



SÃO CARLOS/SP

**DIAGNÓSTICO SOCIAL DA INFÂNCIA,
ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE**



DIREITO À VIDA E SAÚDE



SÃO CARLOS/SP

**DIAGNÓSTICO SOCIAL DA INFÂNCIA,
ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE**

DIREITO À VIDA E SAÚDE



1a Edição - São Carlos/SP, 2020.



SÃO CARLOS/SP

DIAGNÓSTICO SOCIAL DA INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE

DIREITO À VIDA E SAÚDE

Idealização:



Realização:



Financiamento:



Apoio:



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

Diagnóstico social da infância, adolescência e juventude São Carlos/SP : direito à vida e saúde / [coordenação Juliana Karina Navari...[et al.]]. -- 1. ed. -- Joinville, SC : Paine! Pesquisas e Consultoria, 2021. -- (Diagnóstico social da infância, adolescência e juventude São Carlos/SP ; 2)

Outras coordenadoras: Tania Cristina Lopes de Castilho, Ermelinda Maria Uber, Maria Helena Provenzano.

Bibliografia.

ISBN 978-65-990487-8-4

1. Crianças e adolescentes - Direitos 2. Direito à saúde 3. Direito à vida 4. Direitos fundamentais 5. Estatísticas sociais 6. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) 7. Indicadores sociais - São Carlos (SP) 8. Pesquisa social - Metodologia 9. Políticas públicas - São Carlos (SP) I. Navari, Juliana Karina. II. Castilho, Tania Cristina Lopes de. III. Uber, Ermelinda Maria. IV. Provenzano, Maria Helena. V. Série.

21-86354

CDD-361.61

Índices para catálogo sistemático:

1. Indicadores socioeconômicos : São Carlos :
São Paulo : Estado : Políticas públicas :
Bem-estar social 361.61

Eliete Marques da Silva - Bibliotecária - CRB-8/9380

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

Diagnóstico Social da Infância, Adolescência e Juventude de São Carlos/SP

Volume 2

1ª Edição, São Carlos/SP - Núcleo Criativo Paineira - 2021

21-86354

CDD-361.61

Município de São Carlos/SP

Gestão 2017/2020

Prefeito Municipal: Airton Garcia Ferreira

Vice-Prefeito: Giuliano Hildebrand Cardinali

Secretarias Municipais

Secretária Municipal de Administração e Gestão de Pessoas: Helena Maria Cunha do Carmo Antunes

Secretário Municipal de Agricultura e Abastecimento: Dhony Oliveira Souza

Secretária Municipal de Cidadania e Assistência Social: Glaziela Cristiani Solfa Marques

Secretário Municipal de Comunicação: Mateus de Aquino

Secretário Municipal de Meio Ambiente, Ciência, Tecnologia e Inovação: José Galizia Tundisi

Secretário Municipal de Educação: Orlando Mengatti Filho

Secretário Municipal de Esportes e Lazer: Edson Aparecido Ferraz

Secretário Municipal de Fazenda: Mario Luiz Duarte Antunes

Secretário Municipal de Governo: Edson Antonio Fermiano

Secretário Municipal de Habitação e Desenvolvimento Urbano: João Batista Muller

Secretário Municipal de Obras Públicas: Reginaldo Peronti

Secretário Municipal de Planejamento e Gestão: Carlos Eduardo Colenci

Secretário Municipal de Saúde: Marcos Antonio Palermo

Secretário Municipal de Serviços Públicos: Mariel Pozzi Olmo

Secretário Municipal de Trabalho, Emprego e Renda: Walcinyr Bragatto

Secretário Municipal de Transporte e Trânsito: Antonio Clovis Pinto Ferraz

Secretário da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida: José Paulo Gomes

Secretário Municipal de Segurança Pública e Defesa Social: Samir Antônio Gardini

Secretário Municipal Especial de Infância e Juventude: Paulo Wilhelm de Carvalho

Gestão 2021/2024

Prefeito Municipal: Airton Garcia Ferreira

Vice-Prefeito: Edson Aparecido Ferraz

Procurador Geral do Município: Dr. Alexandre Martins Gonçalves Carreira

Secretarias Municipais

Secretária Municipal de Administração e Gestão de Pessoas: Helena Maria Cunha do Carmo Antunes

Secretário Municipal de Agricultura e Abastecimento: Dhony Oliveira Souza

Secretária Municipal de Cidadania e Assistência Social: Glaziela Cristiani Solfa Marques

