINAN local. Sujeito à alterações.

A proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase é um indicador estratégico de vigilância epidemiológica e operacional, que expressa a capacidade da

rede municipal em interromper a cadeia de transmissão da doença. Em Arapiraca, no período de 2015 a 2024, observa-se uma possível tendência ascendente no desempenho desse indicador, especialmente a partir de 2020, culminando com cobertura integral (100%) em 2024.

No início da série, em 2015 e 2016, os percentuais eram de 65,8% e 69,8%, indicando que pouco mais de dois terços dos contatos foram efetivamente examinados. Em 2017, o município alcançou 84,2%, demonstrando avanço expressivo na vigilância ativa. Contudo, entre 2018 e 2019, houve redução significativa — com o percentual atingindo 40,7% em 2019, o menor valor da série —, possivelmente refletindo desafios na manutenção das ações de campo e dificuldades operacionais nos registros e no acompanhamento das coortes.

A partir de 2020, observa-se recuperação progressiva, com aumento constante da cobertura: 61,4% em 2020, 65,6% em 2021, 75,5% em 2022, 98,3% em 2023 e 100% em 2024. O alcance de 100% em 2024 representa excelência no cumprimento da meta pactuada nacionalmente, conforme o Plano Integrado de Enfrentamento da Hanseníase 2023–2027, e reflete a consolidação de um sistema de vigilância sensível e territorializado, capaz de identificar, examinar e acompanhar os contatos de forma oportuna.

De maneira geral, o comportamento desse indicador evidencia que Arapiraca evoluiu de um cenário de fragilidade operacional para um padrão de excelência na vigilância de contatos, resultado da valorização das ações de campo, da capacitação das equipes e da institucionalização de fluxos entre os níveis de atenção. Esse desempenho reforça o comprometimento do município com a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, destacando o papel estratégico da integração entre vigilância e cuidado no fortalecimento da resposta local à endemia.

Para maiores informações sobre a Hanseníase em Arapiraca acesse o Boletim Hanseníase Arapiraca 2025 clicando em:

<https://web.arapiraca.al.gov.br/arquivos/boletim-epidemiologico-hanseniase-2025/>



2.2.1.3 Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana de transmissão sexual e vertical, passível de prevenção, diagnóstico e tratamento eficazes, porém ainda representa um dos principais desafios para a saúde pública no Brasil. De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025, o país registrou em 2024 256.830 casos de sífilis adquirida, correspondendo a uma taxa de detecção de 120,8 casos por 100 mil habitantes; 89.724 casos de sífilis em gestantes, com taxa de 35,4 por 1.000 nascidos vivos; e 24.443 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 9,6 por 1.000 nascidos vivos.

Embora o país apresente tendência recente de estabilização na sífilis adquirida e em gestantes, a sífilis congênita permanece como indicador sensível de falhas no diagnóstico e tratamento oportuno durante o pré-natal. Desde 2022, o Brasil registra redução contínua de casos de sífilis congênita, refletindo os esforços conjuntos da vigilância e da atenção à saúde, além da ampliação do acesso à testagem e do tratamento de gestantes e suas parcerias sexuais.

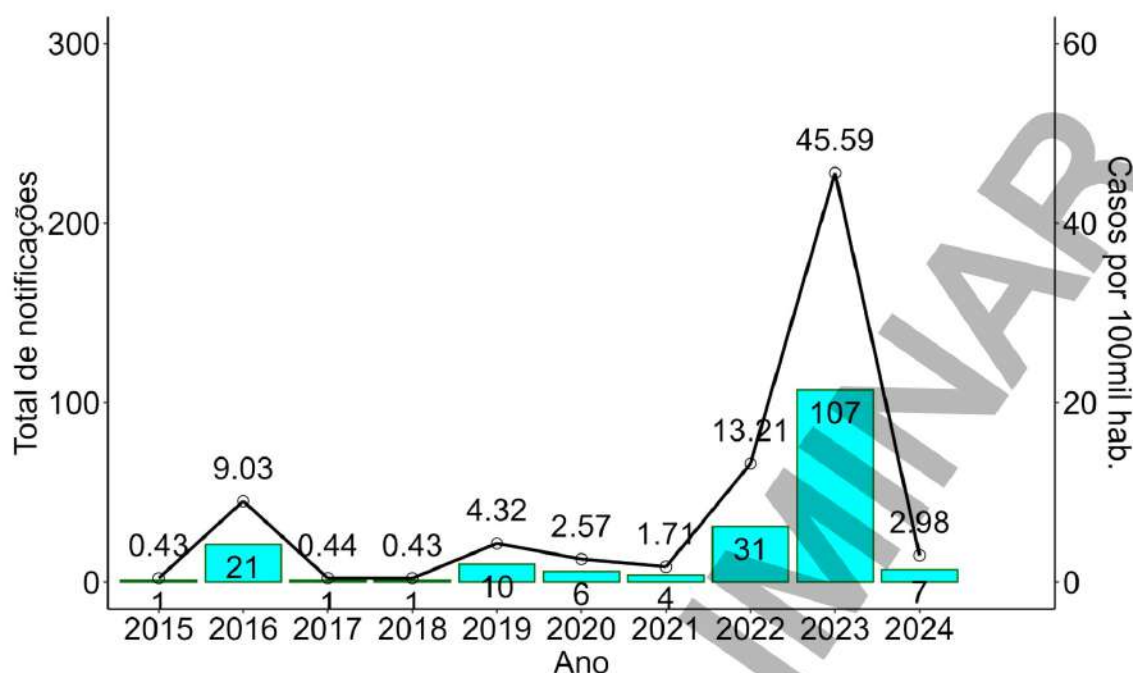
O Ministério da Saúde tem fortalecido, nos últimos anos, estratégias intersetoriais para o enfrentamento da sífilis e outras doenças determinadas socialmente, com destaque para a criação do Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente (Ciedds), o Programa Brasil Saudável e o Pacto

Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas.

Como parte dessas ações, foi instituído o processo de certificação de estados e municípios rumo à eliminação da transmissão vertical, reconhecendo boas práticas e resultados concretos na redução dos casos de sífilis congênita. Em 2024, 71 municípios brasileiros foram certificados, entre eles Arapiraca, que recebeu o Selo Ouro de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Sífilis Congênita — uma conquista que reflete o esforço articulado da Vigilância em Saúde, da Atenção Básica e da Rede de Atenção Materno-Infantil, consolidando o compromisso do município com as metas nacionais de eliminação.

2.2.1.3.1 Sífilis Adquirida

Figura 22. Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes) em residentes. Arapiraca-AL, 2015–2024.



Fonte: SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sujeito a alterações.

A evolução da taxa de detecção de sífilis adquirida em Arapiraca entre 2015 e 2024 demonstra uma mudança significativa no padrão epidemiológico do agravo. Após um período de baixa detecção entre 2015 e 2021, com taxas inferiores a 5 casos por 100 mil habitantes, observa-se a partir de 2022 um expressivo aumento nas notificações, atingindo 47,3 casos por 100 mil habitantes em 2023, antes de uma leve redução para 33,2 em 2024.

Esse crescimento pode estar relacionado tanto à intensificação das ações de vigilância e ampliação da testagem nos serviços de saúde quanto a uma melhor qualidade na notificação dos casos, refletindo o fortalecimento da rede municipal de vigilância epidemiológica e do diagnóstico laboratorial.

Apesar da redução observada em 2024, a persistência de taxas elevadas indica desafios no controle da transmissão sexual da sífilis, sobretudo no rastreamento e tratamento de parcerias. O cenário reforça a importância de manter estratégias de prevenção combinada e ampliar o diagnóstico oportuno e o acompanhamento pós-tratamento, com integração entre a atenção primária, a vigilância e a rede especializada.

Figura 23. Proporção de casos de sífilis adquirida segundo sexo e ano de diagnóstico. Arapiraca-AL, 2015–2024.

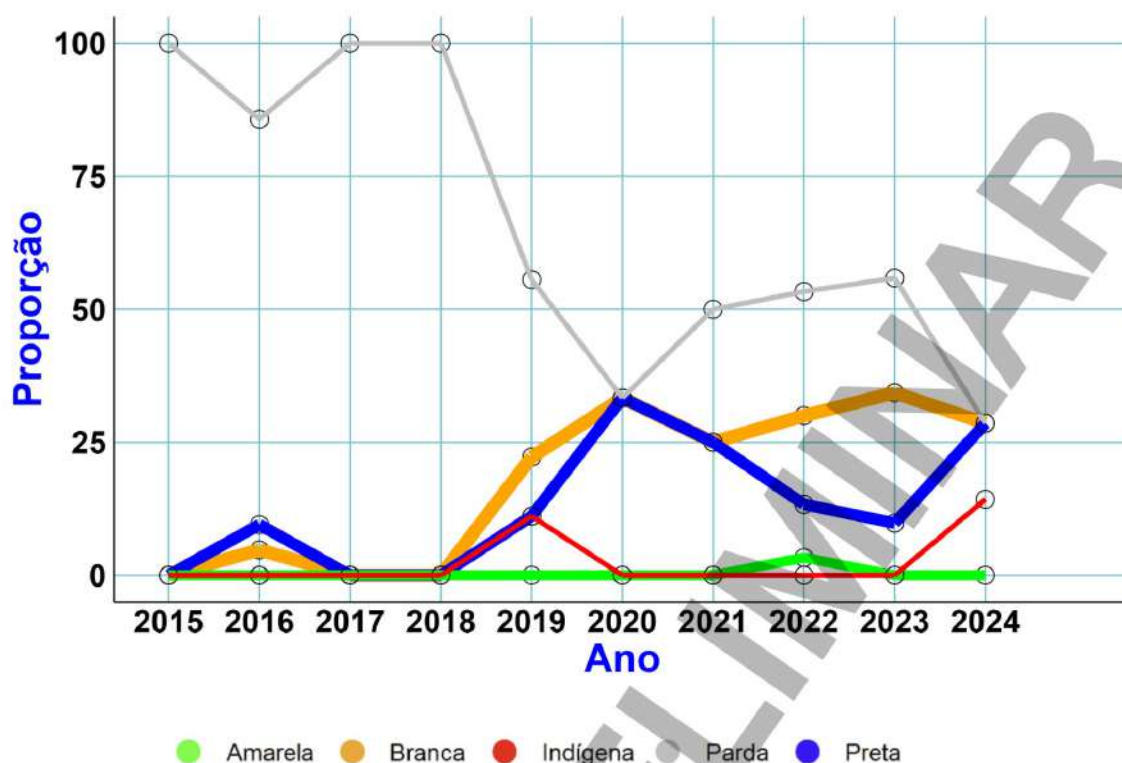


Fonte: SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sujeito à alterações

A distribuição dos casos de sífilis adquirida em Arapiraca entre 2015 e 2024 revela predomínio expressivo entre homens ao longo de toda a série histórica. Embora as oscilações anuais sejam perceptíveis, a participação masculina se manteve acima de 70% nos últimos anos, alcançando 85,9% em 2024, enquanto os casos femininos representaram 14,1%.

Essa predominância do sexo masculino está em consonância com o padrão observado nacionalmente, refletindo maior vulnerabilidade dos homens em contextos de prevenção e busca por diagnóstico precoce. Tal diferença reforça a importância de estratégias específicas de enfrentamento, voltadas à ampliação do acesso dos homens aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, com foco na testagem regular e no tratamento oportuno das infecções sexualmente transmissíveis.

Figura 24. Proporção de casos de sífilis adquirida segundo raça-cor e ano de diagnóstico. Arapiraca-AL, 2015–2024.



Fonte: SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sujeito à alterações.

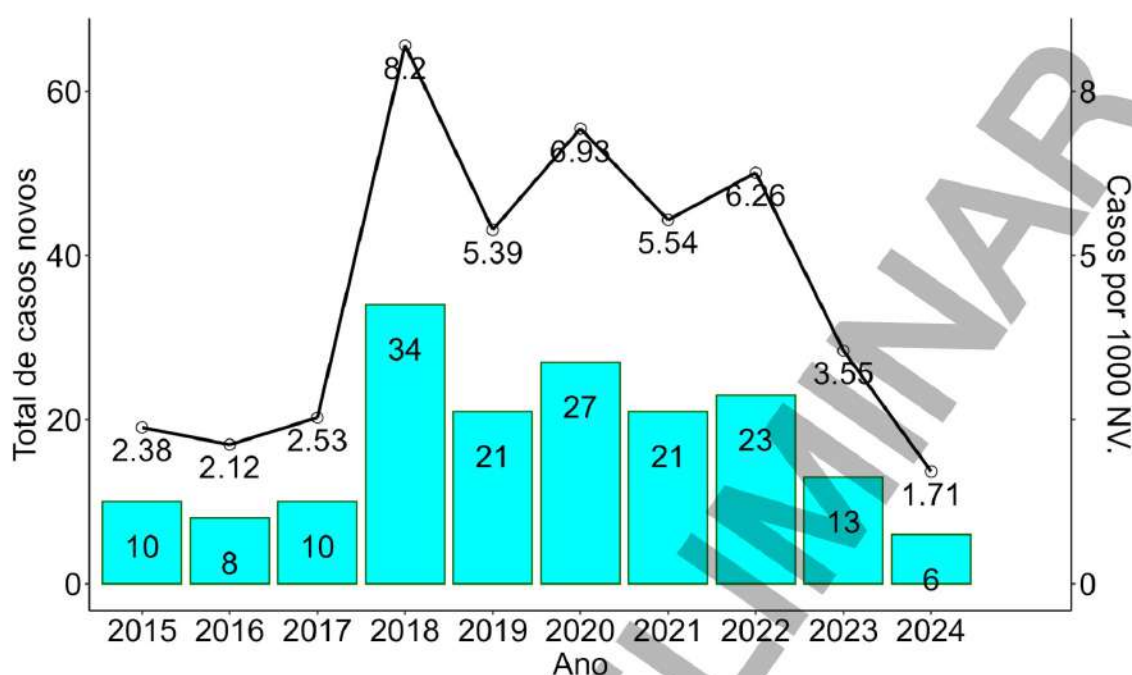
A distribuição dos casos de sífilis adquirida segundo raça/cor em Arapiraca, no período de 2015 a 2024, evidencia um perfil marcadamente desigual, refletindo determinantes sociais de saúde e desigualdades estruturais.

Ao longo da série, observa-se predomínio da população parda, que concentrou a maior proporção de casos em praticamente todos os anos, oscilando entre 50% e 100% do total de notificações. Esse padrão acompanha o perfil demográfico local, mas também aponta maior vulnerabilidade dessa população em relação ao acesso a medidas de prevenção e diagnóstico precoce.

Nos últimos anos, nota-se aumento relativo entre pessoas autodeclaradas brancas e pretas, que juntas responderam por cerca de 40% das notificações em 2024, enquanto as categorias amarela e indígena mantiveram proporções residuais.

2.2.1.3.2 Sífilis em Gestante

Figura 25. Taxa de detecção de sífilis em gestante por 1.000 nascidos vivos de mães residentes. Arapiraca-AL, 2015–2024.



