Santa Catarina

Diagnóstico Social da Criança e do Adolescente

Volume 04

DIAGNÓSTICO DA REALIDADE SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Direito à Vida e à Saúde

fia SANTA CATARINA

GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO

GOVERNO DE SANTA CATARINA

CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

DIAGNÓSTICO DA REALIDADE SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Volume 04

Direito à Vida e à Saúde

1ª Edição
Florianópolis, 2018

DIAGNÓSTICO DA REALIDADE SOCIAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Volume 04

Direito à Vida e à Saúde

Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
do Estado de Santa Catarina (CEDCA/SC)

Idealização:

Realização:

painel
Pesquisas e Consultoria

Apoio Institucional:

GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO

GOVERNO DE SANTA CATARINA

Financiamento:

fia
FUNDO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

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

Diagnóstico da realidade social da criança e do adolescente do Estado de Santa Catarina [livro eletrônico]. -- 1. ed. -- Joinville, SC : Painel Pesquisas e Consultoria, 2018.
6 Mb ; PDF

Idealização: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina (CEDCA-SC)
Obra em 6 v.
Vários colaboradores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-93177-08-8 (Obra completa)

1. Ciências sociais - Pesquisa - Santa Catarina 2. Crianças e adolescentes - Direitos 3. Direitos humanos 4. Estatística 5. Indicadores sociais - Crianças e adolescentes.

18-22515 CDD-304.6098164

Índices para catálogo sistemático:

1. Santa Catarina : Estado : Diagnóstico social : Crianças e adolescentes : Ciências sociais 304.6098164

Maria Paula C. Riyuzo - Bibliotecária - CRB-8/7639

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CPI)
(CÂMARA BRASILEIRA DO LIVRO, SP, BRASIL)

Diagnóstico da Realidade Social da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina
Volume 04: Direito à Vida e à Saúde
1ª Edição, Florianópolis, SC – Núcleo Criativo Painel – 2018
18–22515 CDD–304.6098164

ÍNDICES PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO
304.6098164

Coordenação Geral do Diagnóstico
Ermelinda Maria Uber Januário – Economista (CORECON n. 2.556-9)

Coordenação de Projeto
Maria Helena Provenzano – Bacharel em Administração (CRA n. 27913) e Serviço Social

Análise Estatística
Fátima Mottin – Analista Estatística (CONRE n. 9013-A)

Equipe Técnica
Fabiana Caetano – Bacharel em Administração (CRA/SC n. 28080) e Direito
Felipe de Avila – Sistema de Informação
Marcelo Paolillo – Sistema de Informação
Robson Richard Duvoisin – Pedagogo
Rodolfo Uber Januário – Administrador
Valmir Poli – Assistente Social (CRESS n. 2518)

Coordenação de Coleta de Dados em Campo
Fabiana Caetano – Bacharel em Administração (CRA/SC n. 28080) e Direito
Deise de Souza Barros – Bacharel em Arquitetura e Urbanismo (CAU n. A4463-6)

Pesquisadores de Campo
Deise de Souza Barros – Bacharel em Arquitetura e Urbanismo (CAU n. A4463-6)
Diana Maria Garbin de Castilhos
Ian Casas
Sueli Ratke

Apoio Logístico
Diana Maria Garbin de Castilhos
Ian Casas

Revisão Ortográfica
Adriana Polli da Silva – Licenciatura em Música e Letras
e Bacharel em Direito

Identidade Visual e Capa
Rafael Uber – Diretor de Arte e Diretor Cinematográfico (DRT n. 11048/48)

Diagramação
Núcleo Criativo
Gabriele Alexandra Teixeira – Designer Gráfico

Conselheiros do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente de Santa Catarina (CEDCA/SC) - GESTÃO 2018 a 2019

Representantes Governamentais:

Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca - SAR
Titular: Laenio Pescador
Suplente: Rosane Cristina Jacques

Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação - SST
Titular: Karina Gonçalves Euzebio (Coordenadora da Comissão Intersetorial)
Suplente: Fabiani Cabral Lima

Secretaria de Estado da Casa Civil - SCC
Titular: Adriana Polli da Silva
Suplente: Andrea Regina da Silva

Secretaria de Estado da Comunicação - SEC
Titular: Rita de Cássia Dias
Suplente: Juciany L. F. Lacerda

Secretaria de Estado da Educação - SED
Titular: Viviane Rosa da Silva
Suplente: Rosemari Koch Martins

Secretaria de Estado da Fazenda - SEF
Titular: Priscila Rosa
Suplente: Luana Bayestorff

Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania - SJC
Titular: Zeno Augusto Tressoldi
Suplente: Jordana Latofe Daniel

Secretaria de Estado da Saúde - SES
Titular: Maria Aparecida Pires
Suplente: Halei Cruz

Secretaria de Estado da Segurança Pública - SSP
Titular: Major Luciana Helena Dos Santos - PM
Suplente: Antonio Brito - PC

Secretaria de Estado de Turismo, Cultura e Esporte - SOL
Titular: Karina Fuhrmann Paladino
Suplente: Janaina Silveira dos Santos

Representantes de Entidades Não Governamentais:

Associação Catarinense de Conselheiros Tutelares - ACCT (Sede em Criciúma)
Titular: Graziela Cristina Luiz Damacena Gabriel
Suplente: Andréia Teixeira

Associação de Atendimento à Criança e ao Adolescente - COMBEMTU (Tubarão)
Titular: Janine Cristini Koenig de Lima
Suplente: Aline Zanetta Justino

Associação Espaço Alternativo - Criciúma
Titular: Michele Fortunato Hipólito
Suplente: Renata Sonai da Rosa Wilson

Bairro da Juventude dos Padres Rogacionistas - Criciúma
Titular: Jaime Rodolfo Navarro Soto
Suplente: Otávio Nunes Neto

Centro de Direitos Humanos e Cidadania "Irmã Jandira Bettoni" - CDHC (Lages)
Titular: Maria Odete da Costa
Suplente: Luiz Carlos Correa Junior

Comunidade Terapêutica Casa de Restauração - Criciúma
Titular: Fabiana Anacleto Manoel
Suplente: Heuder Dos Santos de Souza

Fórum Catarinense pelo Fim da Violência e Exploração Sexual Infantojuvenil - Sede em Florianópolis
Titular: Rosely Steil (Coordenadora da Comissão Intersetorial pela Sociedade Civil)
Suplente: Lizandra Vaz Salvadori

Instituto Paternidade Responsável - Lages
Titular: Rosane Magali L. Wiggers
Suplente: Ildete Aparecida da Silva

Organização Casa de Sonhos - Criciúma
Titular: Mariana dos Santos Luiz
Suplente: Rute Candinho

Organização Mundial Educação Pré-Escolar - OMEP-BR-SC (sede em Florianópolis)
Titular: Elaine Paes e Lima (Coordenadora Geral do CEDCA/SC)
Suplente: Lisaura Beltrami

Associação Fênix de Artes Marciais Itapemense - Itapema
Titular: Antonio Miranda M. da Costa

Centro Cultural Escrava Anastácia - Florianópolis
Titular: Tamiris Espindola
Suplente: Isabella Medeiros Laureano

Adolescente
Victoria Lugros Meier

Coordenadoras da Comissão Intersetorial (planos decenais)
Karina Gonçalves Euzébio (Representante da SST)
Rosely Steil (Representante da Sociedade Civil)

Mesa Coordenadora do CEDCA/SC
Coordenadora Geral: Elaine Paes e Lima
Coordenador Adjunto: Zeno Augustio Tressoldi
Primeira Secretária: Graziela Cristina Luiz Damacena Gabriel
Segunda Secretária: Maria Aparecida Pires

PREFÁCIO

A construção deste Diagnóstico foi participativa, da coleta à análise de dados. Participaram a Coordenação, os técnicos e a Comissão Intersetorial do CEDCA/SC no seu acompanhamento.

O conteúdo deste Volume 04 buscou resguardar opiniões pessoais e crenças pré-estabelecidas sobre o tema e as problemáticas que o envolvem.

Importante ressaltar que a leitura do presente Diagnóstico tem por base o que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Esperamos que a leitura seja reflexiva e oriente de forma efetiva as políticas públicas e as ações da sociedade civil em benefício das crianças e dos adolescentes do Estado de Santa Catarina.

Dedicamos este projeto de pesquisa a todas as crianças e adolescentes residentes no Estado de Santa Catarina, a todas as instituições, conselheiros e pessoas que zelam pelas mesmas.

Equipe Painel.

PALAVRA DO CEDCA/SC

Considerando o fundamento central do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual estabelece em seu art. 3º que "a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade" e, em seu art. 4º que ressalta "é dever da família, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade", a efetivação dos direitos humanos de todas as crianças e adolescentes, na sua "condição peculiar de pessoa em desenvolvimento", como "sujeitos de direitos".

O Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA/SC), como órgão responsável pela formulação, controle e avaliação de políticas públicas referentes à infância e adolescência, vem desenvolvendo suas ações em estrita observância às diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

No âmbito nacional o movimento pela afirmação e reconhecimento de direitos sociais, tomam forma desde meados dos anos noventa, firmando-se mais efetivamente em 2009, com a aprovação do Terceiro Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH3), no qual a população infantojuvenil também está inserida. Esse reconhecimento reforça e reafirma as referidas questões centrais já sinalizadas no ECA desde 1990.

Inspirado nesse movimento o CONANDA, em 2014, torna público os princípios e diretrizes da "Política Nacional de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes" bem como os eixos e objetivos estratégicos da "Política Nacional dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e do Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes" para o Brasil. A partir desse movimento, estados e municípios passam a ser mobilizados, desafiados, para também construírem sua "Política" e "Plano" na perspectiva de contemplar as necessidades de seus territórios sociais. Dessa forma, o CEDCA/SC, de 2015 a 2018, dedicou-se ao desenvolvimento de ações de articulações e/ou organização desse processo, seja na perspectiva de orientação aos municípios, como também de organização interna, tendo em vista a construção dos referidos instrumentos no âmbito estadual.

Desde a instalação da sua Comissão Intersetorial, desde 2015 até a presente data, teve-se como principal finalidade a construção da Política Estadual dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e do Plano Decenal de Direitos Humanos da Criança e do Adolescente, na perspectiva de fornecer suporte para a consolidação dos direitos humanos fundamentais para a população infantojuvenil catarinense.

E foi a necessidade de ser estabelecida uma política pública e um plano decenal que se impôs o desafio inicial: explicitar a realidade, quais os dados existentes, quais deles são devem servir de parâmetro para o estabelecimento dos referidos instrumentos de gestão para a área. Para tanto, o CEDCA/SC optou por realizar um levantamento dos dados acerca das ações de atenção voltadas a crianças e adolescentes desenvolvidas pelas diferentes políticas sociais no âmbito do Estado. Tendo como fonte as bases de dados e informações fornecidas em caráter oficial e as de domínio público, o Diagnóstico Social da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina foi elaborado com o objetivo de apresentar um "estado da arte" do que temos disponível nesse momento em fontes oficias. O registro de todos os dados consubstancia os seis volumes deste Diagnóstico, cada um tratando de tema específico.

Os dados que disponibilizamos no teor deste Diagnóstico servirão de subsídio ao CEDCA/SC na elaboração da Política Estadual dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e do Plano Estadual Decenal dos Direitos Humanos de Criança e do Adolescente (versão preliminar) que será submetido à consulta pública no portal oficial do Governo do Estado de Santa Catarina.

Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina (CEDCA/SC)

SIGLATÓRIO

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEDCA/SC	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CT	Conselho Tutelar
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OSC	Organização da Sociedade Civil
PA	Pronto Atendimento
PcD	Pessoa com Deficiência
SC	Estado de Santa Catarina
SGDCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIPIA	Sistema de Informação para a Infância e Adolescência
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE INDICADORES

Indicador 1 – Taxa de natalidade	39
Indicador 2 – Pré-natal insuficiente	40
Indicador 3 – Percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas	41
Indicador 4 – Percentual de baixo peso ao nascer	42
Indicador 5 – Percentual de gravidez na adolescência	43
Indicador 6 – Taxa de agravos de 0 a 17 anos	44
Indicador 7 – Taxa de notificação de violência no SINAN de 0 a 17 anos	45
Indicador 8 – Taxa de mortalidade infantil	46
Indicador 9 – Taxa de mortalidade infantil neonatal precoce	47
Indicador 10 – Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia	48
Indicador 11 – Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal	49
Indicador 12 – Taxa de mortalidade na adolescência	50
Indicador 13 – Taxa de mortalidade por violência autoprovocada	51
Indicador 14 – Taxa de mortalidade por causas externas	52
Indicador 15 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com pelo menos uma deficiência	53
Indicador 16 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência visual	54
Indicador 17 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência auditiva	55
Indicador 18 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência física/ motora	56
Indicador 19 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência mental/ intelectual	57
Indicador 20 – Taxa de mortalidade perinatal	58
Indicador 21 – Taxa de mortalidade na infância	59
Indicador 22 – Taxa de prematuridade	60
Indicador 23 – Razão de morte materna	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Mapeamento da rede de atendimento do Estado de Santa Catarina	33
Tabela 2 – Taxa de natalidade	39
Tabela 3 – Percentual de pré-natal insuficiente	40
Tabela 4 – Percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas	41
Tabela 5 – Percentual de baixo peso ao nascer	42
Tabela 6 – Percentual de gravidez na adolescência	43
Tabela 7 – Taxa de agravos de 0 a 17 anos	44
Tabela 8 – Taxa de notificação de violência no SINAN	45
Tabela 9 – Taxa de mortalidade infantil	46
Tabela 10 – Taxa de mortalidade infantil neonatal precoce	47
Tabela 11 – Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia	48
Tabela 12 – Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal	49
Tabela 13 – Taxa de mortalidade na adolescência	50
Tabela 14 – Taxa de mortalidade por violência autoprovocada	51
Tabela 15 – Taxa de mortalidade por causas externas	52
Tabela 16 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com pelo menos	53
Tabela 17 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência visual	54
Tabela 18 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência auditiva	55
Tabela 19 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência física/motora	56
Tabela 20 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência mental/ intelectual	57
Tabela 21 – Taxa de mortalidade perinatal	58
Tabela 22 – Taxa de mortalidade na infância	59
Tabela 23 – Taxa de prematuridade	60
Tabela 24 – Taxa de mortalidade materna	61
Tabela 25 – Número de vezes que os indicadores de uma associação se mostraram maior que a média estadual	62
Tabela 26 – Total de filhos e número de filhos que vieram a óbitos de mães que tiveram filhos em 2016 em Santa Catarina	69
Tabela 27 – Tipo de parto	69
Tabela 28 – Cruzamento de nascido vivo com baixo peso *versus* idade da mãe	70
Tabela 29 – Cruzamento de nascido vivo com pré-natal insuficiente *versus* escolaridade da mãe	70
Tabela 30 – Situação de risco dos nascidos vivos por associação de municípios	71
Tabela 31 – Quantidade de nascidos vivos por número de fatores de riscos associados	72
Tabela 32 – Óbitos fetais	72
Tabela 33 – Causas do óbito fetal	73
Tabela 34 – Óbitos infantis segundo o sexo	73
Tabela 35 – Causas da mortalidade infantil	74

Tabela 36 – Causas da mortalidade infantil neonatal precoce	74
Tabela 37 – Causas da mortalidade infantil neonatal tardia	75
Tabela 38 – Causas da mortalidade infantil pós-neonatal	75
Tabela 39 – Mortalidade na adolescência segundo o sexo	76
Tabela 40 – Causas da mortalidade na adolescência	76
Tabela 41 – Causas da mortalidade materna	78
Tabela 42 – Faixa etária de crianças e adolescentes com notificação no SINAN	78
Tabela 43 – Motivo da notificação no SINAN na faixa etária de 0 a 5 anos	79
Tabela 44 – Motivo da notificação no SINAN na faixa etária de 6 a 11 anos	79
Tabela 45 – Motivo da notificação no SINAN na faixa etária de 12 a 17 anos	80
Tabela 46 – Perfil etário das notificações de violência no SINAN	80
Tabela 47 – Violências sofridas por crianças de 0 a 5 anos	81
Tabela 48 – Violências sofridas por crianças de 6 a 11 anos	81
Tabela 49 – Violências sofridas por crianças de 12 a 17 anos	82
Tabela 50 – Cruzamento do total de violências sofridas por região e por faixa etária	82
Tabela 51 – Internações por associação de municípios do Estado de Santa Catarina	83
Tabela 52 – Perfil das internações no Estado de Santa Catarina	84
Tabela 53 – Motivo da internação na faixa etária de 0 a 5 anos	85
Tabela 54 – Motivo da internação na faixa etária de 6 a 11 anos	86
Tabela 55 – Motivo da internação na faixa etária de 12 a 17 anos	87
Tabela 56 – Situação nutricional de crianças de 0 a 5 anos	88
Tabela 57 – Situação nutricional de adolescentes de 12 a 17 anos	90
Tabela 58 – Percentual da população com deficiência visual, auditiva, física/motora	93
Tabela 59 – Percentual da população com deficiência mental/intelectual	94
Tabela 60 – Percentual de pessoas de 0 a 17 anos com pelo menos uma deficiência que recebe o BPC	95
Tabela 61 – Distribuição de CAPS pelo Estado por associação de municípios	96
Tabela 62 – Taxa de população atendida por saúde mental de 0 a 17 anos	97
Tabela 63 – Taxa de população atendida por álcool e drogas de 12 a 17 anos	98
Tabela 64 – Classificação dos domicílios segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), níveis de insegurança alimentar no Estado de Santa Catarina (IBGE, 2010)	102

SUMÁRIO

PARTE I	**19**
1. APRESENTAÇÃO	19
2. NOTAS METODOLÓGICAS	21
2.1 DIVISÃO TERRITORIAL	21
2.2 PERÍODO DE REFERÊNCIA DOS DADOS	26
2.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	27
2.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	29
PARTE II	**31**
3. INTRODUÇÃO DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE NA LEGISLAÇÃO	31
4. MAPEAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO RELACIONADA AO DIREITO À VIDA E À SAÚDE	33
PARTE III	**38**
5. INDICADORES	39
6. MATRIZ DE INDICAÇÃO DE ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS COM MAIOR NÚMEOR DE INDICADORES ACIMA DA MÉDIA ESTADUAL	62
7. MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE INDICADORES	64
8. ANÁLISES ESTATÍSTICAS COMPLEMENTARES DAS INSTITUIÇÕES	67
8.1. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)	67
8.2. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)	72
8.2.1. ÓBITOS FETAIS	72
8.2.2. MORTALIDADE INFANTIL	73
8.2.3. MORTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	76
8.3. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)	78
8.4. SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH)	83
8.5. VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN)	87
8.6. PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)	92
8.7. SAÚDE MENTAL	96
8.8. VIOLAÇÃO AO DIREITO	99
8.9. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	101
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
10. RECOMENDAÇÕES	105
11. REFERÊNCIAS	108
12. GLOSSÁRIO	109
13. ANEXO ÚNICO	110

PARTE I

1. APRESENTAÇÃO

O Diagnóstico da Realidade Social da Criança e do Adolescente no Estado de Santa Catarina é realizado pela primeira vez, por meio deste trabalho, e tem como principal objetivo subsidiar o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina (CEDCA/SC) e as instâncias governamentais e não governamentais do Estado na formulação e execução da Política e do Plano Estadual Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, contribuindo para a melhoria e qualidade do atendimento a crianças e adolescentes do Estado.

A realização deste Diagnóstico tem como fundamentos normativos a Resolução CONANDA n. 171, de 04 de dezembro de 2014, e a Resolução CEDCA/SC n. 006, de 21 de julho de 2016, publicada no Diário Oficial do Estado (DOE) n. 20.356, de 08/08/2016, p. 1-2, efetivada por meio do Edital de Concorrência Pública n. SEA/0046/2016, tendo como vencedora do processo licitatório a empresa Painel Pesquisas e Consultoria. Este projeto de pesquisa idealizado pelo CEDCA/SC representa um grande avanço no sentido de aproximar as crianças e adolescentes das realidades em que estão inseridas e, por outro lado, um grande avanço também, no sentido de aproximar e concretizar as garantias dos direitos humanos, em relação à política de atendimento para esta população na esfera estadual. Com os resultados deste Diagnóstico será possível identificar as regiões do Estado que apresentam as maiores fragilidades e necessidades, e desta forma priorizar os recursos do Fundo da Infância e Adolescência para ações com base nas necessidades identificadas.

O CEDCA/SC – Conselho Estadual dos Direitos das Crianças e Adolescentes retrata neste trabalho seu compromisso com a busca de informações, um passo marcante rumo à efetivação da Proteção Integral.

Os resultados deste Diagnóstico são apresentados em seis volumes, cada um tratando de um tema específico, detalhados a seguir:

- **Volume 01 –** Trata da introdução ao Diagnóstico da Realidade Social do Estado de Santa Catarina e contempla informações sobre o perfil de crianças e adolescentes, o mapeamento da rede de atendimento existente no Estado e os resultados da pesquisa de percepção com adolescentes de 12 a 17 anos de idade residentes no Estado;

- **Volume 02 –** Trata de informações sobre serviços relacionados ao direito à convivência familiar e comunitária prestados pelo Estado, informações sobre acolhimento, adoção e violação do referido direito;

- **Volume 03 –** Trata da violação aos direitos à liberdade, ao respeito e à dignidade e das formas de violências a ela relacionadas. São abordados também temas relativos a atos infracionais, medidas socioeducativas e mortes por causas externas;

- **Volume 04 –** Trata das informações sobre o eixo relativo ao direito à vida e à saúde, com temas sobre gestação, gravidez na adolescência, mortalidade e notificações de agravos, que contemplam dados epidemiológicos e de violências;

- **Volume 05 –** Trata das informações sobre o eixo relativo ao direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, aborda informações sobre a educação nos níveis de Ensino Fundamental e Ensino Médio estaduais, com temas sobre rendimento escolar, ofertas de vagas nas escolas, projetos desenvolvidos pela rede governamental nos âmbitos da cultura e do esporte, e outras informações afins; e

- **Volume 06 –** Trata das informações sobre o direito à profissionalização e à proteção no trabalho, a profissionalização com o Programa Aprendiz e sobre o trabalho infantil no Estado.

Na parte inicial de cada volume serão apresentados o Diagnóstico e as notas metodológicas; na segunda parte, uma breve introdução ao direito a que se refere e informações do mapeamento da rede de atendimento que compõem os dados utilizados; na terceira parte serão apresentados os indicadores e algumas outras análises referentes ao perfil de atendimento em instituições, órgãos e entidades da rede de atendimento; e, por fim, as considerações e recomendações sobre os dados analisados.

2. NOTAS METODOLÓGICAS

Este é o quarto dos seis volumes que integram o Diagnóstico da Realidade Social da Criança e do Adolescente do Estado de Santa Catarina disponibilizados pela Painel Pesquisas e Consultoria, contendo informações sobre a realidade social da criança e do adolescente residentes neste Estado.

Além de oferecer um retrato em números, este Diagnóstico permite identificar as diferenças entre as regiões do Estado, no tocante aos eixos de direitos preconizados pela Lei Federal n. 8.069, de 1990, mostrando os melhores e piores desempenhos.

Nos próximos itens desta nota metodológica está descrita a divisão territorial considerado no agrupamento e análise dos dados, a data de referência, a higienização ou tratamento dos dados brutos coletados nas instituições, e a forma de apresentação dos resultados.

2.1 DIVISÃO TERRITORIAL

A fim de facilitar o entendimento e organizar as informações, os indicadores e os resultados estatísticos complementares apresentados neste Volume 04 foram consideradas as 21 regiões geográficas do Estado – e não as Agências de Desenvolvimento Regional (ADRs), algumas extintas recentemente –, em razão da rede de atendimento presente nos municípios. Utilizou-se esta divisão territorial com o objetivo de fortalecer as associações catarinenses de municípios, a partir das informações sobre o tema da criança e do adolescente de forma estruturada e regionalizada, e por estar bem alinhada com os objetivos deste Diagnóstico.

No Quadro 1 estão descritas as 21 regiões geográficas do Estado, identificadas pelas respectivas associações dos municípios de abrangência:

Quadro 1 – Classificação das associações de municípios do Estado de Santa Catarina.

1. AMEOSC Associação de Municípios do Extremo Oeste de Santa Catarina	Anchieta Bandeirante Barra Bonita Belmonte Descanso Dionísio Cerqueira Guaraciaba Guarujá do Sul Iporã do Oeste Itapiranga Mondaí Palma Sola Paraíso Princesa Santa Helena São João do Oeste São José do Cedro São Miguel do Oeste Tunápolis
2. AMERIOS Associação dos Municípios do Entre Rios	Bom Jesus do Oeste Caibi Campo Erê Cunha Porã Cunhataí Flor do Sertão Iraceminha Maravilha Modelo Palmitos Riqueza Romelândia Saltinho Santa Terezinha do Progresso São Miguel da Boa Vista Saudades Tigrinhos
3. AMOSC Associação de Municípios do Oeste de Santa Catarina	Águas de Chapecó Águas Frias Arvoredo Caxambu do Sul Chapecó Cordilheira Alta Coronel Freitas Formosa do Sul Guatambu Irati Jardinópolis Nova Erechim Nova Itaberaba Paial Pinhalzinho Planalto Alegre Quilombo Santiago do Sul São Carlos Serra Alta Sul Brasil União do Oeste
4. AMNOROESTE Associação dos Municípios do Noroeste Catarinense	Coronel Martins Galvão Jupiá Novo Horizonte São Bernardino São Lourenço do Oeste
5. AMAI Associação dos Municípios do Alto Irani	Abelardo Luz Bom Jesus Entre Rios Faxinal dos Guedes Ipuaçu Lajeado Grande Marema Ouro Verde Passos Maia Ponte Serrada São Domingos Vargeão Xanxerê Xaxim
6. AMAUC Associação dos Municípios do Alto Uruguai Catarinense	Alto Bela Vista Arabutã Concórdia Ipira Ipumirim Irani Itá Jaborá Lindóia do Sul Peritiba Piratuba Presidente Castello Branco Seara Xavantina

7. AMMOC
Associação dos Municípios do Meio Oeste Catarinense

- Água Doce
- Capinzal
- Catanduvas
- Erval Velho
- Herval d`Oeste
- Ibicaré
- Joaçaba
- Lacerdópolis
- Luzerna
- Ouro
- Treze Tílias
- Vargem Bonita

8. AMPLASC
Associação dos Municípios do Planalto Sul de Santa Catarina

- Abdon Batista
- Brunópolis
- Campos Novos
- Celso Ramos
- Monte Carlo
- Vargem
- Zortéa

9. AMARP
Associação dos Municípios do Alto Vale do Rio do Peixe

- Arroio Trinta
- Caçador
- Calmon
- Fraiburgo
- Ibiam
- Iomerê
- Lebon Régis
- Macieira
- Matos Costa
- Pinheiro Preto
- Rio das Antas
- Salto Veloso
- Tangará
- Timbó Grande
- Videira

10. AMURC
Associação de Municípios da Associação do Contestado

- Curitibanos
- Frei Rogério
- Ponte Alta do Norte
- Santa Cecília
- São Cristóvão do Sul

11. AMPLANORTE
Associação dos Municípios do Planalto Norte Catarinense

- Bela Vista do Toldo
- Canoinhas
- Irineópolis
- Itaiópolis
- Mafra
- Major Vieira
- Monte Castelo
- Papanduva
- Porto União
- Três Barras

12. AMAVI
Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí

- Agrolândia
- Agronômica
- Atalanta
- Aurora
- Braço do Trombudo
- Chapadão do Lageado
- Dona Emma
- Ibirama
- Imbuia
- Ituporanga
- José Boiteux
- Laurentino
- Lontras
- Mirim Doce
- Petrolândia
- Pouso Redondo
- Presidente Getúlio
- Presidente Nereu
- Rio do Campo
- Rio do Oeste
- Rio do Sul
- Salete
- Santa Terezinha
- Taió
- Trombudo Central
- Vidal Ramos
- Vitor Meireles
- Witmarsum

13. AMURES
Associação dos Municípios da Associação Serrana

- Anita Garibaldi
- Bocaina do Sul
- Bom Jardim da Serra
- Bom Retiro
- Campo Belo do Sul
- Capão Alto
- Cerro Negro
- Correia Pinto
- Lages
- Otacílio Costa
- Painel
- Palmeira
- Ponte Alta
- Rio Rufino
- São Joaquim
- São José Do Cerrito
- Urubici
- Urupema

14. AMUNESC
Associação de Municípios do Nordeste de Santa Catarina

- Araquari
- Balneário Barra do Sul
- Campo Alegre
- Garuva
- Itapoá
- Joinville
- Rio Negrinho
- São Bento do Sul
- São Francisco do Sul

15. AMVALI
Associação dos Municípios do Vale do Itapocu

- Barra Velha
- Corupá
- Guaramirim
- Jaraguá do Sul
- Massaranduba
- São João do Itaperiú
- Schroeder

16. AMMVI
Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí

- Apiúna
- Ascurra
- Benedito Novo
- Blumenau
- Botuverá
- Brusque
- Doutor Pedrinho
- Gaspar
- Guabiruba
- Indaial
- Pomerode
- Rio dos Cedros
- Rodeio
- Timbó

17. AMFRI
Associação de Municípios da Associação da Foz do Rio Itajaí

- Balneário Camboriú
- Balneário Piçarras
- Bombinhas
- Camboriú
- Ilhota
- Itajaí
- Itapema
- Luiz Alves
- Navegantes
- Penha
- Porto Belo

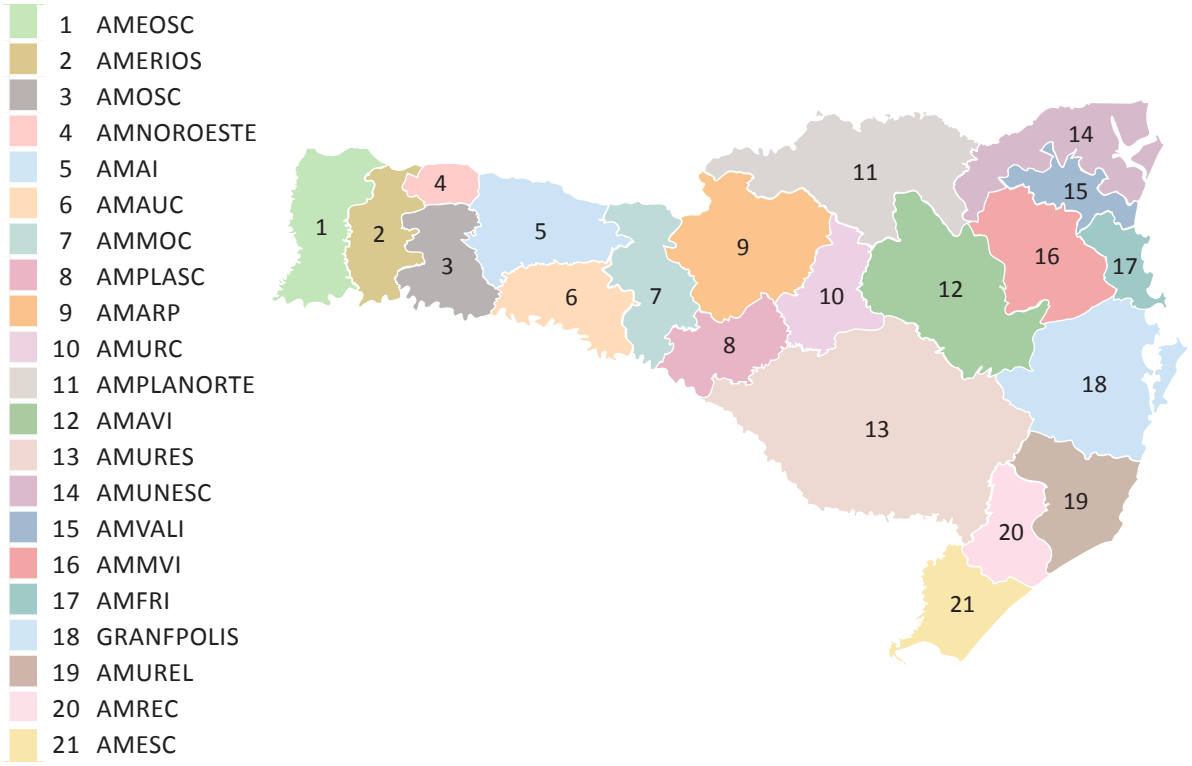
18. GRANFPOLIS
Associação dos Municípios da Grande Florianópolis

- Águas Mornas
- Alfredo Wagner
- Angelina
- Anitápolis
- Antônio Carlos
- Biguaçu
- Canelinha
- Florianópolis
- Garopaba
- Governador Celso Ramos
- Leoberto Leal
- Major Gercino
- Nova Trento
- Palhoça
- Paulo Lopes
- Rancho Queimado
- Santo Amaro da Imperatriz
- São Bonifácio
- São João Batista
- São José
- São Pedro de Alcântara
- Tijucas

19. AMUREL Associação dos Municípios da Associação de Laguna	Armazém Braço do Norte Capivari de Baixo Grão Pará Gravatal Imaruí Imbituba Jaguaruna Laguna Pedras Grandes Pescaria Brava Rio Fortuna Sangão Santa Rosa de Lima São Ludgero São Martinho Treze de Maio Tubarão
20. AMREC Associação dos Municípios da Associação Carbonífera	Balneário Rincão Cocal do Sul Criciúma Forquilhinha Içara Lauro Müller Morro da Fumaça Nova Veneza Orleans Siderópolis Treviso Urussanga
21. AMESC Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense	Araranguá Balneário Arroio do Silva Balneário Gaivota Ermo Jacinto Machado Maracajá Meleiro Morro Grande Passo de Torres Praia Grande Santa Rosa do Sul São João do Sul Sombrio Timbé do Sul Turvo

Fonte: FECAM, 2018.