Secretário Municipal de Comunicação: Mateus de Aquino

Secretária Municipal de Meio Ambiente, Ciência, Tecnologia e Inovação: José Galizia Tundisi

Secretária Municipal de Educação: Wanda Aparecida Machado Hoffmann

Secretário Municipal de Esportes e Lazer: Luiz Henrique Lopes

Secretário Municipal de Fazenda: Mario Luiz Duarte Antunes

Secretarias Municipais

Secretário Municipal de Governo: Edson Antonio Fermiano
Secretário Municipal de Habitação e Desenvolvimento Urbano: Caio Graco Hortenzi Vilela Braga
Secretário Municipal de Obras Públicas: João Batista Muller
Secretário Municipal de Planejamento e Gestão: Luis Antonio Panone
Secretário Municipal de Saúde: Marco Antonio Palermo
Secretário Municipal de Serviços Públicos: Mariel Pozzi Olmo
Secretário Municipal de Trabalho, Emprego e Renda: Orlando Menghatti Filho
Secretário Municipal de Transporte e Trânsito: Antônio Clovis Pinto Ferraz
Secretária da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida: Amariluz Garcia Ferreira
Secretário Municipal de Segurança Pública e Defesa Social: Samir Antônio Gardini
Secretária Municipal Especial de Infância e Juventude: Ana beatriz Sodelli

Gestão do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente

Representantes Governamentais

Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social – SMCAS
Graziela de Carvalho Campos e Jaqueline Cristina Marques Crempe Glavocic
Secretaria Municipal de Saúde – SMS
Dayane Fernanda R. Campos e Janaina Teresinha da Silva Junqueira Assis
Secretaria Municipal de Fazenda – SMF
Priscila Pizzolato e Daniel Muller de Carvalho
Secretaria Municipal de Governo – SMG
Juliana Pereira Cortês e Laurie Tacin Lubek
Secretaria Municipal de Educação – SME
Rosemary Ap. Brondino Duarte de Souza e Carina Giacometti
Secretaria Municipal de Esporte e Lazer – SMEL
Jose Vicente Martins e Sander Rogério Poli
Secretaria Municipal Especial de Infância e Juventude – SMEIJ
Ana Beatriz Sodelli, Paulo Wilhelm de Carvalho e Tania Cristina Lopes De Castilho