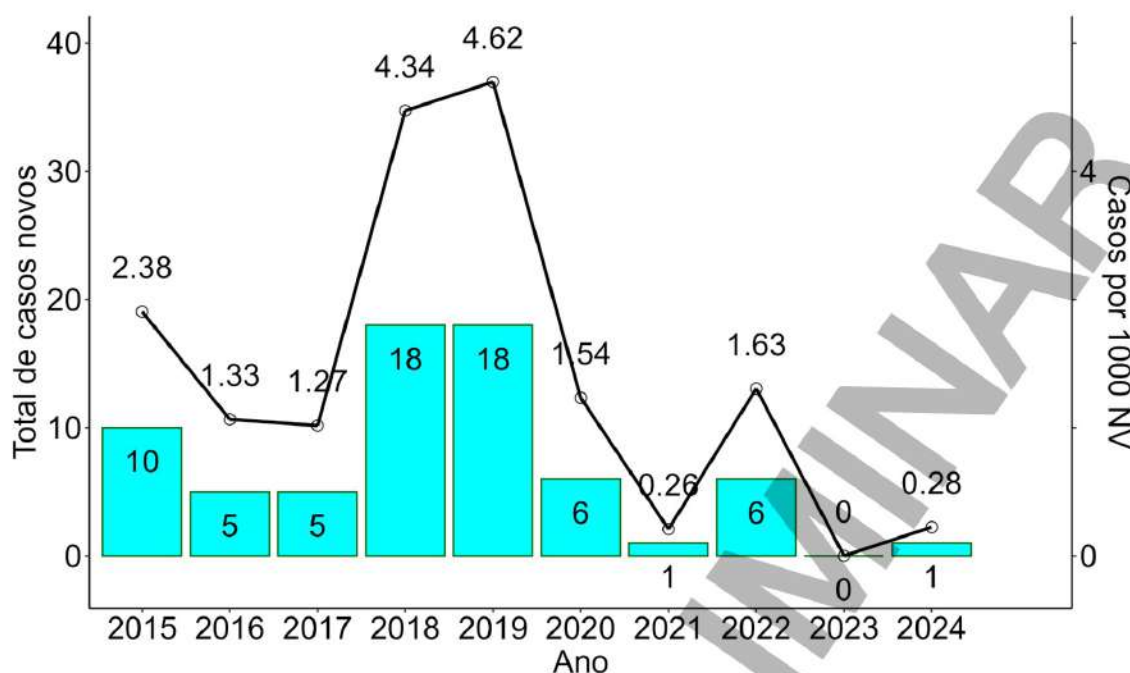
Fonte: SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sujeito à alterações.

A taxa de detecção de sífilis em gestantes em Arapiraca apresentou oscilações significativas entre 2015 e 2024, sendo que o pico ocorreu em 2018, com 9,16 casos por 1.000 nascidos vivos, seguido por um declínio gradual até 2023, quando atingiu 3,55 casos por 1.000 nascidos vivos, voltando a crescer levemente em 2024 (4,55/1.000 NV).

Apesar da redução em relação aos anos de maior incidência, os dados ainda evidenciam circulação ativa do agravo entre gestantes, o que reforça a importância de ações contínuas de testagem precoce, tratamento adequado das gestantes e de seus parceiros, e fortalecimento do pré-natal como principal estratégia de prevenção da transmissão vertical. O comportamento da taxa também pode estar relacionado à ampliação da notificação e do diagnóstico na Atenção Primária à Saúde.

2.2.1.3.3 Sífilis Congênita

Figura 27. Taxa de detecção de sífilis congênita por 1000 nascidos vivos de mães residentes. Arapiraca-AL, 2015-2024.



Fonte: SINAN. Sujeito à alterações.

A análise da taxa de detecção de sífilis congênita em Arapiraca entre 2015 e 2024 demonstra tendência expressiva de redução no número de casos, especialmente após 2019. O pico ocorreu em 2018, com 6,03 casos por 1.000 nascidos vivos, seguido de queda progressiva, chegando a 0,85 por 1.000 NV em 2024. Esse comportamento reflete os avanços nas ações de vigilância, diagnóstico e tratamento precoce das gestantes, além da integração entre Atenção Primária, Vigilância em Saúde e Rede Materno-Infantil.

Os dados corroboram o reconhecimento nacional do município, que em 2024 recebeu o Selo Ouro de Boas Práticas Rumo à Eliminação da Sífilis Congênita, concedido pelo Ministério da Saúde. Essa conquista evidencia o comprometimento das equipes de saúde com a ampliação da testagem no pré-natal, a garantia do tratamento adequado das gestantes e de seus parceiros e o fortalecimento das estratégias intersetoriais voltadas à eliminação da transmissão vertical.

Embora o cenário atual denota controle consistente do agravo, a manutenção dessa tendência requer vigilância contínua, capacitação das equipes e ações de busca ativa de gestantes e recém-nascidos expostos, assegurando a sustentabilidade dos resultados obtidos.

Tabela 5. Distribuição absoluta e relativa de sífilis congênita segundo algumas características. Arapiraca-AL, 2020-2024.

Variáveis	n	%
-----------	---	---

Faixa Etária da Mãe		
Branco	1	6,67
15-19	1	6,67
20-34	10	66,67
35-49	3	20,00
Escolaridade da Mãe		
Ign/Branco	2	13,33
1ª a 4ª série incompleta do EF	3	20,00
4ª série completa do EF	2	13,33
5ª a 8ª série incompleta do EF	3	20,00
Ensino médio incompleto	1	6,67
Ensino médio completo	4	26,67
Realização de Pré-Natal		
Ign/Branco	1	6,67
Sim	14	93,33
Não	0	0,00
Diagnóstico de Sífilis Materna		
Durante o pré-natal	6	40,00
No momento do parto/curetagem	9	60,00

Fonte: SINAN. Sujeito à alterações.

A análise dos casos de sífilis congênita notificados em Arapiraca entre 2020 e 2024 revela um perfil concentrado em mulheres jovens, com baixa escolaridade, e com diagnóstico predominantemente realizado durante o pré-natal — ainda que próximo a metade das infecções tenham sido detectadas tardiamente, no momento do parto ou curetagem.

Em relação à faixa etária materna, observa-se que 61,9% das mães se encontravam na faixa de 20 a 34 anos, faixa etária de maior fecundidade no município, enquanto 19,05% eram adolescentes (15 a 19 anos). Essa presença expressiva de adolescentes reforça a vulnerabilidade desse grupo, frequentemente associada à menor adesão ao pré-natal e à limitação de acesso a informações sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Quanto à escolaridade, nota-se que mais da metade das mães (57,1%) apresentava até o ensino fundamental incompleto, com destaque para o grupo de 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (28,6%). Apenas 23,8% possuíam ensino médio

completo, o que sugere uma relação direta entre baixa escolaridade e maior risco de ocorrência de sífilis congênita, como amplamente descrito na literatura nacional. O nível de instrução influencia o acesso aos serviços de saúde, o entendimento das orientações durante o pré-natal e a adoção de comportamentos preventivos, como o uso do preservativo e o tratamento simultâneo do parceiro sexual.

No tocante à realização do pré-natal, todos os casos analisados (100%) indicaram que as gestantes realizaram acompanhamento pré-natal, o que aponta para boas taxas de cobertura do cuidado pré-natal em Arapiraca. Entretanto, a ocorrência de sífilis congênita mesmo entre mulheres que realizaram o acompanhamento revela falhas qualitativas no processo de cuidado, como diagnóstico tardio, interrupção do tratamento, ausência de testagem do parceiro ou inadequação da terapêutica conforme o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.

Essas fragilidades também se refletem na variável referente ao momento do diagnóstico da sífilis materna: 52,38% dos casos foram detectados durante o pré-natal, enquanto 47,62% apenas no momento do parto ou curetagem. Essa proximidade entre as proporções sugere que quase metade das infecções não foi identificada e/ou tratada a tempo de evitar a transmissão vertical, o que demanda reforço das estratégias de rastreamento e manejo oportuno da sífilis nas gestantes e seus parceiros.

Em síntese, o perfil epidemiológico da sífilis congênita em Arapiraca entre 2020 e 2024 evidencia que, embora o município apresente alta cobertura de pré-natal e forte estrutura de atenção básica, persistem desafios relacionados à qualidade do cuidado, rastreamento precoce e tratamento adequado das gestantes e parceiros. A concentração de casos em mulheres jovens e de menor escolaridade reforça a importância de ações integradas de educação em saúde, fortalecimento da vigilância e ampliação do acesso à testagem rápida e tratamento no território.

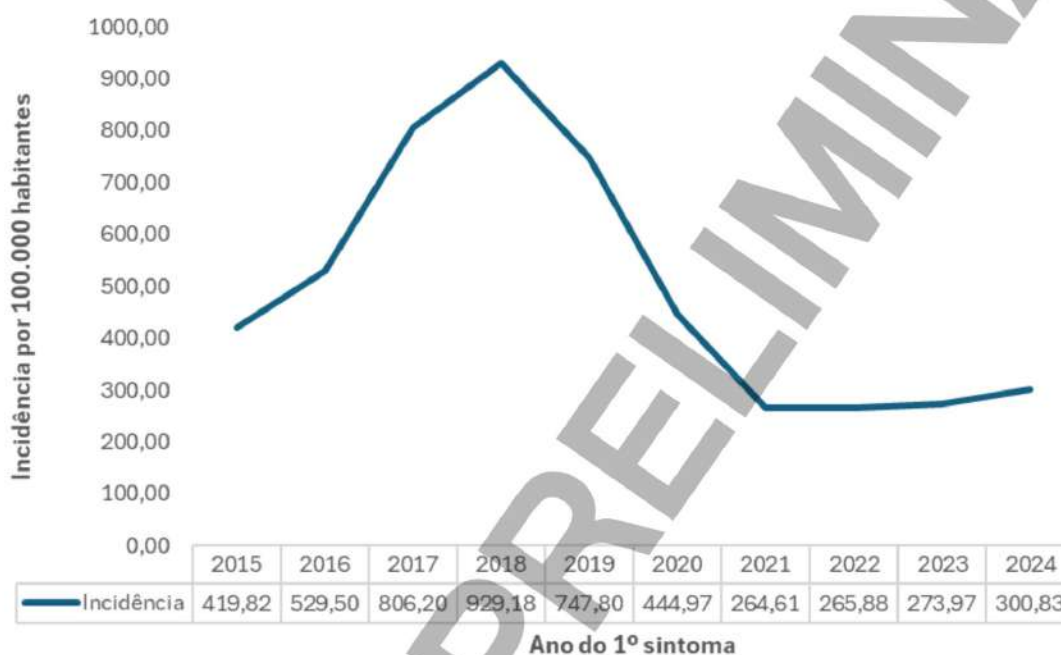
2.2.1.4 Intoxicação Exógena

A intoxicação exógena compreende um conjunto de agravos resultantes da exposição a agentes químicos, físicos ou biológicos presentes no ambiente, em alimentos, medicamentos ou produtos de uso doméstico, profissional e agrícola. Esses eventos ocorrem quando substâncias potencialmente tóxicas penetram no organismo humano em quantidades capazes de causar efeitos deletérios à saúde, podendo evoluir com manifestações clínicas leves, moderadas ou graves, e, em casos extremos, resultar em óbito.

Trata-se de um problema de saúde pública de caráter multifatorial, que reflete a interação entre condições ambientais, ocupacionais, socioeconômicas e comportamentais. No Brasil, as intoxicações exógenas figuram entre os principais

agravos de notificação compulsória, conforme regulamentação do Ministério da Saúde, sendo monitoradas por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O registro sistemático dos casos permite identificar grupos vulneráveis, substâncias envolvidas e padrões de exposição, orientando ações de prevenção, vigilância e controle.

Figura 28. Taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de intoxicação exógena em residentes. Arapiraca-AL, 2015-2024.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos e Notificação – SINAN Net (2025)

A evolução das taxas de intoxicação exógena em residentes de Arapiraca entre 2015 e 2024 demonstra um padrão ascendente até 2018, seguido de um declínio expressivo e estabilização em patamares mais baixos nos anos recentes. Esse comportamento reflete não apenas oscilações nos determinantes sociais e ambientais, mas também mudanças no processo de vigilância e notificação do agravo no município.

Entre 2015 e 2018, a taxa de incidência apresentou crescimento contínuo, passando de 419,8 para 929,2 casos por 100 mil habitantes — o que representa aumento de mais de 120% em quatro anos. Esse pico pode estar associado à melhoria dos sistemas de vigilância epidemiológica, à implantação de fluxos de notificação mais efetivos e à ampliação do reconhecimento clínico dos casos, sobretudo no contexto da integração das unidades de urgência e atenção básica ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A partir de 2019, verifica-se uma queda progressiva e acentuada, atingindo 264,6 casos por 100 mil habitantes em 2021, o menor valor da série. Essa redução pode ser

explicada por múltiplos fatores, entre eles: a redução do uso de agrotóxicos em pequenas propriedades rurais durante o período pandêmico, a queda nas notificações em decorrência da priorização de outros agravos durante a COVID-19, e o fortalecimento de ações preventivas e educativas desenvolvidas pela Vigilância em Saúde e pela Vigilância Sanitária municipal, voltadas ao uso seguro de medicamentos e substâncias químicas.

Nos anos subsequentes (2022–2024), observa-se tendência de estabilização das taxas em torno de 270 a 300 casos por 100 mil habitantes, sugerindo manutenção da vigilância ativa, mas também indicando que o agravo permanece como um desafio de saúde pública, especialmente considerando sua multiplicidade de causas — desde acidentes domésticos e intoxicações medicamentosas até tentativas de autoextermínio.

O padrão descrito demonstra a importância de Arapiraca como referência regional para notificações de intoxicação exógena, em função da presença de serviços especializados e da articulação entre as áreas técnicas da vigilância. No entanto, o declínio observado nos últimos anos aponta para a necessidade de avaliar se a redução representa efetiva diminuição da incidência ou subnotificação decorrente de fragilidades na captação de casos.

Tabela 6. Distribuição das intoxicações exógenas em residentes segundo circunstância e ano do 1º sintoma(s). Arapiraca-AL, 2015-2024.

Circunstância	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Ign/Branco	326	569	777	811	633	227	24	22	33	30	3452
Acidental	141	163	184	179	163	142	121	119	150	155	1517
Ambiental	29	33	100	155	72	58	32	8	19	11	517
Uso terapêutico	52	88	231	228	134	96	22	13	11	15	890
Automedicação	28	15	15	20	20	20	24	20	23	16	201
Ingestão de alimento	83	109	286	301	165	155	15	25	20	18	1177

Tentativa de suicídio	270	230	264	372	489	310	334	373	345	424	3411
Outros	41	25	31	75	57	29	48	44	42	64	456
Total	970	1232	1888	2141	1733	1037	620	624	643	733	11621

Fonte: SINAN Net

A análise das circunstâncias relacionadas às intoxicações exógenas notificadas em Arapiraca entre 2015 e 2024 evidencia a complexidade e a multicausalidade desse agravo, envolvendo fatores comportamentais, ambientais, terapêuticos e sociais. No período, foram registrados 11.621 casos, com predomínio de notificações classificadas como ignorada/branca (29,7%), seguidas de tentativas de suicídio (29,4%) e intoxicações acidentais (13,1%).

A alta proporção de registros com circunstância ignorada indica fragilidades no preenchimento das fichas de notificação e na investigação epidemiológica, comprometendo a completude das informações. Esse achado reforça a importância da qualificação contínua dos profissionais da vigilância e dos serviços sentinelas, de modo a assegurar a correta identificação do contexto de exposição.

Entre as circunstâncias conhecidas, destaca-se o expressivo número de casos associados a tentativas de suicídio, que totalizaram 3.411 registros (29,4%) no período. Esse padrão tem se mantido ao longo dos anos e reflete um importante problema de saúde mental, com impactos diretos sobre a morbimortalidade local. O aumento observado entre 2018 e 2024 (de 372 para 424 casos) indica a necessidade de integração entre a Vigilância em Saúde, a Atenção Primária e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com estratégias voltadas à prevenção do suicídio e ao cuidado integral em saúde mental, sobretudo entre adolescentes e adultos jovens.