Mapa 1 – Divisão territorial das associações de municípios do Estado de Santa Catarina.



2.2 PERÍODO DE REFERÊNCIA DOS DADOS

O projeto do Diagnóstico foi construído a partir de dados brutos referentes aos registros ocorridos no período compreendido entre 01/01/2016 a 31/12/2016, obtidos de toda a rede de atendimento à criança e ao adolescente do estado de Santa Catarina. As bases de dados utilizadas neste volume 04 foram obtidas de diversas fontes estaduais ou federais, como Secretaria de Estado da Assistência, Trabalho e Habitação (SST-SC), Tribunal de Justiça (TJSC), Ministério Público (MPSC), Secretaria de Segurança Pública (SST/SC), programas do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) previstos no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Conselho Tutelar (CT) e Unidades de Acolhimento (UA). Foi utilizado ainda, dados do Censo Demográfico do IBGE de 2010 (microdados e agregados) com o propósito de viabilizar futuras comparações censitárias a partir de 2020.

É importante destacar que foram utilizadas todas as bases disponíveis e as mais completas para que este Diagnóstico Social possa retratar com efetividade as realidades onde as crianças e adolescentes estão inseridas, dentro do eixo de direito à vida e à saúde.

2.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Previamente à análise dos dados foi necessário realizar a padronização e correção das inconsistências em todas as bases de dados. Esse procedimento evitou registros duplicados e incompletos, bem como o agrupamento de dados em regiões incorretas.

Na análise dos dados foram utilizadas diferentes técnicas estatísticas:

✓ Análises descritivas (tabelas, gráficos e infográficos);

✓ Para cálculo dos indicadores utilizou-se percentuais, taxa por habitantes, sendo em alguns casos por mil habitantes e outros por cem mil habitantes, dependendo unicamente do indicador analisado. Quando utilizado o denominador por cem mil habitantes, este é informado em nota da tabela;

✓ Classificação das 21 regionais pelo método *Quintil*[1], o qual divide os indicadores em cinco partes, sendo estas classificadas como:

Quadro 2 – Ilustração do método *Quintil*.

Primeiro Quintil	**Segundo Quitnil**	**Terceiro Quintil**	**Quarto Quintil**	**Quinto Quintil**
É o valor até ao qual se encontra 100% da amostra ordenada	É o valor até ao qual se encontra 80% da amostra ordenada	É o valor até ao qual se encontra 60% da amostra ordenada	É o valor até ao qual se encontra 40% da amostra ordenada	É o valor até ao qual se encontra 20% da amostra ordenada
Muito alto Indicadores na extremidade superior à *Mediana* = Dos 81% maiores até o 100%	**Alto** = Dos 61% até os 80% maiores	**Médio** Indicadores próximos à *Mediana* = Dos 41% até os 60% maiores	**Baixo** = Dos 21% até os 40% maiores	**Muito baixo** Indicadores na extremidade inferior à *Mediana* = Os 20 % menores

Sendo a *Mediana* o valor central dos indicadores ordenados de forma crescente, ou seja, é o valor que separa os 50% dos indicadores maiores dos 50% menores.

1 TRIOLA, MARIO FERREIRA. Introdução à Estatística. 7ª Edição. 1999 – Versão traduzida para a língua portuguesa.

Também foi apresentado o cálculo da desigualdade, que mostra a diferença entre o menor e o maior indicador, ou seja, quantas vezes o menor indicador é menor que o maior indicador. A desigualdade é calculada com a seguinte fórmula:

$$\frac{Maior\ Indicador - Menor\ Indicador}{Menor\ Indicador} = Desigualdade$$

Caso o menor indicador seja igual a "zero", o valor da desigualdade assume o valor do maior indicador.

A matriz de correlação[2] é igualmente utilizada com o objetivo de aprofundar a análise de relação entre os indicadores. Primeiramente, define-se a correlação como medida que permite avaliar o quanto duas variáveis[3] estão associadas uma com a outra. Nesse caso, o *coeficiente de correlação linear* varia de +100% a -100%, sendo que:

- Quanto mais próximo de +100% mais forte a relação positiva entre as variáveis (quando uma variável aumenta a outra também aumenta);
- Quanto mais próximo de -100% mais forte a relação negativa entre as variáveis (quando uma variável aumenta a outra reduz); e
- Quanto mais próximo de 0% menor é a relação entre as variáveis.

Aproximadamente, interpreta-se o coeficiente de correlação nas seguintes faixas, como mostra o Quadro 3:

Quadro 3 – Interpretação do *coeficiente de correlação linear.*

Valor da correlação positiva ou negativa	Interpretação
0% a 19%	Sem correlação
20% a 39%	Correlação fraca
40% a 69%	Correlação moderada
70% a 89%	Correlação forte
90% a 100%	Correlação bem forte

A matriz de correlação é uma forma de apresentar as correlações cruzadas entre as variáveis estudadas, no caso deste Diagnóstico as variáveis são os indicadores, facilitando assim a análise e identificação de relação entre um indicador e outro.

2 TRIOLA, MARIO FERREIRA. Introdução à Estatística. 7ª Edição. 1999 – versão traduzida para a língua portuguesa.

3 Entende-se por variável um conjunto de números de um estudo, por exemplo: o número de notificações de violação a direitos é uma variável.

2.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O relatório, que consubstancia cada volume deste Diagnóstico, está organizado em três partes, sendo que:

a) Na Parte I tem-se:

- apresentação de cada um dos volumes deste Diagnóstico e a qual direito fundamental se refere; e
- notas metodológicas;

b) Na Parte II inicia-se a apresentação do respectivo direito fundamental previsto na Lei Federal n. 8.069, de 1990, com dois itens:

- introdução ao direito fundamental; e
- mapeamento da rede de atendimento relacionada ao direito fundamental;

c) Na Parte III são apresentados os seguintes resultados:

- indicadores das associações catarinenses de municípios representados no mapa do Estado;
- as análises estatísticas complementares, que estão representados em forma de tabelas, gráfico e infográficos, dos dados coletados nas instituições que prestam atendimento à crianças e adolescentes neste eixo do direito fundamental previsto na lei federal;
- as considerações finais; e por fim as
- recomendações ao Plano Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes do Estado com bases nos resultados estatísticos deste volume.

Reforçamos na metodologia que o Diagnóstico tem como norte construtivo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), começando com o Volume 01, que traz o perfil das crianças e dos adolescentes do Estado de Santa Catarina, e do Volume 02 a 06, há a priorização dos direitos fundamentais do ECA. Este conjunto de volumes, produzido em certos momentos, descaracterizam algumas visões clássicas de faixa etária, por exemplo, que devem ser

absorvidas pelos leitores, não como divergências, mas sim como uma construção baseada em uma lei que fala especificamente da criança e do adolescente, considerando para os efeitos desta: criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Ainda no tema faixa etária, não se pode deixar de destacar a recente Lei Federal n. 13.257, de 8 de março de 2016 – Lei da Primeira Infância, que em seu art. 2º considera, para os efeitos da lei, a primeira infância como o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança.

PARTE II

3. INTRODUÇÃO DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE NA LEGISLAÇÃO

O direito à saúde é garantido a todo cidadão brasileiro pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), em seu art. 196, que dispõe:

> "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

No que diz respeito à organização do serviço e à estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), o art. 198 da CRFB/88 prevê:

> "As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade."

Em se tratando de crianças e adolescentes, na perspectiva de indivíduos em fases de vida especiais e peculiares para o desenvolvimento físico e psicológico, atenção especial deve ser dada, como previsto no art. 6º da Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

> "Na interpretação desta lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.

Os demais direitos estabelecidos no ECA, na Contituição e nos instrumentos normativos nacionais e internacionais disciplinantes da Proteção Integral, só serão usufruídos plenamente a partir do conceito amplo de saúde como dever do Estado.

Nesse sentido, é fundamental que haja priorização da política de saúde como eixo estruturante da efetivação dos direitos sociais garantidos no arcabouço jurídico-institucional brasileiro. O ordenamento jurídico inovou ao incluir no ECA disposições a respeito da fase gestacional, garantindo o direito ao pré-natal, parto e puerpério. A Lei da Primeira Infância, promulgada ao final de 2016, voltou-se a ações políticas a serem efetivadas para melhor concretizar o que já havia sido conquistado formalmente no texto legal. Além disso, especificou mais detalhadamente os cuidados a serem concretizados desde a concepção até os 6 anos de idade, fase de maior vulnerabilidade física e psicológica do desenvolvimento infantil. A impossibilidade de se comunicarem adequadamente, de compreenderem os abusos cometidos

contra si próprios e a incapacidade de se protegerem contra os seus cuidadores, com os quais têm relação de total dependência física e emocional, torna-os vítimas fáceis e inocentes pelo conjunto de circunstâncias presentes nessa fase da vida.

Assim, no que diz respeito aos anos vulneráveis de crianças e adolescentes, temos no ordenamento jurídico a legislação especial, voltada a disciplinar diferentes temas que têm interseção com o pleno desenvolvimento físico e psicológico saudável e envolvem o relacionamento familiar e comunitário, dentre eles os abusos sexuais; os maus-tratos; a exploração econômica, representada pelo trabalho infantil em suas diferentes modalidades, cujos riscos de prejuízo à saúde inspiraram a criação da Lista TIP; a dependencia química de drogas lícitas ou ilícitas; a gravidez na adolescência; a obesidade infantil e o sedentarismo, muitas vezes originados pela ausência da atividade física, no viés que elevou o direito ao esporte, como prática que deve ser garantida a todos; a alimentação inadequada; a falta de higiene; a falta de moradia em condições salubres; as condições de insalubridade das unidades de privação de liberdade para adolescentes autores de atos infracionais; a alimentação inadequada para os internos, bem como para qualquer outra criança/adolescente em determinada instituição (escolar, de acolhimento, esportiva, etc.); a segurança alimentar; e crianças e adolescentes em situação de rua ou em contato com o lixo. Todos esses temas são amplos e certamente trarão reflexos nos indicadores da área da Saúde, deixando clara a necessidade de uma atuação inter e transdisciplinar para garantir e promover o direito à saúde das crianças e dos adolescentes.

Este Diagnóstico evidencia o perfil abrangente da realidade social da infância e da adolescência no estado de Santa Catarina no que diz respeito ao direito à vida e à saúde. Por meio da análise de diversos indicadores selecionados pela equipe de especialistas do Instituto Painel juntamente com o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA/SC), elaborou-se o comparativo entre as diferentes regiões (por associações de municípios) do Estado, e, na maioria dos casos, com o indicador de referência do Brasil. A análise comparativa permite identificar a omissão ou a negligência do Poder Público no estabelecimento de políticas públicas, mapeando potencialidades e fragilidades dos serviços e das ações governamentais, constituindo importante instrumento de planejamento e gestão do Estado e para a sociedade – poderosa ferramenta de controle social e monitoramento de serviços e políticas públicas.

4. MAPEAMENTO DA REDE DE ATENDIMENTO RELACIONADA AO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

Neste Volume foram mapeados o conjunto de atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) do Estado de Santa Catarina, atuantes nos eixos estratégicos de defesa, controle e promoção do direito à vida e à saúde, seja no âmbito federal, estadual ou municipal.[4]

Tabela 1 – Mapeamento da rede de atendimento do Estado de Santa Catarina[5].

Instituição, Órgão ou Entidade	Quant.	(%)
Defesa	**422**	**14,7%**
Conselho Tutelar	**306**	**72,51%**
Ministério Público de Santa Catarina	**116**	**27,5%**
Promotoria de Justiça da Infância e Juventude	115	99,1%
Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude - MP	1	0,9%
Controle	**6**	**0,2%**
Conselhos de Direitos	**2**	**33,3%**
Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA/SC)	1	50,0%
Conselho Estadual de Direitos Humanos (CEDH/SC)	1	50,0%
Conselhos Setoriais	**4**	**66,7%**
Conselho Estadual de Alimentação Escolar	1	25,00%
Conselho Estadual de Saúde	1	25,00%
Conselho Estadual de Entorpecentes	1	25,00%
Conselho Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional	1	25,00%
Promoção	**2434**	**85,0%**
Secretaria Estadual de Saúde	**2434**	**63,40%**
Centro de Saúde/Unidade Básica	1544	63,43%
Posto de Saúde	330	13,56%
Policlínica	211	8,67%
Hospital Geral	199	8,18%
Centro de Atenção Psicossocial	91	3,74%
Pronto Atendimento	41	1,68%
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	9	0,37%
Pronto Socorro Geral	7	0,29%
Pronto Socorro Especializado	2	0,08%
Total de Instituições, Órgãos ou Entidades	**2.862**	**100,0%**

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2016.

4 As classificações e nomenclatura dos equipamentos foram realizados com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde (CNES), extraído do CNESNet, disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

5 Para fins de mapeamento, os equipamentos foram quantificados a partir da estrutura hierárquica a qual estão vinculados, como por exemplo no caso do Ministério Público, cuja atuação no estado de Santa Catarina ocorre por meio das 115 promotorias de justiça distribuídas nos municípios, e do centro de apoio operacional, que juntos contabilizam 116 unidades de atendimento.

A rede de atendimento para os eixos voltada ao direito à vida e à saúde do estado de Santa Catarina é composta por 2.862 instituições, órgãos e entidades e equipamentos sendo que 14,7% delas atua no âmbito de defesa, 0,2% no controle e 85% no da promoção.

A seguir serão apresentados as definições e atribuições dos equipamentos mapeados por eixo estratégico de atuação.

Eixo da Defesa

No eixo estratégico de defesa do direito à vida e à saúde foram computadas 422 instituições, órgãos, equipamentos e entidades atuantes, dos quais os conselhos tutelares representam o maior número, no total são 306 no estado de Santa Catarina, além das 115 Promotorias de Justiça e do Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude.

- **Conselho Tutelar (CT):** trata-se de um órgão não jurisdicional, estabelecido por lei municipal, com atributos de permanência e autonomia com o objetivo de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes, a ser acionado sempre que forem identificadas situações de abuso, ameaça ou risco contra o público em epígrafe. É um órgão eletivo, ou seja, é eleito pela sociedade, e suas atribuições e competência de atuação estão disciplinadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (CNJ, 2016);

- **Ministério Público de Santa Catarina (MPSC):** o Ministério Público é uma instituição com atribuições e responsabilidades de atuação na manutenção da ordem jurídica, no regime democrático, na defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Atua em diversas áreas, em que desempenha papel fundamental, dentre elas na proteção e na defesa dos direitos da criança e do adolescente (MPSC, 2018).

Dentro de sua área de atuação, referente à este eixo estratégico, foram considerados os seguintes equipamentos no mapeamento da rede:

I. **Promotorias de Justiça da Infância e Juventude:** com fundamento no princípio da proteção integral da pessoa que está em desenvolvimento, a Promotoria de Justiça da área da Infância e Juventude tem legitimidade para adotar as medidas legais cabíveis quando identificada situação de risco, ameaça ou lesão a criança ou adolescente, seja em razão de conduta da sua família, da sociedade, do Estado, ou ainda do próprio adolescente, como no caso das medidas socioeducativas (MPSC, 2018); e

II. **Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude (CIJ):** é órgão auxiliar do MPSC, instituído pelo Ato n. 048/MP/2003, vinculado ao Gabinete do Procurador-Geral de Justiça, conforme prevê a Lei Complementar n. 197/2000. É responsável por prestar suporte ao trabalho dos promotores de justiça com atribuição na área em todo o Estado, realizando pesquisas, estudos e pareceres. Além disso, estimula a integração e o intercâmbio entre órgãos integrantes do SGDCA, como o Poder Judiciário, os conselhos tutelares e os gestores municipais (BRASIL, 1993).

Eixo do Controle

Faz parte do eixo estratégico de Controle ao direito à vida e à saúde os conselhos de direitos e os conselhos setoriais gestores de políticas públicas. No estado de Santa Catarina, foram mapeados no total 6 conselhos cuja área de atuação possui relação com o público infantojuvenil, sendo 2 conselhos de direito e 4 conselhos setoriais conforme as seguintes definições:

- **Conselhos Gestores de Políticas Públicas:** referem-se aos canais institucionais, plurais, permanentes, autônomos, formados por representantes da sociedade civil e poder público, cuja atribuição é a de propor diretrizes das políticas públicas, fiscalizá-las, controlá-las e deliberar sobre elas, sendo órgãos de gestão pública vinculados à estrutura do Poder Executivo, ao qual cabe garantir a sua permanência (NAHRA, 2007); e

- **Conselhos Municipais de Direitos:** se caracterizam como órgãos colegiados, permanentes, orientados pelo princípio da paridade - garantindo a representação de diferentes segmentos sociais, do poder público e da sociedade civil - tendo por incumbência formular, supervisionar e avaliar as políticas públicas nas esferas federal, estadual e municipal. Constituem-se, portanto, como espaços institucionais fundamentais para a construção democrática das políticas públicas e exercício da participação e legitimidade social (SEJU, s.d).

Eixo da Promoção

No eixo estratégico de promoção do direito à vida e à saúde foram computados 2434 instituições, órgãos, e entidades atuantes, em que foram considerados equipamentos da rede municipal, estadual, federal e privada.

- **Secretaria de Estado da Saúde (SES):** tem como competência assegurar o acesso ao serviço de saúde coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de

saúde no Estado. Instituída pela Lei Complementar n. 381, de 2007 e alterações, nas suas atribuições estão o desenvolvimento e execução das atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde (SES, s.d.).

I. **Centro de Saúde/Unidade Básica:** unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Pode ou não oferecer SADT e Pronto Atendimento 24 horas (MS, 2018);

II. **Posto de Saúde:** unidade de saúde destinada a prestar assistência sanitária, de forma programada, a uma população determinada, por pessoal de nível médio ou elementar, utilizando técnicas apropriadas e esquemas padronizados de atendimento (MS, 2018);

III. **Policlínica:** estabelecimento de saúde destinado à assistência ambulatorial, que desenvolve suas ações sob demanda (MS, 2018);

IV. **Hospital Geral:** estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação, a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou outros serviços (MS, 2018);

V. **Centro de Atenção Psicossocial:** nas suas diferentes modalidades, referem-se aos serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. Dentre as modalidades de atendimento, os CAPS estão organizados em CAPS I, CAPS II e CAPS III e CAPSad (álcool e drogas) - conforme número populacional - os quais atendem todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas;

VI. **Pronto Atendimento:** conjunto de elementos destinados a atender urgências dentro do horário de serviço do estabelecimento de saúde (MS, 2018);

VII. **Centro de Atenção Psicossocial Infantil:** presta serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento as crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial;

VIII. **Pronto Socorro Geral:** estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas e dispõe apenas de leitos de observação (MS, 2018); e

IX. **Pronto Socorro Especializado:** estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, em alguma especialidade, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Funciona durante as 24 horas e dispõe apenas de leitos de observação (MS, 2018).

PARTE III

A apresentação dos resultados das análises estatísticas contemplam além dos números, a representação no mapa geográfico do estado de Santa Catarina dos indicadores, organizados por região, evidenciando as diferenças entre o maior e menor valor da série de dados, com a finalidade de mensurar a desigualdade existente no Estado e indicar quais as regiões que necessitam de maior atenção.

Na sequência, ainda serão apresentados os dados estatísticos complementares dos atendimentos realizados pelas instituições, órgãos e entidades que prestam serviços nos eixos estratégicos da defesa e promoção do direito à vida e à saúde.

5. INDICADORES

A taxa de natalidade no estado de Santa Catarina é de 13,8 nascidos vivos a cada mil habitantes. A AMAUC tem a menor taxa (12,2) e a AMURC a maior (16,7) de nascidos vivos a cada mil habitantes, conforme indica a Tabela 2.

Tabela 2 – Taxa de natalidade.

		Associação	Total de nascidos vivos	População total	Taxa de natalidade
Muito Baixo	6	AMAUC	1.793	146.980	12,2
	4	AMNOROESTE	448	36.350	12,3
	1	AMEOSC	2.122	169.855	12,5
	2	AMERIOS	1.382	110.559	12,5
	16	AMMVI	9.656	758.016	12,7
Baixo	19	AMUREL	4.596	360.398	12,8
	7	AMMOC	1.680	126.729	13,3
	20	AMREC	5.692	425.603	13,4
	12	AMAVI	3.888	290.548	13,4
Médio	21	AMESC	2.637	196.684	13,4
	18	GRANFPOLIS	15.620	1.152.115	13,6
	11	AMPLANORTE	3.261	238.055	13,7
	14	AMUNESC	11.735	834.838	14,1
Alto	15	AMVALI	4.148	290.961	14,3
	13	AMURES	4.240	289.979	14,6
	5	AMAI	2.249	153.430	14,7
	9	AMARP	3.274	223.317	14,7
Muito Alto	3	AMOSC	4.619	313.633	14,7
	8	AMPLASC	878	58.947	14,9
	17	AMFRI	10.275	666.537	15,4
	10	AMURC	1.116	67.019	16,7
		Não informado	1	-	-
		Santa Catarina	**95.310**	**6.910.553**	**13,8**

Fonte: SINASC, 2016.

Indicador 1

Taxa de natalidade

Definição:

número de nascidos vivos por mil habitantes, em determinada região geográfica.

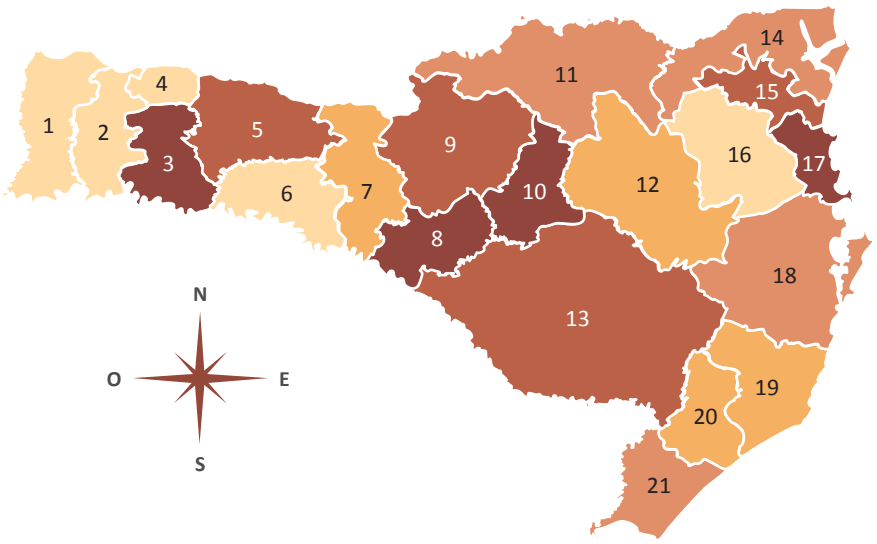
Menor indicador: AMAUC 12,2

Maior indicador: AMURC 16,7

DIFERENÇA:

0,4 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de natalidade	
Brasil	*14,7*
Santa Catarina	*13,8*

No tocante a pré-natal se difere bastante entre as regiões e associações de municípios no estado de Santa Catarina, a AMNOROESTE tem apenas 14,1% dos nascidos vivos com pré-natal insuficiente, enquanto a AMURC tem 45,7%, duas vezes maior. A média é de 25,7%, conforme revela a Tabela 3.

Tabela 3 – Percentual de pré-natal insuficiente.

		Associação	Nascidos vivos com pré-natal insuficiente	Total de nascidos vivos	(%) de pré-natal insuficiente
Muito Baixo	4	AMNOROESTE	63	448	14,1%
	15	AMVALI	767	4.148	18,5%
	2	AMERIOS	256	1.382	18,5%
	11	AMPLANORTE	615	3.261	18,9%
	6	AMAUC	344	1.793	19,2%
Baixo	3	AMOSC	902	4.619	19,5%
	16	AMMVI	2.083	9.656	21,6%
	7	AMMOC	376	1.680	22,4%
	9	AMARP	738	3.274	22,5%
Médio	12	AMAVI	902	3.888	23,2%
	1	AMEOSC	497	2.122	23,4%
	17	AMFRI	2.439	10.275	23,7%
	14	AMUNESC	2.888	11.735	24,6%
Alto	18	GRANFPOLIS	4.398	15.620	28,2%
	20	AMREC	1.619	5.692	28,4%
	5	AMAI	687	2.249	30,5%
	13	AMURES	1.447	4.240	34,1%
Muito Alto	19	AMUREL	1.581	4.596	34,4%
	21	AMESC	1.031	2.637	39,1%
	8	AMPLASC	385	878	43,8%
	10	AMURC	510	1.116	45,7%
		Não informado	1	1	-
		Santa Catarina	**24.529**	**95.310**	**25,7%**

Fonte: SINASC, 2016.

Indicador 2

Percentual de pré-natal insuficiente

Definição:

percentual de nascidos vivos cujas mães realizaram seis ou menos consultas de pré-natal, em determinada região geográfica.

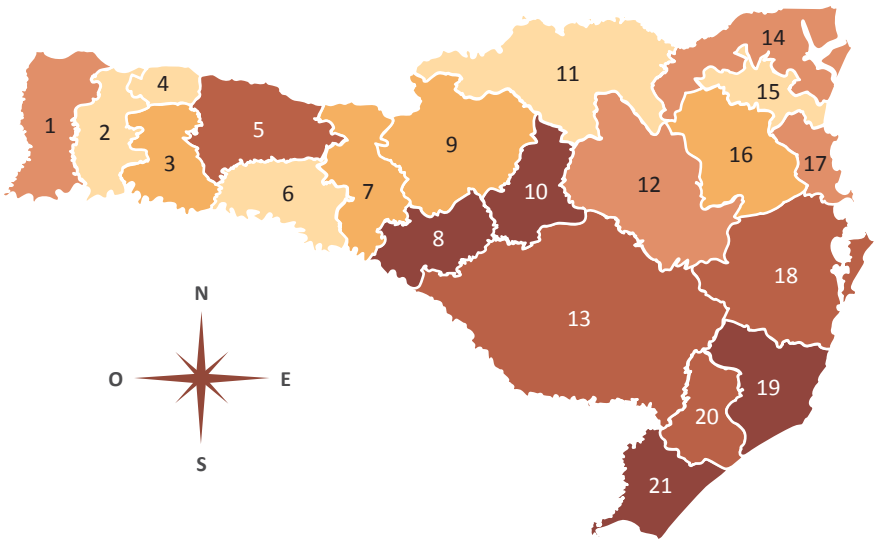
Menor indicador: AMNOROESTE 14,1%

Maior indicador: AMURC 45,7%

DIFERENÇA:

2,2 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Pré-natal insuficiente	
Brasil	*31,7%*
Santa Catarina	*25,7%*

Outro indicador de expressiva diferença entre as associações de municípios em relação aos nascidos vivos com anomalias congênitas é o da AMURC, com o percentual de 0,2% vezes menor que o indicador da AMAUC, que é de 1,3%. A média do Estado é de 0,9% conforme expressa a Tabela 4.

Tabela 4 – Percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas.

		Associação	Total de nascidos vivos	População total	Nascidos vivos com anomalias congênitas
Muito Baixo	10	AMURC	2	1.116	0,2%
	4	AMNOROESTE	2	448	0,4%
	17	AMFRI	55	10.275	0,5%
	11	AMPLANORTE	21	3.261	0,6%
	16	AMMVI	66	9.656	0,7%
Baixo	20	AMREC	40	5.692	0,7%
	15	AMVALI	30	4.148	0,7%
	1	AMEOSC	16	2.122	0,8%
	21	AMESC	20	2.637	0,8%
Médio	8	AMPLASC	7	878	0,8%
	14	AMUNESC	100	11.735	0,9%
	9	AMARP	30	3.274	0,9%
	12	AMAVI	37	3.888	1,0%
Alto	7	AMMOC	16	1.680	1,0%
	2	AMERIOS	14	1.382	1,0%
	13	AMURES	43	4.240	1,0%
	19	AMUREL	49	4.596	1,1%
Muito Alto	3	AMOSC	54	4.619	1,2%
	18	GRANFPOLIS	187	15.620	1,2%
	5	AMAI	28	2.249	1,2%
	6	AMAUC	24	1.793	1,3%
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**841**	**95.310**	**0,9%**

Fonte: SINASC, 2016.

Indicador 3

Percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas

Definição:

percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas a cada mil nascidos vivos, em determinada região geográfica.

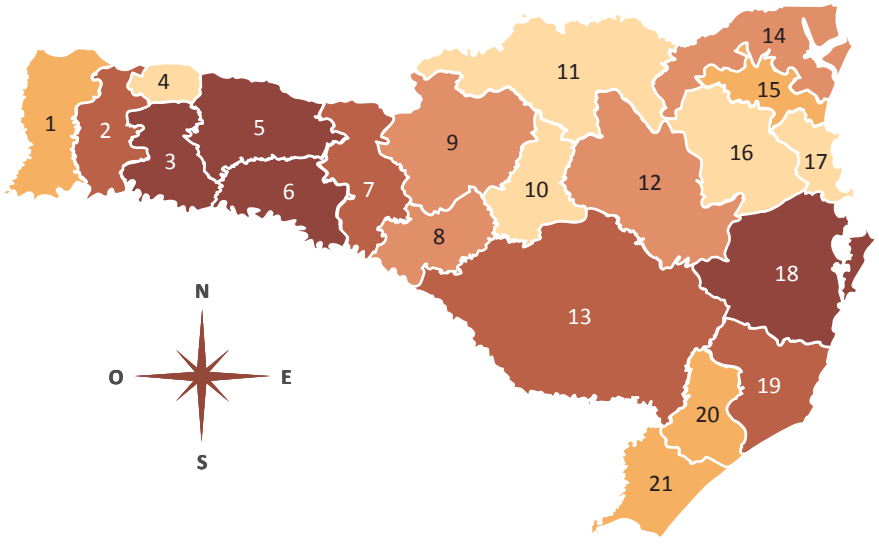
Menor indicador: AMURC 0,2%

Maior indicador: AMAUC 1,3%

DIFERENÇA:

6,5 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Percentual de nascidos vivos com anomalias congênitas	
Brasil	*0,9%*
Santa Catarina	*0,9%*

Já no indicador de baixo peso ao nascer a diferença é muito pequena entre as associações de municípios, de apenas 0,5 vezes entre a AMESC com a menor taxa (6,7%) e a AMAI com a maior taxa (10,1%). Em média o Estado tem 7,8% dos nascidos vivos com baixo peso ao nascer.