Representantes Não Governamentais

Salesianos São Carlos

Thauana Letícia Felício e Elizangela Pessoa Polizel

Nosso Lar

Antonio de Almeida Silva Filho e Marcia Cristina Simonetti

Associação de Capacitação, Orientação e Desenvolvimento do Excepcional - ACORDE

Marcos Fernando Amato e Marina Ferrari Tavoni

Associação de Pais e Amigos do Excepcional - APAE

Maria Cristina Duarte Schiabel e Kassiana Maria Della Coletta Keppe Barcelli

Promotoras Legais Populares

Viviane Andrade Bandeira e Daniela Mara Gouvêa Bellini

Cáritas Paroquial São Nicolau de Flue

Claudio José Biason e Ivan Roberto Rigolin

Associação de Apoio a Pais de Autistas - Espaço Azul

Rozimarie Teixeira B. Fernandes e Cristiane Chakib Camis

Gestão do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente 2021/2023

Representantes Governamentais

Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social – SMCAS

Jaqueline Cristina Marques Crempe Glavovic e Regina Helena Granja de Medeiros

Secretaria Municipal de Saúde – SMS

Dayane Fernanda R. Campos e Janaina Teresinha da Silva Junqueira Assis

Secretaria Municipal de Fazenda – SMF

Daniel Muller de Carvalho e Allyfer Aragão Ruiz

Secretaria Municipal de Governo – SMG

Juliana Pereira Cortês e Leila Cristina de Figueiredo Lima

Secretaria Municipal de Educação – SME

Carina Victoria C. Matheus Giacometti e Ligia de Almeida Durante C. dos Reis

Secretaria Municipal de Esporte e Lazer – SMEL

Ricardo Sinhorelli Colombo e Antonio José dos Santos

Secretaria Municipal Especial de Infância e Juventude – SMEIJ

Ana Beatriz Sodelli e Thiago Nonato de Souza

Representantes Não Governamentais

Amigos de São Judas Tadeu

Milene Moreira da Silva e Alana Andrade de Sousa

CEJA - Centro de Educação de Jovens e Adultos

Vanderlaine Santinon e Mariana Matioli

ACORDE - Associação de Capacitação, Orientação e Desenvolvimento do Excepcional

Marina Ferrari Tavoni e Raquel Alves Borba

Nosso Lar

Márcia Cristina Simonetti e Renata Nunes da Silva

NIASE - Núcleo de Investigação e Ação Social e Educativa

Alexandre Rodrigo Nishiwaki da Silva e Alexsandra de Freitas Silva

Associação Sal da Terra

Lucia Helena Machado Nordi e Kelly Tatiane Aranha de Almeida

PROARA - Projeto Aracy

Valentim Donizete de Camargo e Tamires Pineda

Autarquias Municipais

Fundação Educacional São Carlos – FESC

Diretor Presidente: Fernando Henrique da Silva Carvalho

Progresso e Habitação de São Carlos – ProHab

Diretor Presidente: Walcinyr Bragatto

Serviço Autônomo de Água e Esgoto

Diretor Presidente: Benedito Carlos Marchezin

Fundação Pró Memória de São Carlos

Maria Isabel Alves Lima

Comissão de Acompanhamento do Diagnóstico

Carina Victoria Candido Matheus Giacometti, Dayane Fernanda Rodrigues Campos, Gabriella Oliveira Hernandez, Jaqueline Cristina Marques Crempe Glavocic, Juliana Karina Navari, Karime Barbara Santo Caminoto, Maria Cristina Duarte Schiabel, Marina Ferrari Tavoni, Raquel Hosana de Souza, Regina Helena Granja de Medeiros, Rozimarie Teixeira B. Fernandes, Tania Cristina Lopes De Castilho e Tiago Nonato de Souza

Comissão Organizadora do Diagnóstico

Secretaria Municipal Especial de Infância e Juventude

Juliana Karina Navari e Tania Cristina Lopes de Castilho

Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social

Jaqueline Cristina Marques Crempe Glavocic, Regina Helena Granja de Medeiros e Graziela de Carvalho Campos

Defensoria Pública do Estado de São Paulo

Raquel Hosana de Souza

Secretaria Municipal de Educação

Carina Victoria Candido Matheus Giacometti

Secretaria Municipal de Saúde/CAPSiJ

Dayane Fernanda Rodrigues Campos e Janaina Teresinha da Silva Junqueira Assis

Amigos de São Judas Tadeu

Alana Andrade de Sousa

APAE e CMDCA

Maria Cristina Duarte Schiabel

Associação de Capacitação, Orientação e Desenvolvimento do Excepcional (ACORDE) e CMDCA

Marina Ferrari Tavoni

Associação de Apoio a Pais e Autistas e CMDCA

Rozimarie Teixeira B. Fernandes

Salesianos São Carlos e CMDCA

Thauana Letícia Felício

Ficha Técnica

Coordenação Geral do Diagnóstico Socioterritorial: Juliana Karina Navari e Tania Cristina Lopes de Castilho

Assessoria Técnica, Painel Pesquisas e Consultoria: Ermelinda Maria Uber e Maria Helena Provenzano

Revisão e validação estatística e metodológica: Ermelinda Maria Uber, Deise Souza Barros e Fabiana Caetano

Análise Estatística: Alan Patrick Xavier dos Santos, Felipe de Ávila, Rodolfo Uber e William Spiess

Equipe Técnica: Alan Patrick Xavier dos Santos, Deise Souza Barros, Fabiana Caetano, Maria Helena Provenzano, Rodolfo Uber e William Spiess

Identidade Visual: Isabela Bortoletto Bozzola, Rafael Uber e Vilson Rolf Noernberg

Revisão Textual e Ortográfica: Franciane Paterno

Apoio Administrativo: Diana Maria Garbin

“

“To fumando menos. Primeiro não podia fumar pra vir pra cá (atividades artísticas e culturais), agora não fumo pra ir pra escola, nem antes de dormir.”

”

Fala de adolescente em atendimento



PREFÁCIO I

A constituição Federal, carta magna do ordenamento jurídico brasileiro, traz em seu bojo que todo servidor e ou serviço público deve ter como escopo os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. E foi com este norte que tentamos conduzir, a administração da Secretaria Municipal Especial de Infância e Juventude do município de São Carlos.

Todo administrador necessita para a busca da eficiência e eficácia de suas decisões e gestão, de informações e dados que sejam robusta indicação dos melhores caminhos a se seguir. Cabe a nossa Secretaria a indicação e gestão das políticas públicas relacionadas a Infância e Juventude, assessorando o chefe do executivo municipal, na tomada das melhores e mais eficientes medidas nesta área.