As intoxicações acidentais (13,1%) configuram a terceira circunstância mais frequente, refletindo exposições não intencionais a medicamentos, produtos de limpeza, alimentos ou substâncias químicas presentes no ambiente domiciliar. Esses casos estão frequentemente relacionados a crianças e idosos, faixas etárias mais suscetíveis, e apontam para a necessidade de ações educativas e preventivas nos territórios, voltadas ao armazenamento seguro e uso consciente de produtos potencialmente tóxicos.

Outras circunstâncias identificadas, como uso terapêutico (7,7%), ingestão de alimentos (10,1%) e automedicação (1,7%), embora com menor expressão numérica, representam situações de risco vinculadas ao uso inadequado de medicamentos e à falta de orientação farmacêutica, reiterando a importância da vigilância sanitária e farmacovigilância como eixos complementares na prevenção dessas ocorrências.

O grupo de intoxicações ambientais (4,4%), por sua vez, guarda relação com o contexto socioeconômico local, marcado por atividades agropecuárias e uso de defensivos agrícolas. Apesar da redução dos registros a partir de 2020, possivelmente influenciada pela pandemia e pela subnotificação, o dado reforça a necessidade de monitoramento contínuo dos riscos ocupacionais e ambientais em áreas rurais e periurbanas do município.

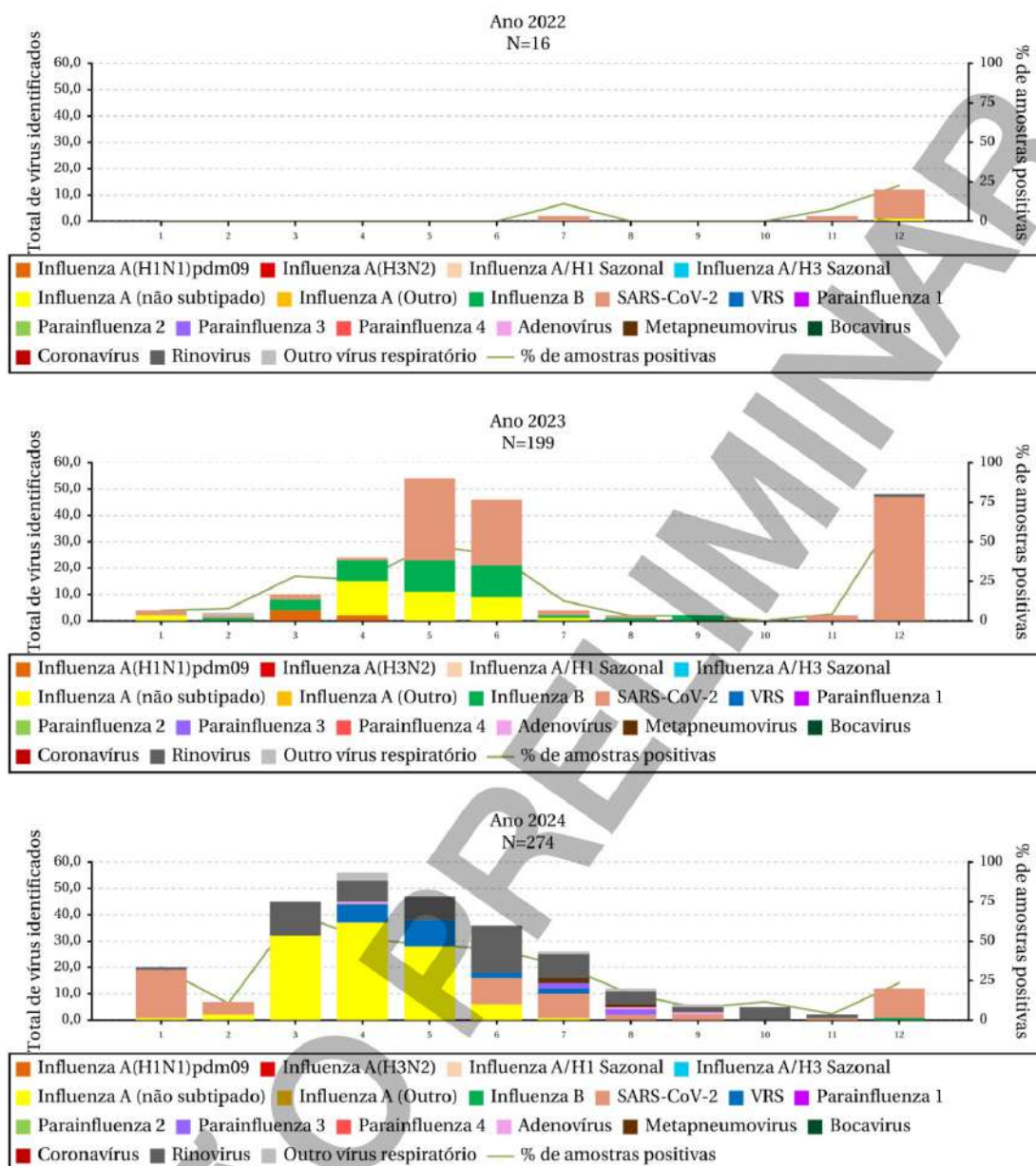
Em síntese, a Tabela 6 revela que as intoxicações exógenas em Arapiraca configuram um agravo relevante e persistente, marcado pela predominância de causas intencionais (tentativas de suicídio) e pela vulnerabilidade de grupos expostos a situações acidentais e ocupacionais. O cenário exige ações intersetoriais e integradas, que aliem vigilância epidemiológica, promoção da saúde, educação em segurança química e fortalecimento da atenção psicossocial, de forma a reduzir a incidência e mitigar os impactos desse agravo na população arapiraquense.

2.2.1.5 Vírus Respiratórios

Os vírus respiratórios representam um dos principais grupos de agentes etiológicos responsáveis por infecções agudas do trato respiratório, abrangendo desde quadros leves, como resfriados comuns, até doenças graves, incluindo síndromes respiratórias agudas e pneumonias. Sua transmissão ocorre predominantemente por gotículas respiratórias e contato direto ou indireto com secreções contaminadas, favorecendo ampla disseminação, especialmente em ambientes fechados e com alta densidade populacional.

A vigilância laboratorial e sentinela dos vírus respiratórios constitui uma estratégia essencial para o monitoramento da circulação viral e detecção precoce de surtos, subsidiando a adoção de medidas de prevenção e controle, além de orientar decisões clínicas e políticas públicas de imunização e manejo assistencial. Essa vigilância permite identificar a sazonalidade viral, acompanhar a introdução ou reemergência de novos subtipos e fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde frente a eventos de importância nacional e internacional.

Figura 29. Distribuição mensal de vírus respiratórios identificados em amostras processadas pelas unidades sentinelas de Arapiraca (Complexo Multiprofissional de Saúde e UPA Noel Macedo) segundo ano. Arapiraca-AL, 2022–2024.



Fonte: SIVEP-GRIPE

A partir de 2023, com a implantação das duas unidades sentinelas de vírus respiratórios em Arapiraca — o Complexo Multiprofissional de Saúde, voltado à população residente no município, e a UPA Noel Macedo, referência para os casos da 7ª Região de Saúde — houve ampliação significativa na vigilância laboratorial dos agentes etiológicos responsáveis pelas Síndromes Gripais (SG) e Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG). As amostras coletadas semanalmente são encaminhadas ao Laboratório Central de Saúde Pública de Alagoas (LACEN/AL), possibilitando o monitoramento contínuo dos vírus em circulação e contribuindo para a orientação das ações de prevenção e controle.

Em 2022, o número de amostras analisadas foi reduzido (N=16), o que limitou a representatividade dos resultados. Mesmo assim, observou-se circulação pontual de vírus Influenza A(H3N2), com maior concentração nos meses de novembro e dezembro, coincidindo com a sazonalidade típica dos vírus respiratórios no Nordeste.

Em 2023, já com a rede sentinela estruturada, houve expressiva ampliação do número de amostras processadas (N=199), com pico de positividade entre abril e junho, associado principalmente à circulação de Influenza A(H1N1)pdm09, Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e SARS-CoV-2. Esse período coincide com o aumento da demanda assistencial nas unidades de pronto atendimento e serviços de urgência, refletindo o comportamento sazonal dos vírus respiratórios.

Em 2024, o número de amostras processadas quase triplicou (N=274), consolidando a capacidade operacional das unidades sentinelas. O perfil de detecção tornou-se mais diversificado, com identificação simultânea de múltiplos vírus — incluindo Rinovírus, Adenovírus, Metapneumovírus, Bocavírus e diferentes subtipos de Influenza A e B — indicando co-circulação viral e maior sensibilidade da vigilância laboratorial. O padrão temporal manteve-se semelhante ao do ano anterior, com maior concentração de casos positivos nos meses de março a junho, período de transição entre o verão e o início do outono.

O fortalecimento da vigilância sentinela permitiu elevar a capacidade diagnóstica e a qualidade das informações epidemiológicas, fornecendo subsídios para a gestão oportuna das campanhas de vacinação contra Influenza e COVID-19, além de apoiar a detecção precoce de surtos e a caracterização de novos agentes respiratórios em circulação.

O monitoramento das unidades sentinelas demonstra um padrão sazonal bem definido de circulação viral em Arapiraca, com aumento expressivo da positividade entre os meses de março e julho, coincidindo com o período de maior umidade e menor temperatura média no agreste alagoano.

Esse comportamento é consistente com o observado em outras regiões do Nordeste e indica que os picos de síndrome gripal no município estão fortemente associados à transmissão comunitária de Influenza A(H1N1)pdm09, Vírus Sincicial Respiratório (VSR) e, mais recentemente, à reintrodução de SARS-CoV-2 como agente de coinfeção respiratória.

A consolidação da vigilância sentinela local permitiu identificar, ainda, a co-circulação de múltiplos vírus — como Rinovírus, Adenovírus, Metapneumovírus e Bocavírus — sobretudo em 2024, refletindo o aprimoramento das estratégias de coleta e a ampliação do número de amostras analisadas pelo LACEN/AL.

Esses achados reforçam a importância da manutenção contínua do envio semanal de amostras, do treinamento das equipes de vigilância e atenção básica, e da integração entre os níveis municipal e estadual na análise dos resultados, garantindo a detecção precoce de surtos e a atualização oportuna das medidas de resposta, como campanhas de vacinação, ampliação do diagnóstico rápido e comunicação de risco à população.

2.2.1.6 Arboviroses

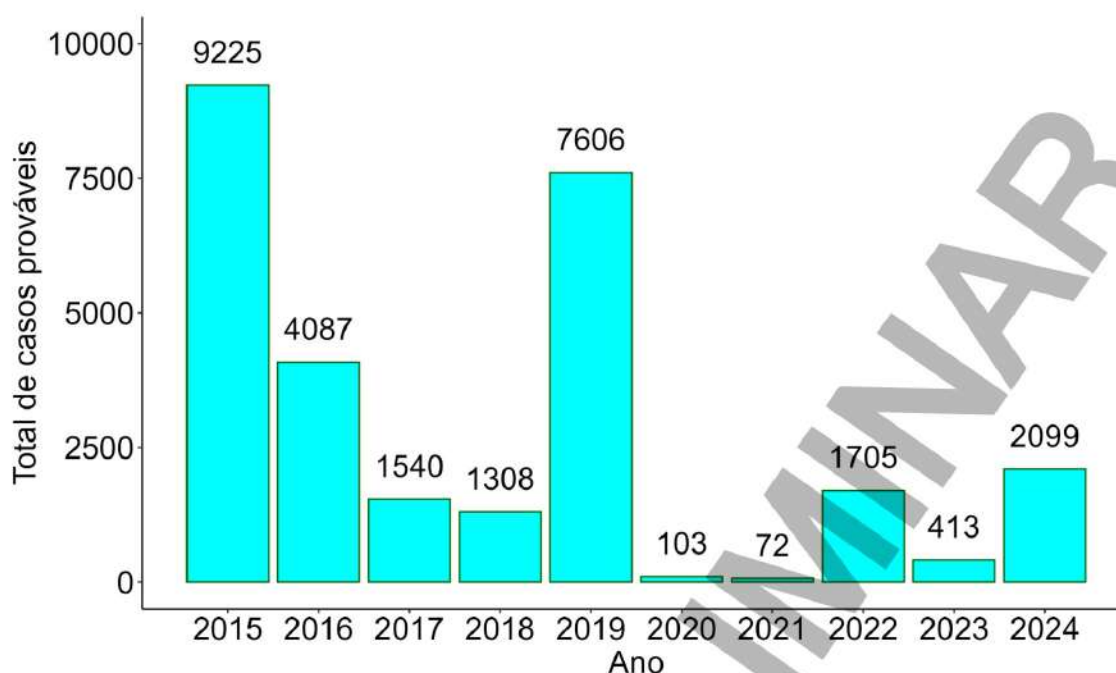
As arboviroses constituem um importante grupo de doenças infecciosas causadas por vírus transmitidos por artrópodes, especialmente mosquitos do gênero *Aedes*, com destaque para *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. Entre as principais doenças estão dengue, chikungunya e zika, que têm se consolidado como agravos de relevância sanitária no Brasil, apresentando comportamento endêmico com recorrentes surtos epidêmicos e ampla disseminação territorial.

Essas doenças compartilham características epidemiológicas semelhantes, como sazonalidade associada ao período chuvoso, forte influência das condições ambientais e urbanas, além da vulnerabilidade social dos territórios — fatores que favorecem a manutenção dos criadouros e a expansão do vetor. A mobilidade populacional e a circulação concomitante de diferentes sorotipos e genótipos virais aumentam a complexidade do cenário, tornando indispensável a vigilância integrada e contínua.

Em Arapiraca, a vigilância das arboviroses é realizada de forma articulada entre os eixos de vigilância epidemiológica, entomológica e ambiental, com ações de monitoramento vetorial, investigação de casos, manejo clínico e campanhas educativas voltadas ao controle do *Aedes aegypti*. Apesar dos avanços na resposta local, as flutuações nos coeficientes de incidência evidenciam a persistência do agravo como problema de saúde pública, demandando esforços permanentes de prevenção e mobilização comunitária.

Nos tópicos a seguir, são apresentadas as análises específicas de cada arbovirose — dengue, chikungunya e zika —, destacando seus padrões temporais, ciclos epidêmicos e implicações para o planejamento das ações de vigilância e controle no município de Arapiraca.

Figura. Distribuição dos casos prováveis de dengue, segundo ano de início dos sintomas. Arapiraca-AL, 2015-2024.