Tabela 5 – Percentual de baixo peso ao nascer.

		Associação	Nascidos vivos com baixo peso ao nascer	Total de nascidos vivos	(%) de baixo peso ao nascer
Muito Baixo	21	AMESC	177	2.637	6,7%
	8	AMPLASC	61	878	6,9%
	15	AMVALI	289	4.148	7,0%
	17	AMFRI	727	10.275	7,1%
	12	AMAVI	277	3.888	7,1%
Baixo	16	AMMVI	708	9.656	7,3%
	2	AMERIOS	104	1.382	7,5%
	18	GRANFPOLIS	1.179	15.620	7,5%
	14	AMUNESC	894	11.735	7,6%
Médio	4	AMNOROESTE	35	448	7,8%
	3	AMOSC	365	4.619	7,9%
	11	AMPLANORTE	261	3.261	8,0%
	10	AMURC	91	1.116	8,2%
Alto	20	AMREC	474	5.692	8,3%
	19	AMUREL	383	4.596	8,3%
	7	AMMOC	144	1.680	8,6%
	9	AMARP	281	3.274	8,6%
Muito Alto	13	AMURES	375	4.240	8,8%
	1	AMEOSC	194	2.122	9,1%
	6	AMAUC	177	1.793	9,9%
	5	AMAI	228	2.249	10,1%
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**7.424**	**95.310**	**7,8%**

Fonte: SINASC, 2016.

Indicador 4

Percentual de baixo peso ao nascer

Definição:

percentual de nascidos vivos com peso inferior a 2,5 kg pelo total de nascidos vivos em determinada região geográfica.

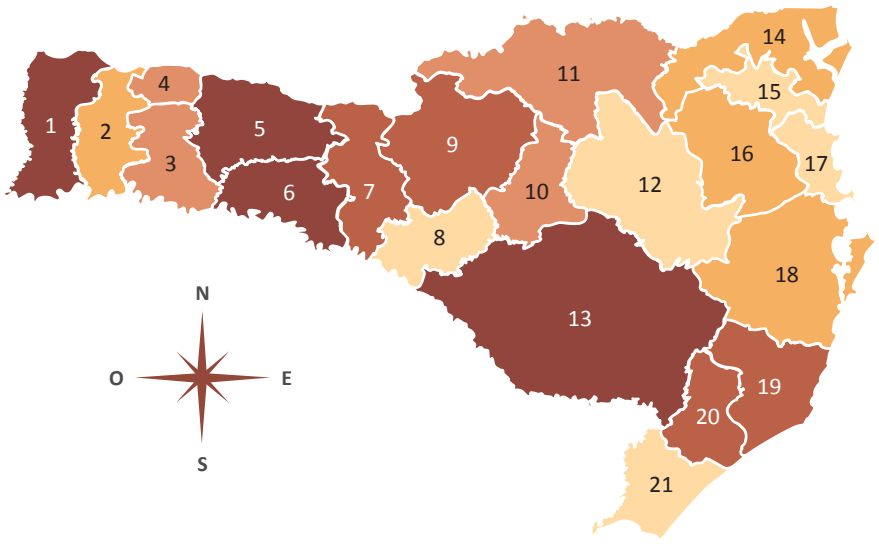
Menor indicador: AMESC 6,7%

Maior indicador: AMAI 10,1%

DIFERENÇA:

0,5 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Percentual de baixo peso ao nascer	
Brasil	*8,4%*
Santa Catarina	*7,8%*

No geral 9,1% dos nascidos vivos são de mães que engravidaram na adolescência. A diferença entre os percentuais da AMVALI (6,2%) e da AMURC (19,5%) é de aproximadamente duas vezes.

Tabela 6 – Percentual de gravidez na adolescência.

		Associação	Nascidos vivos com gravidez na adolescência	Total de nascidos vivos	(%) de Gravidez na adolescência*
Muito Baixo	15	AMVALI	256	4.148	6,2%
	16	AMMVI	607	9.656	6,3%
	18	GRANFPOLIS	1.198	15.620	7,7%
	14	AMUNESC	964	11.735	8,2%
Baixo	6	AMAUC	150	1.793	8,4%
	3	AMOSC	394	4.619	8,5%
	12	AMAVI	341	3.888	8,8%
	17	AMFRI	905	10.275	8,8%
	2	AMERIOS	124	1.382	9,0%
Médio	20	AMREC	516	5.692	9,1%
	19	AMUREL	422	4.596	9,2%
	1	AMEOSC	195	2.122	9,2%
	21	AMESC	244	2.637	9,3%
Alto	7	AMMOC	156	1.680	9,3%
	11	AMPLANORTE	383	3.261	11,7%
	4	AMNOROESTE	55	448	12,3%
	5	AMAI	315	2.249	14,0%
Muito Alto	8	AMPLASC	124	878	14,1%
	13	AMURES	603	4.240	14,2%
	9	AMARP	466	3.274	14,2%
	10	AMURC	218	1.116	19,5%
		Não informado	-	-	-
		Santa Catarina	**8.636**	**95.309**	**9,1%**

Fonte: SINASC, 2016.
*12 a 19 anos.

Indicador 5

Percentual de gravidez na adolescência

Definição:

percentual de mulheres residentes com idade de 12 a 19 anos que tiveram filhos nascidos vivos em determinada região geográfica.

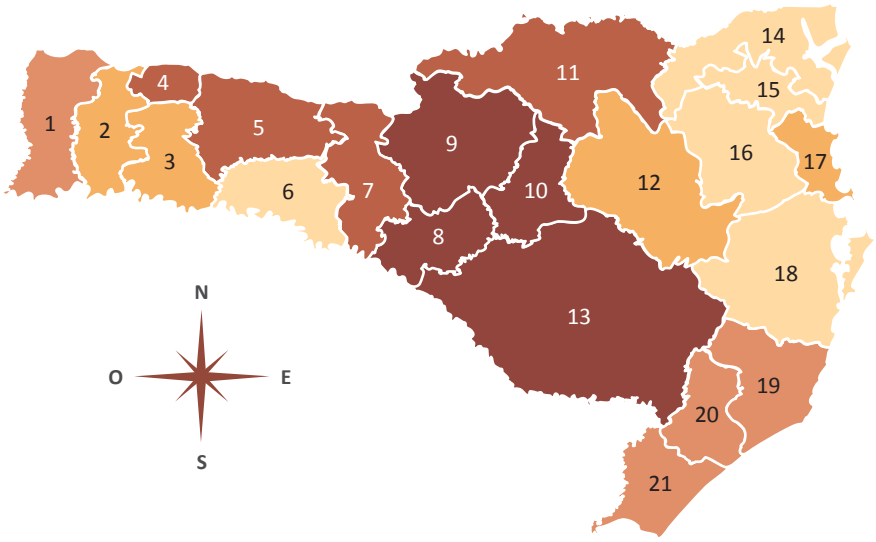
Menor indicador: AMVALI 6,2%

Maior indicador: AMURC 19,5%

DIFERENÇA:

2,2 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Percentual de gravidez na adolescência	
Brasil 10 a 14 anos	*8,4%*
Brasil 15 a 19 anos	*8,4%*
Santa Catarina 10 a 14 anos	*8,4%*
Santa Catarina 15 a 19 anos	*8,4%*
Santa Catarina 12 a 19 anos	*7,8%*

A taxa de agravo se diferencia quase 2 vezes entre a associação AMPLASC com o menor indicador (5,1) e a associação AMOSC com a maior taxa (14,9). Em média a taxa do Estado é de 8,6 agravos a cada mil habitantes de 0 a 17 anos.

Tabela 7 – Taxa de agravos de 0 a 17 anos.

		Associação	Notificações e agravos	População de 0 a 17 anos	Taxa de agravos
Muito Baixo	8	AMPLASC	88	17.213	5,1
	13	AMUREL	465	86.607	5,4
	19	AMESC	310	50.439	6,1
	10	AMURES	516	83.385	6,2
	12	AMAVI	499	74.946	6,7
Baixo	21	AMARP	439	64.187	6,8
	9	AMURC	145	20.580	7,0
	4	AMMVI	1.217	167.374	7,3
	16	AMNOROESTE	76	10.102	7,5
Médio	11	AMPLANORTE	529	68.822	7,7
	14	AMUNESC	1.617	207.320	7,8
	2	AMERIOS	228	29.118	7,8
	18	GRANFPOLIS	2.126	251.854	8,4
Alto	6	AMVALI	577	66.368	8,7
	15	AMAUC	324	35.697	9,1
	20	AMMOC	305	32.034	9,5
	7	AMREC	1.041	103.613	10,0
Muito Alto	1	AMFRI	1.716	153.565	11,2
	17	AMAI	559	43.357	12,9
	5	AMEOSC	591	43.347	13,6
	3	AMOSC	1.158	77.715	14,9
		Não informado	36	-	-
		Santa Catarina	**14.562**	**1.687.643**	**8,6**

Fonte: SINAN, 2016.

Indicador 6

Taxa de agravos de 0 a 17 anos

Definição:

número total de notificações de agravos na faixa etária de 0 a 17 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária em determinada região geográfica.

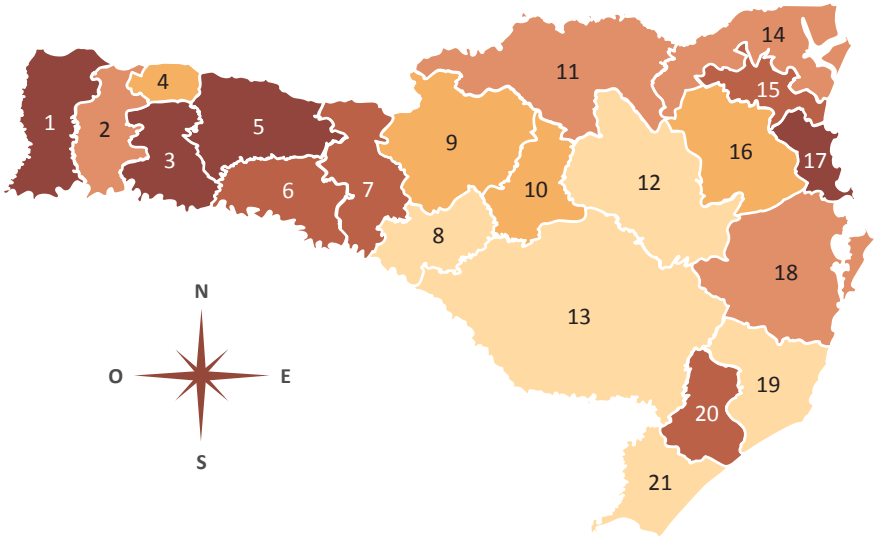
Menor indicador: AMPLASC 5,1

Maior indicador: AMOSC 14,9

DIFERENÇA:

1,9 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



A Taxa de Notificação de Violência no SINAN se diferencia quase 24 vezes entre a associação AMNOROESTE com o menor indicador (0,2) e a associação AMFRI com a maior taxa (4,9). Em média a taxa do Estado é de 2,2 notificações de violência no SINAN a cada mil habitantes de 0 a 17 anos.

Tabela 8 – Taxa de Notificação de Violência no SINAN.

		Associação	Notificações de Violência	População de 0 a 17 anos	Taxa de Notificação de Violência no SINAN
Muito Baixo	4	AMNOROESTE	2	10.102	0,2
	10	AMURC	9	20.580	0,4
	8	AMPLASC	8	17.213	0,5
	13	AMURES	58	83.385	0,7
	2	AMERIOS	23	29.118	0,8
Baixo	21	AMESC	40	50.439	0,8
	11	AMPLANORTE	55	68.822	0,8
	19	AMUREL	77	86.607	0,9
	6	AMAUC	32	35.697	0,9
Médio	9	AMARP	66	64.187	1,0
	7	AMMOC	35	32.034	1,1
	3	AMOSC	117	77.715	1,5
	12	AMAVI	122	74.946	1,6
Alto	1	AMEOSC	89	43.347	2,1
	18	GRANFPOLIS	528	251.854	2,1
	16	AMMVI	392	167.374	2,3
	15	AMVALI	158	66.368	2,4
Muito Alto	5	AMAI	126	43.357	2,9
	14	AMUNESC	646	207.320	3,1
	20	AMREC	399	103.613	3,9
	17	AMFRI	757	153.565	4,9
		Santa Catarina	**3.739**	**1.687.643**	**2,2**

Fonte: SINAN, 2016.

Indicador 7

Taxa de Notificação de Violência no SINAN de 0 a 17 anos

Definição:

número total de notificações de violência no SINAN na faixa etária de 0 a 17 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária em determinada região geográfica.

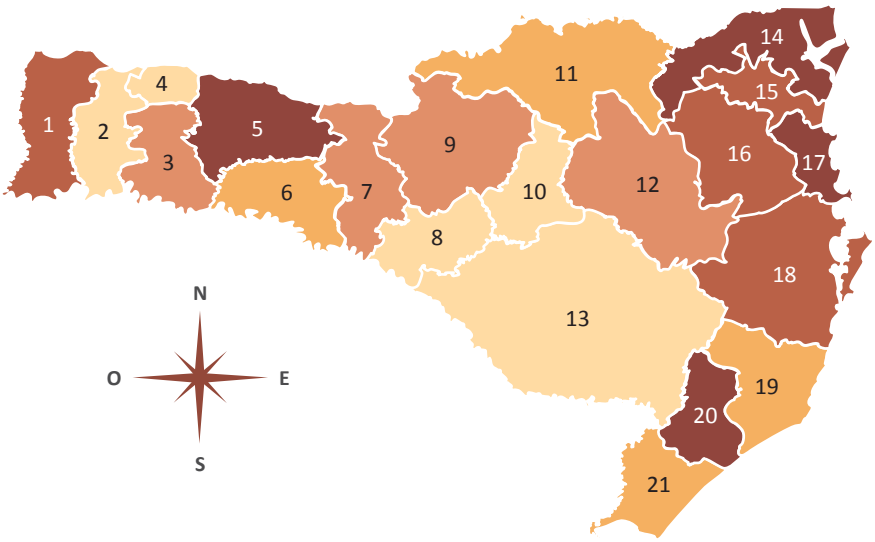
Menor indicador: AMNOROESTE 0,2

Maior indicador: AMFRI 4,9

DIFERENÇA:

23,9 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



A taxa de mortalidade infantil média do estado de Santa Catarina é de 8,8 mortes a cada mil nascidos vivos. A diferença entre as associações com menor taxa, a AMUNESC (5,6) e, com a maior taxa, a AMURES (14,6) é de 1,6 vezes.

Tabela 9 – Taxa de mortalidade infantil.

		Associação	Óbito infantil	Total de nascidos vivos	Taxa mortalidade infantil
Muito Baixo	14	AMUNESC	66	11.735	5,6
	20	AMREC	38	5.692	6,7
	11	AMPLANORTE	22	3.261	6,7
	12	AMAVI	27	3.888	6,9
	18	GRANFPOLIS	113	15.620	7,2
Baixo	16	AMMVI	72	9.656	7,5
	6	AMAUC	14	1.793	7,8
	2	AMERIOS	11	1.382	8,0
	15	AMVALI	36	4.148	8,7
Médio	4	AMNOROESTE	4	448	8,9
	19	AMUREL	42	4.596	9,1
	17	AMFRI	96	10.275	9,3
	1	AMEOSC	22	2.122	10,4
Alto	5	AMAI	25	2.249	11,1
	3	AMOSC	54	4.619	11,7
	7	AMMOC	21	1.680	12,5
	21	AMESC	34	2.637	12,9
Muito Alto	8	AMPLASC	12	878	13,7
	10	AMURC	16	1.116	14,3
	9	AMARP	47	3.274	14,4
	13	AMURES	62	4.240	14,6
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**834**	**95.310**	**8,8**

Fonte: SIM/SINASC, 2016.

Indicador 8

Taxa de mortalidade infantil

Definição:

número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinada região geográfica.

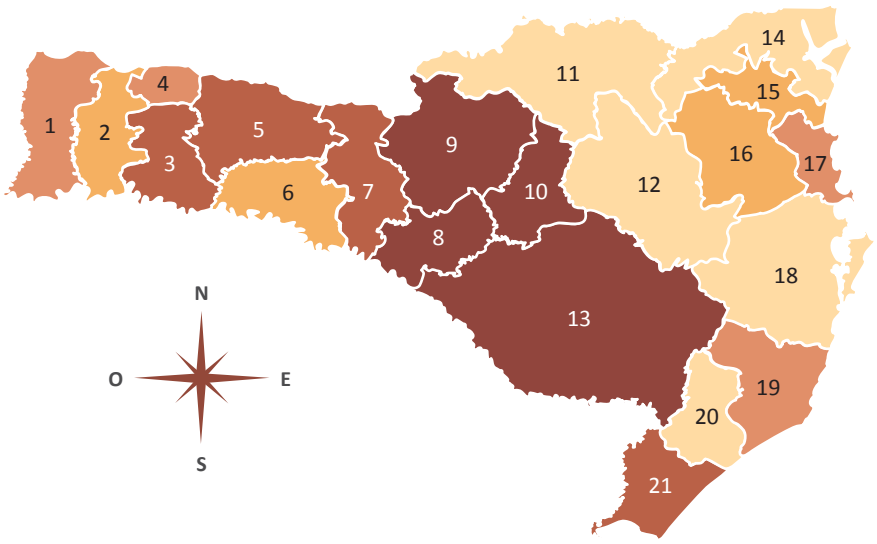
Menor indicador: AMUNESC 5,6

Maior indicador: AMURES 14,6

DIFERENÇA:

1,6 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de mortalidade infantil	
Brasil	*12,4*
Santa Catarina	*8,8*

A taxa de mortalidade infantil neonatal precoce é de 5,0 óbitos a cada mil nascidos vivos. A diferença entre as associações é de 2,7 vezes, tendo a AMNOROESTE com a menor taxa (2,2) e a AMARP com a maior taxa (8,2).

Tabela 10 – Taxa de mortalidade infantil neonatal precoce.

		Associação	Óbito infantil neonatal precoce	Total de nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil neonatal precoce
Muito Baixo	4	AMNOROESTE	1	448	2,2
	12	AMAVI	10	3.888	2,6
	14	AMUNESC	36	11.735	3,1
	11	AMPLANORTE	12	3.261	3,7
	20	AMREC	23	5.692	4,0
Baixo	18	GRANFPOLIS	66	15.620	4,2
	2	AMERIOS	6	1.382	4,3
	19	AMUREL	20	4.596	4,4
	7	AMMOC	8	1.680	4,8
Médio	6	AMAUC	9	1.793	5,0
	15	AMVALI	21	4.148	5,1
	16	AMMVI	49	9.656	5,1
	8	AMPLASC	5	878	5,7
Alto	21	AMESC	16	2.637	6,1
	17	AMFRI	63	10.275	6,1
	1	AMEOSC	14	2.122	6,6
	5	AMAI	16	2.249	7,1
Muito Alto	3	AMOSC	36	4.619	7,8
	13	AMURES	34	4.240	8,0
	10	AMURC	9	1.116	8,1
	9	AMARP	27	3.274	8,2
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**481**	**95.310**	**5,0**

Fonte: SIM/SINASC, 2016.

Indicador 9

Taxa de mortalidade infantil neonatal precoce

Definição:

número de óbitos de crianças com até 6 dias completos de vida, por mil nascidos vivos, em determinada região geográfica.

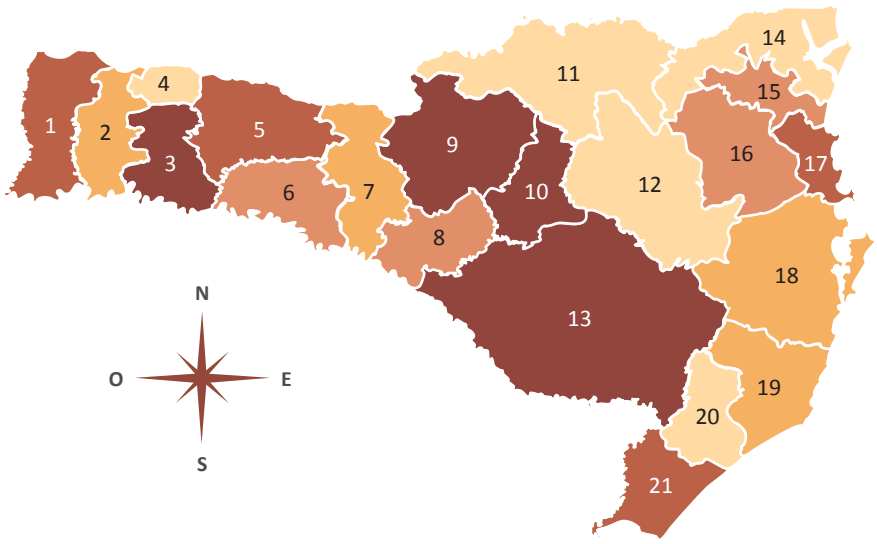
Menor indicador: AMNOROESTE 2,2

Maior indicador: AMARP 8,2

DIFERENÇA:

2,7 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de mortalidade infantil neonatal precoce	
Brasil	*7,0*
Santa Catarina	*5,0*

A taxa de mortalidade infantil neonatal tardia é bem menor no Estado sendo 1,3 mortes a cada mil nascidos vivos, porém a diferença entre as associações é maior, de quase 4 vezes. Três associações não registraram nenhum óbito e a AMURC apresentou taxa de 3,6 óbitos a cada mil habitantes.

Tabela 11 – Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia.

		Associação	Óbito infantil neonatal tardia	Total de nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia
Muito Baixo	2	AMERIOS	0	1.382	0,0
	4	AMNOROESTE	0	448	0,0
	8	AMPLASC	0	878	0,0
	5	AMAI	1	2.249	0,4
	16	AMMVI	5	9.656	0,5
Baixo	9	AMARP	3	3.274	0,9
	14	AMUNESC	11	11.735	0,9
	20	AMREC	6	5.692	1,1
	18	GRANFPOLIS	17	15.620	1,1
Médio	11	AMPLANORTE	4	3.261	1,2
	17	AMFRI	15	10.275	1,5
	3	AMOSC	7	4.619	1,5
	12	AMAVI	6	3.888	1,5
Alto	6	AMAUC	3	1.793	1,7
	1	AMEOSC	4	2.122	1,9
	13	AMURES	8	4.240	1,9
	15	AMVALI	9	4.148	2,2
Muito Alto	19	AMUREL	11	4.596	2,4
	7	AMMOC	5	1.680	3,0
	21	AMESC	8	2.637	3,0
	10	AMURC	4	1.116	3,6
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**127**	**95.310**	**1,3**

Fonte: SIM, 2016.

Indicador 10

Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia

Definição:

número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em determinada região geográfica

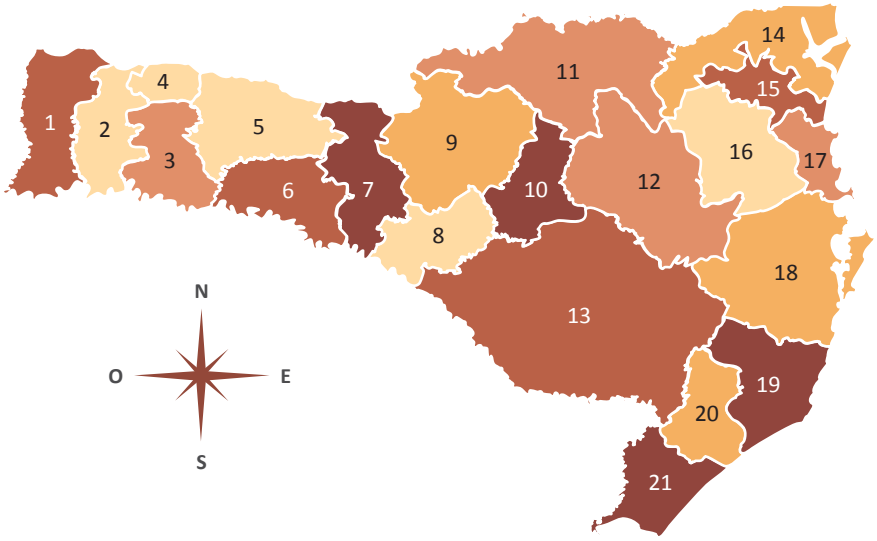
Menor indicador: AMERIOS 0,0

Maior indicador: AMURC 3,6

DIFERENÇA:

3,6 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de mortalidade neonatal tardia	
Brasil	*2,2*
Santa Catarina	*1,3*

Em média a taxa de mortalidade infantil pós-neonatal no Estado é de 2,4 óbitos a cada mil nascidos vivos, porém com uma diferença de 6,3 vezes entre as associações: a AMAUC com a menor taxa (1,1) e a AMPLASC com a maior taxa (8,0).

Tabela 12 – Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal.

		Associação	Óbito infantil pós-neonatal	Total de nascidos vivos	Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal
Muito Baixo	6	AMAUC	2	1.793	1,1
	15	AMVALI	6	4.148	1,4
	20	AMREC	9	5.692	1,6
	14	AMUNESC	19	11.735	1,6
	17	AMFRI	18	10.275	1,8
Baixo	11	AMPLANORTE	6	3.261	1,8
	16	AMMVI	18	9.656	1,9
	1	AMEOSC	4	2.122	1,9
	18	GRANFPOLIS	30	15.620	1,9
Médio	3	AMOSC	11	4.619	2,4
	19	AMUREL	11	4.596	2,4
	10	AMURC	3	1.116	2,7
	12	AMAVI	11	3.888	2,8
Alto	5	AMAI	8	2.249	3,6
	2	AMERIOS	5	1.382	3,6
	21	AMESC	10	2.637	3,8
	13	AMURES	20	4.240	4,7
Muito Alto	7	AMMOC	8	1.680	4,8
	9	AMARP	17	3.274	5,2
	4	AMNOROESTE	3	448	6,7
	8	AMPLASC	7	878	8,0
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**226**	**95.310**	**2,4**

Fonte: SIM, 2016.

Indicador 11

Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal

Definição:

número de óbitos de crianças entre 28 e 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos em determinada região geográfica.

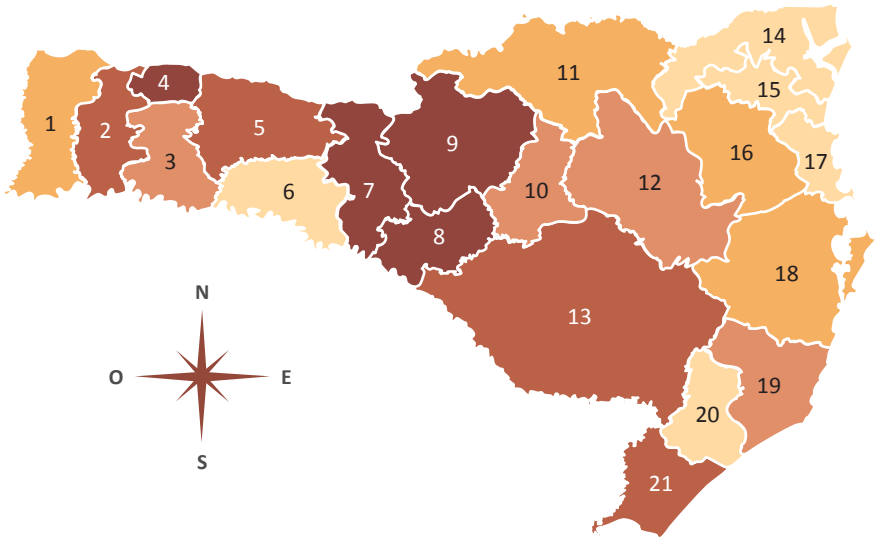
Menor indicador: AMAUC 1,1

Maior indicador: AMPLASC 8,0

DIFERENÇA:

6,1 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal	
Brasil	*3,8*
Santa Catarina	*2,4*

A taxa de mortalidade na adolescência em média no Estado é de 49,1 mortes a cada cem mil habitantes, sendo que na AMOSC, com a menor taxa, é de 33,2 e na AMAI, com a maior de 78,3, uma diferença de 1,4 vezes entre elas.

Tabela 13 – Taxa de mortalidade na adolescência.

		Associação	Óbito na Adolescência	População de 12 a 17 anos	Taxa de Mortalidade na Adolescência*
Muito Baixo	3	AMOSC	10	30.165	33,2
	6	AMAUC	5	13.673	36,6
	9	AMARP	9	23.884	37,7
	12	AMAVI	11	28.358	38,8
	20	AMREC	17	39.744	42,8
Baixo	14	AMUNESC	33	76.889	42,9
	2	AMERIOS	5	11.622	43,0
	18	GRANFPOLIS	42	96.199	43,7
	16	AMMVI	28	63.521	44,1
Médio	7	AMMOC	6	12.200	49,2
	1	AMEOSC	9	17.412	51,7
	19	AMUREL	18	33.832	53,2
	15	AMVALI	13	24.413	53,3
Alto	17	AMFRI	32	57.207	55,9
	11	AMPLANORTE	16	25.478	62,8
	13	AMURES	20	31.481	63,5
	10	AMURC	5	7.578	66,0
Muito Alto	21	AMESC	13	19.257	67,5
	4	AMNOROESTE	3	4.007	74,9
	8	AMPLASC	5	6.544	76,4
	5	AMAI	13	16.595	78,3
		Não informado	1	-	-
		Santa Catarina	**314**	**640.059**	**49,1**

Fonte: SIM, 2016
*Por cem mil habitantes.

Indicador 12

Taxa de mortalidade na adolescência

Definição:

número de óbitos de adolescentes de 12 a 17 anos, por cem mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

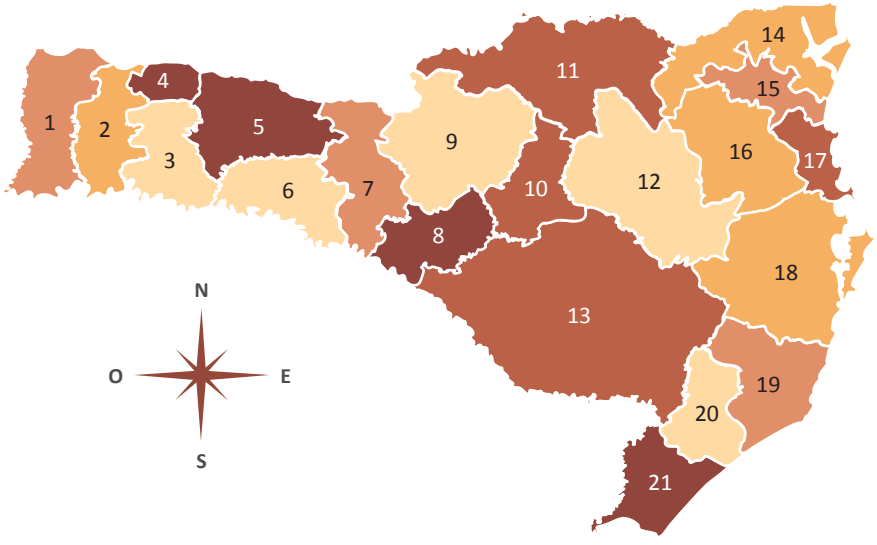
Menor indicador: AMOSC 33,2

Maior indicador: AMAI 78,3

DIFERENÇA:

1,4 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



A diferença no Estado entre as associações na taxa de mortalidade por violência autoprovocada chegou a 19,1 vezes, na qual várias associações não registraram nenhum óbito e a AMNOROESTE, a menor associação registrou um óbito, que gerou a taxa de 19,1 mortes a cada cem mil habitantes entre 10 e 17 anos.