Desta forma, desde o início do trabalho de nossa equipe de governo, tentamos herculeamente buscar ferramentas que fossem capazes de nos fornecer tais informações tão preciosas na tomada de decisões.

Surge então, através de parceria entre esta secretaria, o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e Adolescente, a Fundação Educacional São Carlos e o Instituto CPFL, a efetivação deste trabalho de coleta de dados e detalhes: o Diagnóstico da Infância, Adolescência e Juventude do município de São Carlos-SP.

Sem preocupações meramente políticas, o diagnóstico nos chega no final de nossa gestão, possibilitando à próxima equipe de trabalho navegar sobre a orientação de precisa bússola, sem desvios cansativos e desgastantes do caminho; mas ao mesmo tempo nos traz ainda o mapeamento do caminho percorrido por nossa equipe, que ainda que pouco orientada, realizou viagem serena e produtiva. E é assim que deve ser o serviço público: uma somatória de medidas descompromissadas de personalismos, em busca do bem comum.

Que possamos, através deste estudo, não meramente “deixar uma cidade melhor aos nossos filhos, mas sim, deixar filhos melhores à nossa cidade”, construindo para todos uma Infância e Juventude feliz, educativa, saudável e produtiva, preparando ótimos cidadãos para o futuro de nossa nação.

Paulo Wilhelm de Carvalho

Secretário Municipal Especial de Infância e Juventude



PREFÁCIO II

QUAL A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO DA INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS?

Temos uma importante ferramenta em mãos, graças a união de agentes políticos e privados, respectivamente Prefeitura Municipal de São Carlos, Fundação Educacional São Carlos – FESC, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Instituto CPFL e a Paineis Pesquisas, estamos transformando e criando uma nova realidade para as crianças, adolescentes e jovens do município. Identificar, mapear, saber o que realmente acontece em nossa cidade é uma responsabilidade enorme, que nos possibilita entender quais são as reais áreas vulneráveis e onde precisamos criar as políticas públicas eficazes, transformadoras.

A Fundação Educacional São Carlos é um órgão de ensino e de divulgação científica, técnica e cultural. Sua missão é promover a educação de jovens, adultos e idosos em processos formativos extraescolares; assegurando o exercício da cidadania e a criação de uma sociedade educada para a solidariedade, a igualdade e a diversidade.

Gosto de pensar como Aristóteles, seguindo seu conceito de igualdade: “os iguais devem ser tratados de forma igual e os diferentes de forma diferente”, o que isso significa: que enquanto poder público, temos a obrigação e o dever de promover a igualdade, reduzir as diferenças, criar oportunidades, fazermos com que a corrida seja mais justa para todos.

Esse é nosso papel neste diagnóstico, através dos dados levantados neste documento, criar diretrizes, um norte, para levar educação, cultura, esporte e lazer, cidadania e acima de tudo promover a inclusão de crianças, adolescentes e jovens em uma sociedade mais igualitária e justa.

São Carlos, outubro de 2020.

Fernando Henrique da Silva Carvalho
Secretário Municipal Diretor Presidente da Fundação Educacional São Carlos



PREFÁCIO III

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de São Carlos - CMDCA/SC, foi criado pela Lei Municipal nº 10.878, de 23 de agosto de 1994, e atende às diretrizes do inciso II do artigo 88 do Estatuto da Criança e do Adolescente. É um órgão autônomo e colegiado, de caráter permanente, deliberativo e controlador da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, e se compõe paritariamente por representantes do poder público e a sociedade civil.

Dentre suas competências, estão algumas relacionadas a este estudo: deliberar sobre as diretrizes das políticas públicas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente; acompanhar e avaliar as ações governamentais e não-governamentais relativas à criança e ao adolescente em âmbito municipal; acompanhar, no âmbito dos Poderes Legislativo e Executivo Municipais, inclusive no Orçamento Participativo, as discussões para definição de prioridade das dotações orçamentárias a serem destinadas à execução das políticas previstas, de forma a assegurar o disposto no artigo 227 da Constituição Federal; divulgar, através dos diferentes meios de comunicação, estudos sobre a situação econômica, social, política e cultural da criança e do adolescente na sociedade brasileira; fomentar a participação da sociedade civil na discussão das políticas de atenção à criança e ao adolescente; atuar de forma propositiva nas demais instâncias de articulação municipal e regional.