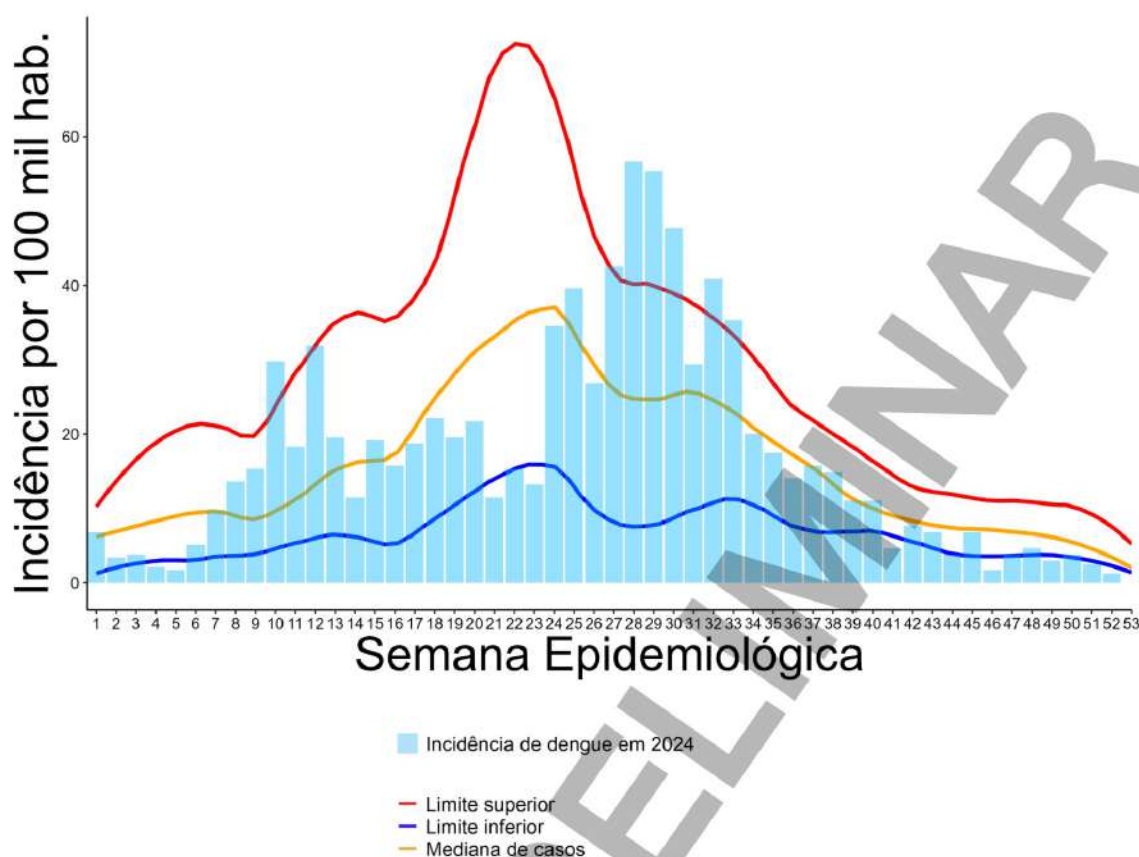
Fonte: SINAN online.

Em Arapiraca, a análise da série histórica evidencia o comportamento endêmico e epidêmico típico da dengue, com oscilações expressivas ao longo dos anos. Conforme apresentado na Figura, observa-se que o município registrou picos epidêmicos marcantes em 2015 (9.225 casos prováveis) e 2019 (7.606 casos), seguidos por um declínio acentuado nos anos de 2020 e 2021 — período coincidente com a pandemia de COVID-19, quando houve redirecionamento das ações de vigilância e provável subnotificação de casos leves.

A partir de 2022, nota-se tendência de retomada da circulação viral, com novo aumento de notificações em 2024 (2.099 casos prováveis), o que pode estar relacionado ao relaxamento das medidas de controle, à reintrodução de sorotipos distintos e às condições climáticas favoráveis à reprodução do vetor. O comportamento oscilatório do agravo reforça a necessidade de manutenção contínua das ações de vigilância entomológica, controle vetorial e educação em saúde, especialmente no período pré-chuvoso.

A dengue, portanto, permanece como uma endemia de alta sensibilidade ambiental e social, exigindo atuação intersetorial e planejamento territorializado das ações de enfrentamento — desde o monitoramento larvário até a resposta rápida às notificações e à intensificação das campanhas comunitárias de prevenção.

Figura. Diagrama de controle dos casos prováveis de dengue. Arapiraca-AL, 2024.



Fonte: SINAN online

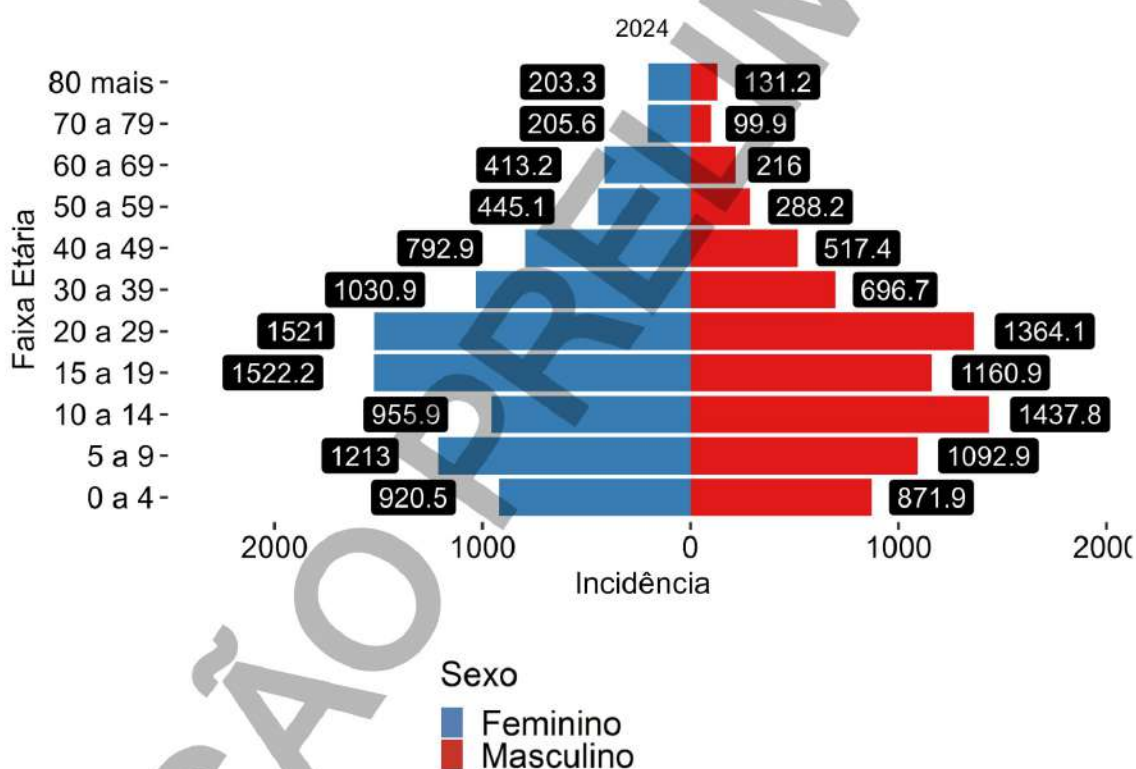
A análise do diagrama de controle da dengue em Arapiraca para o ano de 2024 evidencia um padrão sazonal bem definido, com incremento progressivo da incidência a partir das primeiras semanas epidemiológicas e um pico expressivo entre as semanas 21 e 25, quando o coeficiente ultrapassou o limite superior esperado para o período. Esse comportamento reflete a intensificação da transmissão no final do primeiro semestre, coincidente com o período de maior pluviosidade e temperatura elevada — condições ambientais favoráveis à proliferação do *Aedes aegypti* e à circulação viral.

Observa-se que, nas semanas iniciais (1 a 10), o município manteve coeficientes dentro da faixa de controle, indicando transmissão compatível com o comportamento histórico. A partir da semana 11, entretanto, há tendência ascendente que ultrapassa a mediana de casos e evolui rapidamente até o pico epidêmico em torno da semana 23, com incidência superior a 60 casos por 100 mil habitantes.

Após esse período, nota-se declínio gradual dos casos ao longo do segundo semestre, com estabilização abaixo da mediana histórica a partir da semana 34, sinalizando o arrefecimento da epidemia. A retomada de valores próximos à linha de base nas semanas finais indica o encerramento do ciclo sazonal da doença em 2024.

O comportamento observado reforça o caráter cíclico e sazonal da dengue, com concentração dos casos no outono e início do inverno, e destaca a importância das ações antecipatórias de vigilância e controle vetorial, sobretudo entre os meses de janeiro e abril. A manutenção de coeficientes acima da mediana histórica durante boa parte do primeiro semestre demonstra que, apesar dos esforços de controle, o município ainda apresenta alta vulnerabilidade para ocorrência de surtos, exigindo estratégias integradas de mobilização comunitária, eliminação de criadouros e monitoramento entomológico contínuo.

Figura. Incidência de casos prováveis de dengue (por 100.000 habitantes) segundo sexo e faixa etária. Arapiraca-AL, 2024.



Fonte: SINAN online.

A distribuição da incidência de casos prováveis de dengue em Arapiraca, no ano de 2024, segundo sexo e faixa etária, evidencia que o agravo atinge todos os grupos etários e ambos os sexos, reafirmando seu caráter de alta disseminação e ampla circulação viral no território. Nenhuma faixa etária esteve isenta de registros, o que demonstra a manutenção do vetor e a persistência da transmissão comunitária em diferentes contextos populacionais.

Ainda que presente em toda a população, observa-se que as maiores taxas de incidência concentraram-se entre adolescentes e adultos jovens, especialmente nas

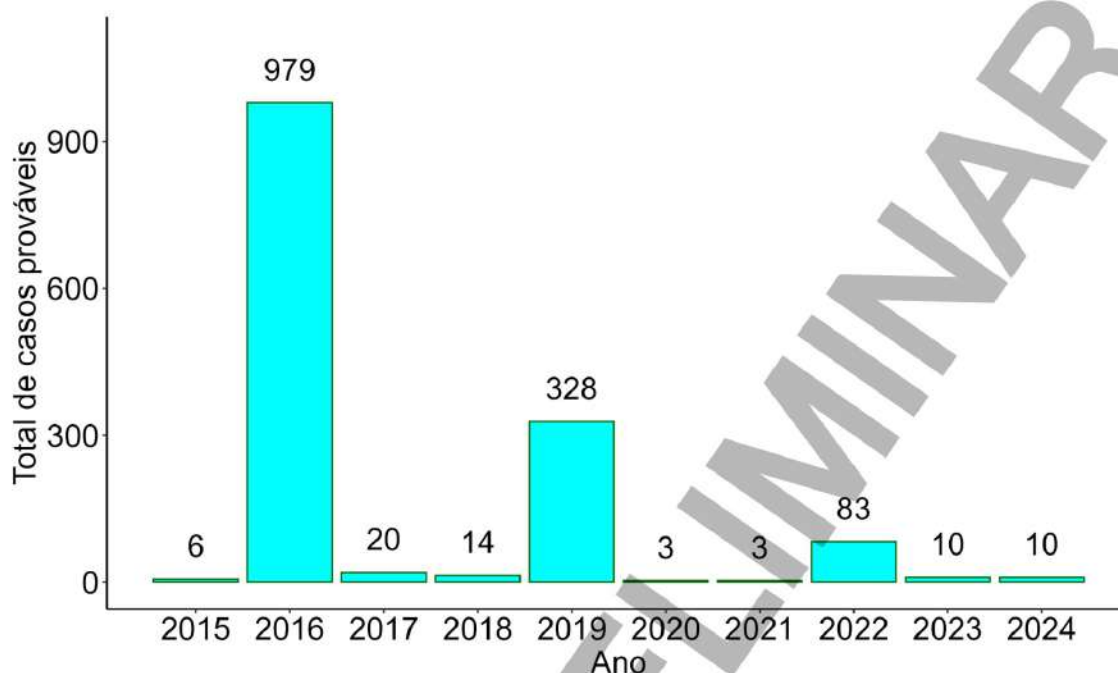
faixas de 15 a 19 anos (1.522,2/100 mil hab.) e 20 a 29 anos (1.521/100 mil hab.), evidenciando o predomínio da transmissão em grupos em idade produtiva e de maior mobilidade social. Esses segmentos tendem a apresentar maior exposição ambiental e comportamentos que ampliam o contato com o vetor, o que contribui para o aumento do risco de infecção.

Em relação ao sexo, nota-se que a dengue acometeu homens e mulheres de forma expressiva, com leve predomínio de maiores coeficientes entre os homens nas faixas etárias adultas (20 a 39 anos) — onde as taxas ultrapassaram 1.300/100 mil hab. —, enquanto entre as mulheres os valores mantiveram-se elevados principalmente entre adolescentes e jovens adultas (15 a 29 anos). Essa diferença pode refletir fatores ocupacionais, padrões de exposição e práticas de autocuidado distintas entre os sexos.

Nas faixas etárias extremas, crianças menores de 10 anos também apresentaram incidências relevantes — variando de 920,5 a 1.213/100 mil hab. —, enquanto idosos acima de 60 anos concentraram os menores coeficientes, abaixo de 450/100 mil hab., embora representem grupos de maior risco para formas graves e desfechos mais severos.

O panorama epidemiológico de 2024, portanto, evidencia que a dengue permanece como um agravo de ampla distribuição populacional, com forte impacto em faixas jovens e adultas, mas ainda presente entre crianças e idosos. Esses achados reforçam a necessidade de ações intersetoriais permanentes, que integrem vigilância, assistência e mobilização social, visando à redução da incidência e à mitigação de riscos de novos surtos epidêmicos.

Figura. Distribuição dos casos de chikungunya segundo ano de início dos sintomas. Arapiraca-AL, 2015-2024.



Fonte: SINAN online

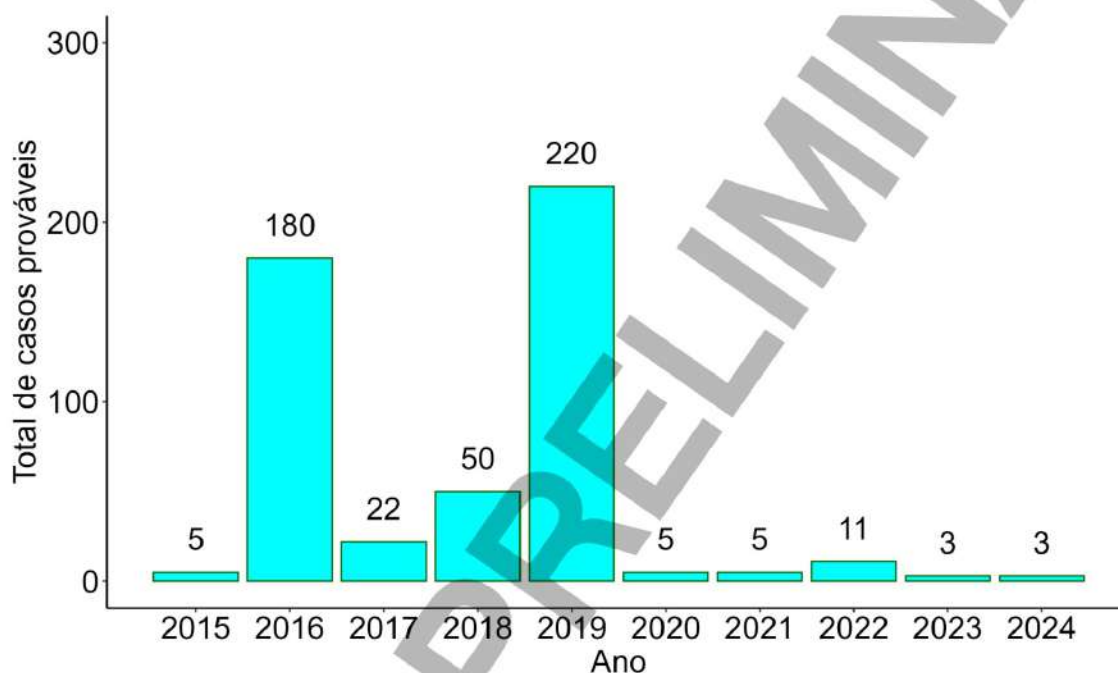
A análise da série histórica de casos prováveis de chikungunya em Arapiraca, entre 2015 e 2024, evidencia um comportamento epidêmico típico de introdução viral recente seguida por declínio sustentado nos anos subsequentes. O município registrou o primeiro surto expressivo em 2016, com 979 casos prováveis, caracterizando o período de maior transmissão desde a introdução do vírus no estado de Alagoas. Esse pico coincide com o padrão observado nacionalmente, refletindo a expansão inicial do vírus CHIKV no Brasil, após sua dispersão pelo Nordeste em 2015–2016.