Tabela 14 – Taxa de mortalidade por violência autoprovocada.

		Associação	Violência autoprovocada	População de 10 a 17 anos	Taxa de violência autoprovocada de 10 a 17 anos
Muito Baixo	3	AMOSC	0	39.510	0,0
	5	AMAI	0	21.872	0,0
	6	AMAUC	0	18.049	0,0
	8	AMPLASC	0	8.606	0,0
	9	AMARP	0	31.899	0,0
Baixo	10	AMURC	0	10.259	0,0
	15	AMVALI	0	32.215	0,0
	21	AMESC	0	25.328	0,0
	16	AMMVI	1	83.581	1,2
Médio	17	AMFRI	1	75.843	1,3
	20	AMREC	1	52.311	1,9
	14	AMUNESC	2	102.199	2,0
	18	GRANFPOLIS	3	127.001	2,4
Alto	1	AMEOSC	1	22.799	4,4
	13	AMURES	2	41.844	4,8
	11	AMPLANORTE	2	33.962	5,9
	7	AMMOC	1	16.163	6,2
Muito Alto	2	AMERIOS	1	15.243	6,6
	19	AMUREL	3	44.119	6,8
	12	AMAVI	3	37.525	8,0
	4	AMNOROESTE	1	5.236	19,1
		Santa Catarina	**22**	**845.564**	**2,6**

Fonte: SIM, 2016.
*por 100 mil habitantes.

Indicador 13

Taxa de mortalidade por violência autoprovocada

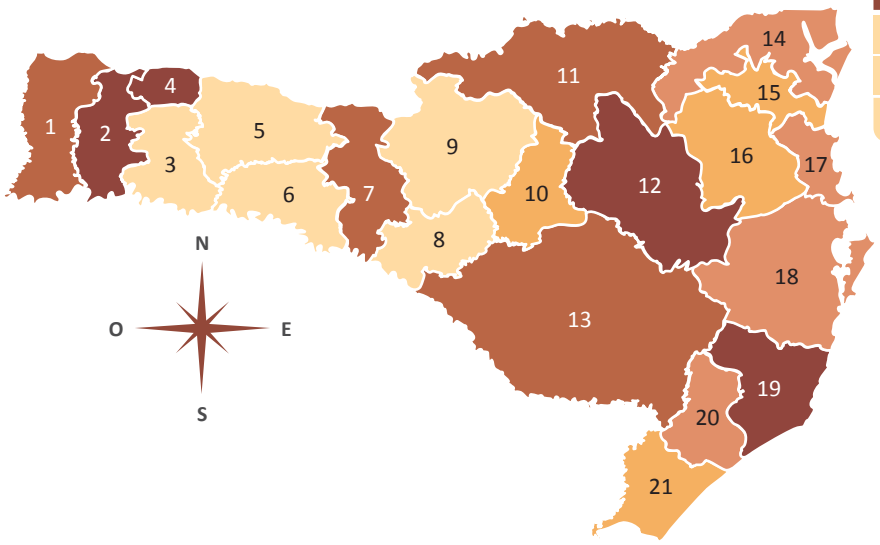
Definição:

número total de notificações de violência autoprovocada, na faixa etária de 10 a 17 anos, por mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

Menor indicador: AMOSC 0,0

Maior indicador: AMNOROESTE 19,1

DIFERENÇA:
19,1 vezes
É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de violência autoprovocada	
Brasil 10 a 19 anos	*2,5*
Santa Catarina 10 a 19 anos	*3,7*
Santa Catarina 10 a 17 anos	*2,6*

A taxa de mortalidade por causas externas no Estado é de 17,4 mortes a cada 100 mil habitantes de 0 a 17 anos. A AMEOSC possui uma taxa de 11,5, a menor do Estado e a AMAI uma taxa de 30,0 a maior do Estado. A diferença entre elas é de 1,6 vezes.

Tabela 15 – Taxa de mortalidade por causas externas.

		Associação	Óbitos por causas externas	População de 0 a 17 anos	Taxa* de morte por causas externas
Muito Baixo	1	AMEOSC	5	43.347	11,5
	7	AMMOC	4	32.034	12,5
	16	AMMVI	21	167.374	12,5
	21	AMESC	7	50.439	13,9
	6	AMAUC	5	35.697	14,0
Baixo	14	AMUNESC	31	207.320	15,0
	17	AMFRI	23	153.565	15,0
	15	AMVALI	10	66.368	15,1
	3	AMOSC	13	77.715	16,7
Médio	2	AMERIOS	5	29.118	17,2
	20	AMREC	18	103.613	17,4
	18	GRANFPOLIS	45	251.854	17,9
	19	AMUREL	16	86.607	18,5
Alto	9	AMARP	12	64.187	18,7
	11	AMPLANORTE	14	68.822	20,3
	12	AMAVI	16	74.946	21,3
	10	AMURC	5	20.580	24,3
Muito Alto	13	AMURES	23	83.385	27,6
	8	AMPLASC	5	17.213	29,0
	4	AMNOROESTE	3	10.102	29,7
	5	AMAI	13	43.357	30,0
		Santa Catarina	**294**	**1.687.643**	**17,4**

Fonte: SIM, 2016.
*por 100 mil habitantes.

Indicador 14

Taxa de mortalidade por causas externas

Definição:

número de óbitos por causas externas na faixa etária de 0 a1 7 anos, por 100 mil habitantes da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

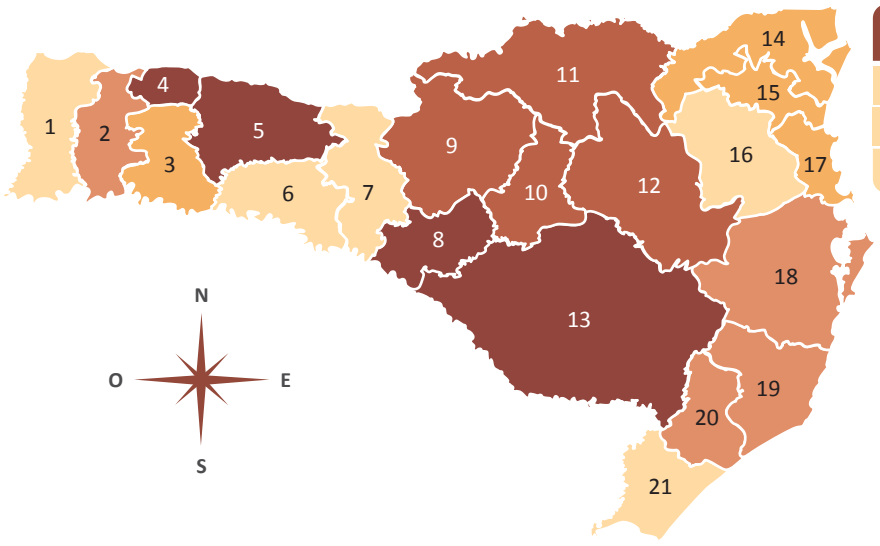
Menor indicador: AMEOSC 11,5

Maior indicador: AMAI 30,0

DIFERENÇA:

1,6 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de mortalidade por causas externas	
Brasil 0 a 19 anos	*53,2*
Santa Catarina 0 a 19 anos	*38,9*
Santa Catarina 0 a 17 anos	*17,4*

Em média o percentual de crianças e adolescentes com pelo menos uma deficiência no Estado é de 6,1%, e a diferença entre as associações é pequena, de apenas 0,2 vezes.

Tabela 16 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com pelo menos uma deficiência.

		Associação	Quant.	De 0 a 17 anos	(%) Pelo menos uma deficiência
Muito Baixo	6	AMAUC	1.654	35.697	4,6%
	15	AMVALI	3.161	66.368	4,8%
	1	AMEOSC	2.220	43.347	5,1%
	4	AMNOROESTE	522	10.102	5,2%
	20	AMREC	5.446	103.613	5,3%
Baixo	3	AMOSC	4.140	77.715	5,3%
	2	AMERIOS	1.556	29.118	5,3%
	14	AMUNESC	11.402	207.320	5,5%
	16	AMMVI	9.277	167.374	5,5%
Médio	11	AMPLANORTE	3.912	68.822	5,7%
	5	AMAI	2.527	43.357	5,8%
	12	AMAVI	4.466	74.946	6,0%
	8	AMPLASC	1.074	17.213	6,2%
Alto	7	AMMOC	2.008	32.034	6,3%
	17	AMFRI	10.105	153.565	6,6%
	9	AMARP	4.241	64.187	6,6%
	19	AMUREL	5.796	86.607	6,7%
Muito Alto	21	AMESC	3.411	50.439	6,8%
	18	GRANFPOLIS	17.438	251.854	6,9%
	13	AMURES	6.150	83.385	7,4%
	10	AMURC	1.678	20.580	8,2%
		Santa Catarina	**102.184**	**1.687.643**	**6,1%**

Fonte: IBGE, 2010.

Indicador 15

Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com pelo menos uma deficiência

Definição:

número de pessoas de 0 a 17 anos que apresentam pelo menos uma deficiência pelo total populacional da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

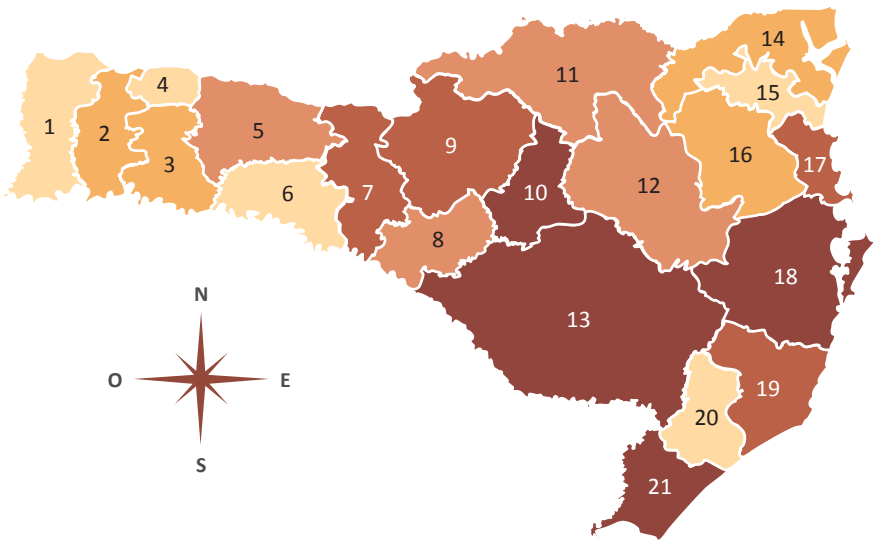
Menor indicador: AMAUC 4,6%

Maior indicador: AMURC 8,2%

DIFERENÇA:

0,2 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Em média o percentual de crianças e adolescentes com deficiência visual no estado é de 0,1%, e a diferença entre as associações é pequena, de apenas 0,2 vezes.

Tabela 17 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência visual.

		Associação	Quant.	De 0 a 17 anos	(%) Deficiência visual
Muito Baixo	9	AMARP	12	64.187	0,0%
	2	AMERIOS	9	29.118	0,0%
	10	AMURC	8	20.580	0,0%
	1	AMEOSC	22	43.347	0,1%
	6	AMAUC	20	35.697	0,1%
Baixo	5	AMAI	30	43.357	0,1%
	8	AMPLASC	12	17.213	0,1%
	11	AMPLANORTE	61	68.822	0,1%
	4	AMNOROESTE	10	10.102	0,1%
Médio	20	AMREC	111	103.613	0,1%
	13	AMURES	107	83.385	0,1%
	3	AMOSC	111	77.715	0,1%
	14	AMUNESC	297	207.320	0,1%
Alto	17	AMFRI	226	153.565	0,1%
	15	AMVALI	100	66.368	0,2%
	7	AMMOC	50	32.034	0,2%
	16	AMMVI	272	167.374	0,2%
Muito Alto	12	AMAVI	132	74.946	0,2%
	21	AMESC	91	50.439	0,2%
	18	GRANFPOLIS	519	251.854	0,2%
	19	AMUREL	205	86.607	0,2%
		Santa Catarina	**2.405**	**1.687.643**	**0,1%**

Fonte: IBGE, 2010.

Indicador 16

Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência visual

Definição:

número de pessoas de 0 a 17 anos que apresentam deficiência visual pelo total populacional da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

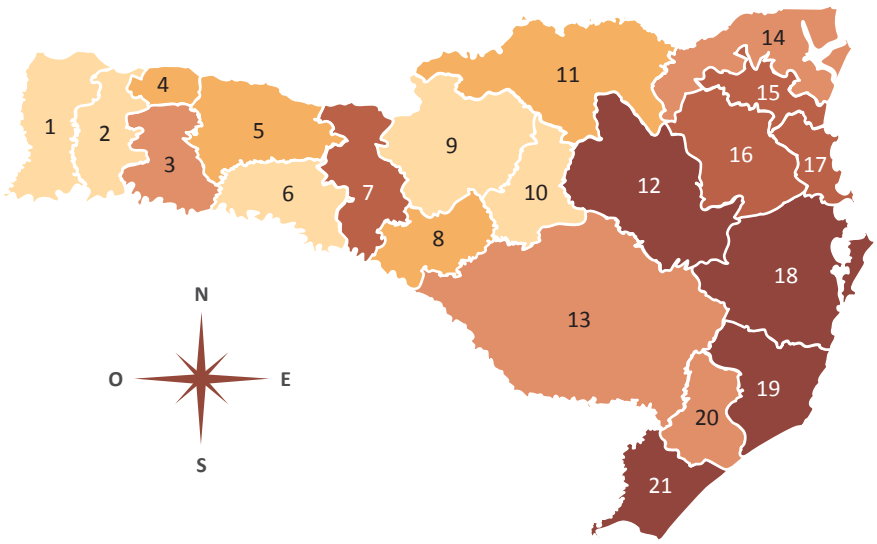
Menor indicador: AMARP 0,0%

Maior indicador: AMUREL 0,2%

DIFERENÇA:

0,2 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Percentual de deficiência visual	
Brasil	*0,1%*
Santa Catarina	*0,1%*

Em média o percentual de crianças e adolescentes com deficiência auditiva no estado é de 0,1%, e a diferença entre as associações é pequena, de apenas 0,2 vezes.

Tabela 18 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência auditiva.

		Associação	Quant.	De 0 a 17 anos	(%) Deficiência auditiva
Muito Baixo	4	AMNOROESTE	0	10.102	0,0%
	6	AMAUC	6	35.697	0,0%
	8	AMPLASC	8	17.213	0,0%
	9	AMARP	30	64.187	0,0%
	10	AMURC	14	20.580	0,1%
Baixo	5	AMAI	33	43.357	0,1%
	16	AMMVI	131	167.374	0,1%
	11	AMPLANORTE	54	68.822	0,1%
	13	AMURES	71	83.385	0,1%
Médio	17	AMFRI	134	153.565	0,1%
	2	AMERIOS	26	29.118	0,1%
	14	AMUNESC	195	207.320	0,1%
	19	AMUREL	89	86.607	0,1%
Alto	7	AMMOC	38	32.034	0,1%
	21	AMESC	60	50.439	0,1%
	15	AMVALI	81	66.368	0,1%
	12	AMAVI	92	74.946	0,1%
Muito Alto	3	AMOSC	96	77.715	0,1%
	18	GRANFPOLIS	353	251.854	0,1%
	20	AMREC	153	103.613	0,1%
	1	AMEOSC	68	43.347	0,2%
		Santa Catarina	**1.732**	**1.687.643**	**0,1%**

Fonte: IBGE, 2010.

Indicador 17

Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência auditiva

Definição:

número de pessoas de 0 a 17 anos que apresentam deficiência auditiva pelo total populacional da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

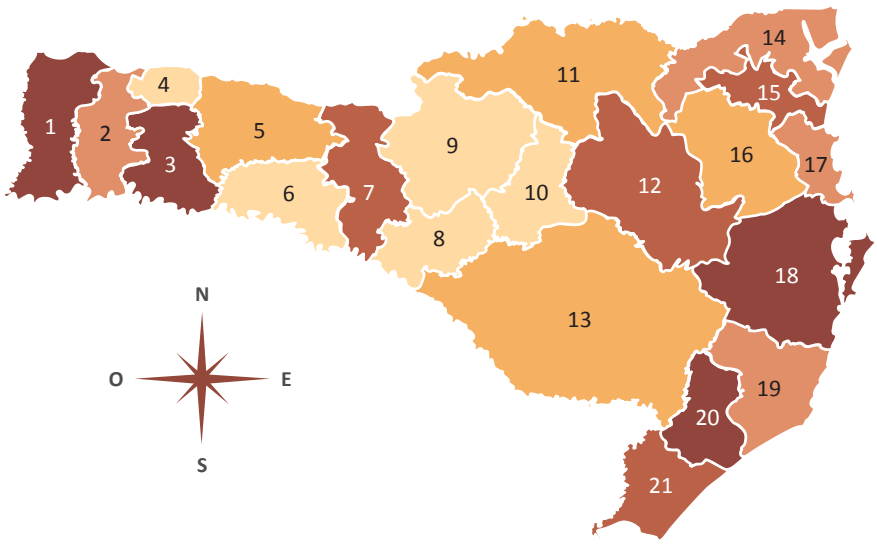
Menor indicador: AMNOROESTE 0,0%

Maior indicador: AMEOSC 0,2%

DIFERENÇA:

0,2 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Percentual de deficiência auditiva	
Brasil	*0,1%*
Santa Catarina	*0,1%*

Em média o percentual de crianças e adolescentes com deficiência física/motora no estado é de 0,2%, sendo que a AMURC tem um percentual de 0,1% e a AMNOROESTE com um percentual de 0,6%, uma diferença de 5 vezes.

Tabela 19 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência física/motora.

		Associação	Quant.	De 0 a 17 anos	(%) Deficiência física/motora
Muito Baixo	10	AMURC	20	20.580	0,1%
	7	AMMOC	32	32.034	0,1%
	20	AMREC	187	103.613	0,2%
	16	AMMVI	304	167.374	0,2%
	21	AMESC	100	50.439	0,2%
Baixo	17	AMFRI	316	153.565	0,2%
	3	AMOSC	161	77.715	0,2%
	15	AMVALI	138	66.368	0,2%
	14	AMUNESC	440	207.320	0,2%
Médio	11	AMPLANORTE	151	68.822	0,2%
	5	AMAI	99	43.357	0,2%
	1	AMEOSC	101	43.347	0,2%
	8	AMPLASC	41	17.213	0,2%
Alto	6	AMAUC	87	35.697	0,2%
	19	AMUREL	214	86.607	0,2%
	13	AMURES	228	83.385	0,3%
	18	GRANFPOLIS	702	251.854	0,3%
Muito Alto	12	AMAVI	211	74.946	0,3%
	9	AMARP	203	64.187	0,3%
	2	AMERIOS	94	29.118	0,3%
	4	AMNOROESTE	61	10.102	0,6%
		Santa Catarina	**3.890**	**1.687.643**	**0,2%**

Fonte: IBGE, 2010.

Indicador 18

Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência física/motora

Definição:

número de pessoas de 0 a 17 anos que apresentam deficiência física/motora pelo total populacional da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

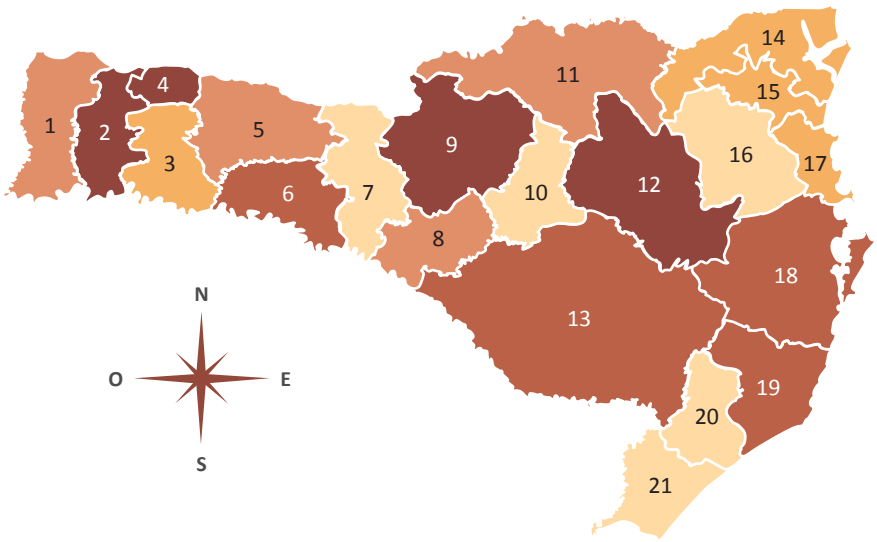
Menor indicador: AMURC 0,1%

Maior indicador: AMNOROESTE 0,6%

DIFERENÇA:

5,0 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Percentual de deficiência física/motora	
Brasil	*0,2%*
Santa Catarina	*0,2%*

Em média o percentual de crianças e adolescentes com deficiência mental/intelectual no estado é de 0,8%, sendo que a AMVALI tem um percentual de 0,5% e a AMNOROESTE com um percentual de 1,7%, uma diferença de 2,4 vezes.

Tabela 20 – Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência mental/intelectual.

		Associação	Quant.	De 0 a 17 anos	(%) Deficiência Mental/ intelectual
Muito Baixo	15	AMVALI	329	66.368	0,5%
	12	AMAVI	474	74.946	0,6%
	3	AMOSC	531	77.715	0,7%
	13	AMURES	578	83.385	0,7%
	16	AMMVI	1.210	167.374	0,7%
Baixo	20	AMREC	764	103.613	0,7%
	14	AMUNESC	1.538	207.320	0,7%
	10	AMURC	154	20.580	0,7%
	21	AMESC	390	50.439	0,8%
Médio	6	AMAUC	281	35.697	0,8%
	19	AMUREL	682	86.607	0,8%
	7	AMMOC	262	32.034	0,8%
	17	AMFRI	1.259	153.565	0,8%
Alto	18	GRANFPOLIS	2.087	251.854	0,8%
	8	AMPLASC	154	17.213	0,9%
	11	AMPLANORTE	632	68.822	0,9%
	5	AMAI	400	43.357	0,9%
Muito Alto	1	AMEOSC	412	43.347	1,0%
	2	AMERIOS	320	29.118	1,1%
	9	AMARP	742	64.187	1,2%
	4	AMNOROESTE	170	10.102	1,7%
		Santa Catarina	**13.369**	**1.687.643**	**0,8%**

Fonte: IBGE, 2010.

Indicador 19

Percentual de pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos com deficiência mental/intelectual

Definição:

número de pessoas de 0 a 17 anos que apresentam deficiência mental/intelectual pelo total populacional da mesma faixa etária, em determinada região geográfica.

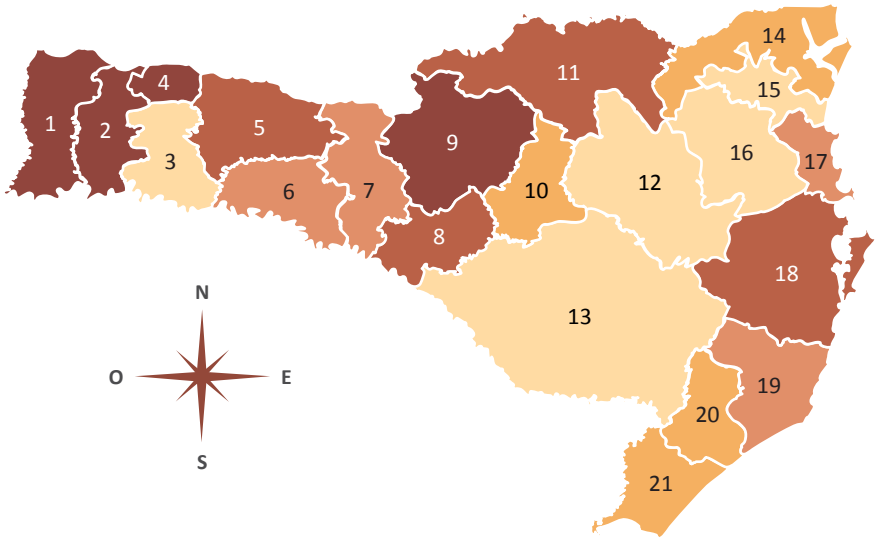
Menor indicador: AMVALI 0,5%

Maior indicador: AMNOROESTE 1,7%

DIFERENÇA:

2,4 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Percentual de deficiência mental/intelectual	
Brasil	*0,9%*
Santa Catarina	*0,8%*

A taxa de mortalidade perinatal em Santa Catarina, a qual considera também óbitos fetais chega a 12,1 óbitos a cada mil nascidos vivos, abaixo da taxa do Brasil que é de 17,2. Entre as associações, a AMNOROESTE tem a menor taxa e apenas 6,7 óbitos e a AMAI a maior de 16,9.

Tabela 21 – Taxa de mortalidade perinatal.

		Associação	Óbitos Perinatal	Total de Nascidos Vivos + Óbito fetal	Taxa de Mortalidade Perinatal
Muito Baixo	4	AMNOROESTE	3	450	6,7
	12	AMAVI	38	3.916	9,7
	14	AMUNESC	116	11.815	9,8
	19	AMUREL	46	4.622	10,0
	18	GRANFPOLIS	164	15.718	10,4
Baixo	16	AMMVI	104	9.711	10,7
	15	AMVALI	47	4.174	11,3
	20	AMREC	65	5.734	11,3
	2	AMERIOS	16	1.392	11,5
Médio	7	AMMOC	20	1.692	11,8
	11	AMPLANORTE	42	3.291	12,8
	10	AMURC	15	1.122	13,4
	21	AMESC	36	2.657	13,5
Alto	17	AMFRI	144	10.356	13,9
	1	AMEOSC	30	2.138	14,0
	6	AMAUC	26	1.810	14,4
	5	AMAI	33	2.266	14,6
Muito Alto	3	AMOSC	69	4.652	14,8
	9	AMARP	50	3.297	15,2
	13	AMURES	72	4.278	16,8
	8	AMPLASC	15	888	16,9
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**1.151**	**95.310**	**12,1**

Fonte: IBGE, 2010.

Indicador 20

Taxa de Mortalidade Perinatal

Definição:

número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação (154 dias) acrescido dos óbitos ocorridos até o 7º dia completo de vida, por mil nascimentos totais (óbitos fetais mais nascidos vivos), em determinada região geográfica.

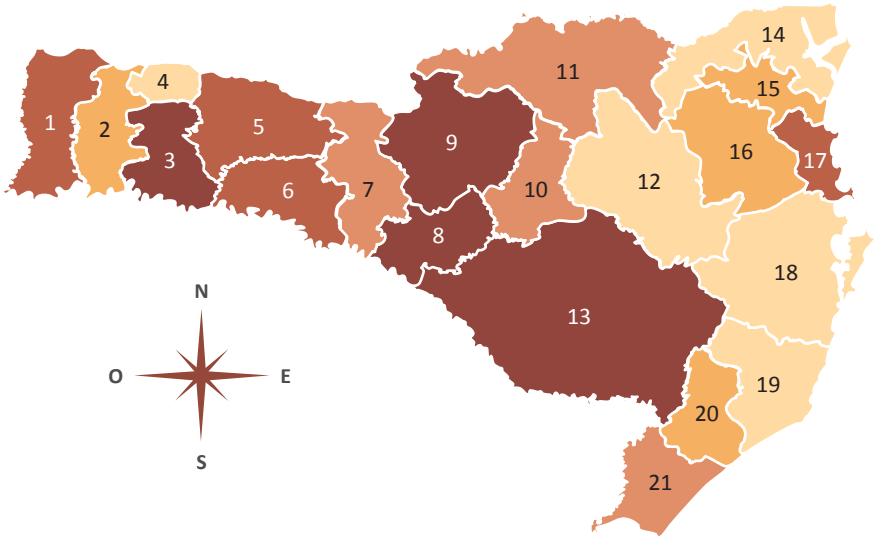
Menor indicador: AMNOROESTE 6,7

Maior indicador: AMPLASC 16,9

DIFERENÇA:

1,5 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de mortalidade perinatal	
Brasil	*17,2*
Santa Catarina	*12,1*

A taxa de mortalidade na infância é menor no estado de Santa Catarina se comparada ao Brasil. Enquanto no Brasil a taxa é de 14,9, a do Estado é quase 30% menor, 10,5. A AMUNESC tem a menor taxa 7,4, também quase 30% menor que a taxa do Estado. E a AMARP (17,1) tem taxa superior a do Brasil (de 14,9) em 15%.

Tabela 22 – Taxa de mortalidade na infância.

		Associação	Óbitos na infância	Total de Nascidos Vivos	Taxa de Mortalidade na Infância
Muito Baixo	14	AMUNESC	87	11.735	7,4
	12	AMAVI	32	3.888	8,2
	2	AMERIOS	12	1.382	8,7
	18	GRANFPOLIS	138	15.620	8,8
	4	AMNOROESTE	4	448	8,9
Baixo	16	AMMVI	87	9.656	9,0
	20	AMREC	54	5.692	9,5
	11	AMPLANORTE	32	3.261	9,8
	6	AMAUC	18	1.793	10,0
Médio	15	AMVALI	42	4.148	10,1
	19	AMUREL	49	4.596	10,7
	17	AMFRI	110	10.275	10,7
	1	AMEOSC	25	2.122	11,8
Alto	7	AMMOC	22	1.680	13,1
	21	AMESC	35	2.637	13,3
	3	AMOSC	63	4.619	13,6
	5	AMAI	32	2.249	14,2
Muito Alto	10	AMURC	16	1.116	14,3
	8	AMPLASC	13	878	14,8
	13	AMURES	72	4.240	17,0
	9	AMARP	56	3.274	17,1
		Não informado	1	1	-
		Santa Catarina	**1.000**	**95.310**	**10,5**

Fonte: IBGE, 2010.

Indicador 21

Taxa de Mortalidade na Infância

Definição:

número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado, em determinada região geográfica.

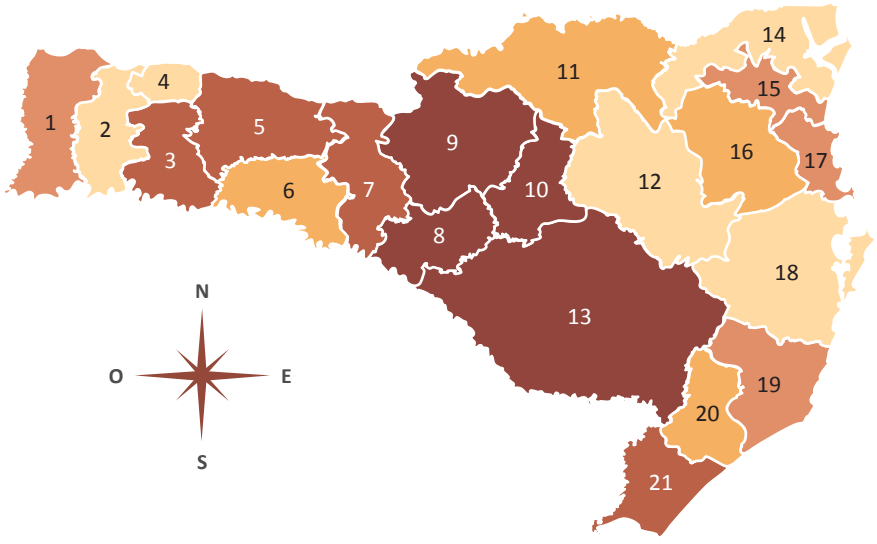
Menor indicador: AMUNESC 7,4

Maior indicador: AMARP 17,1

DIFERENÇA:

1,3 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de mortalidade na infância	
Brasil	*14,9*
Santa Catarina	*10,5*

A taxa de prematuridade mede a cada mil nascidos vivos quantos são prematuros. A taxa do estado de Santa Catarina é praticamente igual à do Brasil, em torno de 111 nascidos prematuros a cada mil nascidos vivos. A diferença entre as associações é de aproximadamente o dobro, ou seja, uma vez maior, enquanto a AMPLASC tem uma taxa de aproximadamente 80, a AMAUC tem uma taxa de aproximadamente 150, ou seja, a AMAUC tem quase o dobro de nascidos vivos prematuros se comparados com a AMPLASC.