Neste contexto, torna-se fundamental a existência de um diagnóstico acerca dessa temática, como forma de garantir que as deliberações do Conselho garantam a formulação de políticas públicas que estejam alinhadas às demandas das crianças, adolescentes e suas famílias.

Maria Cristina Duarte Schiabel
Presidente do CMDCA



PREFÁCIO IV

Este Diagnóstico consolida o desejo antigo dos atores do Sistema de Garantia de Direitos de conhecer a realidade das crianças e dos(as) adolescentes do município; sua finalização chega em um ano especial, em que comemoramos 30 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.

O ECA, lei tão cara aos que estão coligados nos esforços de construção e consolidação dos direitos humanos de nossas crianças e adolescentes, representa o resultado da luta da sociedade civil pela implantação de um marco civilizatório: o Princípio da Prioridade Absoluta inaugurado pela Convenção dos Direitos da Criança de 1989, segundo o qual crianças e adolescentes são vistos como: sujeitos de direitos, detentores da prioridade absoluta e estão em condição de peculiar desenvolvimento. O ECA ao consolidar a implantação do artigo 227 da Constituição Federal, traz os mecanismos de superação da concepção da situação irregular do antigo Códigos de Menores.

Assim, se torna um momento ímpar e de especial alegria o encontro do 30º aniversário do ECA com a entrega do DIAGNÓSTICO DA INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS.

Um sonho que se realizou!

A necessidade de conhecer a fundo a realidade em que vivem as crianças, adolescentes e jovens de São Carlos sempre foi pauta colocada por todos os atores do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do/a Adolescente, por várias gestões do governo municipal, e pelo Conselho Municipal da Criança e do Adolescente que, protagoniza desde 1992, a construção de políticas públicas que efetivem e assegurem o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária.

A elaboração deste diagnóstico também potencializa a realização do artigo 86 do ECA, que traz a necessidade da implantação de políticas integradas no atendimento a este público. Ele foi pensado, planejado e construído por muitas mãos. Nem sempre com consenso, mas sempre com o mesmo objetivo: dar fundamentos para a consolidação de uma política da infância e juventude robusta, integral e integradora.

Não podíamos deixar de destacar que a existência da Secretaria Municipal Especial de Infância e Juventude em São Carlos reflete a importância que a infância e juventude têm para as gestões municipais. Ela representa uma conquista da sociedade São Carlense, um considerável

avanço no que diz respeito à articulação das políticas intersetoriais, para que demandas sejam vistas, pensadas e concretizadas a partir do princípio da prioridade absoluta.

Se compararmos com a média nacional, São Carlos possui bons indicadores sociais, porém, para além disso, temos agora como aliado, um diagnóstico regionalizado, que permitirá a implantação e o fortalecimento de serviços e projetos nas regiões de maior vulnerabilidade social. Destaque-se que em nenhum momento defendemos a focalização da pobreza, mas a necessidade de ações afirmativas que reparem a nossa dívida social em alguns territórios da cidade.

Essa ferramenta nos possibilitará um olhar mais particular e específico para as diferenças territoriais, sociais, econômicas, culturais, ou seja das condições de vida das diferentes infâncias, adolescências e juventudes que compõem São Carlos. Um olhar apurado que nos permitirá ver nossas potências e nossas fragilidades. Um olhar mais preciso às necessidades de nossos pequenos munícipes. Um olhar para um presente complexo e vulnerável, com vistas a um futuro melhor!

Por fim, nossos agradecimentos a todas e todos que participaram direta ou indiretamente da construção deste diagnóstico; resultado do trabalho coletivo, escrito por muitas mãos, construído por muitos pensamentos, tecido por várias experiências, composto por vários olhares!

Comissão de Monitoramento do Diagnóstico



SIGLATÓRIO

ACORDE	Associação de Capacitação, Orientação e Desenvolvimento do Excepcional
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
BPC	Benefício da Prestação Continuada
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CADÚNICO	Cadastro Único para Programas Sociais
CAIC	Centro de Atendimento de Infecções Crônicas
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CECAD	Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico
CEME	Centro Municipal de Especialidades
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Vírus do papiloma humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissível
MC	Ministério da Cidadania
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde

PA	Pronto Atendimento
PAEFI	Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PAVAS	Programa de Atenção às Vítimas de Violência Sexual
PcD	Pessoa com Deficiência
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNI	Política Nacional de Imunização
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SDGCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente
SIA	Sistemas de Informações Ambulatoriais
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
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno de Espectro Autista
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade de Saúde Básica
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
USE	Unidade Saúde Escola
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	20
1.1. SOBRE OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES	22
2. NOTAS METODOLÓGICAS	26
2.1. DIVISÃO TERRITORIAL	26
2.2. IDENTIFICAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO	29
2.3. COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS	29
2.3.1 Metodologia da Pesquisa de Percepção com Foco na Identificação do Trabalho Infantil	31
2.4. TÉCNICAS ESTATÍSTICAS DE ANÁLISE	32
3. DADOS GERAIS DO MUNICÍPIO	33
4. INDICADORES E ESTATÍSTICAS DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE	36
4.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	37
4.1.1 Programa Nacional de Imunização	40
4.1.2 Alimentação e Nutrição	42
4.2. POLÍTICA NACIONAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE	43
4.2.1 Unidade de Saúde Escola (USE)	45
4.3. POLÍTICA NACIONAL DE ALTA COMPLEXIDADE	47
4.3.1 Atenção Hospitalar	48
4.4. POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	54
4.4.1 Sobre Nascidos Vivos	54
4.4.2 Sobre Mortalidade	68
4.4.3 Sobre Notificações de Agravos - SINAN	78
4.4.4 Sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST’S	84
4.5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	88
4.5.1 Crianças e Adolescentes de 0 a 17 anos acompanhadas no CAPSi	88
4.5.2 Jovens de 18 a 21 anos acompanhados no CAPS AD	94
4.6. VIOLAÇÕES DO DIREITO À VIDA E SAÚDE	100
4.7. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	103
4.7.1 Rede de Atenção à Pessoas com Deficiência do Município de São Carlos	106

4.8. MAPA SOCIAL DOS INDICADORES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE	112
5. RESULTADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA DE PERCEPÇÃO	115
5.1. ABORDAGEM SOBRE O TEMA SEXUALIDADE	115
5.2. ABORDAGEM SOBRE O TEMA SAÚDE MENTAL	117
5.3. ABORDAGEM SOBRE O TEMA USO DE ÁLCOOL E DROGAS	124
5.4. MAPA SOCIAL DOS INDICADORES DA PESQUISA DE PERCEPÇÃO	138
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	141
6.1. RECOMENDAÇÕES	145
7. CONCLUSÃO	148
8. REFERÊNCIAS	150

1. APRESENTAÇÃO

Fruto de iniciativa do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), da Secretaria Municipal Especial de Infância e Juventude, e com a colaboração dos demais atores do Sistema de Garantia de Direitos, o Diagnóstico da Infância, Adolescência e Juventude do município de São Carlos-SP é realizado pela primeira vez e representa um marco na efetivação dos direitos fundamentais de crianças, adolescentes e jovens residentes no Município.

O Diagnóstico tem como principal objetivo subsidiar as instâncias governamentais e não governamentais na formulação e execução assertivas das políticas públicas direcionadas para o público em epígrafe, como forma de aproximar o poder público e a sociedade civil da realidade local. Seu conteúdo foi elaborado a partir do levantamento de dados geográficos, demográficos, socioeconômicos de bases secundárias, da coleta dos dados disponibilizados por instituições municipais que realizam atendimento ao público de 0 a 21 anos e com dados da pesquisa quantitativa de percepção e das pesquisas qualitativas em profundidade, realizadas com crianças, adolescentes, pais e responsáveis, atores do SGDCA e lideranças comunitárias.

Importante destacar que além das informações coletadas nas instituições, foi oportunizado ao público alvo deste diagnóstico duas formas de escuta para identificar os anseios, as expectativas e especialmente a realidade atual em que essa população vive.

Na elaboração deste Diagnóstico utilizou-se como norte construtivo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instrumentos normativos vinculados ao tema e materiais orientativos que regulamentam as políticas e programas sociais, assim como foram seguidas as orientações contidas no termo de referência do Edital Tomada de Preços nº 001/2019. Durante o projeto foram realizadas reuniões estratégicas para alinhar e traçar as diretrizes de execução - das quais participaram membros da Comissão de Acompanhamento do Diagnóstico, equipe da Painel Pesquisas e Consultoria e um corpo técnico especializado atuante no município, conferindo à sua elaboração um caráter integrativo.

Os resultados deste importante projeto de pesquisa social, serão apresentados em 6 (seis) volumes, conforme a figura. O primeiro volume contém informações sobre o perfil demográfico, socioeconômico, perfil da criança e do adolescente, mapeamento do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e dos Adolescentes (SGDCA) e avaliação qualitativa com lideranças comunitárias e profissionais que atuam na área do SGDCA. Nos volumes 02 ao 06 estão inseridas informações dos Direitos Fundamentais preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).