Nos anos seguintes, observa-se uma queda acentuada do número de casos, com registros residuais entre 2017 e 2018, e uma nova elevação em 2019 (328 casos), possivelmente associada à reinfecção populacional e à circulação de outros sorotipos que reativaram a transmissão local. A partir de 2020, o número de casos manteve-se em níveis baixos e estáveis, com valores inferiores a 100 casos anuais até 2024, sugerindo redução da transmissão viral e aumento da imunidade populacional.

Esse comportamento reforça a natureza cíclica e intermitente da chikungunya, cuja magnitude tende a diminuir após grandes epidemias, em função da imunidade duradoura conferida pela infecção e da menor suscetibilidade da população. Ainda assim, a persistência de casos esporádicos ao longo da série evidencia a circulação contínua do vetor *Aedes aegypti*, o que mantém o risco de reintroduções e novos surtos em contextos de vulnerabilidade ambiental e falhas no controle vetorial.

De forma geral, o cenário demonstra que, embora a chikungunya não configure atualmente um agravo de alta incidência em Arapiraca, sua presença endêmica e potencial de reemergência exigem vigilância contínua, sobretudo em períodos de aumento de temperatura e pluviosidade, que favorecem a proliferação do vetor e a concomitância com outros arbovírus, como dengue e zika.

Figura. Distribuição dos casos de zika segundo ano de início dos sintomas. Arapiraca-AL, 2015-2024.



Fonte: SINAN online

A distribuição dos casos prováveis de Zika em Arapiraca, entre 2015 e 2024, evidencia o padrão epidêmico característico de introdução e rápida disseminação seguido de declínio sustentado, semelhante ao observado no restante do país. O vírus Zika teve seus primeiros registros no município em 2015, com apenas cinco casos notificados, mas rapidamente alcançou 180 casos em 2016, configurando o primeiro surto local. Esse comportamento coincide com o cenário nacional de emergência sanitária, quando a circulação do vírus foi associada a graves desfechos neurológicos, como a síndrome congênita do Zika vírus.

Nos anos subsequentes, houve redução expressiva do número de casos, com pequenos aumentos pontuais — destaque para 2019, quando foram notificados 220 casos prováveis, o que pode estar relacionado à reinfecção de grupos suscetíveis e à reintrodução viral em áreas com menor cobertura vetorial. A partir de 2020, observa-se estabilização em níveis muito baixos, com registros anuais inferiores a 15

casos até 2024, o que sugere redução significativa da circulação viral e possível imunidade de grupo acumulada após os surtos iniciais.

Apesar da redução expressiva, a presença de casos residuais ao longo da década indica que o vírus permanece em circulação esporádica, sustentado pela presença contínua do vetor *Aedes aegypti*, também responsável pela transmissão da dengue e da chikungunya. Essa persistência reforça a necessidade de manutenção das ações integradas de vigilância entomológica e controle ambiental principalmente devido a sua relevância epidemiológica pelo potencial de gerar complicações neurológicas e repercussões no ciclo gestacional, exigindo atenção constante da rede de vigilância e cuidado continuado às mulheres em idade fértil e gestantes.

Esquistossomose

Gráfico misto de colunas para quantitativo de exames e linhas para o percentual de positivos. Frequência absoluta de números de exames realizados e percentual de positividade de casos de esquistossomose mansoni em Arapiraca (2015 a 2024) – Pedir ajuda ao Ronaldo para ver SISPCE

Gráfico de linhas. Panorama de casos (residentes) nos últimos 10 anos (2015 a 2024) por ano do exame segundo faixa etária (esse sistema teremos que pedir apoio ao Ronaldo que tem acesso ao SISPCE)



2.2 MORBIDADE HOSPITALAR

A morbidade hospitalar expressa o conjunto de doenças e agravos que demandam internação e tratamento em ambiente hospitalar, refletindo tanto o perfil epidemiológico quanto as condições de acesso e resolutividade da rede de atenção à saúde. A análise desse componente é essencial para compreender a carga de doenças de maior gravidade, o uso dos serviços hospitalares e o comportamento das internações sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS).

O estudo das internações permite identificar padrões de adoecimento que extrapolam o nível ambulatorial, evidenciando as principais causas de hospitalização e o impacto das doenças crônicas não transmissíveis, infecciosas, causas externas e condições maternas sobre a rede assistencial. Além disso, o monitoramento sistemático da morbidade hospitalar subsidia o planejamento de ações integradas de vigilância e assistência, contribuindo para a reorganização das linhas de cuidado e para a definição de prioridades sanitárias e orçamentárias.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), as informações sobre internações são obtidas a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), cuja cobertura nacional e padronização permitem análises temporais e comparativas entre municípios. Em Arapiraca, a utilização dos dados do SIH/SUS possibilita compreender a evolução dos perfis de adoecimento da população local, orientar a alocação de recursos hospitalares e fortalecer estratégias de prevenção e promoção da saúde no território.

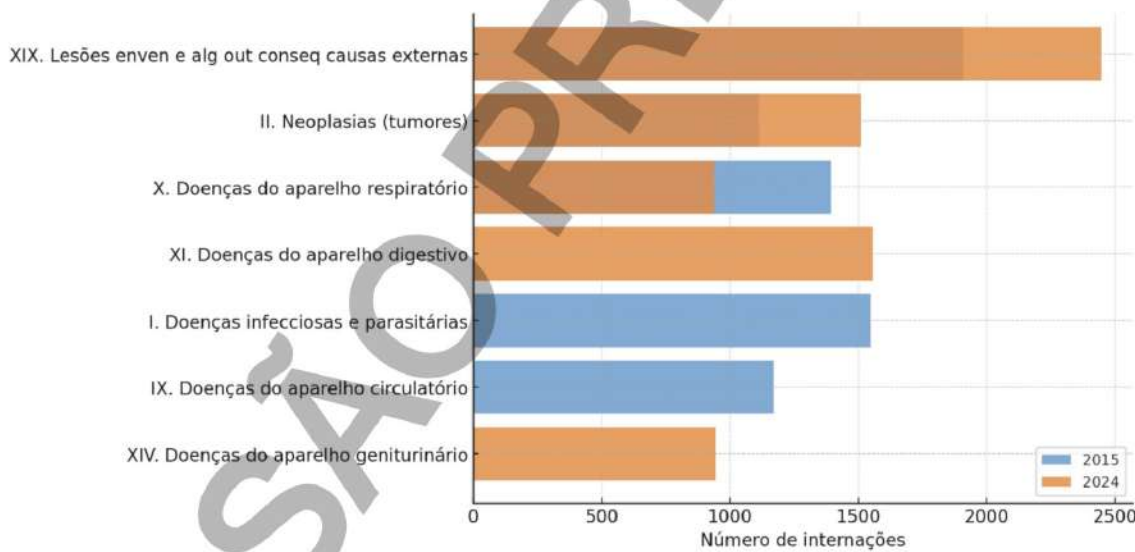
Tabela. Distribuição das internações hospitalares segundo capítulo CID-10 e ano de óbito. Arapiraca/AL, 2015-2024.

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	778	691	796	647	732	736	809	298	195	277	5959
II. Neoplasias (tumores)	657	771	826	798	764	603	751	894	756	989	7809
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15	24	12	19	17	16	10	15	13	17	158
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	107	101	100	84	92	57	46	34	55	53	729
V. Transtornos mentais e comportamentais	42	28	49	44	49	40	39	56	52	56	455
VI. Doenças do sistema nervoso	60	62	53	47	89	50	65	54	59	68	607
VII. Doenças do olho e anexos	22	23	24	32	29	16	14	11	12	22	205
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	5	2	4	7	1	3	11	6	14	54
IX. Doenças do aparelho circulatório	600	651	577	513	481	494	404	362	421	342	4845
X. Doenças do aparelho respiratório	612	667	800	826	707	323	290	480	428	471	5604
XI. Doenças do aparelho digestivo	528	592	596	663	665	391	489	575	568	855	5922
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	40	59	85	80	90	52	50	72	83	95	706
XIII. Doenças osteomuscular e sist tec conjuntivo	145	128	108	103	128	82	103	142	106	174	1219
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	387	421	433	511	461	329	277	432	410	497	4158
XV. Gravidez parto e puerpério	3494	3339	3516	3531	3362	3283	3353	3133	2997	2736	32744
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	166	156	202	226	154	128	163	252	234	220	1901

XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	22	57	37	40	39	19	37	20	31	32	334
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	51	67	93	128	135	75	100	150	132	163	1094
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	556	469	474	497	528	526	556	623	731	750	5710
XXI. Contatos com serviços de saúde	6	4	21	7	17	16	19	36	40	32	198
Total	8289	8315	8804	8800	8546	7237	7578	7650	7329	7863	80411

Fonte: SIH/SUS

Figura X – Distribuição das principais causas de internação hospitalar por capítulo da CID-10, Arapiraca, 2015 e 2024



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A análise das internações hospitalares em Arapiraca entre 2015 e 2024, excluindo as relacionadas a gravidez, parto e puerpério, evidencia mudanças significativas no perfil de morbidade do município. Em 2015, predominavam as doenças infecciosas e parasitárias, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, circulatório, neoplasias e causas externas. Já em 2024, observou-se uma reconfiguração do ranking, com a ascensão das doenças do aparelho digestivo e geniturinário e a redução proporcional

das infecciosas e circulatórias, refletindo o processo de transição epidemiológica vivenciado pelo território.

As causas externas (lesões, violências e acidentes) mantiveram-se como o principal motivo de internação, com aumento expressivo do número absoluto, sinalizando a importância de políticas intersetoriais voltadas à prevenção e à promoção da segurança pública e no trânsito. As neoplasias e as doenças do aparelho digestivo ampliaram seu peso no conjunto das internações, possivelmente associadas ao envelhecimento populacional e ao maior acesso a serviços diagnósticos e terapêuticos.

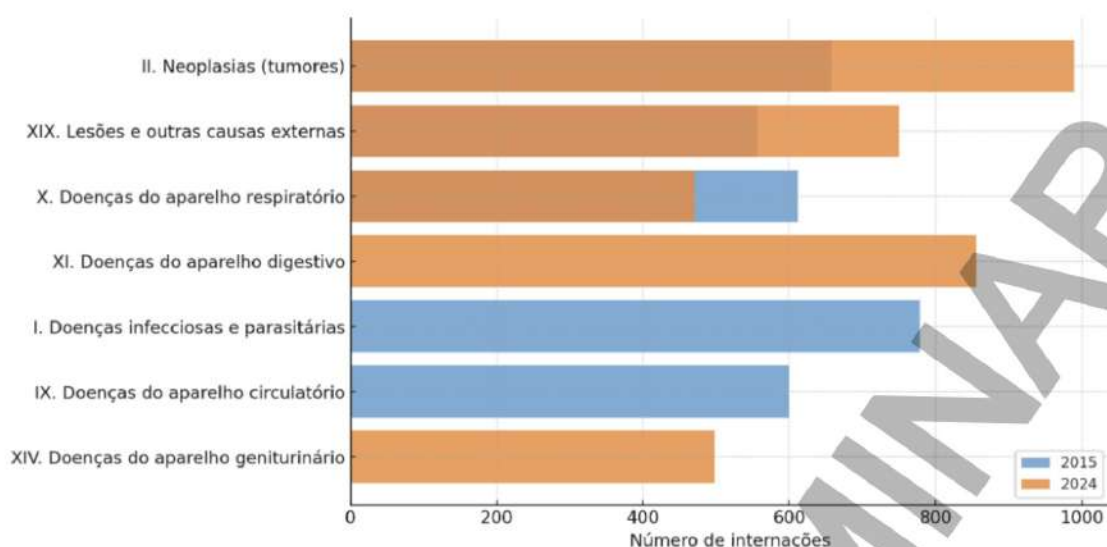
Por outro lado, a redução das internações por doenças infecciosas e parasitárias e, em menor grau, por doenças do aparelho circulatório, sugere avanços nas ações de prevenção, no controle de agravos e na atenção primária à saúde. O conjunto desses achados reforça a necessidade de reorganizar a rede de atenção para garantir resposta efetiva às condições crônicas e aos agravos externos, priorizando o cuidado contínuo, o fortalecimento das linhas de cuidado e a integração das ações de vigilância e assistência.

Tabela. Distribuição das internações hospitalares do sexo feminino segundo capítulo CID-10 e ano de óbito. Arapiraca/AL, 2015-2024.

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	778	691	796	647	732	736	809	298	195	277	5959
II. Neoplasias (tumores)	657	771	826	798	764	603	751	894	756	989	7809
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	15	24	12	19	17	16	10	15	13	17	158
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	107	101	100	84	92	57	46	34	55	53	729
V. Transtornos mentais e comportamentais	42	28	49	44	49	40	39	56	52	56	455
VI. Doenças do sistema nervoso	60	62	53	47	89	50	65	54	59	68	607
VII. Doenças do olho e anexos	22	23	24	32	29	16	14	11	12	22	205
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	5	2	4	7	1	3	11	6	14	54

IX. Doenças do aparelho circulatório	600	651	577	513	481	494	404	362	421	342	4845
X. Doenças do aparelho respiratório	612	667	800	826	707	323	290	480	428	471	5604
XI. Doenças do aparelho digestivo	528	592	596	663	665	391	489	575	568	855	5922
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	40	59	85	80	90	52	50	72	83	95	706
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	145	128	108	103	128	82	103	142	106	174	1219
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	387	421	433	511	461	329	277	432	410	497	4158
XV. Gravidez parto e puerpério	3494	3339	3516	3531	3362	3283	3353	3133	2997	2736	32744
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	166	156	202	226	154	128	163	252	234	220	1901
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	22	57	37	40	39	19	37	20	31	32	334
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	51	67	93	128	135	75	100	150	132	163	1094
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	556	469	474	497	528	526	556	623	731	750	5710
XXI. Contatos com serviços de saúde	6	4	21	7	17	16	19	36	40	32	198
Total	8289	8315	8804	8800	8546	7237	7578	7650	7329	7863	80411

Figura. Distribuição das cinco principais causas de internação de residentes do sexo feminino segundo ano de internação. Arapiraca. 2015 e 2024.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A análise das internações hospitalares femininas em Arapiraca entre 2015 e 2024 evidencia uma transição marcante no padrão de morbidade, refletindo a evolução do perfil epidemiológico e o impacto do envelhecimento populacional, da ampliação do acesso ao diagnóstico e da consolidação das redes de atenção especializadas.

Em 2015, o perfil hospitalar feminino era fortemente influenciado pelas doenças infecciosas e parasitárias (778 internações), seguidas das neoplasias (657), doenças do aparelho respiratório (612), doenças do aparelho circulatório (600) e lesões e outras causas externas (556).

Esse conjunto reflete um contexto em que ainda predominavam agravos agudos e infecciosos, associados a condições de vulnerabilidade social, cobertura vacinal, saneamento e acesso tardio aos serviços de saúde.