Tabela 23 – Taxa de prematuridade.

		Associação	Nascidos vivos prematuros	Total de Nascidos Vivos	Taxa de Prematuridade
Muito Baixo	8	AMPLASC	70	878	79,7
	3	AMOSC	398	4.619	86,2
	10	AMURC	102	1.116	91,4
	18	GRANFPOLIS	1.450	15.620	92,8
	12	AMAVI	369	3.888	94,9
Baixo	16	AMMVI	918	9.656	95,1
	4	AMNOROESTE	45	448	100,4
	1	AMEOSC	221	2.122	104,1
	15	AMVALI	453	4.148	109,2
Médio	2	AMERIOS	157	1.382	113,6
	11	AMPLANORTE	373	3.261	114,4
	20	AMREC	663	5.692	116,5
	7	AMMOC	200	1.680	119,0
Alto	5	AMAI	269	2.249	119,6
	9	AMARP	395	3.274	120,6
	14	AMUNESC	1.441	11.735	122,8
	17	AMFRI	1.285	10.275	125,1
Muito Alto	19	AMUREL	589	4.596	128,2
	13	AMURES	571	4.240	134,7
	21	AMESC	358	2.637	135,8
	6	AMAUC	265	1.793	147,8
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**10.592**	**95.310**	**111,1**

Fonte: IBGE, 2010.

Indicador 22

Taxa de Prematuridade

Definição:

distribuição percentual de recém-nascidos com idade gestacional ao nascer menor que 37 semanas, em determinada região geográfica.

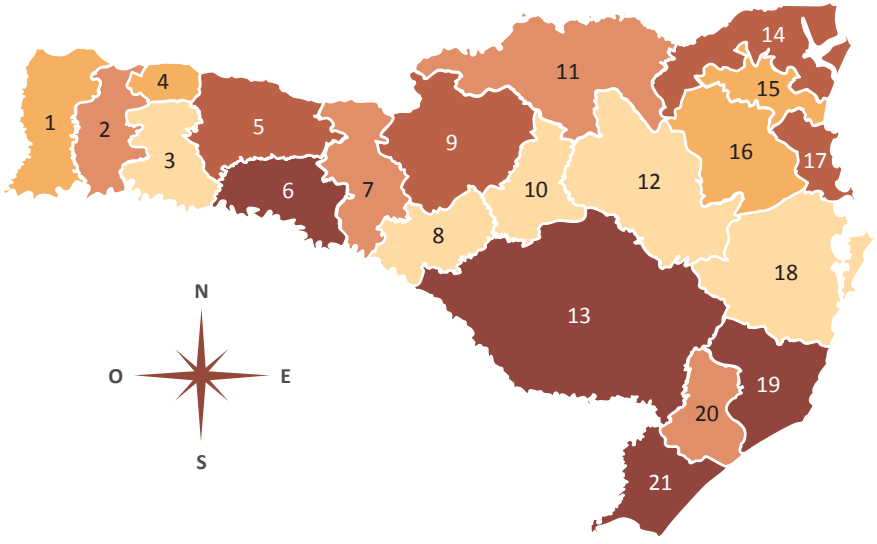
Menor indicador: AMPLASC 79,7

Maior indicador: AMAUC 147,8

DIFERENÇA:

0,9 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Taxa de prematuridade	
Brasil	*111,2*
Santa Catarina	*111,1*

No Estado de Santa Catarina foram registrados 26 óbitos maternos a cada cem mil nascidos vivos. Dez associações não registraram nenhum óbito materno. A AMURC foi a que apresentou a maior taxa, de 89,6 óbitos a cada cem mil nascidos vivos. Esta taxa é mais de 200% maior que a taxa média do Estado de 27,3.

Tabela 24 – Razão de morte materna.

		Associação	Óbitos Maternos	Total de Nascidos Vivos	Razão de Morte Materna*
Muito Baixo	1	AMEOSC	-	2.122	0,0
	3	AMOSC	-	4.619	0,0
	4	AMNOROESTE	-	448	0,0
	6	AMAUC	-	1.793	0,0
	7	AMMOC	-	1.680	0,0
Baixo	8	AMPLASC	-	878	0,0
	11	AMPLANORTE	-	3.261	0,0
	15	AMVALI	-	4.148	0,0
	19	AMUREL	-	4.596	0,0
Médio	21	AMESC	-	2.637	0,0
	20	AMREC	1	5.692	17,6
	13	AMURES	1	4.240	23,6
	14	AMUNESC	3	11.735	25,6
Alto	18	GRANFPOLIS	4	15.620	25,6
	16	AMMVI	4	9.656	41,4
	5	AMAI	1	2.249	44,5
	12	AMAVI	2	3.888	51,4
Muito Alto	17	AMFRI	6	10.275	58,4
	9	AMARP	2	3.274	61,1
	2	AMERIOS	1	1.382	72,4
	10	AMURC	1	1.116	89,6
		Não informado	-	1	-
		Santa Catarina	**26**	**95.310**	**27,3**

Fonte: IBGE, 2010.
*Cem mil habitantes

Indicador 23

Razão de Morte Materna

Definição:

nº de óbitos maternos diretos e indiretos sob nº de nascidos vivos, em determinada região geográfica.

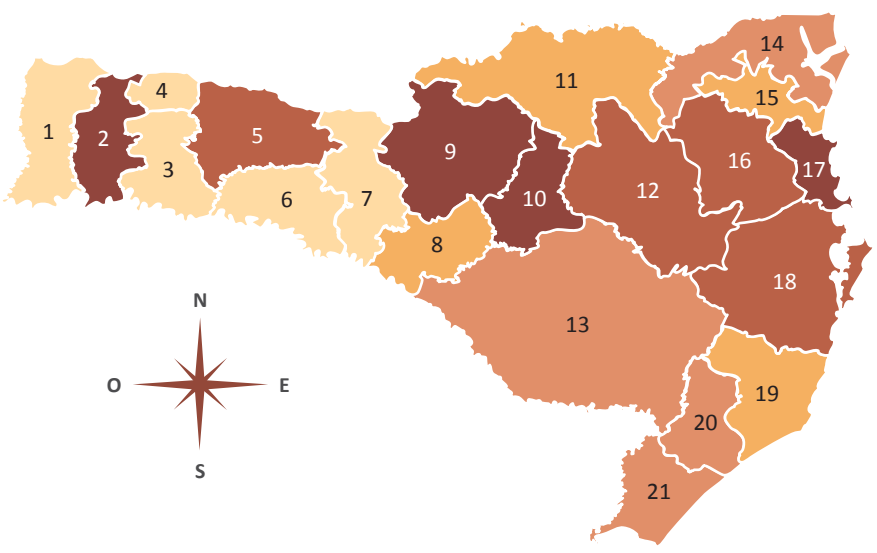
Menor indicador: AMEOSC 0,0

Maior indicador: AMURC 89,6

DIFERENÇA:

89,6 vezes

É a diferença entre o maior e o menor valor para este indicador entre as associações de municípios.



Razão de morte materna	
Brasil	*57,6*
Santa Catarina	*27,3*

6. MATRIZ DE INDICAÇÃO DE ASSOCIAÇÕES DE MUNICÍPIOS COM MAIOR NÚMERO DE INDICADORES ACIMA DA MÉDIA ESTADUAL

A Tabela 25 a seguir reúne os 24 indicadores analisados neste relatório e caracteriza-os conforme a média do Estado, resumindo a informação de quantas vezes a associação apresentou um indicador considerado com desempenho insatisfatório se comparado com a média estadual. Neste relatório a AMURC e a AMURES tiveram o pior desempenho, tendo 7 dos 8 indicadores com desempenho insatisfatório em relação à média estadual.

Tabela 25 – Número de vezes que o indicador de uma associação de municípios se mostra maior que a média estadual.

	Associação	Taxa de Natalidade	(%) de Pré-natal insuficiente	Nascidos Vivos com Anomalias Congênitas	(%) de Baixo Peso ao Nascer	(%) de Gravidez na Adolescência	Taxa de Agravos	Taxa de Notificação de Violência no SINAN	Taxa de Mortalidade na Adolescência	Taxa de Mortalidade Perinatal	Taxa de Mortalidade na Infância	Taxa de Prematuridade
13	AMURES	14,6	34,1%	1,0%	8,8%	14,2%	6,2	0,7	63,5	16,8	17,0	134,7
5	AMAI	14,7	30,5%	1,2%	10,1%	14,0%	12,9	2,9	78,3	14,6	14,2	119,6
9	AMARP	14,7	22,5%	0,9%	8,6%	14,2%	6,8	1,0	37,7	15,2	17,1	120,6
10	AMURC	16,7	45,7%	0,2%	8,2%	19,5%	7,0	0,4	66,0	13,4	14,3	91,4
7	AMMOC	13,3	22,4%	1,0%	8,6%	9,3%	9,5	1,1	49,2	11,8	13,1	119,0
19	AMUREL	12,8	34,4%	1,1%	8,3%	9,2%	5,4	0,9	53,2	10,0	10,7	128,2
1	AMEOSC	12,5	23,4%	0,8%	9,1%	9,2%	13,6	2,1	51,7	14,0	11,8	104,1
8	AMPLASC	14,9	43,8%	0,8%	6,9%	14,1%	5,1	0,5	76,4	16,9	14,8	79,7
21	AMESC	13,4	39,1%	0,8%	6,7%	9,3%	6,1	0,8	67,5	13,5	13,3	135,8
17	AMFRI	15,4	23,7%	0,5%	7,1%	8,8%	11,2	4,9	55,9	13,9	10,7	125,1
3	AMOSC	14,7	19,5%	1,2%	7,9%	8,5%	14,9	1,5	33,2	14,8	13,6	86,2
4	AMNOROESTE	12,3	14,1%	0,4%	7,8%	12,3%	7,5	0,2	74,9	6,7	8,9	100,4
12	AMAVI	13,4	23,2%	1,0%	7,1%	8,8%	6,7	1,6	38,8	9,7	8,2	94,9
11	AMPLANORTE	13,7	18,9%	0,6%	8,0%	11,7%	7,7	0,8	62,8	12,8	9,8	114,4
2	AMERIOS	12,5	18,5%	1,0%	7,5%	9,0%	7,8	0,8	43,0	11,5	8,7	113,6
15	AMVALI	14,3	18,5%	0,7%	7,0%	6,2%	8,7	2,4	53,3	11,3	10,1	109,2
18	GRANFPOLIS	13,6	28,2%	1,2%	7,5%	7,7%	8,4	2,1	43,7	10,4	8,8	92,8
6	AMAUC	12,2	19,2%	1,3%	9,9%	8,4%	9,1	0,9	36,6	14,4	10,0	147,8
20	AMREC	13,4	28,4%	0,7%	8,3%	9,1%	10,0	3,9	42,8	11,3	9,5	116,5
16	AMMVI	12,7	21,6%	0,7%	7,3%	6,3%	7,3	2,3	44,1	10,7	9,0	95,1
14	AMUNESC	14,1	24,6%	0,9%	7,6%	8,2%	7,8	3,1	42,9	9,8	7,4	122,8
	Santa Catarina	**13,8**	**25,7%**	**0,9%**	**7,8%**	**9,1%**	**8,6**	**2,2**	**49,1**	**12,1**	**10,5**	**111,1**

Esta Tabela 25 continua na próxima página.

Legenda (cor): indicadores com **desempenho a melhorar** se comparado com a média estadual.

Tabela 25 – Número de vezes que o indicador de uma associação de municípios se mostra maior que a média estadual (continuação).

	Associação	Taxa de Mortalidade Materna	Taxa Mortalidade Infantil	Taxa de mortalidade Infantil neonatal precoce	Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia	Taxa de mortalidade infantil pós neonatal	Taxa de Violência Autoprovocada de 10 a 17 anos	Taxa* de Morte por causas externas	(%) Pelo menos uma deficiência	(%) Deficiência Visual	(%) Deficiência Auditiva	(%) Deficiência Física/Motora	(%) Deficiência Mental/ intelectual	Total de Indicadores a melhorar**
13	AMURES	23,6	14,6	8,0	1,9	4,7	4,8	27,6	7,4%	0,1%	0,1%	0,3%	0,7%	17
5	AMAI	44,5	11,1	7,1	0,4	3,6	0,0	30,0	5,8%	0,1%	0,1%	0,2%	0,9%	17
9	AMARP	61,1	14,4	8,2	0,9	5,2	0,0	18,7	6,6%	0,0%	0,0%	0,3%	1,2%	14
10	AMURC	89,6	14,3	8,1	3,6	2,7	0,0	24,3	8,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,7%	14
7	AMMOC	0,0	12,5	4,8	3,0	4,8	6,2	12,5	6,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,8%	13
19	AMUREL	0,0	9,1	4,4	2,4	2,4	6,8	18,5	6,7%	0,2%	0,1%	0,2%	0,8%	13
1	AMEOSC	0,0	10,4	6,6	1,9	1,9	4,4	11,5	5,1%	0,1%	0,2%	0,2%	1,0%	12
8	AMPLASC	0,0	13,7	5,7	0,0	8,0	0,0	29,0	6,2%	0,1%	0,0%	0,2%	0,9%	12
21	AMESC	0,0	12,9	6,1	3,0	3,8	0,0	13,9	6,8%	0,2%	0,1%	0,2%	0,8%	12
17	AMFRI	58,4	9,3	6,1	1,5	1,8	1,3	15,0	6,6%	0,1%	0,1%	0,2%	0,8%	12
3	AMOSC	0,0	11,7	7,8	1,5	2,4	0,0	16,7	5,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,7%	9
4	AMNOROESTE	0,0	8,9	2,2	0,0	6,7	19,1	29,7	5,2%	0,1%	0,0%	0,6%	1,7%	8
12	AMAVI	51,4	6,9	2,6	1,5	2,8	8,0	21,3	6,0%	0,2%	0,1%	0,3%	0,6%	8
11	AMPLANORTE	0,0	6,7	3,7	1,2	1,8	5,9	20,3	5,7%	0,1%	0,1%	0,2%	0,9%	8
2	AMERIOS	72,4	8,0	4,3	0,0	3,6	6,6	17,2	5,3%	0,0%	0,1%	0,3%	1,1%	7
15	AMVALI	0,0	8,7	5,1	2,2	1,4	0,0	15,1	4,8%	0,2%	0,1%	0,2%	0,5%	7
18	GRANFPOLIS	25,6	7,2	4,2	1,1	1,9	2,4	17,9	6,9%	0,2%	0,1%	0,3%	0,8%	6
6	AMAUC	0,0	7,8	5,0	1,7	1,1	0,0	14,0	4,6%	0,1%	0,0%	0,2%	0,8%	6
20	AMREC	17,6	6,7	4,0	1,1	1,6	1,9	17,4	5,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,7%	6
16	AMMVI	41,4	7,5	5,1	0,5	1,9	1,2	12,5	5,5%	0,2%	0,1%	0,2%	0,7%	4
14	AMUNESC	25,6	5,6	3,1	0,9	1,6	2,0	15,0	5,5%	0,1%	0,1%	0,2%	0,7%	3
	Santa Catarina	**27,3**	**8,8**	**5,0**	**1,3**	**2,4**	**2,6**	**17,4**	**6,1%**	**0,1%**	**0,1%**	**0,2%**	**0,8%**	**-**

Nota: se esclarece que nem sempre o indicador estar abaixo da média estadual significa que é um desempenho melhor, assim como se o indicador estiver acima da média não significa que o desempenho é ruim. Cada indicador tem uma interpretação que deve ser avaliada.

**Nesta coluna estão quantificados por associação, os indicadores com desempenho a melhorar.

Legenda (cor): indicadores com **desempenho a melhorar** se comparado com a média estadual.

7. MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE INDICADORES

Como explicado nas notas metodológicas, a seguir será apresentada a matriz de correlação, a qual vai avaliar se existe relação e em que grau ela acontece entre os indicadores calculados anteriormente: taxa de natalidade; (%) de pré-natal insuficiente; nascidos vivos com anomalias congênitas; (%) de baixo peso ao nascer; taxa mortalidade infantil; taxa de mortalidade infantil neonatal precoce; taxa de mortalidade infantil neonatal tardia; taxa de mortalidade infantil pós neonatal; (%) de gravidez na adolescência; taxa de agravos; taxa de notificação de violência no SINAN; taxa de mortalidade na adolescência; taxa de mortalidade perinatal; taxa de mortalidade na infância; taxa de prematuridade; taxa de mortalidade materna; taxa de violência autoprovocada de 10 a 17 anos; taxa de morte por causas externas; (%) pelo menos uma deficiência; (%) deficiência visual; (%) deficiência auditiva; (%) deficiência física/motora; (%) deficiência mental/intelectual.

O Quadro 4 mostra alguns indicadores apresentando níveis de correlação forte[5], e dois indicadores com correlação bem forte. Neste último caso é a correlação entre a mortalidade na infância e a mortalidade de infantil, o que é explicável pela relação entre os indicadores, o qual a mortalidade na infância recebe em seu cálculo as mortes infantis.

5 Ver notas metodológicas para total compressão do nível de correlação moderado.

Quadro 4 – Matriz de correlação entre os indicadores.

Legenda:

Sem Correlação | Correlação Fraca | Correlação Moderada | Correlação Forte | Correlação Bem Forte

	Taxa de Natalidade	(%) de Pré-natal insuficiente	Nascidos Vivos com Anomalias Congênitas	(%) de Baixo Peso ao Nascer	Taxa Mortalidade Infantil	Taxa de mortalidade Infantil neonatal precoce	Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia	Taxa de mortalidade infantil pós-neonatal	(%) de Gravidez na Adolescência	Taxa de Agravos
Taxa de Natalidade										
(%) de Pré-natal insuficiente	53%									
Nascidos Vivos com Anomalias Congênitas	-32%	-14%								
(%) de Baixo Peso ao Nascer	-10%	-8%	38%							
Taxa Mortalidade Infantil	53%	55%	-9%	16%						
Taxa de mortalidade Infantil neonatal precoce	61%	42%	4%	32%	80%					
Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia	25%	37%	-13%	6%	35%	32%				
Taxa de mortalidade infantil pós neonatal	11%	27%	-11%	-9%	60%	11%	-29%			
(%) de Gravidez na Adolescência	60%	56%	-36%	30%	67%	49%	10%	52%		
Taxa de Agravos	4%	-37%	21%	40%	-8%	27%	-3%	-37%	-22%	
Taxa de Notificação de Violência no SINAN	15%	-17%	-3%	-6%	-43%	-7%	-13%	-53%	-43%	49%
Taxa de Mortalidade na Adolescência	28%	48%	-42%	0%	39%	11%	-3%	53%	57%	-21%
Taxa de Mortalidade Perinatal	50%	42%	19%	30%	68%	81%	12%	20%	42%	18%
Taxa de Mortalidade na Infância	55%	50%	5%	32%	95%	86%	26%	51%	66%	1%
Taxa de Prematuridade	-23%	-8%	26%	41%	-3%	4%	26%	-23%	-12%	-9%
Taxa de Mortalidade Materna	45%	16%	-25%	-4%	10%	26%	-7%	-6%	38%	-10%
Taxa de Violência Autoprovocada de 10 a 17 anos	-50%	-39%	-20%	-5%	-24%	-60%	-23%	34%	0%	-19%
Taxa* de Morte por causas externas	35%	35%	-14%	14%	33%	8%	-34%	63%	72%	-25%
(%) Pelo menos uma deficiência	60%	73%	-22%	-11%	58%	43%	47%	24%	60%	-41%
(%) Deficiência Visual	-36%	-4%	25%	-30%	-29%	-39%	25%	-20%	-62%	-11%
(%) Deficiência Auditiva	-2%	4%	-1%	-1%	-17%	9%	37%	-55%	-28%	42%
(%) Deficiência Física/ Motora	-37%	-40%	-9%	-12%	-16%	-39%	-55%	42%	2%	-19%
(%) Deficiência Mental/intelectual	-32%	-29%	-21%	15%	10%	-16%	-48%	57%	28%	-5%

Este Quadro 4 continua na próxima página.

Quadro 4 – Matriz de correlação entre os indicadores (continuação).

Legenda:

Sem Correlação	Correlação Fraca	Correlação Moderada	Correlação Forte	Correlação Bem Forte

	Taxa de Notificação de Violência no SINAN	Taxa de Mortalidade na Adolescência	Taxa de Mortalidade Perinatal	Taxa de Mortalidade na Infância	Taxa de Prematuridade	Taxa de Mortalidade Materna	Taxa de Violência Autoprovocada de 10 a 17 anos	Taxa de Morte por causas externas	(%) Pelo menos uma deficiência	(%) Deficiência Visual	(%) Deficiência Auditiva	(%) Deficiência Física/Motora
Taxa de Natalidade												
(%) de Pré-natal insuficiente												
Nascidos Vivos com Anomalias Congênitas												
(%) de Baixo Peso ao Nascer												
Taxa Mortalidade Infantil												
Taxa de mortalidade Infantil neonatal precoce												
Taxa de mortalidade infantil neonatal tardia												
Taxa de mortalidade infantil pós neonatal												
(%) de Gravidez na Adolescência												
Taxa de Agravos												
Taxa de Notificação de Violência no SINAN												
Taxa de Mortalidade na Adolescência	-22%											
Taxa de Mortalidade Perinatal	-8%	16%										
Taxa de Mortalidade na Infância	-32%	33%	79%									
Taxa de Prematuridade	10%	-5%	13%	7%								
Taxa de Mortalidade Materna	16%	-10%	4%	8%	-12%							
Taxa de Violência Autoprovocada de 10 a 17 anos	-33%	19%	-64%	-36%	-8%	-17%						
Taxa de Morte por causas externas	-33%	68%	13%	35%	-24%	15%	30%					
(%) Pelo menos uma deficiência	-21%	31%	26%	52%	-2%	43%	-14%	30%				
(%) Deficiência Visual	14%	-5%	-37%	-33%	1%	-52%	7%	-30%	-9%			
(%) Deficiência Auditiva	38%	-11%	-6%	-17%	-5%	4%	-11%	-41%	5%	24%		
(%) Deficiência Física/ Motora	-24%	14%	-44%	-21%	-10%	-4%	74%	43%	-19%	-10%	-41%	
(%) Deficiência Mental/ intelectual	-36%	31%	-22%	3%	-4%	-3%	64%	35%	-14%	-41%	-44%	73%

Nota: lembrando que essas são análises numéricas que mostram tendências. Para conclusões mais efetivas estudos aprofundados devem ser realizados.

8. ANÁLISES ESTATÍSTICAS COMPLEMENTARES DAS INSTITUIÇÕES

Na análise estatística das instituições teve-se como principais fontes para este volume os dados obtidos de sistemas de informações da Saúde de interface com a secretaria setorial estadual.

8.1 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

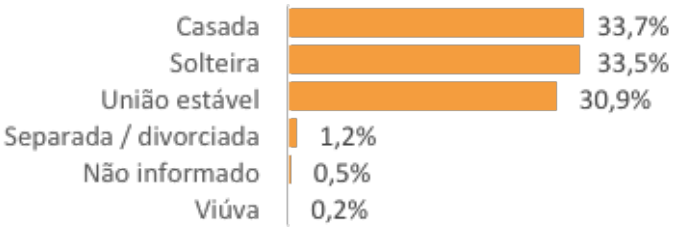
Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado a partir de 1990, com o objetivo de coletar dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde. A partir do SINASC é possível conhecer o perfil de nascidos vivos; identificar situações de risco, subsidiar o desenvolvimento de ações voltadas ao atendimento às gestantes e aos recém-nascidos; calcular indicadores como percentual de partos cesáreos, percentual de prematuridade e baixo peso. Também é usado como denominador para o cálculo do coeficiente de mortalidade infantil e materna (DATASUS).

Observando o perfil das mães de nascidos vivos no ano de 2016 no estado Santa Catarina tem-se que uma grande parte era solteira (33,5%), tinha entre 8 e 11 anos de idade (59,2%), na faixa etária de 22 a 29 anos (39,8%), conforme consta no Quadro 5.

Quadro 5 – Perfil das mães dos nascidos vivos no Estado de Santa Catarina em 2016.

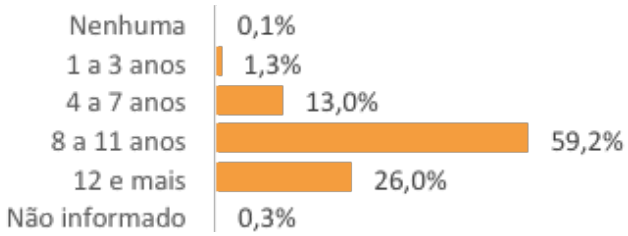
Estado Civil

Estado civil	Quant.	(%)
Casada	32.164	33,7%
Solteira	31.931	33,5%
União estável	29.422	30,9%
Separada/ divorciada	1.150	1,2%
Não informado	462	0,5%
Viúva	181	0,2%
Santa Catarina	**95.310**	**100,0%**



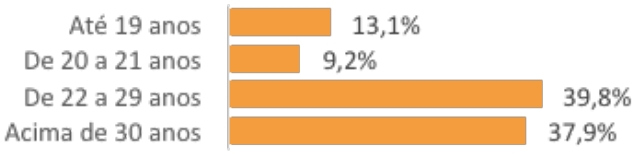
Escolaridade

Escolaridade	Quant.	(%)
Nenhuma	118	0,1%
1 a 3 anos	1.243	1,3%
4 a 7 anos	12.431	13,0%
8 a 11 anos	56.467	59,2%
12 e mais	24.771	26,0%
Não informado	280	0,3%
Santa Catarina	**95.310**	**100,0%**



Faixa etária

Faixa etária	Quant.	(%)
Até 19 anos	12.502	13,1%
De 20 a 21 anos	8.777	9,2%
De 22 a 29 anos	37.921	39,8%
Acima de 30 anos	36.110	37,9%
Santa Catarina	**95.310**	**100,0%**



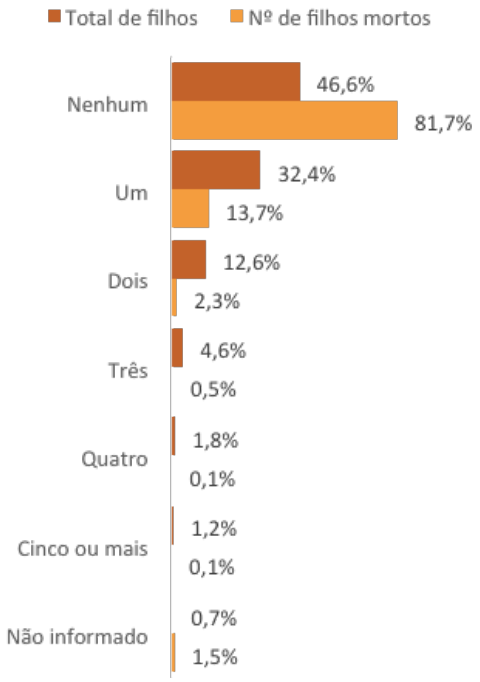
Fonte: SINASC, 2016.

Além desse perfil 46,6% das mães estavam tendo seu primeiro filho e, ainda, 88,7% nunca haviam perdido nenhum filho antes, como mostra a Tabela 26 a seguir.

Tabela 26 – Total de filhos e número de filhos que vieram a óbito de mães que tiveram filhos em 2016 no Estado de Santa Catarina.

Nº de filhos	Total de filhos	(%)	Nº de filhos mortos	(%)
Nenhum	44.407	46,6%	77.875	81,7%
Um	30.917	32,4%	13.103	13,7%
Dois	12.053	12,6%	2.235	2,3%
Três	4.368	4,6%	472	0,5%
Quatro	1.698	1,8%	123	0,1%
Cinco ou mais	1.162	1,2%	65	0,1%
Não informado	705	0,7%	1.437	1,5%
Santa Catarina	**95.310**	**100,0%**	**95.310**	**100,0%**

Fonte: SINASC, 2016.

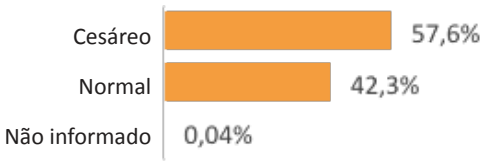


No estado de Santa Catarina, em 2016, foram realizados 57,6% partos cesáreos e os normais não chegaram a 42,3%.

Tabela 27 – Tipo de parto.

Parto	Quant.	(%)
Cesáreo	54.941	57,6%
Normal	40.330	42,3%
Não informado	39	0,04%
Santa Catarina	**95.310**	**100,0%**

Fonte: SINASC, 2016.



A Tabela 28 mostra a diferença entre mães com 19 anos ou menos e mães com 20 anos ou mais em relação ao filho nascer com baixo peso. Apesar da diferença parecer pequena, no primeiro grupo ela é de 4,2% e no segundo grupo de 3,7%. Ao se aplicar os testes estatísticos[7] tal diferença é significativa, ou seja, podemos afirmar que existe a tendência de quando a mãe tem 19 anos ou menos a criança nascer com baixo peso.

Tabela 28 – Cruzamento de nascido vivo com baixo peso *versus* idade da mãe.

Idade	Baixo peso		Peso normal		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
19 anos ou menos	362	4,2%	8.274	95,8%	8.636	100,0%
20 anos ou mais	3.217	3,7%	83.457	96,3%	86.674	100,0%
Santa Catarina	**3.579**	**3,8%**	**91.731**	**96,2%**	**95.310**	**100,0%**

Fonte: SINASC, 2016.

Outro cruzamento significativo é a escolaridade da mãe *versus* a quantidade de pré-natal que ela fez. A Tabela 29 mostra nitidamente que a medida que a escolaridade da mãe aumentou e o percentual de nascidos vivos com pré-natal insuficiente diminui, por exemplo de 4 a 7 anos o percentual de nascidos vivos com menos pré-natal é de 37% quando tem de 8 a 11 anos esse percentual é de 26,8%.

Tabela 29 – Cruzamento de nascido vivo com pré-natal insuficiente *versus* escolaridade da mãe.

Escolaridade	Pré-natal Insuficiente		Pré-natal Suficiente		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Nenhuma	55	46,6%	63	53,4%	118	100,0%
1 a 3 anos	478	38,5%	765	61,5%	1.243	100,0%
4 a 7 anos	4.597	37,0%	7.834	63,0%	12.431	100,0%
8 a 11 anos	15.123	26,8%	41.344	73,2%	56.467	100,0%
12 e mais	4.190	16,9%	20.581	83,1%	24.771	100,0%
Não informado	86	30,7%	194	69,3%	280	100,0%
Total Geral	**24.529**	**25,7%**	**70.781**	**74,3%**	**95.310**	**100,0%**

Fonte: SINASC, 2016.

7 Teste Qui-Quadrado a um p-valor de 0,02. É um teste não paramétrico, no qual o objetivo deste método é comparar proporções e verificar divergências entre grupos. Podemos dizer que dois grupos se comportam de forma semelhante se as diferenças entre as frequências em cada categoria forem muito pequenas, próximas a zero, ou caso contrário, quando as divergências são maiores podemos afirmar diferença entre as categorias. Então, o teste é utilizado para: Verificar se a frequência com que um determinado acontecimento observado em uma ou mais amostras se desvia significativamente ou não da frequência com que ele é esperado.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2018A) define criança em risco como àquela exposta a situações com maior chance de evolução desfavorável, em qualquer um dos aspecto biopsicossocial. Diz ainda que a condição ou situação de risco pode estar presente na gravidez (período fetal), no nascimento (RN de risco ao nascer) ou acontecer ao longo da vida da criança e que deve ser identificado visando à redução da morbimortalidade e promoção de condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. A Tabela 30 mostra que em média 47,5% dos nascidos vivos apresentam pelo menos um situação/condição de risco, sendo a AMVALI de maior percentual de nascidos vivos com pelo menos uma situação/condição de risco (55,5%).