Importante se faz introduzir o conceito de indicador social, que nas palavras de Jannuzzi (2004, p. 15), pode ser definido como:

[...] uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma.

Na concepção de Soligo (2012), o crescimento da visibilidade de inúmeras questões sociais - como distribuição de renda, miséria, mortalidade infantil, criminalidade, qualidade da educação, violação de direitos entre outras - reforçam a importância e a necessidade de os dados estatísticos fazerem parte do monitoramento e do planejamento, como subsídio para as ações governamentais e da sociedade civil, o que justifica a necessidade da produção das informações pertinentes neste estudo, como forma também de acompanhar as mudanças da realidade social da população, objeto deste importante projeto social.

1.1. SOBRE OS DIREITOS FUNDAMENTAIS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES

A positivação dos direitos humanos no ordenamento jurídico é fruto de uma trajetória de conquistas históricas. Para José de Farias Tavares (2001), no contexto dos direitos da criança e do adolescente esse movimento não é diferente, tendo como marco a Declaração dos Direitos da Criança (ONU, 1959), que tratou de explicitamente reconhecer a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e, por sua condição peculiar de desenvolvimento, são merecedores de proteção e atenção especializada e prioritária, ao que ficou conhecida como a doutrina da proteção integral.

Segundo o doutrinador, a trajetória evolutiva para tal conquista teve seus primeiros indícios no contexto internacional ainda com a Liga das Nações¹, na Declaração de Genebra de 1924 e de 1933. Outros marcos ainda foram importantes, como a criação da primeira organização internacional voltada especificamente para os cuidados com a infância, a United Nations International Child Emergency Fund (UNICEF) em 1946; a Declaração dos Direitos e Deveres do Homem em 1948; a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em 1969.

Esta trajetória culminou com um tratado de monumental importância, a Convenção dos Direitos da Criança subscrita de 1989 - mas que iniciou em 1979, declarado o Ano Internacional da Criança - a qual é fundada em três princípios basilares:

- I) A proteção especial e integral como ser em desenvolvimento;
- II) A prioridade em preservar a convivência familiar, por ser este lugar ideal para seu desenvolvimento;
- III) O comprometimento das nações subscritoras da convenção em assegurar tais direitos com prioridade absoluta.

É neste cenário que se inicia a trajetória do reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeito de direitos no Brasil. A promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco no ordenamento jurídico brasileiro, sobretudo por preocupar-se em assegurar direitos fundamentais e essenciais a todos e estabelecer mecanismos para garantir o cumprimento de tais direitos (Machado, 2003). No mesmo espírito de inovação, foram introduzidos ao corpo constitucional aspectos próprios do princípio da proteção integral, através do artigo 227, que os reconhece como sujeitos de direito e como indivíduos em processo de formação, atribuindo como dever da família, da sociedade e do Estado assegurar seus direitos, “além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

O doutrinador Paulo Afonso Garrido de Paula (2002) organiza a evolução do tratamento da criança e do adolescente no ordenamento jurídico brasileiro em quatro fases distintas. A primeira fase é caracterizada pela absoluta ausência de normas jurídicas específicas que tratam dos

1 Organização Internacional criada em 1919 no contexto pós guerra destinado à preservação da paz e à resolução dos conflitos internacionais. A liga se dissolveu no ano seguinte a criação da Organização das Nações Unidas em 1945, transferindo a ela suas responsabilidades e competências.

interesses de crianças e adolescentes. Já na segunda fase, a de imputação criminal, as legislações passam a mencionar as crianças e adolescentes, porém apenas para tratar de sua responsabilização pela prática de infração penal. Na terceira fase, a do sistema tutelar, há a preocupação com a integração sócio familiar, em que é concedido ao juiz ampla discricionariedade de atuação, com tutela reflexa de seus interesses pessoais para atuar enquanto representante e no papel de “pai de família”. E por fim, na quarta fase, denominada de fase da proteção integral, é incorporado a legislação nacional um novo modelo de atenção e proteção às crianças e adolescentes, em oposição ao que vigia até então, através da introdução de aspectos próprios da Doutrina de Proteção Integral. É nesta última fase, e dois anos após a promulgação da Constituição Federal, que foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente, por meio da Lei nº 8.069/1990.