Já em 2024, observa-se uma mudança estrutural no ranking das internações, com predomínio das condições crônicas e degenerativas:

- Neoplasias (989 internações) assumem a liderança, superando em 50% o número de 2015;
- Doenças do aparelho digestivo (855) e do aparelho geniturinário (497) passam a figurar entre as principais causas, refletindo a ampliação dos diagnósticos gastrointestinais e ginecológicos;
- Lesões e outras causas externas (750) permanecem entre as cinco primeiras, com tendência de aumento;
- Doenças do aparelho respiratório (471) se mantêm relevantes, embora em declínio;
- Enquanto as doenças infecciosas e circulatórias, antes expressivas, caíram para fora do ranking principal.

O gráfico evidencia essa transição com clareza, mostrando a entrada de novos capítulos do CID-10 no *ranking* das cinco primeiras causas e a redução acentuada das causas infecciosas e cardiovasculares, substituídas por agravos compatíveis com o envelhecimento e com o avanço da atenção oncológica e digestiva no município.

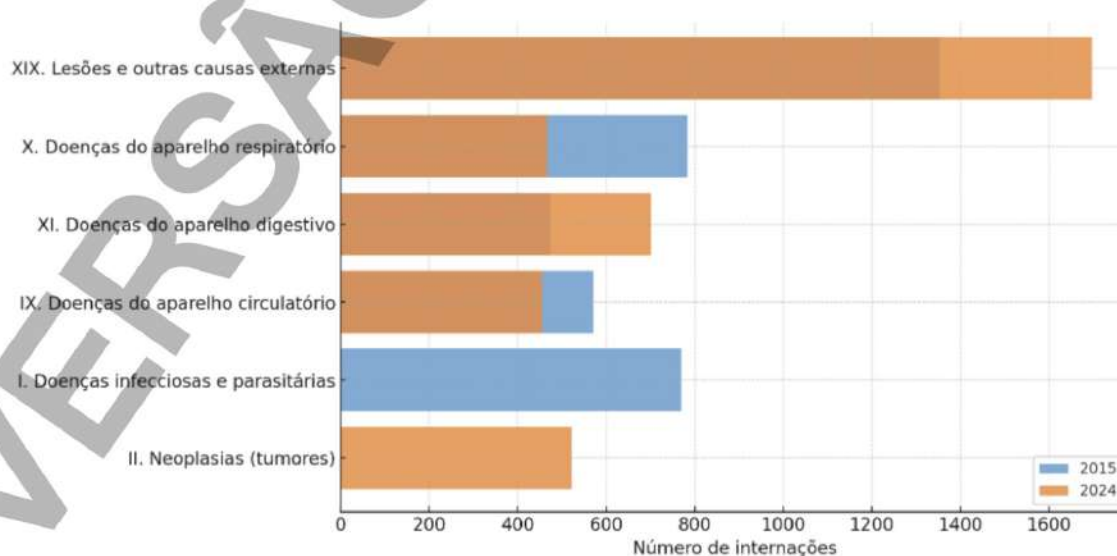
Esses resultados reforçam a necessidade de fortalecer estratégias de prevenção e rastreamento precoce, integrando a Atenção Primária à Saúde às linhas de cuidado em oncologia, doenças digestivas e geniturinárias, além de manter vigilância contínua sobre os agravos externos, que seguem impactando a saúde feminina.

Tabela. Distribuição das internações hospitalares do sexo masculino segundo capítulo CID-10 e ano de óbito. Arapiraca/AL, 2015-2024.

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	769	704	804	622	751	818	1062	310	182	270	6292
II. Neoplasias (tumores)	458	378	436	565	413	379	434	488	422	521	4494
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	10	8	17	15	23	5	9	18	9	20	134
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	84	90	66	71	63	40	44	29	49	27	563
V. Transtornos mentais e comportamentais	110	117	132	159	133	149	184	193	189	164	1530
VI. Doenças do sistema nervoso	57	57	54	53	53	36	39	42	57	32	480
VII. Doenças do olho e anexos	31	30	29	17	29	18	25	19	25	30	253
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	4	3	3	2	-	-	8	1	6	27
IX. Doenças do aparelho circulatório	571	612	629	560	517	404	427	392	476	456	5044
X. Doenças do aparelho respiratório	783	806	899	892	747	359	291	505	508	467	6257

XI. Doenças do aparelho digestivo	475	569	569	546	582	355	408	522	557	700	5283
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	91	54	55	68	79	63	63	57	82	82	694
XIII. Doenças osteomusculares e tec conjuntivo	209	195	162	160	137	125	164	178	150	172	1652
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	201	336	339	361	304	179	176	253	277	448	2874
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	201	209	210	205	187	175	156	272	285	251	2151
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	33	29	37	52	35	17	25	36	49	70	383
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	54	70	127	130	128	118	165	173	204	247	1416
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1353	1355	1083	1201	1157	1206	1266	1339	1512	1698	13170
XXI. Contatos com serviços de saúde	12	13	15	15	19	17	14	26	33	21	185
Total	5502	5636	5666	5695	5359	4463	4952	4860	5067	5682	52882

Figura. Distribuição das cinco principais causas de internação de residentes do sexo masculino segundo ano de internação. Arapiraca. 2015 e 2024.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

O perfil das internações hospitalares masculinas em Arapiraca, entre 2015 e 2024, revela a manutenção de agravos agudos e crônicos associados a maior vulnerabilidade masculina, com predomínio persistente das causas externas, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório, digestivo e circulatório.

Em 2015, o grupo de lesões, envenenamentos e outras causas externas foi o principal motivo de internação, com 1.353 registros, seguido por doenças do aparelho respiratório (783), doenças infecciosas e parasitárias (769), doenças do aparelho circulatório (571) e doenças do aparelho digestivo (475).

Esse padrão reflete a maior exposição dos homens a acidentes, violências e condições infecciosas preveníveis, além de doenças crônicas relacionadas a estilos de vida de risco.

Em 2024, o cenário mantém as causas externas em posição de destaque, com 1.698 internações, representando aumento de quase 26% em relação a 2015.

As demais principais causas foram:

- Doenças do aparelho digestivo (700) – com crescimento expressivo, sugerindo ampliação diagnóstica e de acesso hospitalar;
- Doenças do aparelho respiratório (467) e circulatório (456) – que permanecem relevantes, embora em queda;
- Neoplasias (521) – que passam a figurar entre as cinco principais causas, sinalizando o avanço de doenças crônicas e degenerativas.

A redução das doenças infecciosas e respiratórias e o crescimento de neoplasias e agravos digestivos indicam um processo de transição epidemiológica semelhante ao observado entre as mulheres, porém com uma manutenção mais acentuada das causas externas, confirmando a necessidade de políticas específicas de prevenção de violências e acidentes voltadas ao público masculino.

O comportamento dessas internações reforça a importância de integrar estratégias de promoção da saúde do homem — incluindo rastreamento de câncer, controle de doenças crônicas e prevenção de agravos externos —, fortalecendo a articulação entre vigilância, atenção básica e rede hospitalar.

Tabela. Distribuição da Morbidade Hospitalar do SUS por Causas Externas por sexo e de óbito. Arapiraca/AL, 2015-2024.

Grande Grup Causas	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
V01-V99 Acidentes de transporte	2528	2960	3282	3258	3511	3052	3412	3306	3520	3774	32603

W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	9735	10416	10215	10220	10698	11334	11480	11488	12941	13021	111548
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	29	19	19	21	19	17	28	30	26	45	253
X85-Y09 Agressões	1163	1416	662	486	363	311	433	449	549	589	6421
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	1020	1995	2163	1761	1517	986	1692	2552	1290	955	15931
Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-	4
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	93	85	102	70	79	44	52	48	23	27	623
Y85-Y89 Seqüelas de causas externas	71	39	68	78	118	76	60	101	110	117	838
Y90-Y98 Fatores suplement relac outras causas	4	3	12	3	4	3	6	5	16	13	69
S-T Causas externas não classificadas	10	12	5	8	4	-	5	19	59	233	355
Total	14653	16945	16528	15906	16315	15823	17169	17998	18534	18774	16864 5

2.3 MORTALIDADE

O estudo da mortalidade constitui um dos pilares da análise da situação de saúde, permitindo compreender o comportamento dos agravos, as transições epidemiológicas e os determinantes sociais que influenciam o adoecimento e a morte no território. As informações de mortalidade, oriundas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), são essenciais para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde, contribuindo para a formulação de ações de promoção, prevenção e assistência.

A análise dos padrões de mortalidade possibilita identificar as principais causas de óbito, a distribuição segundo sexo, idade e local de residência, bem como as tendências temporais e mudanças no perfil epidemiológico da população. Além de refletir a qualidade de vida e o acesso aos serviços de saúde, esses indicadores expressam o nível de desenvolvimento social e econômico de uma região, sendo sensíveis às desigualdades e vulnerabilidades existentes.

Em Arapiraca, a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o fortalecimento das redes assistenciais, especialmente a Atenção Primária à Saúde, têm ampliado a capacidade de vigilância e qualificação da informação, permitindo análises mais precisas e territorializadas. A evolução dos dados de mortalidade ao longo dos últimos anos evidencia mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, com redução das mortes por causas evitáveis e aumento das doenças crônicas não transmissíveis, acompanhando o processo de transição demográfica e epidemiológica observado no Brasil.

Neste capítulo, serão apresentadas as principais causas de óbito no município, as tendências da mortalidade geral e específica por grupos de causas, e as diferenciais segundo sexo e faixa etária, com destaque para os agravos de maior relevância em saúde pública, como as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças infecciosas. A análise visa subsidiar a tomada de decisão baseada em evidências, contribuindo para o planejamento estratégico das ações de saúde e a redução das iniquidades em saúde no território de Arapiraca.

Tabela. Distribuição dos óbitos segundo capítulo CID-10 e ano de óbito. Arapiraca/AL, 2015-2024.

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	63	73	53	65	64	397	451	169	115	81	1531
II. Neoplasias (tumores)	169	182	172	181	178	181	197	179	188	178	1805
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	3	8	3	3	5	5	4	8	4	9	52
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	92	150	147	131	165	121	118	87	87	81	1179
V. Transtornos mentais e comportamentais	9	16	26	20	16	12	18	16	23	14	170
VI. Doenças do sistema nervoso	25	20	18	20	24	23	21	31	37	44	263
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3
IX. Doenças do aparelho circulatório	407	441	414	374	416	451	399	393	447	404	4146

X. Doenças do aparelho respiratório	128	158	149	129	144	104	113	158	172	221	1476
XI. Doenças do aparelho digestivo	89	90	71	71	85	78	82	75	86	94	821
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	7	4	3	7	7	5	13	15	27	88
XIII. Doenças sistêmicas osteomusculares e tec conjuntivo	2	6	3	3	3	9	1	6	3	4	40
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	19	21	26	30	22	24	19	42	35	43	281
XV. Gravidez parto e puerpério	3	6	5	3	7	3	8	1	1	5	42
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	31	31	27	34	29	29	39	20	30	35	305
XVII. Malformações congênitas e deformidades e anomalias cromossômicas	15	16	15	19	13	14	13	8	15	13	141
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	215	164	205	171	200	193	197	241	179	152	1917
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	242	281	261	228	224	211	208	175	212	230	2272
Total	1512	1670	1599	1485	1602	1862	1893	1622	1651	1636	16532

Fonte: SIM/SUS

A análise da mortalidade segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) permite observar a distribuição dos óbitos por grupos de causas e compreender as transformações do perfil epidemiológico da população de Arapiraca ao longo do tempo. Entre 2015 e 2024, foram registrados 16.532 óbitos de residentes, revelando importantes transições relacionadas tanto ao envelhecimento populacional quanto ao impacto de eventos sanitários, como a pandemia de COVID-19.

De modo geral, observa-se que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) seguem como as principais causas de morte no município, refletindo o avanço da transição epidemiológica. Destacam-se, entre os capítulos mais expressivos, as Doenças do Aparelho Circulatório (Cap. IX), responsáveis por 4.146 óbitos (25,1% do total),

seguidas pelas Neoplasias (Cap. II), com 1.805 registros (10,9%), e pelas Causas Externas (Cap. XX), que somaram 2.272 óbitos (13,7%) no período.

As Doenças do Aparelho Respiratório (Cap. X) também se destacam, com 1.476 óbitos (8,9%), especialmente pelo aumento expressivo em 2020 e 2021, período coincidente com a pandemia de COVID-19, que elevou consideravelmente o número de mortes classificadas entre as doenças respiratórias e infecciosas. Nesse contexto, as Doenças Infecciosas e Parasitárias (Cap. I) apresentaram um pico acentuado em 2020 e 2021, totalizando 1.531 óbitos no período analisado — valor significativamente influenciado pelos registros associados à infecção pelo novo coronavírus.

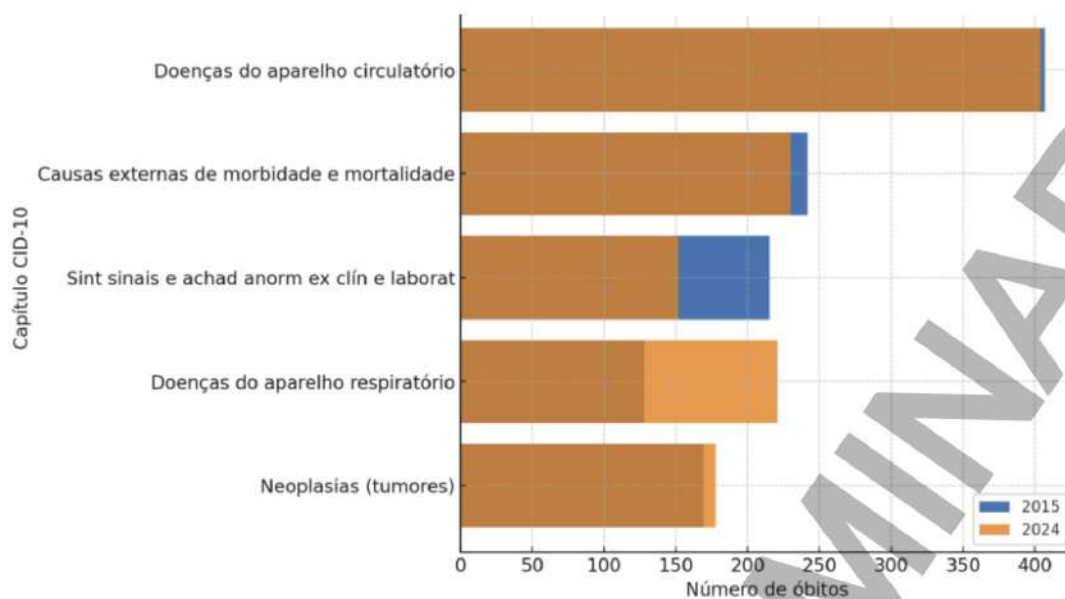
Outro grupo de relevância é o das Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas (Cap. IV), com 1.179 óbitos, refletindo o peso crescente do diabetes mellitus e de suas complicações como importantes causas associadas. Ainda que em menor número absoluto, também se destacam as Doenças do Sistema Nervoso (Cap. VI), com 263 óbitos, e as Doenças do Aparelho Digestivo (Cap. XI), com 821 óbitos, reforçando a necessidade de estratégias integradas de cuidado e vigilância das DCNT.

As causas maternas (Cap. XV), afecções originadas no período perinatal (Cap. XVI) e anomalias congênitas (Cap. XVII) apresentaram números menores, mas de elevada relevância epidemiológica por representarem óbitos evitáveis, demandando vigilância ativa e atuação articulada entre os componentes da Rede Cegonha e da Atenção Primária à Saúde.