Tabela 30 – Situação de risco dos nascidos vivos por associação de municípios.

Associação	Fator de risco		Sem fator de risco		Total nascidos vivos	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
AMAI	926	41,2%	1.323	58,8%	2.249	100,0%
AMARP	1.380	42,2%	1.894	57,8%	3.274	100,0%
AMAUC	899	50,1%	894	49,9%	1.793	100,0%
AMAVI	1.959	50,4%	1.929	49,6%	3.888	100,0%
AMEOSC	1.067	50,3%	1.055	49,7%	2.122	100,0%
AMERIOS	710	51,4%	672	48,6%	1.382	100,0%
AMESC	1.022	38,8%	1.615	61,2%	2.637	100,0%
AMFRI	5.186	50,5%	5.089	49,5%	10.275	100,0%
AMMOC	790	47,0%	890	53,0%	1.680	100,0%
AMMVI	5.261	54,5%	4.395	45,5%	9.656	100,0%
AMNOROESTE	247	55,1%	201	44,9%	448	100,0%
AMOSC	2.437	52,8%	2.182	47,2%	4.619	100,0%
AMPLANORTE	1.717	52,7%	1.544	47,3%	3.261	100,0%
AMPLASC	303	34,5%	575	65,5%	878	100,0%
AMREC	2.638	46,3%	3.054	53,7%	5.692	100,0%
AMUNESC	5.853	49,9%	5.882	50,1%	11.735	100,0%
AMURC	382	34,2%	734	65,8%	1.116	100,0%
AMUREL	1.914	41,6%	2.682	58,4%	4.596	100,0%
AMURES	1.587	37,4%	2.653	62,6%	4.240	100,0%
AMVALI	2.303	55,5%	1.845	44,5%	4.148	100,0%
GRANFPOLIS	6.728	43,1%	8.892	56,9%	15.620	100,0%
Não informado	-	-	1	100,0%	1	100,0%
Santa Catarina	**45.309**	**47,5%**	**50.001**	**52,5%**	**95.310**	**100,0%**

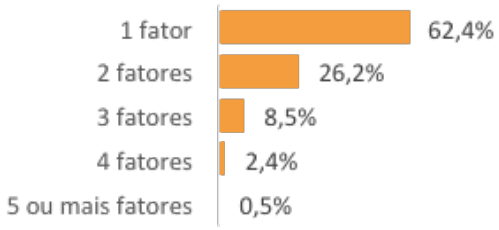
Fonte: SINASC, 2016.

Ainda sobre a situação/condição de risco, 62,4% dos nascidos vivos apresentaram apenas 1 situação/condição de risco. Uma minoria (de 0,5%) apresentou 5 ou mais situações/condições de risco.

Tabela 31 – Quantidade de nascidos vivos por número de fatores de riscos associados.

Risco	Quant.	(%)
1 fator	31.214	62,4%
2 fatores	13.078	26,2%
3 fatores	4.263	8,5%
4 fatores	1.187	2,4%
5 ou mais fatores	259	0,5%
Santa Catarina	50.001	100,0%
Outros	64	1,7%
Total Geral	**3.848**	**100,0%**

Fonte: SINASC, 2016.



8.2 SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM)

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) foi criado pelo DATASUS para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública (DATASUS).

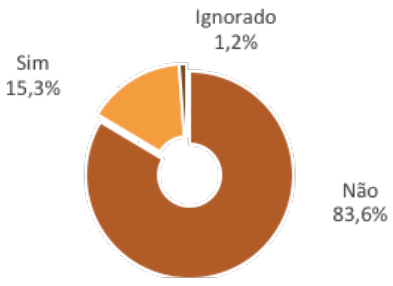
8.2.1 ÓBITOS FETAIS

No ano de 2016 ocorreram 779 registros no SIM de óbitos fetais, destes 119 (15,3%) apresentaram peso e idade gestacional adequados, ou seja, peso igual ou maior de 2.500 gramas e duração da gestação de 37 ou mais semanas.

Tabela 32 – Óbitos fetais.

Peso e idade adequada	Quant.	(%)
Não	651	83,6%
Sim	119	15,3%
Ignorado	9	1,2%
Santa Catarina	**779**	**100,0%**

Fonte: SIM, 2016.



Analisando a causa do óbito fetal, em 91,0% dos óbitos a causa foi relacionada a alguns afecções originadas no período perinatal.

Tabela 33 – Causas do óbito fetal.

Causas CID 10	Quant.	(%)
Algumas afecções originadas no período perinatal	709	91,0%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	59	7,6%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11	1,4%
Santa Catarina	**779**	**35,2%**

Fonte: SIM, 2016.

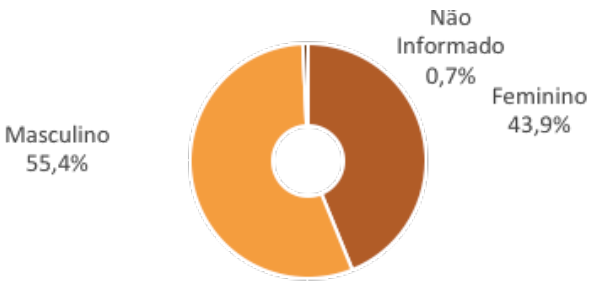
8.2.2 MORTALIDADE INFANTIL

Em 2016, o total de 55,4% dos óbitos envolvendo menores de um ano de idade são do sexo masculino. Apenas 0,7% não tinham informação do sexo na base de dados. No que se refere à representatividade dentro do total de nascidos vivos do mesmo sexo, tem-se praticamente o mesmo percentual, 0,8% de óbitos para o sexo feminino e 0,9% para o sexo masculino.

Tabela 34 – Óbitos infantis segundo o sexo.

Sexo	Óbitos		Nascidos vivos	
	Total	(%)	Total	(%)
Feminino	366	43,9%	46.471	0,8%
Masculino	462	55,4%	48.824	0,9%
Não Informado	6	0,7%	15	-
Total Geral	**834**	**100,0%**	**95.310**	**0,9%**

Fonte: SINASC, 2016.



A principal causa da mortalidade infantil (óbitos de menores de 1 ano) está correlacionada às elencadas no Capítulo XVI do CID 10, conforme o Anexo Único deste relatório, que trata de algumas afecções originadas no período perinatal (59,8%). Logo em seguida, consta a malformação como responsável por 24,6% dos óbitos (Capítulo XVII do CID 10), conforme indica a Tabela 35. Considerando a vigilância e investigação destes óbitos pelos municípios, chama

atenção o percentual de óbitos com causa mal definida, ou seja, com sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (3,8%).

Tabela 35 – Causas da mortalidade infantil.

Causas – CID 10	Quant.	(%)
Algumas afecções originadas no período perinatal	499	59,8%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	205	24,6%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	32	3,8%
Doenças do aparelho respiratório	30	3,6%
Causas externas de morbidade e de mortalidade	18	2,2%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	16	1,9%
Doenças do aparelho circulatório	12	1,4%
Doenças do sistema nervoso	7	0,8%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6	0,7%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	4	0,5%
Doenças do aparelho digestivo	2	0,2%
Doenças do aparelho geniturinário	2	0,2%
Neoplasias (tumores)	1	0,1%
Total Geral	**834**	**100,0%**

Fonte: SIM, 2016.

Nas mortalidades neonatais precoces e tardias, também se tem o Capítulo XVI do CID 10 (algumas afecções originadas no período perinatal) como a principal causa de óbitos (76,3% e 61,4%, respectivamente), conforme se observa nas Tabelas 36 e 37.

Tabela 36 – Causas da mortalidade infantil neonatal precoce.

Causas – CID 10	Quant.	(%)
Algumas afecções originadas no período perinatal	367	76,3%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	108	22,5%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	3	0,6%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	0,4%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	0,2%
Total Geral	**481**	**100,0%**

Fonte: SIM, 2016.

Tabela 37 – Causas da mortalidade infantil neonatal tardia.

Causas – CID 10	Quant.	(%)
Algumas afecções originadas no período perinatal	78	61,4%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	39	30,7%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6	4,7%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	0,8%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0,8%
Doenças do aparelho circulatório	1	0,8%
Doenças do aparelho respiratório	1	0,8%
Total Geral	**127**	**100,0%**

Fonte: SIM, 2016.

Na mortalidade pós-neonatal (Tabela 38), se destaca a malformação como a principal causa de óbitos infantis (malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas com 25,7%).

Tabela 38 – Causas da mortalidade infantil pós-neonatal.

Causas – CID 10	Quant.	(%)
Causas externas de morbidade e de mortalidade	199	63,4%
Neoplasias (tumores)	26	8,3%
Doenças do sistema nervoso	25	8,0%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	12	3,8%
Doenças do aparelho circulatório	10	3,2%
Doenças do aparelho respiratório	9	2,9%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	2,5%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6	1,9%
Doenças do aparelho digestivo	4	1,3%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4	1,3%
Doenças do aparelho geniturinário	4	1,3%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	1,0%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	0,6%
Transtornos mentais e comportamentais	1	0,3%
Gravidez, parto e puerpério	1	0,3%
Total Geral	**314**	**100,0%**

Fonte: SIM, 2016.

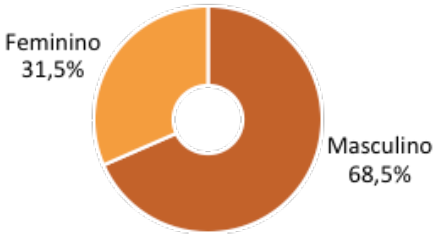
8.2.3 MORTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Com relação à mortalidade na adolescência, 68,5% dos óbitos ocorrem no sexo masculino, conforme se extrai da Tabela 39.

Tabela 39 – Mortalidade na adolescência segundo o sexo.

Sexo	Quant.	(%)
Masculino	215	68,5%
Feminino	99	31,5%
Total Geral	**314**	**100,0%**

Fonte: SIM, 2016.



A principal causa são as mortes por causas externas (Capítulo XX do CID 10) representando 63,4% dos óbitos na faixa etária de 12 a 17 anos, conforme se observa na Tabela 40.

Tabela 40 – Causas da mortalidade na adolescência.

Causas – CID 10	Quant.	(%)
Causas externas de morbidade e de mortalidade	199	63,4%
Neoplasias (tumores)	26	8,3%
Doenças do sistema nervoso	25	8,0%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	12	3,8%
Doenças do aparelho circulatório	10	3,2%
Doenças do aparelho respiratório	9	2,9%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	8	2,5%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6	1,9%
Doenças do aparelho digestivo	4	1,3%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4	1,3%
Doenças do aparelho geniturinário	4	1,3%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	3	1,0%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	0,6%
Transtornos mentais e comportamentais	1	0,3%
Gravidez, parto e puerpério	1	0,3%
Total Geral	**314**	**100,0%**

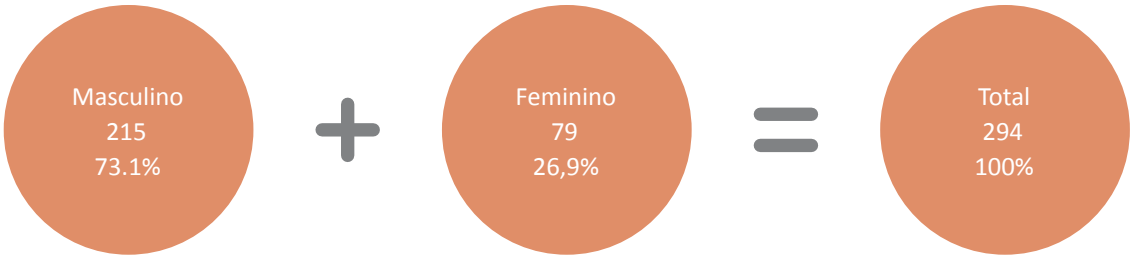
Fonte: SIM, 2016.

Na violência autoprovocada, considerada causa de morte apenas para pessoas com 10 anos ou mais, prevalece o sexo masculino representando mais de 72% dos óbitos de 2016 no estado de Santa Catarina.

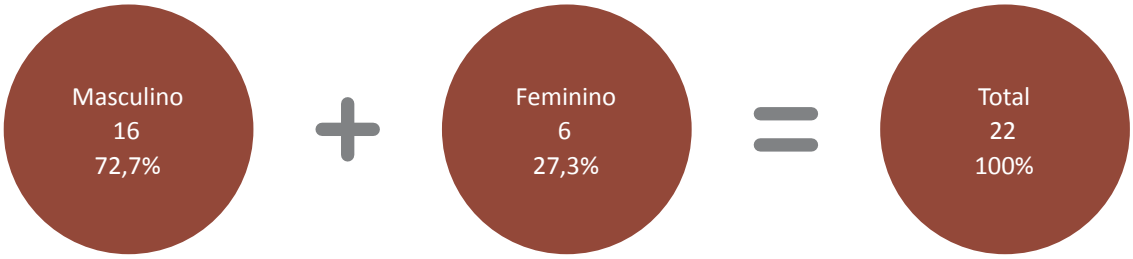
Quadro 6 – Perfil da mortalidade por causas externas.

a) Faixa etária das vítimas por CAUSAS EXTERNAS.

b) Sexo das vítimas por CAUSAS EXTERNAS.



c) Sexo da faixa etária de 10 a 17 anos vítima de lesões AUTOPROVOCADAS.



Fonte: SIM, 2016.

Além dos óbitos infantis foi calculada a taxa de mortalidade materna, a qual apresentou 26 óbitos em Santa Catarina no ano de 2016, sendo três desse total referente à idade de 18 anos (11,5%). As principais causas de morte apresentadas na Tabela 41 foram edema e outras afecções obstétricas não classificadas, cada uma representando 26,9% das causas. Em relação à taxa de mortalidade infantil e razão de morte materna em 2015, o estado de Santa Catarina apresentou as menores taxas entre as unidades federadas do Brasil, taxa de mortalidade infantil de 9,9 óbitos por mil nascidos vivos e razão de morte materna de 30,9 por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2018b). Em 2016 reduziu ainda mais a taxa de mortalidade infantil de 8,8 óbitos por mil nascidos vivos e razão de morte materna de 27,3 por 100 mil nascidos vivos (Tabelas 9 e 24).

Tabela 41 – Causas da mortalidade materna.

Causas CID 10	Quant.	(%)
Edema	7	26,9%
Outras afecções obstétricas não classificadas em outra parte	7	26,9%
Complicações do trabalho de parto e do parto	3	11,5%
Complicações relacionadas predominantemente com o puerpério	3	11,5%
Gravidez que termina em aborto	2	7,7%
Outros transtornos maternos relacionados predominantemente com a gravidez	2	7,7%
Assistência prestada à mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis problemas relativos ao parto	1	3,8%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	1	3,8%
Santa Catarina	**26**	**100,0%**

Fonte: SIM, 2016.

8.3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN)

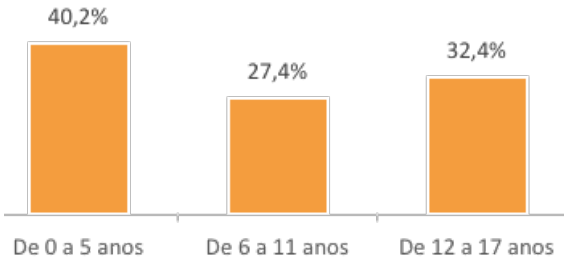
O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (PORTAL SINAN).

Na faixa etária de 0 a 17 anos, o maior percentual de notificações está entre 0 e 5 anos de idade, conforme revela a Tabela 42.

Tabela 42 – Faixa etária de crianças e adolescentes com notificação no SINAN.

Faixa etária	Quant.	(%)
De 0 a 5 anos	5.847	40,2%
De 6 a 11 anos	3.996	27,4%
De 12 a 17 anos	4.719	32,4%
Total	**14.562**	**100,0%**

Fonte: SINAN, 2016.



O principal motivo da notificação é a investigação de atendimento antirrábico humano (37,6%), seguido da investigação de violência (28,4%).

Tabela 43 – Motivo da notificação no SINAN na faixa etária de 0 a 5 anos.

Notificação na faixa etária de 0 a 5 anos	Quant.	(%)
Antirrábico	2.196	37,6%
Violência	1.658	28,4%
Animais Peçonhentos	522	8,9%
Sífilis Congênita	507	8,7%
Intoxicação Exógena	503	8,6%
Meningite	158	2,7%
Dengue	101	1,7%
Rotavírus	44	0,8%
Coqueluche	33	0,6%
Tuberculose	33	0,6%
Tracoma	32	0,5%
AIDS	17	0,3%
Hepatites Virais	16	0,3%
Acidente com material biológico	16	0,3%
Outras notificações	11	0,2%
Total Geral	**5.847**	**100,0%**

Fonte: SINAN, 2016.

Entre as idades de 6 a 11 anos, tanto a investigação do antirrábico como a de violência também são os dois primeiros motivos de notificação, porém em um percentual de investigação de antirrábico bem maior, atingindo 58,4%, e o de violência menor, em 15,5%, conforme indica a Tabela 44.

Tabela 44 – Motivo da notificação no SINAN na faixa etária de 6 a 11 anos.

Notificação na faixa etária de 6 a 11 anos	Quant.	(%)
Antirrábico	2.334	58,4%
Violência	618	15,5%
Tracoma	378	9,5%
Animais Peçonhentos	331	8,3%
Dengue	171	4,3%
Intoxicação Exógena	82	2,1%
Meningite	45	1,1%
Tuberculose	16	0,4%
Outras notificações	21	0,5%
Total Geral	**3.996**	**100,0%**

Fonte: SINAN, 2016.

Relativamente à adolescência, a investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências ocupa o primeiro lugar, com 31,0%, deixando a investigação do antirrábico em segundo lugar com 29,2%. Nessa faixa etária também se destaca o agravo por animais peçonhentos (10,3%).

Tabela 45 – Motivo da notificação no SINAN na faixa etária de 12 a 17 anos.

Notificação na faixa etária de 12 a 17 anos	Quant.	(%)
Violência	1.463	31,0%
Antirrábico	1.379	29,2%
Animais Peçonhentos	484	10,3%
Intoxicação Exógena	455	9,6%
Dengue	424	9,0%
Sífilis em Gestante	216	4,6%
Tracoma	105	2,2%
Tuberculose	72	1,5%
Meningite	40	0,8%
Leptospirose	22	0,5%
Gestante HIV	19	0,4%
AIDS	16	0,3%
Outras notificações	24	0,5%
Total Geral	**4.719**	**100,0%**

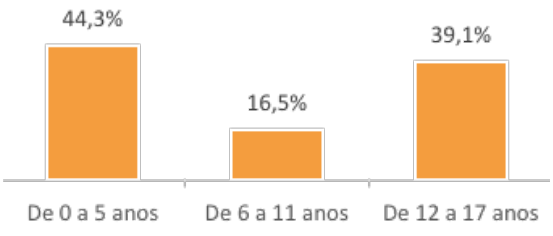
Fonte: SINAN, 2016.

Se observarmos a população de 0 a 17 anos residentes no estado de Santa Catarina, tem-se um total de 1.687.643 crianças e adolescentes, de acordo com o censo demográfico do IBGE 2010 (informação apresentada no Volume 01). Proporcionalmente, a faixa etária de 0 a 5 anos representa 29,2% (491.530 habitantes); a de 6 a 11 anos 32,9% (556.054 habitantes); e a de 12 a 17 anos 37,9% (640.059 habitantes). Portanto, ao verificar a Tabela 46, pode-se dizer que o perfil etário dos agravos de notificação referentes à investigação de violência, representa poucos casos na faixa etária de 6 a 11 anos, apenas 16,5%, comparado ao total populacional desta faixa etária.

Tabela 46 – Perfil etário das notificações de violência no SINAN.

Faixa etária	Quant.	(%)
De 0 a 5 anos	1.658	44,3%
De 6 a 11 anos	618	16,5%
De 12 a 17 anos	1.463	39,1%
Total	**3.739**	**100,0%**

Fonte: SINAN (agravos de notificação de investigação de violência), 2016.



Detalhando os referenciais à violência no SINAN, tem-se 1.658 notificações na faixa etária de 0 a 5 anos, sendo que em 79,1% das notificações haviam registros de negligência.

Tabela 47 – Violências sofridas por crianças de 0 a 5 anos.

Violência de 0 a 5 anos	Quant.	(%)
Negligência	1.311	79,1%
Violência física	249	15,0%
Outras violências	230	13,9%
Violência sexual	213	12,8%
Violência psicológica	117	7,1%
Lesão autoprovocada	67	4,0%
Tortura	17	1,0%
Violência econômica	8	0,5%
Trabalho infantil	3	0,2%
Total de 0 a 5 anos*	**1.658**	**-**

Fonte: SINAN, 2016.

Foram 618 notificações de violência na faixa etária de 6 a 11 anos, sendo que em 40,5% das notificações haviam registros de negligência e outros 38,3% registro de violência sexual.

Tabela 48 – Violências sofridas por crianças de 6 a 11 anos.

Violência de 6 a 11 anos	Quant.	(%)
Negligência	250	40,5%
Violência sexual	237	38,3%
Violência física	179	29,0%
Violência psicológica	157	25,4%
Lesão autoprovocada	34	5,5%
Tortura	24	3,9%
Outras violências	18	2,9%
Tráfico de seres humanos	7	1,1%
Violência econômica	4	0,6%
Trabalho infantil	3	0,5%
Total de 6 a 11 anos	**618**	**-**

Fonte: SINAN, 2016.

Foram 1.463 notificações de violência na faixa etária de 11 a 12 anos, sendo que em 54,5% das notificações haviam registros de violência física.

Tabela 49 – Violências sofridas por crianças de 12 a 17 anos.

Violência de 12 a 17 anos	Quant.	(%)
Violência física	797	54,5%
Violência sexual	418	28,6%
Lesão autoprovocada	389	26,6%
Violência psicológica	370	25,3%
Outras violências	213	14,6%
Negligência	194	13,3%
Tortura	39	2,7%
Violência econômica	10	0,7%
Trabalho infantil	9	0,6%
Tráfico de seres humanos	1	0,1%
Total de 12 a 17 anos	**1.463**	-

Fonte: SINAN, 2016.

Olhando o perfil etário por associação de municípios, a AMUNESC, AMFRI, AMREC são as que apresentam maior índice de violência na faixa etária de 0 a 5 anos, acima de 50% dos casos notificados no SINAN são desta faixa etária.

Tabela 50 – Cruzamento do total de violências sofridas por região e por faixa etária.

	Associações	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		Total	
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
1	AMEOSC	12	13,5%	20	22,5%	57	64,0%	89	100,0%
2	AMERIOS	6	26,1%	3	13,0%	14	60,9%	23	100,0%
3	AMOSC	18	15,4%	11	9,4%	88	75,2%	117	100,0%
4	AMNOROESTE	1	50,0%	0	0,0%	1	50,0%	2	100,0%
5	AMAI	21	16,7%	16	12,7%	89	70,6%	126	100,0%
6	AMAUC	7	21,9%	6	18,8%	19	59,4%	32	100,0%
7	AMMOC	3	8,6%	5	14,3%	27	77,1%	35	100,0%
8	AMPLASC	2	25,0%	1	12,5%	5	62,5%	8	100,0%
9	AMARP	9	13,6%	9	13,6%	48	72,7%	66	100,0%
10	AMURC	1	11,1%	0	0,0%	8	88,9%	9	100,0%
11	AMPLANORTE	13	23,6%	7	12,7%	35	63,6%	55	100,0%
12	AMAVI	32	26,2%	31	25,4%	59	48,4%	122	100,0%
13	AMURES	9	15,5%	10	17,2%	39	67,2%	58	100,0%
14	AMUNESC	366	56,7%	75	11,6%	205	31,7%	646	100,0%
15	AMVALI	61	38,6%	40	25,3%	57	36,1%	158	100,0%
16	AMMVI	105	26,8%	112	28,6%	175	44,6%	392	100,0%
17	AMFRI	499	65,9%	100	13,2%	158	20,9%	757	100,0%
18	GRANFPOLIS	194	36,7%	100	18,9%	234	44,3%	528	100,0%
19	AMUREL	24	31,2%	6	7,8%	47	61,0%	77	100,0%
20	AMREC	260	65,2%	64	16,0%	75	18,8%	399	100,0%
21	AMESC	15	37,5%	2	5,0%	23	57,5%	40	100,0%
	Total Geral	**1658**	**44,3%**	**618**	**16,5%**	**1463**	**39,1%**	**3739**	**100,0%**

Fonte: SINAN, 2016.

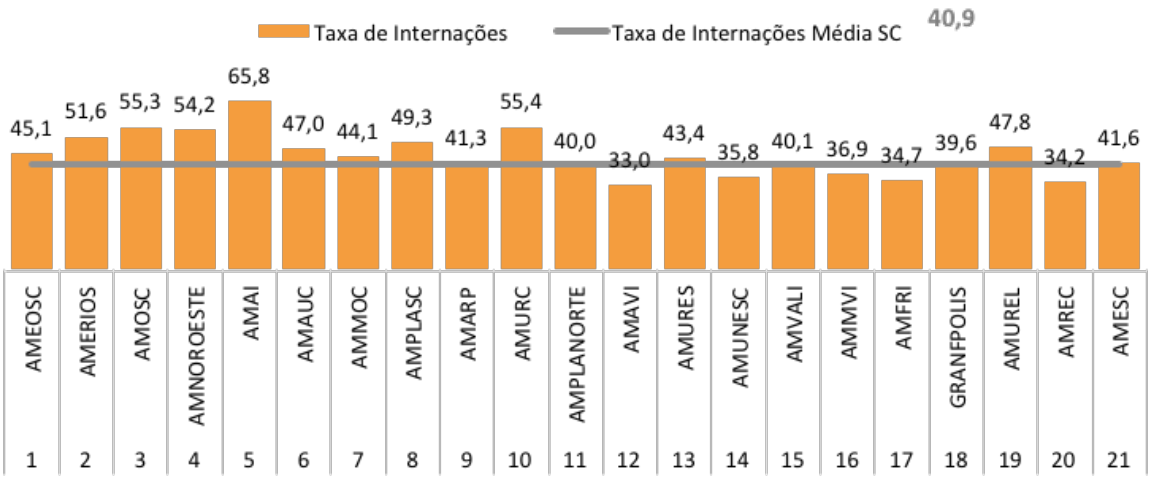
8.4 SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES (SIH)

O Sistema de Informações Hospitalares (SHI) registra todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS (DATASUS). Em 2016 houve 69.077 internamentos hospitalares na faixa etária de 0 a 17 anos, gerando uma taxa de internações de 40,9 pessoas a cada mil dessa faixa etária. A AMAI apresentou a maior taxa, com 65,8 internações a cada mil crianças e adolescentes, e a menor taxa pela AMAVI, de 33,0.

Tabela 51 – Internações por associação de municípios do Estado de Santa Catarina.

	Associações	Internações de 0 a 17 anos	População de 0 a 17 anos	Taxa* de internações
1	AMEOSC	1.955	43.347	45,1
2	AMERIOS	1.503	29.118	51,6
3	AMOSC	4.300	77.715	55,3
4	AMNOROESTE	548	10.102	54,2
5	AMAI	2.854	43.357	65,8
6	AMAUC	1.678	35.697	47,0
7	AMMOC	1.413	32.034	44,1
8	AMPLASC	849	17.213	49,3
9	AMARP	2.654	64.187	41,3
10	AMARP	1.141	20.580	55,4
11	AMURC	2.756	68.822	40,0
12	AMAVI	2.475	74.946	33,0
13	AMURES	3.617	83.385	43,4
14	AMUNESC	7.418	207.320	35,8
15	AMVALI	2.661	66.368	40,1
16	AMMVI	6.175	167.374	36,9
17	AMFRI	5.326	153.565	34,7
18	GRANFPOLIS	9.969	251.854	39,6
19	AMUREL	4.142	86.607	47,8
20	AMREC	3.545	103.613	34,2
21	AMESC	2.098	50.439	41,6
	Total Geral	**69.077**	**1.687.643**	**40,9**

Fonte: SIH, 2016.
*por mil habitantes.
Nota: para cálculo desta taxa, considerou-se apenas as internações com data de entrada entre os dias 01/01/2016 a 31/12/2016. Crianças e adolescentes que estavam internados em 2016, porém com data de internação no dia 31/12/2015 ou anterior não fazem parte do total analisado nesta Tabela.



A faixa etária com maior representatividade de internações é a de 0 a 5 anos, o que indica 51,7% do total de internações. Em relação ao sexo, 52,3% das crianças e adolescentes internados eram do sexo masculino.

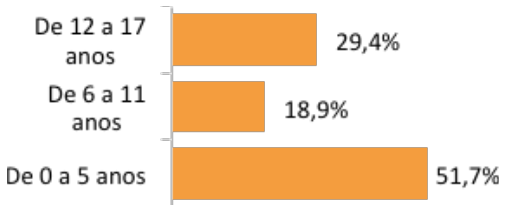
Tabela 52 – Perfil das internações no Estado de Santa Catarina.

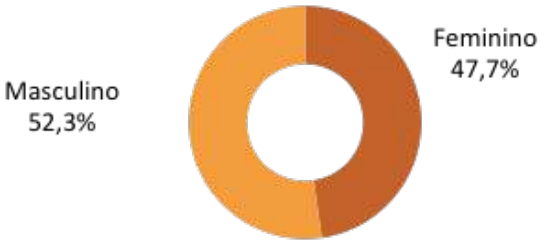
Faixa Etária	Quant.	(%)
De 0 a 5 anos	35.738	51,7%
De 6 a 11 anos	13.042	18,9%
De 12 a 17 anos	20.297	29,4%
Total Geral	**69.077**	**100,0%**

Fonte: SIH, 2016.

Sexo	Quant.	(%)
Feminino	32.952	47,7%
Masculino	36.125	52,3%
Total Geral	**69.077**	**100,0%**

Fonte: SSP/SC, 2016.





Da capitulação do Código Internacional de Doenças (CID), tem-se que a mais representativa na internação da faixa etária de 0 a 5 anos refere-se a doenças do aparelho respiratório, representando 33,0% das causas, seguida de afecções originadas no período perinatal (22,0%), lembrando que esta última é a principal causa da mortalidade infantil, conforme o teor da Tabela 53.

Tabela 53 – Motivo da internação na faixa etária de 0 a 5 anos.

Causa – CID 10	Quant.	(%)
Doenças do aparelho respiratório	11.793	33,0%
Algumas afecções originadas no período perinatal	7.875	22,0%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.548	9,9%
Doenças do aparelho digestivo	2.548	7,1%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	1.942	5,4%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1.527	4,3%
Doenças do aparelho geniturinário	1.433	4,0%
Neoplasias (tumores)	972	2,7%
Doenças do sistema nervoso	885	2,5%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	686	1,9%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	443	1,2%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	412	1,2%
Outros CIDs de internação com menos de 1% de ocorrência	1.674	4,7%
Total Geral	**35.738**	**100,0%**

Fonte: SIH, 2016.

Da mesma forma que na faixa etária de 0 a 5 anos, a principal causa de internação entre 6 e 11 anos refere-se a doenças do aparelho respiratório, representando 20,9% das causas, seguida, com percentuais muito próximos, lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (17,2%) e doenças do aparelho digestivo (16,0%), conforme expressa a Tabela 54.

Tabela 54 – Motivo da internação na faixa etária de 6 a 11 anos.

Causa – CID 10	Quant.	(%)
Doenças do aparelho respiratório	2.720	20,9%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2.248	17,2%
Doenças do aparelho digestivo	2.088	16,0%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1.090	8,4%
Doenças do aparelho geniturinário	1.052	8,1%
Neoplasias (tumores)	799	6,1%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	523	4,0%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	381	2,9%
Doenças do sistema nervoso	368	2,8%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	349	2,7%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	280	2,1%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	229	1,8%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	227	1,7%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	189	1,4%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	172	1,3%
Outros CIDs de internação com menos de 1% de ocorrência	327	2,5%
Total Geral	**13.042**	**100,0%**

Fonte: SIH, 2016.