O pico global de mortalidade observado em 2020 e 2021 reflete o impacto direto da pandemia de COVID-19 sobre o perfil de óbitos no município, com elevação expressiva dos capítulos I (Doenças Infecciosas e Parasitárias) e X (Doenças do Aparelho Respiratório). A partir de 2022, observa-se tendência de estabilização, com redução gradual dos óbitos totais e recomposição do perfil pré-pandêmico, voltando a predominar as doenças crônicas e as causas externas como principais determinantes da mortalidade em Arapiraca.

Em síntese, o padrão de mortalidade do município expressa a complexa coexistência entre agravos crônicos e condições infecciosas emergentes, revelando a necessidade de ações integradas de vigilância, promoção e cuidado contínuo, especialmente frente ao envelhecimento populacional e às desigualdades sociais que influenciam o risco de adoecimento e morte.

Figura. Distribuição das cinco principais causas de óbito de residentes segundo ano de óbito. Arapiraca. 2015 e 2024.



Fonte: SIM, MS.

A análise das principais causas de óbito da população residente em Arapiraca nos anos de 2015 e 2024 revela uma consistência no perfil epidemiológico de mortalidade, com as mesmas cinco causas predominantes em ambos os períodos: doenças do aparelho circulatório, causas externas de morbidade e mortalidade, sintomas e sinais anormais de exames clínicos e laboratoriais, doenças do aparelho respiratório e neoplasias (tumores). O que se observa, contudo, é uma mudança na hierarquia dessas causas, sobretudo a partir da terceira posição, refletindo transformações graduais nos determinantes de saúde e nas condições de vida da população.

As doenças do aparelho circulatório permanecem como a principal causa de morte nos dois anos, reafirmando sua expressiva contribuição para a mortalidade geral e o desafio contínuo do controle das doenças cardiovasculares — fortemente associadas a hábitos de vida e fatores de risco modificáveis.

As causas externas de morbidade e mortalidade, que incluem acidentes, homicídios e outras violências, aparecem em segundo lugar tanto em 2015 quanto em 2024, destacando-se pela sua magnitude e impacto social. Essas causas atingem majoritariamente pessoas jovens e economicamente ativas, contribuindo de forma significativa para a mortalidade prematura e perda de anos potenciais de vida. A persistência desse padrão reforça a importância de estratégias intersetoriais voltadas à prevenção da violência e à promoção da cultura de paz, além de ações integradas de segurança viária e educação em saúde.

A partir da terceira posição, observam-se alterações sutis na ordem de importância: em 2015, os sintomas e sinais anormais de exames clínicos e laboratoriais ocupavam posição de maior destaque, enquanto em 2024 há uma elevação proporcional das

doenças do aparelho respiratório e das neoplasias. Esse movimento pode estar relacionado tanto à melhoria da qualidade da informação sobre as causas básicas de óbito quanto à maior visibilidade de agravos respiratórios pós-pandemia e de condições oncológicas associadas ao envelhecimento populacional.

Em síntese, embora as cinco principais causas de morte permaneçam as mesmas ao longo da década, o reposicionamento interno desses grupos revela nuances na dinâmica da mortalidade local, demonstrando a coexistência de doenças crônicas, agravos respiratórios e causas externas como desafios estruturais para o sistema de saúde. Esse padrão reforça a necessidade de ações integradas de vigilância, promoção da saúde e prevenção de agravos, orientadas pela gestão do cuidado e pela intersectorialidade das políticas públicas.

Tabela. Distribuição dos óbitos do sexo masculino segundo capítulo CID-10 e ano de óbito. Arapiraca/AL, 2015-2024.

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	40	46	26	41	38	224	248	85	58	40	846
II. Neoplasias (tumores)	84	91	87	88	81	88	83	92	81	88	863
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	2	5	2	1	4	2	1	6	3	3	29
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	41	69	70	63	79	53	57	39	35	37	543
V. Transtornos mentais e comportamentais	8	11	19	19	15	9	15	13	18	13	140
VI. Doenças do sistema nervoso	12	9	12	18	10	13	7	16	14	23	134
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
IX. Doenças do aparelho circulatório	201	224	198	197	195	218	205	206	235	199	2078

X. Doenças do aparelho respiratório	65	76	69	63	65	51	53	81	79	114	716
XI. Doenças do aparelho digestivo	55	61	48	53	58	51	57	54	65	61	563
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	3	-	1	2	2	5	8	8	14	43
XIII. Doenças osteomuscular e sist tec conjuntivo	2	2	1	2	2	4	-	3	-	2	18
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	7	8	17	17	16	14	10	23	21	23	156
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	19	19	16	11	17	20	24	10	19	17	172
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	10	6	9	8	6	6	7	3	5	6	66
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	121	87	125	108	110	111	108	146	120	88	1124
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	218	244	227	188	169	170	177	143	169	185	1890
Total	885	961	926	878	867	1036	1057	928	931	913	9382

A análise da mortalidade masculina no município de Arapiraca, entre 2015 e 2024, evidencia a predominância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e das causas externas, compondo um padrão típico de transição epidemiológica avançada e de vulnerabilidade comportamental associada a fatores de risco modificáveis.

No período analisado, registraram-se 9.382 óbitos de homens residentes, com média anual de aproximadamente 938 mortes, o que representa mais da metade do total de óbitos gerais no município. As principais causas de morte entre os homens foram as Doenças do Aparelho Circulatório (2.078 óbitos; 22,1%), seguidas pelas Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (1.890; 20,1%), Neoplasias (863; 9,2%), Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e Laboratoriais (1.124; 12,0%) e Doenças do Aparelho Respiratório (716; 7,6%).

O conjunto desses capítulos concentra cerca de 71% de todas as mortes masculinas registradas no decênio, evidenciando o peso das doenças crônicas e das causas violentas na composição da mortalidade do sexo masculino.

A predominância das doenças do aparelho circulatório reflete o impacto das doenças isquêmicas do coração, hipertensivas e cerebrovasculares, frequentemente associadas ao baixo controle de fatores de risco como tabagismo, consumo de álcool, alimentação inadequada e sedentarismo.

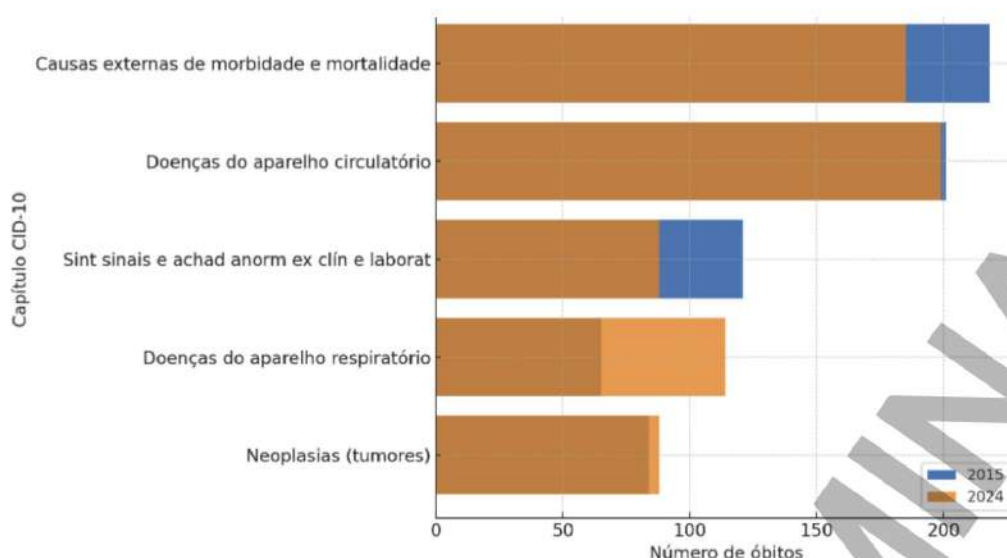
As causas externas configuram a segunda principal causa de morte masculina e revelam um importante problema de saúde pública, concentrando óbitos em faixas etárias economicamente ativas, principalmente por acidentes de trânsito, homicídios e outras violências. Esse padrão reforça a necessidade de ações intersetoriais de prevenção da violência e promoção da cultura de paz, bem como de educação e fiscalização no trânsito.

As doenças infecciosas e parasitárias (846 óbitos; 9,0%) apresentaram aumento abrupto nos anos de 2020 e 2021, com picos de 224 e 248 óbitos, respectivamente, associados à pandemia de COVID-19. Após 2022, observa-se redução acentuada, retornando a níveis inferiores a 60 óbitos anuais, evidenciando recomposição pós-pandêmica e retomada do padrão prévio de mortalidade.

As doenças do aparelho respiratório (716 óbitos; 7,6%) também acompanharam o impacto pandêmico, apresentando crescimento relevante em 2023 e 2024, com 79 e 114 óbitos, respectivamente, podendo indicar persistência de sequelas respiratórias e agravos crônicos nessa população.

De modo geral, o perfil de mortalidade masculina de Arapiraca reflete uma dupla carga de doenças, em que as DCNT (circulatórias, metabólicas, neoplásicas e respiratórias) coexistem com agravos externos e infecciosos, desafiando o sistema de saúde a integrar ações de promoção, prevenção e vigilância ativa. A priorização de estratégias de atenção ao homem, associadas ao monitoramento dos determinantes sociais e comportamentais da saúde masculina, é essencial para a redução da mortalidade evitável nesse grupo populacional.

Figura. Distribuição das cinco principais causas de óbito de residentes do sexo masculino segundo ano de óbito. Arapiraca. 2015 e 2024.



Fonte: SIM, MS.

A análise das cinco principais causas de óbito entre homens residentes em Arapiraca, nos anos de 2015 e 2024, revela um padrão estável de mortalidade masculina, com predomínio das causas externas e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), refletindo o peso combinado da violência, dos acidentes e das condições crônicas na mortalidade do grupo masculino.

As causas externas de morbidade e mortalidade mantêm-se como a principal causa de óbito masculino nos dois períodos analisados, reafirmando sua alta magnitude e relevância social. Esse grupo de agravos abrange homicídios, acidentes de trânsito e outros eventos evitáveis, afetando especialmente adultos jovens em idade produtiva. O padrão evidencia a necessidade de estratégias intersetoriais permanentes, envolvendo segurança pública, educação, mobilidade urbana e saúde, para reduzir a mortalidade prematura e os anos potenciais de vida perdidos.

As doenças do aparelho circulatório ocupam o segundo lugar, mantendo importante contribuição para a mortalidade masculina. A persistência desse grupo de causas reflete a alta prevalência de fatores de risco cardiovasculares entre os homens, como tabagismo, consumo abusivo de álcool, sedentarismo e hipertensão arterial não controlada, além das baixas taxas de adesão às ações de cuidado contínuo ofertadas na Atenção Primária à Saúde.

Na sequência, observam-se sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, que figuram entre as principais causas em 2015 e 2024, embora com redução relativa em sua participação, o que pode estar relacionado à melhoria na identificação da causa básica de óbito e à qualificação do preenchimento das Declarações de Óbito (DO) no período recente.

As doenças do aparelho respiratório e as neoplasias (tumores) completam o grupo das cinco principais causas, mantendo-se entre os agravos mais letais para o sexo masculino. As doenças respiratórias, particularmente pneumonias, DPOC e sequelas pós-COVID-19, ganharam destaque em 2024, enquanto as neoplasias refletem a tendência crescente do câncer como causa relevante de mortalidade, associada ao envelhecimento e ao diagnóstico tardio.

De forma geral, observa-se que as mesmas cinco causas de óbito de 2015 permanecem entre as principais em 2024, demonstrando estabilidade no perfil de mortalidade masculina. O que se altera é a posição relativa entre elas, especialmente entre o terceiro e o quinto lugar, indicando mudanças sutis no comportamento dos agravos, mas mantendo o predomínio de causas crônicas e externas.

Tabela. Distribuição dos óbitos do sexo feminino segundo capítulo CID-10 e ano de óbito. Arapiraca/AL, 2015-2024.

Capítulo CID-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	23	27	27	24	26	173	203	84	57	41	685
II. Neoplasias (tumores)	85	91	85	93	97	93	114	87	107	90	942
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	3	1	2	1	3	3	2	1	6	23
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	51	81	77	68	86	68	61	48	52	44	636
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	5	7	1	1	3	3	3	5	1	30
VI. Doenças do sistema nervoso	13	11	6	2	14	10	14	15	23	21	129

VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
IX. Doenças do aparelho circulatório	206	217	216	177	221	233	194	187	212	205	2068
X. Doenças do aparelho respiratório	63	82	80	66	79	53	60	77	93	107	760
XI. Doenças do aparelho digestivo	34	29	23	18	27	27	25	21	21	33	258
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	-	4	4	2	5	5	-	5	7	13	45
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	-	4	2	1	1	5	1	3	3	2	22
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	12	13	9	13	6	10	9	19	14	20	125
XV. Gravidez parto e puerpério	3	6	5	3	7	3	8	1	1	5	42
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	12	12	11	23	12	9	15	10	11	18	133
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	4	10	6	11	6	8	6	5	9	7	72
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	94	77	80	63	90	82	89	95	59	64	793
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	24	37	34	40	55	41	31	32	43	45	382
Total	626	709	673	607	734	826	836	694	719	723	7147

Fonte: SIM/MS

Ao analisar a distribuição dos óbitos entre mulheres residentes em Arapiraca, no período de 2015 a 2024, observa-se que as principais causas de morte se mantêm relativamente estáveis ao longo da série histórica, refletindo o perfil epidemiológico característico das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas. O total acumulado no período foi de 7.147 óbitos femininos, com leve aumento até 2021 e discreta estabilização nos anos subsequentes.

As doenças do aparelho circulatório constituem, de forma consistente, a principal causa de mortalidade feminina, totalizando 2.068 óbitos (28,9%) no período analisado. Essa predominância acompanha o comportamento observado em outros contextos

nacionais, evidenciando o peso das doenças cardiovasculares como principal desafio para a saúde da mulher, sobretudo em idades mais avançadas e em associação com fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes e obesidade.

Em seguida, destacam-se as neoplasias (tumores), responsáveis por 942 óbitos (13,2%), com leve tendência de crescimento entre 2015 e 2024. Esse aumento pode estar relacionado à ampliação da detecção diagnóstica e ao envelhecimento populacional, mas também reforça a importância das ações de rastreamento, diagnóstico precoce e continuidade do cuidado oncológico no Sistema Único de Saúde.