Na faixa etária de 12 a 17 anos a principal causa de internação é a gravidez, parto e puerpério em 31,6% dos casos, seguida de duas causas de representatividade com percentuais muito próximos a lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (13,5%) e doenças do aparelho digestivo (11,5%), conforme indica a Tabela 55.

Tabela 55 – Motivo da internação na faixa etária de 12 a 17 anos.

Causa – CID 10	Quant.	(%)
Gravidez, parto e puerpério	6.421	31,6%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	2.746	13,5%
Doenças do aparelho digestivo	2.332	11,5%
Doenças do aparelho geniturinário	1.760	8,7%
Doenças do aparelho respiratório	1.642	8,1%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	997	4,9%
Neoplasias (tumores)	841	4,1%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	585	2,9%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	441	2,2%
Transtornos mentais e comportamentais	433	2,1%
Doenças do sistema nervoso	363	1,8%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	336	1,7%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	291	1,4%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	279	1,4%
Doenças do aparelho circulatório	243	1,2%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	231	1,1%
Outros CIDs de internação com menos de 1% de ocorrência	356	1,8%
Total Geral	**20.297**	**100,0%**

Fonte: SIH, 2016.

8.5 VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (VAN)

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) nos serviços de saúde da Atenção Básica inclui a avaliação antropométrica (medidas corporais) e do consumo alimentar, segundo orientações do SISVAN, que tem por objetivo consolidar os dados referentes às ações de vigilância alimentar nutricional o registro de dados antropométricos e de marcadores de consumo alimentar.

- **Crianças de 0 a 5 anos**

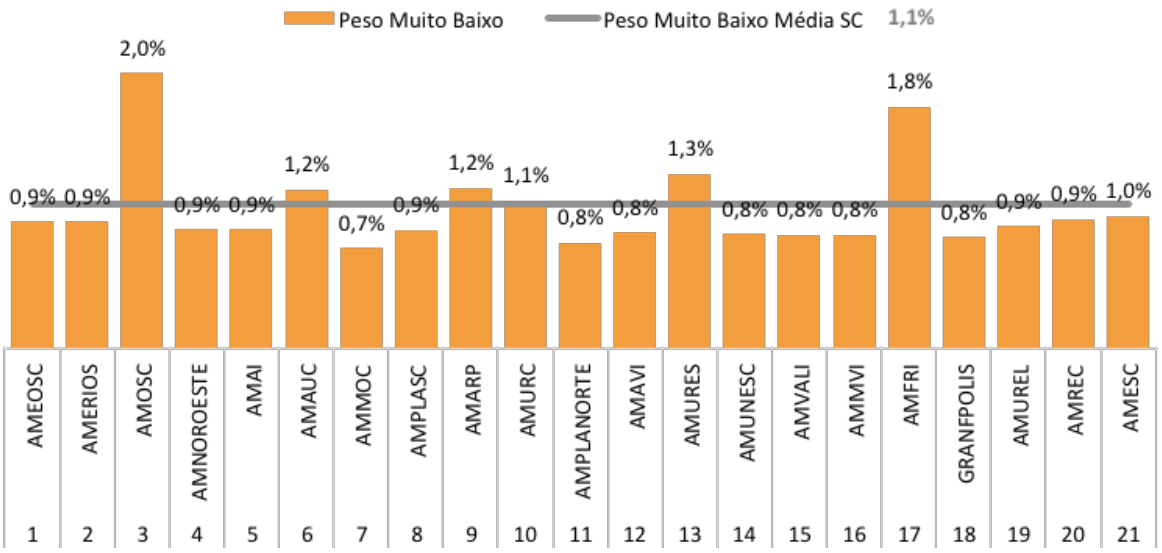
Na faixa etária de 0 a 5 anos a VAN 2016 apresentou no estado de Santa Catarina um percentual de 1,1% de crianças com peso muito baixo e 7,4% com peso muito elevado. A AMOSC se destacou com 2,0% das crianças com peso muito baixo. Percentual bem superior ao das outras associações de municípios, conforme se extrai da Tabela 56.

Tabela 56 – Situação nutricional de crianças de 0 a 5 anos.

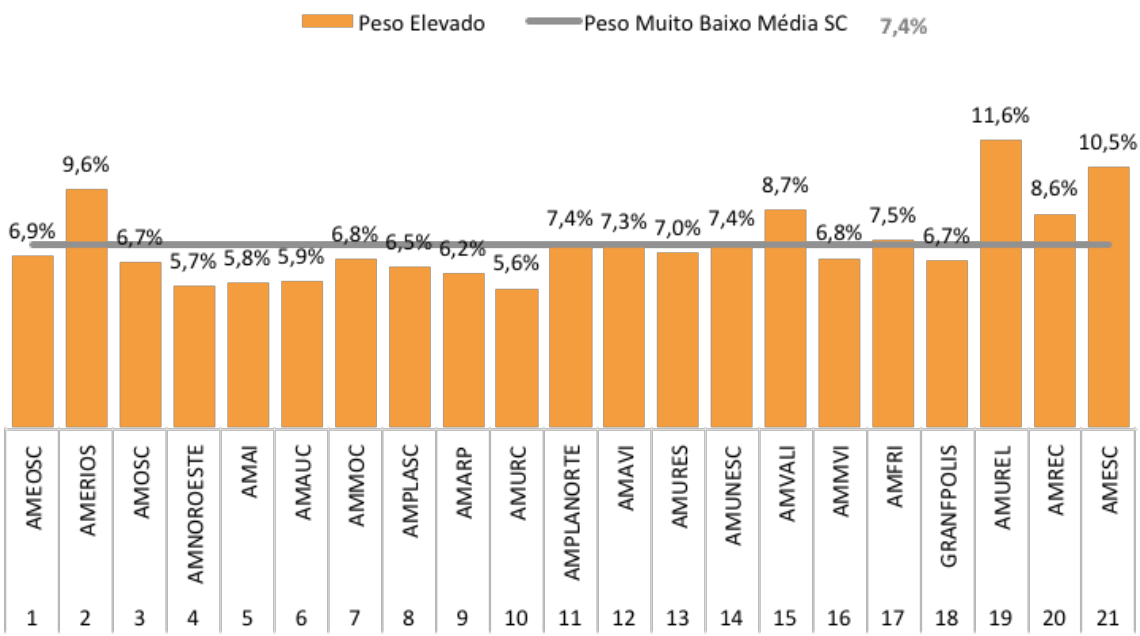
	Associação	Peso muito baixo		Peso baixo		Peso adequado ou estrófico		Peso elevado		Total	
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
1	AMEOSC	42	0,9%	85	1,9%	4.123	90,3%	316	6,9%	4.566	100,0%
2	AMERIOS	27	0,9%	72	2,5%	2.554	87,0%	281	9,6%	2.934	100,0%
3	AMOSC	258	2,0%	268	2,1%	11.464	89,2%	856	6,7%	12.846	100,0%
4	AMNOROESTE	8	0,9%	24	2,6%	843	90,8%	53	5,7%	928	100,0%
5	AMAI	42	0,9%	129	2,7%	4.399	90,6%	283	5,8%	4.853	100,0%
6	AMAUC	40	1,2%	70	2,0%	3.154	90,9%	205	5,9%	3.469	100,0%
7	AMMOC	21	0,7%	57	2,0%	2.630	90,5%	197	6,8%	2.905	100,0%
8	AMPLASC	11	0,9%	38	3,0%	1.151	89,7%	83	6,5%	1.283	100,0%
9	AMARP	81	1,2%	169	2,4%	6.254	90,2%	430	6,2%	6.934	100,0%
10	AMARP	20	1,1%	65	3,5%	1.669	89,8%	104	5,6%	1.858	100,0%
11	AMURC	38	0,8%	146	2,9%	4.408	88,9%	367	7,4%	4.959	100,0%
12	AMAVI	60	0,8%	110	1,5%	6.446	90,3%	522	7,3%	7.138	100,0%
13	AMURES	95	1,3%	198	2,6%	6.680	89,1%	526	7,0%	7.499	100,0%
14	AMUNESC	133	0,8%	298	1,9%	14.397	89,9%	1.190	7,4%	16.018	100,0%
15	AMVALI	22	0,8%	52	1,9%	2.360	88,5%	233	8,7%	2.667	100,0%
16	AMMVI	109	0,8%	230	1,7%	12.016	90,6%	904	6,8%	13.259	100,0%
17	AMFRI	151	1,8%	224	2,6%	7.553	88,1%	645	7,5%	8.573	100,0%
18	GRANFPOLIS	169	0,8%	441	2,1%	18.927	90,4%	1.410	6,7%	20.947	100,0%
19	AMUREL	44	0,9%	97	2,0%	4.251	85,6%	574	11,6%	4.966	100,0%
20	AMREC	124	0,9%	246	1,9%	11.751	88,6%	1.140	8,6%	13.261	100,0%
21	AMESC	39	1,0%	85	2,1%	3.518	86,5%	427	10,5%	4.069	100,0%
	Santa Catarina	**1.534**	**1,1%**	**3.104**	**2,1%**	**130.548**	**89,5%**	**10.746**	**7,4%**	**145.932**	**100,0%**

Fonte: SISVAN, 2016.

Peso muito baixo na faixa etária de 0 a 5 anos



Peso muito baixo na faixa etária de 0 a 5 anos



- **Adolescentes de 12 a 17 anos**

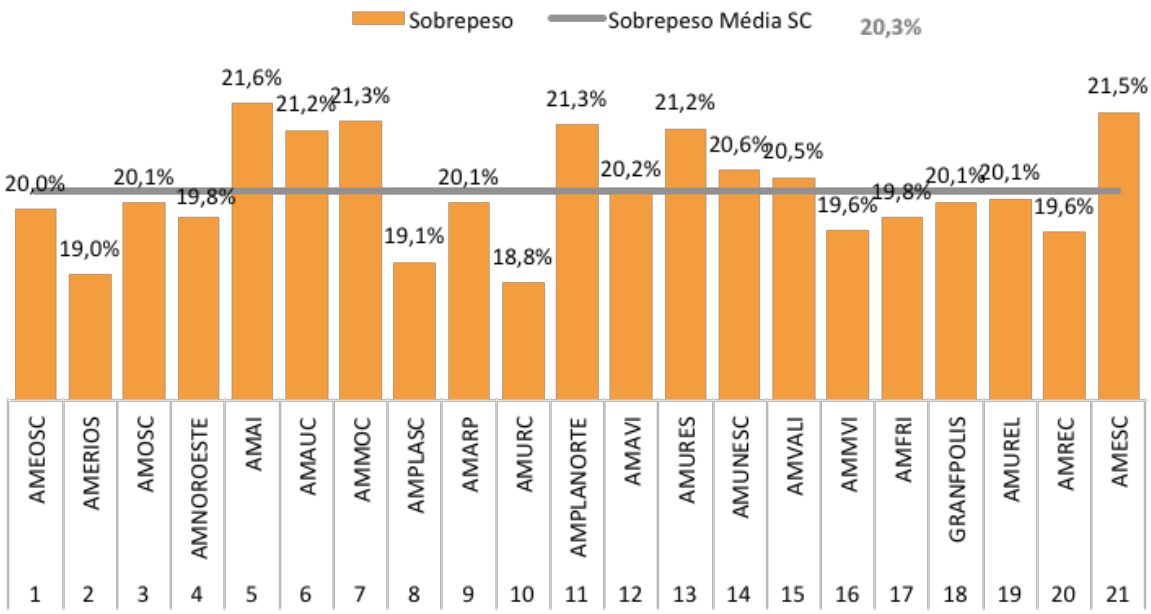
Na adolescência (faixa etária de 12 a 17 anos) destaca-se a AMNOROESTE com 3,5% dos adolescentes com obesidade grave, sendo que no estado de Santa Catarina esse percentual é de 2,3%.

Tabela 57 – Situação nutricional de adolescentes de 12 a 17 anos.

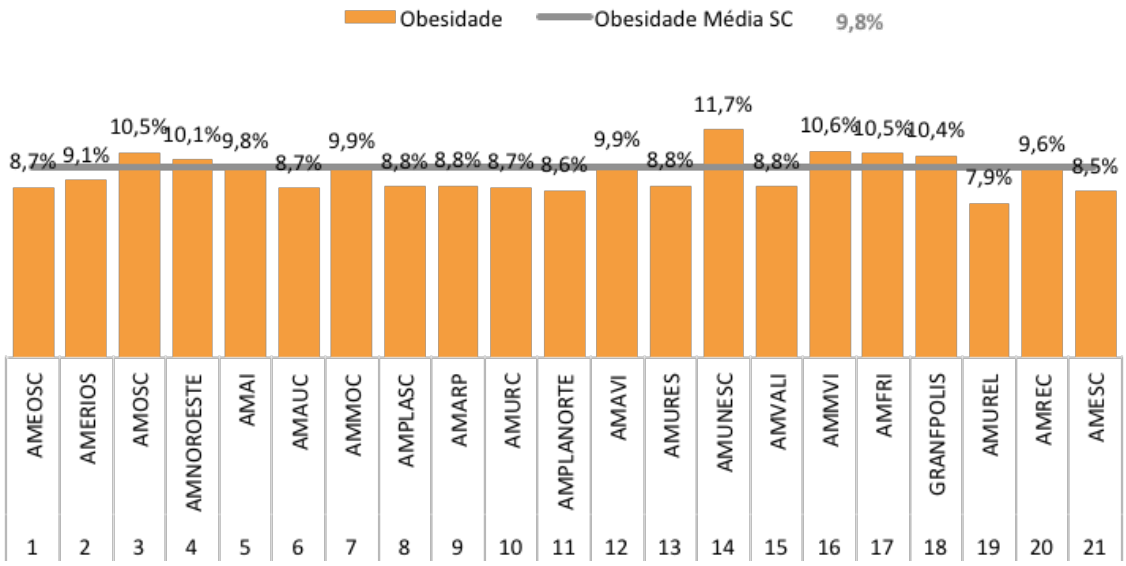
	Associação	Magreza acentuada		Magreza		Peso adequado ou eutrófico		Sobrepeso		Obesidade		Obesidade grave		Total	
		Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
1	AMEOSC	21	0,6%	41	1,1%	2.535	67,6%	749	20,0%	328	8,7%	78	2,1%	3.752	100,0%
2	AMERIOS	15	0,4%	56	1,5%	2.553	68,2%	709	19,0%	340	9,1%	68	1,8%	3.741	100,0%
3	AMOSC	53	0,4%	218	1,8%	7.681	64,7%	2.381	20,1%	1248	10,5%	283	2,4%	11.864	100,0%
4	AMNOROESTE	10	0,9%	27	2,4%	711	63,3%	223	19,8%	114	10,1%	39	3,5%	1.124	100,0%
5	AMAI	34	0,7%	103	2,1%	3.123	63,3%	1.067	21,6%	483	9,8%	124	2,5%	4.934	100,0%
6	AMAUC	23	0,8%	39	1,4%	1.806	65,4%	585	21,2%	240	8,7%	67	2,4%	2.760	100,0%
7	AMMOC	20	0,6%	46	1,4%	2.177	64,4%	721	21,3%	333	9,9%	83	2,5%	3.380	100,0%
8	AMPLASC	5	0,3%	26	1,8%	975	67,8%	275	19,1%	126	8,8%	30	2,1%	1.437	100,0%
9	AMARP	23	0,4%	72	1,2%	4.045	67,8%	1.197	20,1%	527	8,8%	101	1,7%	5.965	100,0%
10	AMARP	12	0,5%	34	1,6%	1.491	68,3%	411	18,8%	191	8,7%	45	2,1%	2.184	100,0%
11	AMURC	20	0,4%	90	1,8%	3.395	66,3%	1.091	21,3%	439	8,6%	89	1,7%	5.124	100,0%
12	AMAVI	22	0,4%	137	2,3%	3.957	65,4%	1.222	20,2%	597	9,9%	114	1,9%	6.049	100,0%
13	AMURES	46	0,8%	84	1,4%	3.802	65,3%	1.235	21,2%	512	8,8%	140	2,4%	5.819	100,0%
14	AMUNESC	57	0,7%	191	2,2%	5.376	62,1%	1.782	20,6%	1015	11,7%	240	2,8%	8.661	100,0%
15	AMVALI	18	0,9%	51	2,4%	1.373	65,8%	427	20,5%	183	8,8%	35	1,7%	2.087	100,0%
16	AMMVI	38	0,6%	140	2,2%	4.109	64,1%	1.259	19,6%	680	10,6%	187	2,9%	6.413	100,0%
17	AMFRI	48	0,8%	142	2,5%	3.617	63,6%	1.128	19,8%	595	10,5%	156	2,7%	5.686	100,0%
18	GRANFPOLIS	159	1,2%	320	2,4%	8.345	63,4%	2.644	20,1%	1364	10,4%	338	2,6%	13.170	100,0%
19	AMUREL	34	1,0%	67	2,1%	2.151	66,4%	652	20,1%	257	7,9%	78	2,4%	3.239	100,0%
20	AMREC	93	0,8%	279	2,5%	7.248	65,1%	2.182	19,6%	1073	9,6%	256	2,3%	11.131	100,0%
21	AMESC	20	0,6%	43	1,2%	2.286	66,1%	743	21,5%	295	8,5%	73	2,1%	3.460	100,0%
	Santa Catarina	**771**	**0,7%**	**2.206**	**2,0%**	**72.756**	**65,0%**	**22.683**	**20,3%**	**10940**	**9,8%**	**2624**	**2,3%**	**111.980**	**100,0%**

Fonte: SISVAN, 2016.

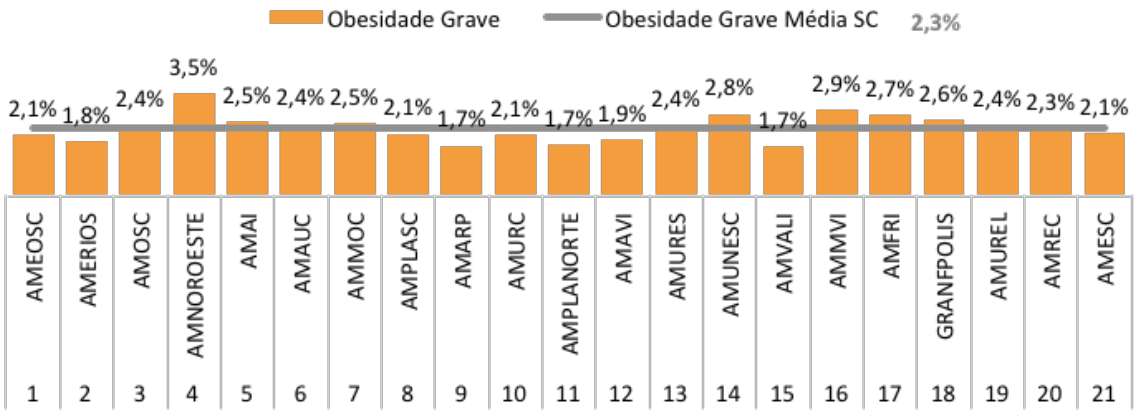
Sobrepeso na faixa etária de 12 a 17 anos



Obesidade na faixa etária de 12 a 17 anos



Sobrepeso na faixa etária de 12 a 17 anos



8.6 PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Antes de apresentar os dados sobre Pessoa com Deficiência (PcD), faz-se necessário apresentar, na íntegra, as Notas Técnicas do IBGE 2010 para total compreensão das terminologias utilizadas no Censo Demográfico para coleta de informações.

No Censo Demográfico foi analisada a existência dos tipos de deficiência permanente: visual, auditiva e motora, de acordo com o seu grau de severidade, e, também, deficiência mental ou intelectual. Da análise foram evidenciados os seguintes elementos:

- ✓ Deficiência visual: se a pessoa tinha dificuldade permanente de enxergar (avaliada com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso de utilizá-los);
- ✓ Deficiência auditiva: se a pessoa tinha dificuldade permanente de ouvir (avaliada com o uso de aparelho auditivo, no caso de utilizá-lo); e
- ✓ Deficiência motora: se a pessoa tinha dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas (avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar no caso de utilizá-lo).

Dos dados obtidos, no Quadro 7 são apresentadas as categorias de severidade de investigação de cada deficiência:

Quadro 7 – Definições para os graus de deficiência utilizados pelo IBGE na coleta da informação.

Grau	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência motora
Não consegue de modo algum	Pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de enxergar	Pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de ouvir	Pessoa que declarou ser permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa
Grande dificuldade	Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato	Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo	Pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar
Alguma dificuldade	Pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato	Pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo	Pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar
Nenhuma dificuldade	Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de enxergar, ainda que precisando usar óculos ou lentes de contato	Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de ouvir, ainda que precisando usar aparelho auditivo	Pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que precisando usar prótese, bengala ou aparelho auxiliar

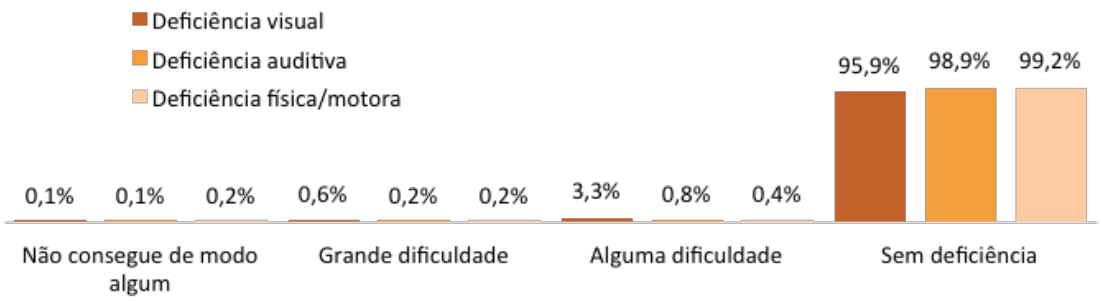
Fonte: IBGE, 2010.

A deficiência visual, segundo os dados do IBGE, atinge 0,6% da população que apresenta grande dificuldade de enxergar. A deficiência mais presente é a física ou motora, presente em 0,2% da população de 0 a 17 anos, conforme revela a Tabela 58.

Tabela 58 – Percentual da população com deficiência visual, auditiva, física/motora.

Grau da deficiência	Deficiência visual		Deficiência auditiva		Deficiência física/ motora	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Não consegue de modo algum	2.405	0,1%	1.732	0,1%	3.890	0,2%
Grande dificuldade	10.626	0,6%	3.016	0,2%	2.613	0,2%
Alguma dificuldade	56.365	3,3%	14.046	0,8%	6.920	0,4%
Sem deficiência	1.618.247	95,9%	1.668.849	98,9%	1.674.220	99,2%
População de 0 a 17 anos	**1.687.643**	**100,0%**	**1.687.643**	**100,0%**	**1.687.643**	**100,0%**

Fonte: IBGE, 2010.



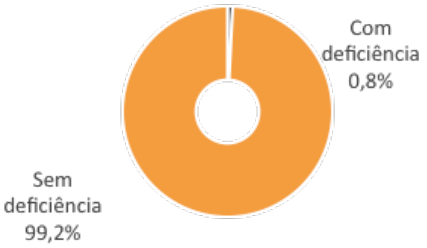
Com relação à deficiência mental ou intelectual, foi pesquisado se a pessoa tinha alguma deficiência mental ou intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc. A deficiência mental ou intelectual é o retardo no desenvolvimento intelectual e é caracterizada pela dificuldade que a pessoa tem de se comunicar com outros, de cuidar de si mesma, de fazer atividades domésticas, de aprender, de trabalhar, de brincar etc. Em geral, a deficiência mental ocorre na infância ou até os 18 anos de idade. Não foram consideradas como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose (IBGE, 2010).

A deficiência mental ou intelectual atinge 0,8% das pessoas na faixa etária de 0 a 17 anos, conforme indica a Tabela 59.

Tabela 59 – Percentual da população com deficiência mental/intelectual.

Deficiência mental/intelectual	Quant.	(%)
Com deficiência	13.369	0,8%
Sem deficiência	1.674.274	99,2%
População de 0 a 17 anos	**1.687.643**	**100,0%**

Fonte: IBGE, 2010.



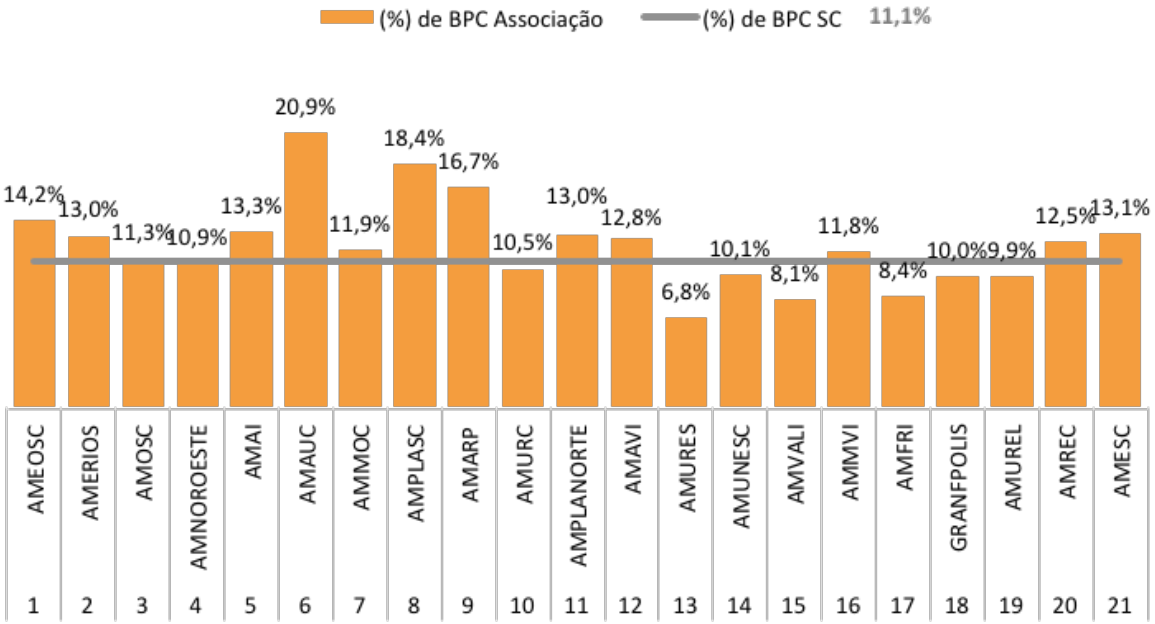
Dentro do tema deficiência é oportuno mencionar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto no art. 20 da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que garante um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos ou a pessoa de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas (MS).

Para os fins deste Diagnóstico, tem-se que o BPC recebido por crianças e adolescentes de 0 a 17 anos representa o total de 11.334 beneficiários em 2016. Proporcionalmente à faixa etária, esse número representa 11,1% das crianças e dos adolescentes do estado de Santa Catarina. A AMAUC é a associação de municípios com a maior representatividade de beneficiários na faixa etária (20,9%), conforme aponta a Tabela 60.

Tabela 60 – Percentual de pessoas de 0 a 17 anos com pelo menos uma deficiência que recebe o BPC.

	Associação	Recebem o BPC	População de 0 a 17 anos com deficiência	(%) de BPC
1	AMEOSC	315	2.220	14,2%
2	AMERIOS	202	1.556	13,0%
3	AMOSC	468	4.140	11,3%
4	AMNOROESTE	57	522	10,9%
5	AMAI	336	2.527	13,3%
6	AMAUC	345	1.654	20,9%
7	AMMOC	239	2.008	11,9%
8	AMPLASC	198	1.074	18,4%
9	AMARP	709	4.241	16,7%
10	AMURC	176	1.678	10,5%
11	AMPLANORTE	510	3.912	13,0%
12	AMAVI	572	4.466	12,8%
13	AMURES	416	6.150	6,8%
14	AMUNESC	1.149	11.402	10,1%
15	AMVALI	257	3.161	8,1%
16	AMMVI	1.098	9.277	11,8%
17	AMFRI	847	10.105	8,4%
18	GRANFPOLIS	1.737	17.438	10,0%
19	AMUREL	573	5.796	9,9%
20	AMREC	682	5.446	12,5%
21	AMESC	448	3.411	13,1%
	Santa Catarina	**11.334**	**102.184**	**11,1%**

Fonte: BPC, 2016.
Nota: o total de pessoas se refere a todas que declararam ter alguma deficiência, indepentemente do grau ou tipo.



8.7 SAÚDE MENTAL

O estado de Santa Catarina apresenta uma rede de 101 CAPS, que em alguns casos atendem em um formato de microrregião, ou seja, atendem mais de um município.

Para mensurar o atendimento deste equipamento utilizou-se de pesquisa, pois não existe uma ferramenta que quantifique os atendimentos. Todos os 101 CAPS foram contatados, porém 9 deles não responderam à pesquisa. O que mostra uma ótima adesão para avaliarmos o impacto do atendimento no estado de Santa Catarina.

Para territorialização, como alguns CAPS atendem mais de um município e muitas vezes estes não fazem parte da mesma associação, considerou-se para padronização da região, a que pertence o equipamento, o município de instalação.

A Tabela 61 mostra a distribuição de CAPS pelo Estado e enfatiza na última coluna o percentual de atendimento que, no Estado, corresponde a 75,2%.

Tabela 61 – Distribuição de CAPS pelo Estado por associação de municípios.

	Associação	CAPS I MICRO	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPS AD	CAPS AD III	Total de CAPS	Atendem Criança e Adolescente	(%) Atendem Criança e Adolescente
1	AMEOSC	1	2	0	0	0	0	0	3	3	100,0%
2	AMERIOS	2	1	0	0	0	0	0	3	3	100,0%
3	AMOSC	2	0	1	0	1	0	1	5	3	60,0%
4	AMNOROESTE	0	1	0	0	0	0	0	1	1	100,0%
5	AMAI	0	3	0	0	0	0	0	3	3	100,0%
6	AMAUC	0	1	0	0	0	0	0	1	1	100,0%
7	AMMOC	1	3	0	0	0	0	0	4	3	75,0%
8	AMPLASC	0	1	0	0	0	0	0	1	1	100,0%
9	AMARP	0	2	1	0	0	1	0	4	4	100,0%
10	AMARP	1	1	0	0	0	0	0	2	2	100,0%
11	AMURC	1	6	0	0	0	0	0	7	6	85,7%
12	AMAVI	1	1	0	0	0	0	0	2	2	100,0%
13	AMURES	0	1	1	0	1	1	0	4	2	50,0%
14	AMUNESC	0	2	2	1	1	1	0	7	4	57,1%
15	AMVALI	0	0	1	0	1	1	0	3	2	66,7%
16	AMMVI	2	3	2	0	1	1	1	10	7	70,0%
17	AMFRI	1	3	2	0	1	2	0	9	5	55,6%
18	GRANFPOLIS	1	2	3	0	3	4	0	13	8	61,5%
19	AMUREL	0	4	1	0	0	1	0	6	6	100,0%
20	AMREC	3	5	1	1	1	1	0	12	9	75,0%
21	AMESC	0	1	0	0	0	0	0	1	1	100,0%
	Santa Catarina	**16**	**43**	**15**	**2**	**10**	**13**	**2**	**101**	**76**	**75,2%**

Fonte: Coordenadoria Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, SES/SC, 2016.