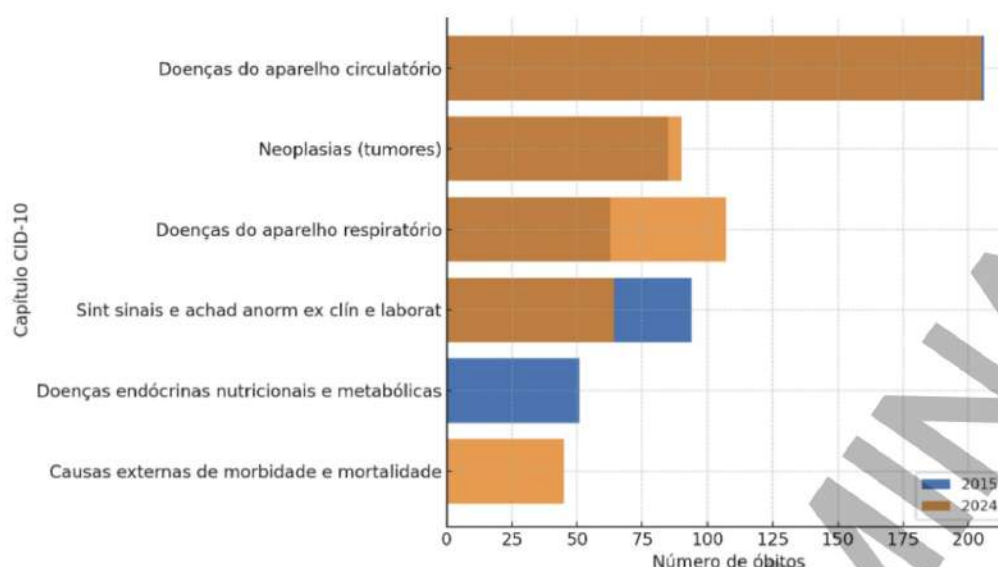
As doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas aparecem em terceiro lugar, com 636 óbitos (8,9%), seguidas pelas doenças do aparelho respiratório (760 óbitos; 10,6%) e pelas doenças infecciosas e parasitárias (685 óbitos; 9,6%). Chama atenção o expressivo aumento das mortes por causas infecciosas e respiratórias no biênio 2020–2021, período coincidente com a pandemia de COVID-19, que impactou fortemente a mortalidade geral e desorganizou temporariamente os fluxos assistenciais, sobretudo para condições crônicas.

Outros grupos de causas, como doenças do sistema nervoso (129 óbitos), aparelho digestivo (258) e aparelho geniturinário (125), apresentam frequência menor, mas mantêm relevância clínica e epidemiológica em faixas etárias específicas. Já os óbitos maternos, embora numericamente reduzidos (42 registros no período), devem ser interpretados com atenção especial, uma vez que representam eventos evitáveis e diretamente relacionados à qualidade da atenção obstétrica.

Por fim, as causas externas de morbidade e mortalidade corresponderam a 382 óbitos (5,3%), valor consideravelmente inferior ao observado entre os homens, o que reafirma o padrão de menor exposição feminina a causas violentas, como acidentes e homicídios.

De modo geral, o perfil de mortalidade feminina em Arapiraca revela o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, associadas ao envelhecimento e aos determinantes sociais de saúde, além de uma expressiva participação das causas evitáveis e sensíveis à atenção primária, o que reforça a importância do fortalecimento das estratégias de promoção da saúde e vigilância contínua sobre os agravos crônicos e infecciosos.

Figura. Distribuição das cinco principais causas de óbito de residentes do sexo feminino segundo ano de óbito. Arapiraca. 2015 e 2024.



Fonte: SIM, MS.

A análise das cinco principais causas de óbito entre mulheres residentes em Arapiraca, nos anos de 2015 e 2024, evidencia um padrão estável de mortalidade, com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), mas com alterações nas posições relativas entre os grupos de causas e uma substituição pontual no quinto lugar.

As doenças do aparelho circulatório mantêm-se como principal causa de morte feminina em ambos os anos analisados, reafirmando sua importância epidemiológica e a necessidade de ações permanentes de vigilância, prevenção e cuidado continuado.

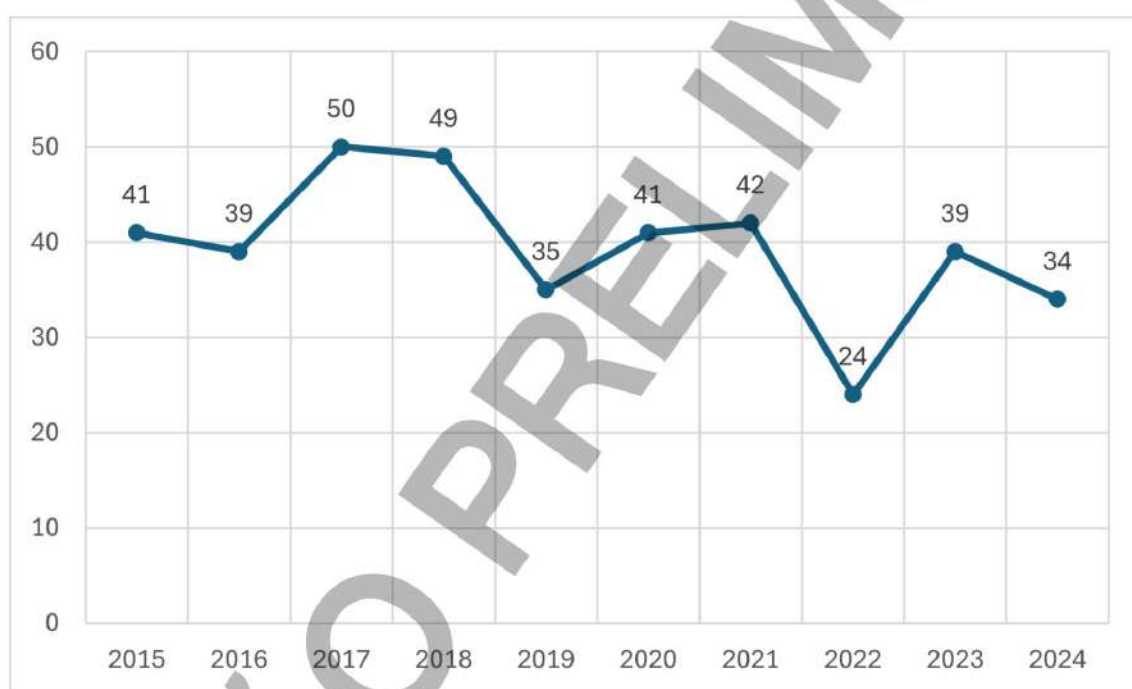
Em segundo lugar, observa-se uma alteração expressiva: em 2015, o posto era ocupado pelos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais, enquanto em 2024 surge o grupo das doenças do aparelho respiratório. Essa mudança sugere melhor qualificação do registro da causa básica de óbito, ao mesmo tempo em que aponta para o impacto recente das doenças respiratórias na mortalidade feminina.

As neoplasias (tumores) permanecem na terceira posição em ambos os anos, representando uma causa consolidada e crescente de óbito entre mulheres. As quatro primeiras causas de morte se mantêm entre as principais nos dois períodos analisados, embora com mudança nas posições relativas — evidenciando persistência do mesmo conjunto de agravos crônicos como principais determinantes da mortalidade feminina.

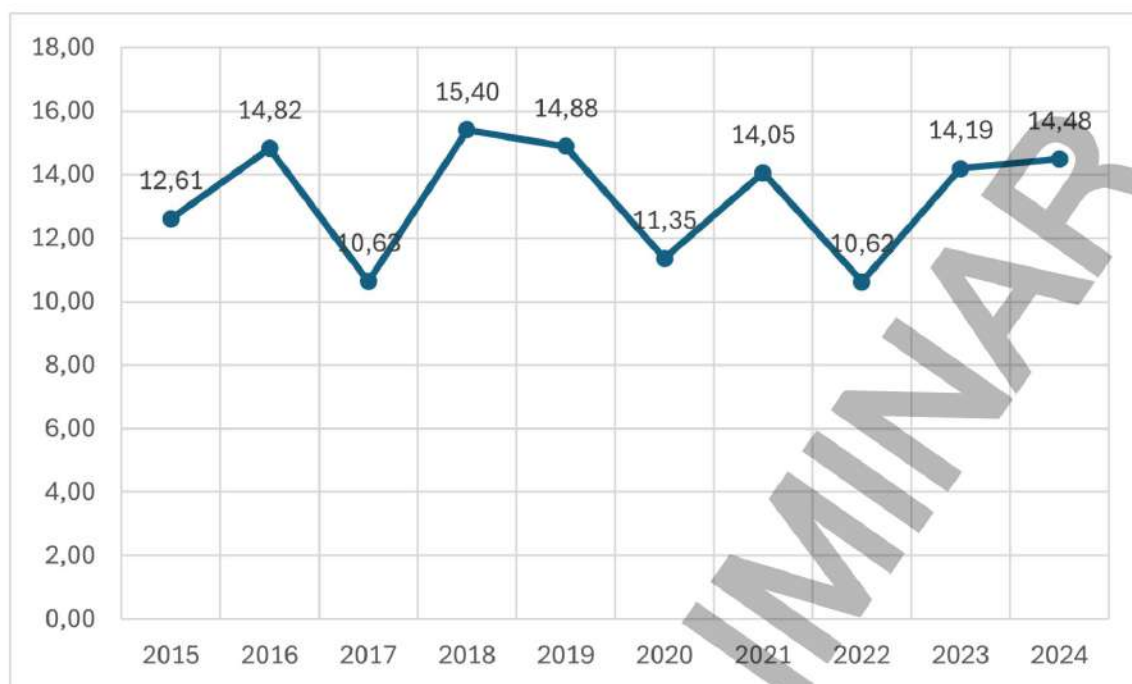
A alteração mais significativa ocorre na quinta posição, que em 2015 era ocupada pelas doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, e em 2024 passa a ser representada pelas causas externas de morbidade e mortalidade. Embora ainda com baixa proporção no total de óbitos femininos, o surgimento das causas externas entre as principais

demonstra maior exposição de mulheres a eventos violentos e acidentais, fenômeno que merece atenção no contexto da violência de gênero e do trânsito urbano.

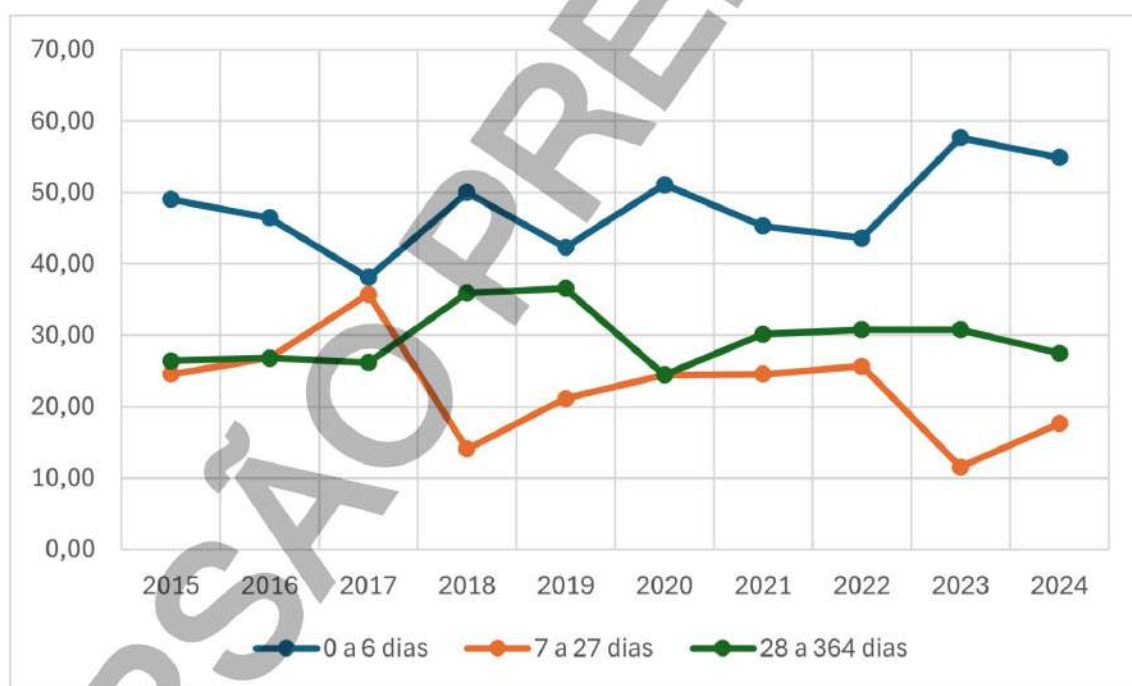
Em síntese, observa-se que as doenças circulatórias, respiratórias e as neoplasias permanecem como o tripé da mortalidade feminina, refletindo o impacto crescente das DCNT e o processo de envelhecimento da população. As mudanças nas posições internas entre 2015 e 2024 e o ingresso das causas externas entre as principais causas de óbito indicam transformações sutis, porém significativas, no perfil epidemiológico das mulheres, reforçando a importância de estratégias voltadas à prevenção de doenças crônicas, promoção da saúde e enfrentamento da violência.



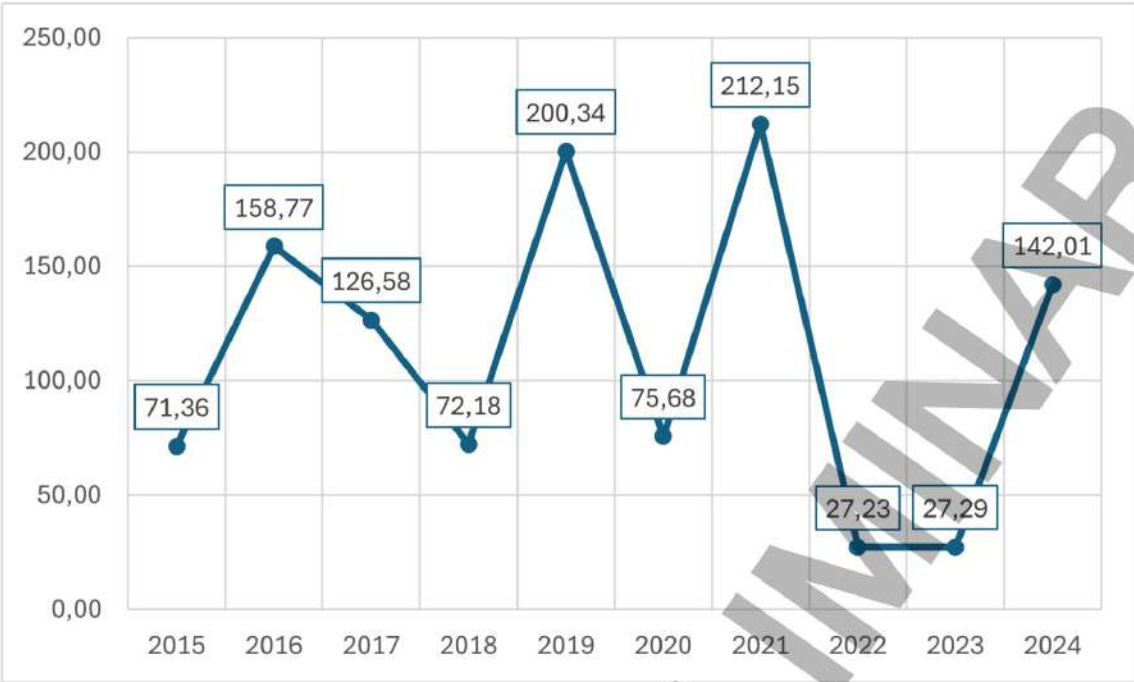
Óbitos fetais residentes em Arapiraca. Fonte: DATASUS



Taxa de óbitos infantis residentes em Arapiraca. Fonte: DATASUS



Percentual de óbitos infantis residentes em Arapiraca por período. Fonte: DATASUS



Taxa de óbitos maternos residentes em Arapiraca. Fonte: DATASUS

Categoria CID-10	2024
J18 Pneumonia p/microorg NE	135
R99 Outr causas mal definidas e NE mortalidade	120
I64 Acid vasc cerebr NE como hemorrag isquemico	89
I21 Infarto agudo do miocardio	84
X95 Agressao disparo outr arma de fogo ou NE	73
E14 Diabetes mellitus NE	57
I10 Hipertensao essencial	57
A41 Outr septicemias	42
J44 Outr doenc pulmonares obstrutivas cronicas	32
Categoria CID-10	2024

VERSÃO PRELIMINAR