De todos os CAPS que atendem crianças e adolescentes (76 CAPS) apenas 9 não responderam à pesquisa. Dos que responderam foram avaliados dois tipos de atendimento, sendo eles:

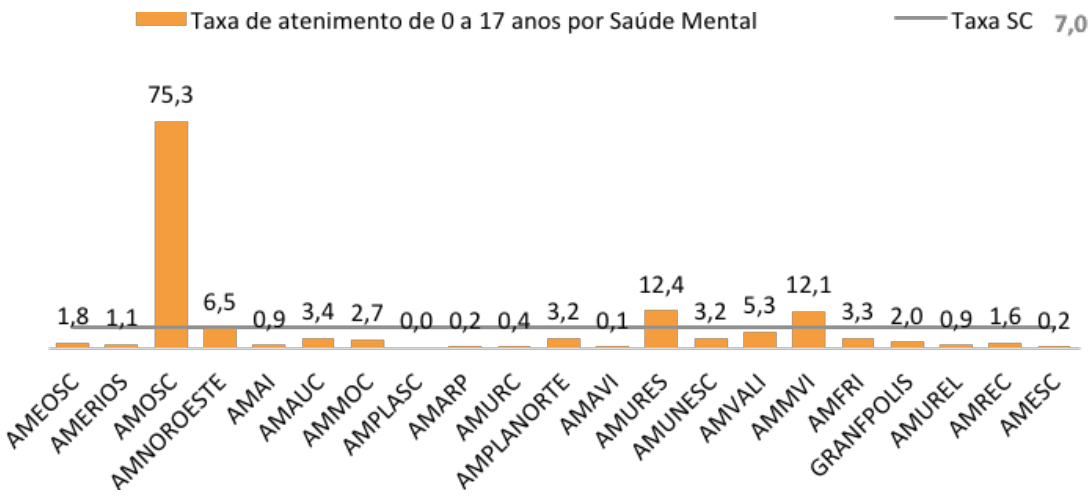
- ✓ **Saúde Mental**

Um total de 11.872 pessoas foram atendidas em 2016 entre 0 a 17 anos nos CAPS, sendo que a AMOSC tem a maior taxa, 75,3 atendimentos a cada mil habitantes da mesma faixa etária.

Tabela 62 – Taxa de população atendida por saúde mental de 0 a 17 anos.

	Associação	População de 0 a 17 anos atendida	População de 0 a 17 anos residente	Taxa de atendimento de 0 a 17 anos por saúde mental
1	AMEOSC	77	43.347	1,8
2	AMERIOS	33	29.118	1,1
3	AMOSC	5854	77.715	75,3
4	AMNOROESTE	66	10.102	6,5
5	AMAI	40	43.357	0,9
6	AMAUC	120	35.697	3,4
7	AMMOC	88	32.034	2,7
8	AMPLASC	0	17.213	0,0
9	AMARP	12	64.187	0,2
10	AMURC	8	20.580	0,4
11	AMPLANORTE	221	68.822	3,2
12	AMAVI	8	74.946	0,1
13	AMURES	1034	83.385	12,4
14	AMUNESC	671	207.320	3,2
15	AMVALI	350	66.368	5,3
16	AMMVI	2017	167.374	12,1
17	AMFRI	513	153.565	3,3
18	GRANFPOLIS	510	251.854	2,0
19	AMUREL	81	86.607	0,9
20	AMREC	161	103.613	1,6
21	AMESC	8	50.439	0,2
	Santa Catarina	**11.872**	**1.687.643**	**7,0**

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2018.



✓ **Álcool e droga**

Um total de 3.501 pessoas de 12 a 17 anos atendidas por álcool e drogas, gerando uma taxa no Estado de 5,5 atendidos por mil habitantes na mesma faixa etária. A AMMVI tem a maior a taxa de atendimento por álcool e drogas.

Tabela 63 – Taxa de população atendida por álcool e drogas de 12 a 17 anos.

	Associação	População de 12 a 17 anos atendida	População de 12 a 17 anos residente	Taxa de atendimento de 12 a 17 anos por álcool e droga
1	AMEOSC	45	17412	2,6
2	AMERIOS	41	11622	3,5
3	AMOSC	346	30165	11,5
4	AMNOROESTE	5	4007	1,2
5	AMAI	29	16595	1,7
6	AMAUC	50	13673	3,7
7	AMMOC	50	12200	4,1
8	AMPLASC	4	6544	0,6
9	AMARP	40	23884	1,7
10	AMURC	12	7578	1,6
11	AMPLANORTE	194	25478	7,6
12	AMAVI	5	28358	0,2
13	AMURES	462	31481	14,7
14	AMUNESC	306	76889	4,0
15	AMVALI	10	24413	0,4
16	AMMVI	1666	63521	26,2
17	AMFRI	58	57207	1,0
18	GRANFPOLIS	108	96199	1,1
19	AMUREL	24	33832	0,7
20	AMREC	36	39744	0,9
21	AMESC	10	19257	0,5
	Santa Catarina	**3.501**	**640.059**	**5,5**

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2018.
Nota: considerou-se a população adolescente para cálculo da taxa, pois entende-se que é a mais propensa ao uso e álcool e drogas.

8.8 VIOLAÇÃO AO DIREITO

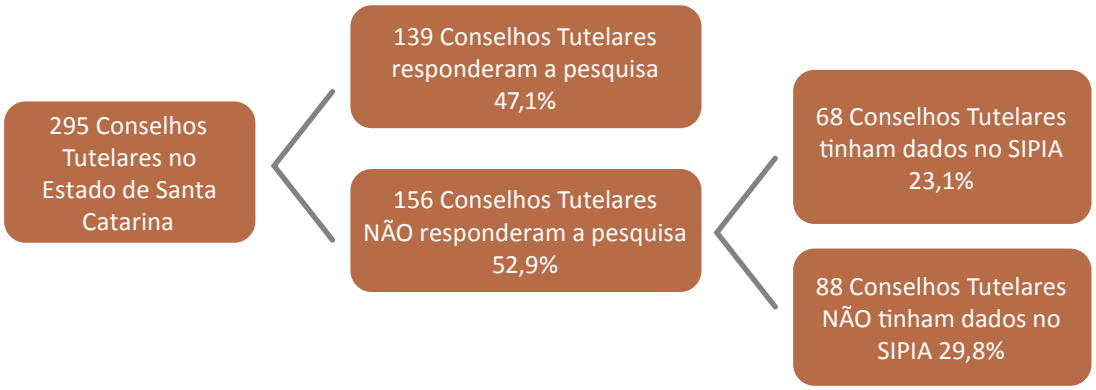
Para contemplar os dados de violações a direitos obtidos de conselhos tutelares no âmbito do Estado, optou-se primeiramente por fazer uma pesquisa com todos esses órgãos para que eles enviassem o quantitativo de violações a direitos registradas no ano de 2016 nas suas regiões de abrangência, observado o fato de nem todos os CTs utilizarem o Sistema de Informações para Infância e Adolescência (SIPIA) para registro.

A pesquisa não obteve 100% de adesão pelos CTs, pelo contrário, apenas 47,1% responderam o instrumental de coleta[8] solicitado pelo Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA/SC). Para alcançar um maior número de informações, em mais 23,1% dos conselhos tutelares as informações sobre violação ao direito que constitui tema deste relatório foram obtidas do SIPIA-CT. Mesmo com essas duas abordagens, 29,8% dos CTs não tiveram suas informações registradas neste Diagnóstico, pois além de não participarem da pesquisa não utilizam o SIPIA para registro de violações a direitos.

Nesse contexto, os dados gerais alcançados com os 70% dos CTs respondentes são apresentados no Quadro 8:

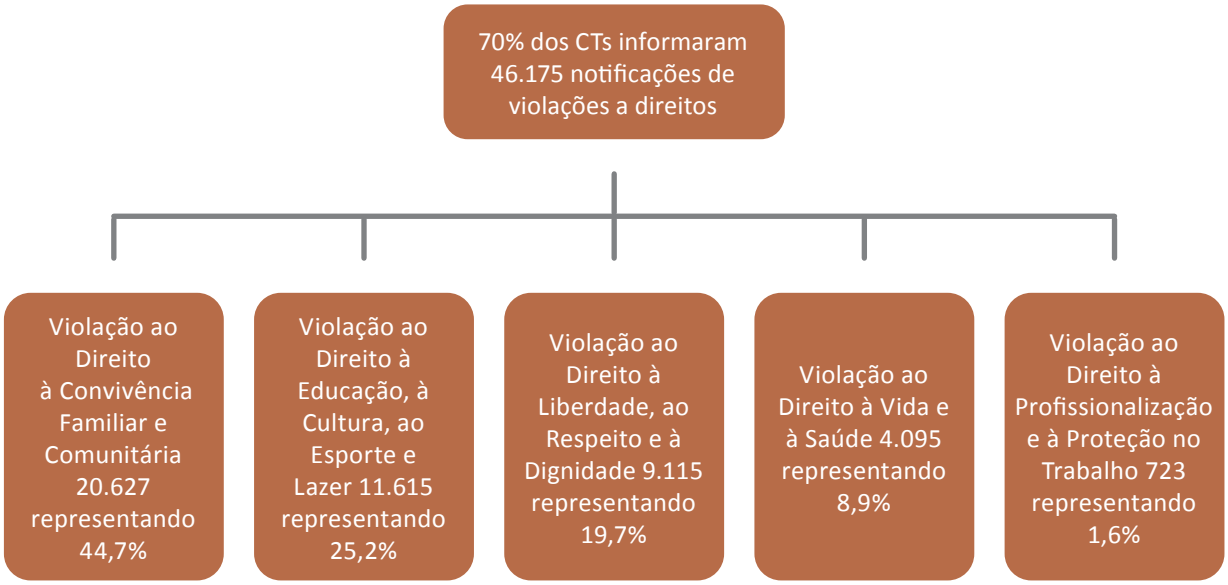
Quadro 8 – Resumo da coleta de dados nos conselhos tutelares do Estado de Santa Catarina.

Do total de 295 conselhos tutelares, 207 disponibilizaram dados (pesquisa ou SIPIA), o que equivale a 70% do total.

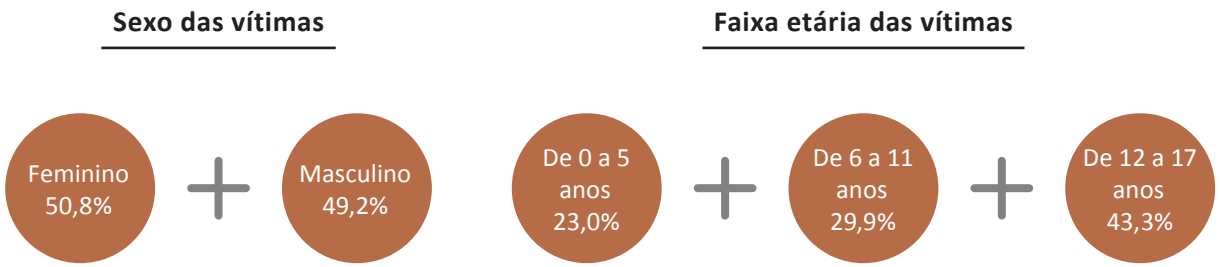


8 O instrumental de coleta consta no Apêndice 1 deste Volume 04.

Destes respondentes, (139+68=207) obteve-se um total de 46.175 notificações, sendo:



Sobre o perfil de sexo tem-se 50,8% do sexo feminino e 49,2 do sexo masculino, sendo 43,4% vítimas da faixa etária de 12 a 17 anos:



Fonte: SIPIA-CT, 2016.

O Quadro 8 mostra que 70% dos CTs tiveram 4.095 notificações de violação do direito à vida e à saúde, representando 8,9% do total. Dessas notificações, não se buscou, especificamente, a principal ocorrência, em virtude da ausência de registro.

8.9 SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Criado pela Lei Federal n. 11.346, de 15 de setembro de 2006, o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) visa promover e assegurar o direito humano à alimentação adequada de acordo com os objetivos e as metas da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

O estado de Santa Catarina assinou sua adesão ao SISAN no ano de 2011, assumindo o compromisso de garantir, progressivamente, o direito humano à alimentação adequada, por meio da elaboração e implementação da Política de Segurança Alimentar e Nutricional prevista no I Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional.

O Plano visa consolidar e expandir a pactuação intersetorial e participativa, considerando os anseios da sociedade civil e de cada setor relacionado com a temática de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

Para a criação e implementação do I Plano Estadual, primeiramente foi realizado um diagnóstico de SAN no Estado, tendo como base sete indicadores do Plano Nacional e as ações realizadas por órgãos e entidades do Poder Público estadual. Para a coleta de dados foram acessadas fontes de dados secundários existentes sobre o estado de Santa Catarina, com destaque para as pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional pelo IBGE. Os indicadores são:

1. Produção de alimentos;
2. Disponibilidade de alimentos;
3. Renda e condições de vida;
4. Acesso à alimentação adequada e saudável, incluindo água;
5. Saúde, nutrição e acesso a serviços relacionados;
6. Educação; e
7. Programas e ações ligadas à SAN realizadas no Estado.

O I Plano Estadual enfatiza as comunidades quilombolas, os povos indígenas e demais povos e comunidades tradicionais de modo mais evidente na sua Diretriz 4, que versa sobre a *promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais, povos indígenas e assentados da reforma agrária.*

Segundo os dados coletados para este Diagnóstico, no estado de Santa Catarina 14,8% dos domicílios apresentam situação de insegurança alimentar leve, moderada ou grave, conforme o teor da Tabela 64.

Tabela 64 – Classificação dos domicílios segundo a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), níveis de insegurança alimentar no Estado de Santa Catarina (IBGE, 2010).

Classificação de Segurança Alimentar	Prevalência (%)
Domicílios em situação de segurança alimentar	85,2
Domicílios em situação de insegurança alimentar leve	10,5
Domicílios em situação de insegurança alimentar moderada	2,4
Domicílios em situação de insegurança alimentar grave	1,9

Fonte: IBGE 2010.

- **Diretrizes do I Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional**

As oito diretrizes do Plano Estadual foram elaboradas a partir das informações contidas na Política Nacional de SAN, de que trata o Decreto Federal n. 7.272, de 25 de agosto de 2010, nas recomendações da IV Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, nas proposições da IV Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional e no Diagnóstico das ações de SAN no Estado de Santa Catarina:

DIRETRIZ 1 – Promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional;

DIRETRIZ 2 – Promoção do abastecimento e estruturação de sistemas descentralizados, de base agroecológica e sustentáveis de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos;

DIRETRIZ 3 – Instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, pesquisa e formação nas áreas de segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada;

DIRETRIZ 4 – Promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas, povos indígenas e demais povos e comunidades tradicionais de que trata o Decreto Federal n. 6.040, de 7 de fevereiro de 2007;

DIRETRIZ 5 – Fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis de atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de segurança alimentar e nutricional;

DIRETRIZ 6 – Promoção do acesso universal à água de qualidade e em quantidade suficiente, com prioridade para as famílias em situação de insegurança hídrica e para a produção de alimentos da agricultura familiar, pesca e aquicultura;

DIRETRIZ 7 – Monitoramento e avaliação da realização progressiva do direito humano à alimentação adequada e saudável; e

DIRETRIZ 8 – Consolidação do SISAN no Estado de Santa Catarina.

Cada um dos objetivos que compõem as oito Diretrizes em comento possui indicadores específicos a serem monitorados por meio de um sistema composto de instrumentos, metodologias e recursos de aferição da realização progressiva do direito humano à alimentação adequada, além do grau de implantação, alcance dos objetivos e metas propostos no Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

No caso específico da infância e adolescência, o Plano Estadual aponta os desafios presentes na saúde referentes à rotulagem dos alimentos, ao valor nutricional dos mesmos, a presença dos altos níveis de sódio, açúcar e gordura nos alimentos voltados para essa faixa etária, além do acesso fácil a esse tipo de alimentos, revelando a urgência de ter a educação em SAN como parte da matriz curricular das escolas e dos demais ambientes socioeducativos que envolvem esse público-alvo, para além de sua infraestrutura, assegurando o desenvolvimento saudável da infância e da adolescência.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou abordar o tema do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes do estado de Santa Catarina, por meio da análise de diversos indicadores, proporcionando uma visão comparativa entre as diferentes regiões do Estado (por suas associações de municípios), e, na maioria dos casos, em relação ao indicador de referência do Brasil. O conjunto de indicadores relacionados neste Volume 04 mostram de forma abrangente, com base em dados secundários, diferentes dimensões da assistência e a complexidade do processo saúde – a partir do seu amplo conceito, ou seja, o completo bem-estar biopsicossocial.

Observa-se que, em geral, de acordo com os indicadores analisados, os níveis de saúde dos grupos populacionais pesquisados são satisfatórios quando comparados com os do Brasil, refletindo, dessa forma, o bom nível de desenvolvimento e organização social do estado de Santa Catarina na área da Saúde. No entanto, isso não deve isentar os atores sociais e os diversos segmentos, incluindo governo e sociedade civil, de permanecer na busca constante de melhorias dos respectivos serviços e das políticas públicas.

O Estado caracteriza-se por uma menor taxa de natalidade que a média nacional e um equilíbrio entre as regiões nesse quesito. Da mesma forma os indicadores de baixo peso ao nascer, mortalidade infantil, mortalidade infantil neonatal precoce, mortalidade infantil neonatal tardia e mortalidade infantil pós-neonatal apresentam resultados melhores que os do país, embora indiquem significativas diferenças regionais que devem chamar a atenção de todos e orientar as ações de planejamento dos serviços e alocação dos recursos (especialmente no que diz respeito à mortalidade infantil pós-neonatal). No campo das diversas mortalidades, apresentam-se como causa predominante algumas afecções originadas no período perinatal (exceto na mortalidade infantil pós-neonatal que predomina as malformações congênitas), afirmando mais uma vez a importância do planejamento e da gestão de qualidade na Saúde.

Apesar dos avanços e resultados alcançados, percebe-se que ainda há muito por melhorar em diversos pontos essenciais para uma assistência à saúde de qualidade. Nesse sentido, destaca-se o alto índice de nascidos vivos cujas mães realizaram seis ou menos consultas de pré-natal, em determinadas regiões geográficas, como a AMURES, a AMUREL, a AMESC, a AMPLASC e a AMURC, sendo que nesta última macrorregião quase metade das gestantes realizaram 6 ou menos consultas de pré-natal, não atingindo o mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao tema gravidez na adolescência, destaca-se a grande desigualdade entre as regiões do Estado, chegando a 2,7 vezes a diferença, indicando a necessidade de atenção à AMURC. A desigualdade aparece de forma ainda mais contundente na taxa de agravos, com grande destaque à AMOSC.

Chama a atenção no indicador de violência autoprovocada o valor superior à média nacional na faixa etária dos 10 a 19 anos, alertando para fatores de natureza psicossocial que devem receber atenção. A violência autoprovocada/autoinfligida compreende autoagressões, ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídios.

Os indicadores de deficiência em geral (visual, auditiva, motora e mental) apontam para uma proximidade com os indicadores nacionais e devem receber atenção especial no sentido de alocação de serviços específicos direcionados a esse público, atendendo ao princípio do SUS da equidade e reduzindo a vulnerabilidade dessas populações.

A violência parece fazer parte significativa da vida de muitas crianças e adolescentes catarinenses. Na área da mortalidade na adolescência, chama a atenção o amplo predomínio das mortes do sexo masculino e por causas externas, remetendo ao tema da letalidade dos adolescentes. É possível identificar-se a participação crescente das causas externas como principal causa de morte entre adolescentes e jovens. Por serem 100% evitáveis e por envolverem uma gama de subtipos, elas se tornam complexas em sua gênese e seu enfrentamento.

Ainda relacionado ao tema em comento, também chama a atenção, nos dados do SINAN, a alta taxa de notificação de "investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras providências", em todas as faixas etárias.

Entendendo que os direitos sociais somente se concretizam na medida em que o Estado qualifica o acesso aos serviços essenciais legalmente instituídos e por ele prestados, torna-se necessário analisar os indicadores de saúde sob a ótica dos diferentes contextos socioeconômicos, demográficos e culturais que caracterizam cada macrorregião, verificando os dados e a integração da informação para níveis que possibilitem verificar a efetividade das intervenções das políticas públicas desenvolvidas regionalmente.

Concluindo, as intervenções da Saúde pública devem ser construídas respeitando-se os preceitos do SUS de universalidade, equidade e integralidade, além do respeito às peculiaridades regionais, sejam epidemiológicas, sociais ou culturais.

Espera-se que este Diagnóstico possa contribuir efetivamente com o Estado na tomada de decisão, no planejamento, na implementação e na gestão da política de saúde, e com a sociedade civil, nas ações de controle social e de monitoramento de serviços e políticas públicas.

10. RECOMENDAÇÕES

✓ Aperfeiçoar as bases de dados existentes para que as informações geradas possam de fato identificar as diferenças nos níveis de vida e saúde, as necessidades sociais e as possíveis lacunas assistenciais nas diversas regiões do Estado, subsidiando a gestão no estabelecimento de prioridades e na tomada de decisões gerenciais;

✓ Fortalecer a rede interinstitucional da saúde, garantindo a sensibilização, a capacitação e os encontros periódicos dos atores da rede de atendimento, construindo fluxos para o trabalho integrado;

✓ Orientar os conselhos tutelares a especificarem a notificação das ocorrências de violação do direito à vida e à saúde, no sentido de orientar o planejamento das políticas públicas na área, propondo categorização conforme o seguinte:

- Nas violências em geral: uso de droga lícita ou ilícita, omissão de socorro, tentativa de suicídio, riscos à saúde do feto, automutilação, falta de orientação aos pais/responsáveis quanto ao estado de saúde, tentativa de homicídio, adolescente internado, ausência e/ou irregularidades no pré-natal, autoagressão, ingestão de remédios;

- No atendimento dos serviços da Saúde: não atendimento em saúde; não atendimento emergencial; interrupção ou falta de acompanhamento do tratamento em saúde; recusa de atendimento pelo serviço de saúde; falta de ações para a prevenção de violência; uso de drogas e de orientações para a saúde; não atendimento ao usuário de droga lícita ou ilícita; falta de vacinação; falta de equipamentos, insumos, medicamentos, entre outros; falta de programas de complementação alimentar para criança; não atendimento à gestante; negligência no atendimento pelos profissionais, ausência de saneamento; falta de equipe especializada para atendimento de crianças;

✓ Propor à Secretaria de Estado da Saúde (SES) a intensificação dos programas de atenção à gestante, no sentido de reduzir as afecções originadas no período perinatal, especialmente nas associações de municípios com menor índice de consultas de pré-natal (AMURES, AMUREL, AMESC, AMPLASC E AMURC);

✓ Propor políticas intersetoriais de prevenção à violência autoprovocada em todas as associações de municípios, ou por regiões, em especial na AMNOROESTE, envolvendo a sociedade civil;

✓ Propor políticas intersetoriais de prevenção à violência em geral, especialmente à letalidade de adolescentes por causas externas;

✓ Implementar ações educativas sobre sexualidade, métodos contraceptivos e de prevenção aos riscos associados às infecções sexualmente transmissíveis para adolescentes e jovens;

✓ Fortalecer o Programa Saúde na Escola (PSE), com ênfase na prevenção à adolescência, especialmente nas regiões com maior índice de gravidez na adolescência;

✓ Investir em ações integradas entre as áreas da Saúde, Educação e Assistência Social, para trabalhar o tema do suicídio entre adolescentes;

✓ Propor a revisão do formulário de notificação da rede de proteção para que casos de consumo de drogas sejam identificados, notificados e quantificados;

✓ Informar os equipamentos públicos sobre normativas que garantam ao adolescente o atendimento em saúde, independentemente do acompanhamento dos seus pais;

✓ Propor abordagem preventiva nas escolas a respeito da violência autoprovocada;

✓ Incentivar a criação, nos municípios, de comissão interdisciplinar para prevenção à violência autoprovocada;

✓ Estimular a criação de serviços de atendimento familiar vinculados aos CRAS, equipamento de saúde e/ou educação;

✓ Sensibilizar a rede de proteção acerca da necessidade de cobertura também da rede privada de atendimento em educação e saúde;

✓ Orientar os municípios a ofertarem aumento de consultas de pré-natal;

✓ Realizar pesquisa para diagnóstico das causas do abandono do pré-natal;

✓ Identificar e realizar busca ativa de gestantes sem assistência pré-natal pelas unidades de saúde;

✓ Priorizar acesso aos serviços para a gestante visando o início precoce do acompanhamento no pré-natal;

✓ Promover capacitação dos profissionais de saúde para focarem nas potencialidades e não apenas nas vulnerabilidades;

✓ Orientar e preparar a rede de atendimento em saúde e educação para diagnosticar deficiências mais sutis, como o autismo;

✓ Divulgar melhor os serviços ofertados pelas redes de atendimento para pessoas com deficiência;

✓ Refletir sobre a quantidade e a qualidade de refeições servidas e consumidas nas escolas considerando o perfil demográfico, alimentar e nutricional de cada região;

✓ Propor a inclusão da educação em Saúde Alimentar e Nutricional (SAN) como parte da matriz curricular nas escolas e nos ambientes socioeducativos;

✓ Fomentar a realização e publicação de estudos que identifiquem o perfil epidemiológico dos catarinenses.

11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNet), 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>. Acessado em: 20 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. 180 p.: il.

BRASIL. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 426 p.: il.

Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar do Estado de Santa Catarina - Plano Estadual de Educação Alimentar: Santa Catarina 2014-2019 / Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar do Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Governo de Santa Catarina, 2014.

DATASUS, 2016. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>. Acessado em: 3 de abril de 2018.

DATASUS, 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html>. Acessado em: 10 de abril de 2017.

IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdfhttp://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acessado em 22 de junho de 2018.

IBGE, Cidades. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acessado em 09 de janeiro de 2018.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acessado em: 05 de dezembro de 2017.

IBGE. Conceituação das Características Investigadas PNAD 1999. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad99/metodologia99.shtm>. Acessado em: 11 de janeiro de 2018.

IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, Rio de Janeiro – RJ, 2016.

IBGE. Microdados 2010. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acessado em: 05 de dezembro de 2017.

12. GLOSSÁRIO

	Termos Técnicos	Descrição
A	Acidente de trabalho - Exposição a material biológico	Exposição a material biológico – sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue.
	Animais peçonhentos	São reconhecidos como aqueles que produzem ou modificam algum veneno e possuem algum aparato para injetá-lo na sua presa ou predador. Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil são algumas espécies de serpentes, de escorpiões, de aranhas, de lepidópteros (mariposas e suas larvas), de himenópteros (abelhas, formigas e vespas), de coleópteros (besouros), de quilópodes (lacraias), de peixes, de cnidários (águas-vivas e caravelas), entre outros. Os animais peçonhentos de interesse em saúde pública podem ser definidos como aqueles que causam acidentes classificados pelos médicos como moderados ou graves.
	Antirrábico	O uso da vacina e do soro é parte do programa de profilaxia da raiva.
C	Chikungunya	É uma arbovirose causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV). A transmissão se dá através da picada de fêmeas dos mosquitos Aedes aegypti e Aedes albopictus infectadas pelo CHIKV.
	Coqueluche	Doença infecciosa aguda, transmissível, de distribuição universal. Compromete especificamente o aparelho respiratório (traqueia e brônquios) e se caracteriza por paroxismos de tosse seca.
D	Dengue	Transmitida pelo mosquito Aedes aegypti, a dengue é uma doença viral que se espalha rapidamente.
	Doença de Lyme	Zoonose causada por espiroqueta transmitida por carrapato, caracterizada por lesão cutânea iniciada por uma pequena mácula ou pápula vermelha que aumenta lentamente, tomando uma forma anular.
	Doenças relacionadas ao trabalho - LER	São considerados sinônimos lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort), síndrome cervicobraquial ocupacional, afecções musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho (Amert) e lesões por traumas cumulativos (LTC).
H	Hanseníase (lepra)	É uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo principal agente etiológico é o Mycobacterium leprae (M. Leprae). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem. A doença atinge pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas.
	Hepatite viral	É a inflamação do fígado. Pode ser causada por vírus, uso de alguns remédios, álcool e outras drogas, além de doenças autoimunes, metabólicas e genéticas.
	HIV	É o vírus da imunodeficiência humana. Recebe esse nome, pois destrói o sistema imunológico. A AIDS é o estágio mais avançado do HIV, ou seja, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS é ocasionada pelos desdobramentos do contágio com o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV.

I	Influenza	Comumente conhecida como gripe, é uma doença viral febril, aguda, geralmente benigna e autolimitada. Os vírus influenza são transmitidos facilmente por aerossóis produzidos por pessoas infectadas ao tossir ou espirrar. Existem 3 tipos de vírus influenza: A, B e C. O vírus influenza C causa apenas infecções respiratórias brandas, não possui impacto na saúde pública e não está relacionado com epidemias. O vírus influenza A e B são responsáveis por epidemias sazonais, sendo o vírus influenza A responsável pelas grandes pandemias. Os vírus influenza A são ainda classificados em subtipos de acordo com as proteínas de superfície, hemaglutinina (HA ou H) e neuraminidase (NA ou N). Dentre os subtipos de vírus influenza A os subtipos A (H1N1) e A (H3N2) circulam atualmente em humanos. Alguns vírus influenza A de origem aviária também podem infectar humanos causando doença grave, como no caso do A (H7N9).
L	Leishmaniose visceral	Era primariamente, uma zoonose caracterizada como doença de caráter eminentemente rural. Mais recentemente, vem se expandindo para áreas urbanas de médio e grande porte e se tornou crescente problema de saúde pública no país e em outras áreas do continente americano, sendo uma endemia em franca expansão geográfica. É uma doença sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia e anemia, dentre outras manifestações. Quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos.
	Leptospirose	Trata-se de uma zoonose de grande importância social e econômica. É causada por uma bactéria presente na urina de ratos. Sua ocorrência está relacionada às precárias condições de infraestrutura sanitária e alta infestação de roedores infectados. As inundações propiciam a disseminação e a persistência do agente causal no ambiente, facilitando a ocorrência de surtos.
M	Meningite	É um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro e a medula espinhal. Pode ser causada por diversos agentes infecciosos, como bactérias, vírus, parasitas e fungos, ou também por processos não infecciosos.
S	Sífilis	É uma doença infecciosa causada pela bactéria Treponema pallidum. Pode se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença.
T	Tuberculose respiratória	É uma doença infecciosa causada por um micróbio chamado "bacilo de Koch". É uma doença contagiosa, quer dizer, que passa de uma pessoa para outra. É uma doença que atinge principalmente os pulmões, mas podendo ocorrer em outras partes do nosso corpo, como nos gânglios, rins, ossos, intestinos e meninges.
V	Varicela	Popularmente conhecida como “catapora” é uma doença infecciosa aguda, altamente transmissível, causada pelo vírus varicela-zóster. A doença é mais comum em crianças entre um e dez anos, porém pode ocorrer em pessoas susceptíveis (não imunes) de qualquer idade.
Z	Zika vírus	É uma doença causada por um vírus transmitida, principalmente, pelos mosquitos Aedes Aegypti e Aedes albopictus.

13. ANEXO ÚNICO

Capítulo	Descrição	Códigos da CID-10
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99
II	Neoplasmas (tumores)	C00-D48
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90
V	Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99
VI	Doenças do sistema nervoso	G00-G99
VII	Doenças do olho e anexos	H00-H59
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95
IX	Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
X	Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
XI	Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
XV	Gravidez, parto e puerpério	O00-O99
XVI	Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99
XVIII	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S00-T98
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99
**	CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido ou inválido	U99, em branco ou inválido

painel
Pesquisas e Consultoria
Uma empresa do grupo 3 Elemento.

Site da Painel:
www.painelpesquisas.com.br
Rua: Ibirapuera 705 – Floresta – Joinville/SC
Tel: (55) 47 3025 5467 Cel: (55) 47 9 9993 1043
atendimento@painelpesquisas.com.br

O Poder da Informação muda o Mundo.

www.diagonosticossociais.com.br/santacatarina

IDEALIZAÇÃO:

CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

REALIZAÇÃO:

painel Pesquisas e Consultoria

Uma empresa do grupo 3 Elemento.

FINANCIAMENTO:

Fia SANTA CATARINA

APOIO INSTITUCIONAL:

GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO E HABITAÇÃO

GOVERNO DE SANTA CATARINA