De forma inovadora o estatuto rompeu obstáculos e se tornou um instrumento de quebra e mudança de paradigma na realidade das crianças e adolescentes perante a sociedade, rompendo com concepção de serem “simples objetos de intervenção no mundo adulto, colocando-os como titulares de direitos comuns a toda e qualquer pessoa, bem como de direitos especiais decorrentes da condição peculiar de pessoas em processos de desenvolvimento”. (Curry; Garrido de Paula; Marçura; 2002, p. 21).

A criação do ECA representa um marco legal e regulatório dos direitos da criança e do adolescente no Brasil, reafirmando o compromisso assumido com a inserção do Artigo 227 na Constituição Federal de 1988 de proteção especial e integral, oferecendo-lhes um novo “status”, a de serem reconhecidos como sujeitos e protagonistas de seus direitos e deveres. Portanto, este instrumento normativo veio para colocar em prática as garantias e direitos positivados, reafirmando o compromisso da família, comunidade, da sociedade em geral e do poder público em garantir com prioridade absoluta “a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.” (Artigo 4º do ECA).

Em seu bojo, fundamenta-se em dois princípios norteadores, o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente e o de sua prioridade absoluta na defesa, garantia e promoção de seus direitos fundamentais. Em vários artigos do estatuto a presença do princípio da proteção integral se mostra visível, como a criação do Conselho Tutelar; a implantação do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA), com objetivo de efetivar e assegurar a operacionalização de seus direitos; o direito a dignidade e ao respeito, protegendo o direito de imagem, a identidade, intimidade e vida privada da criança e do adolescente envolvidos na prática de ato infracional; a tratativa das medidas de proteção e medidas socioeducativas; e inúmeros outros dispositivos.

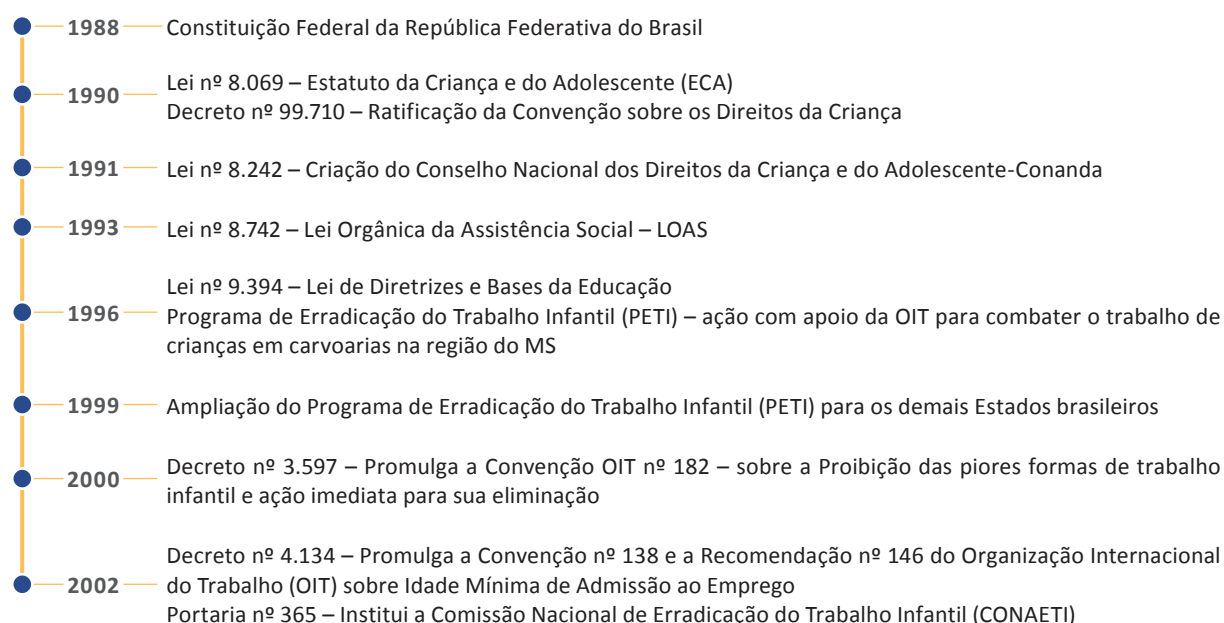
Além disso, ao longo do estatuto são estruturados dispositivos para tratar da operacionalização de ações e políticas públicas a partir de cinco eixos de direitos – o qual serviu para estruturar a organização dos capítulos e apresentação deste Diagnóstico – quais sejam:

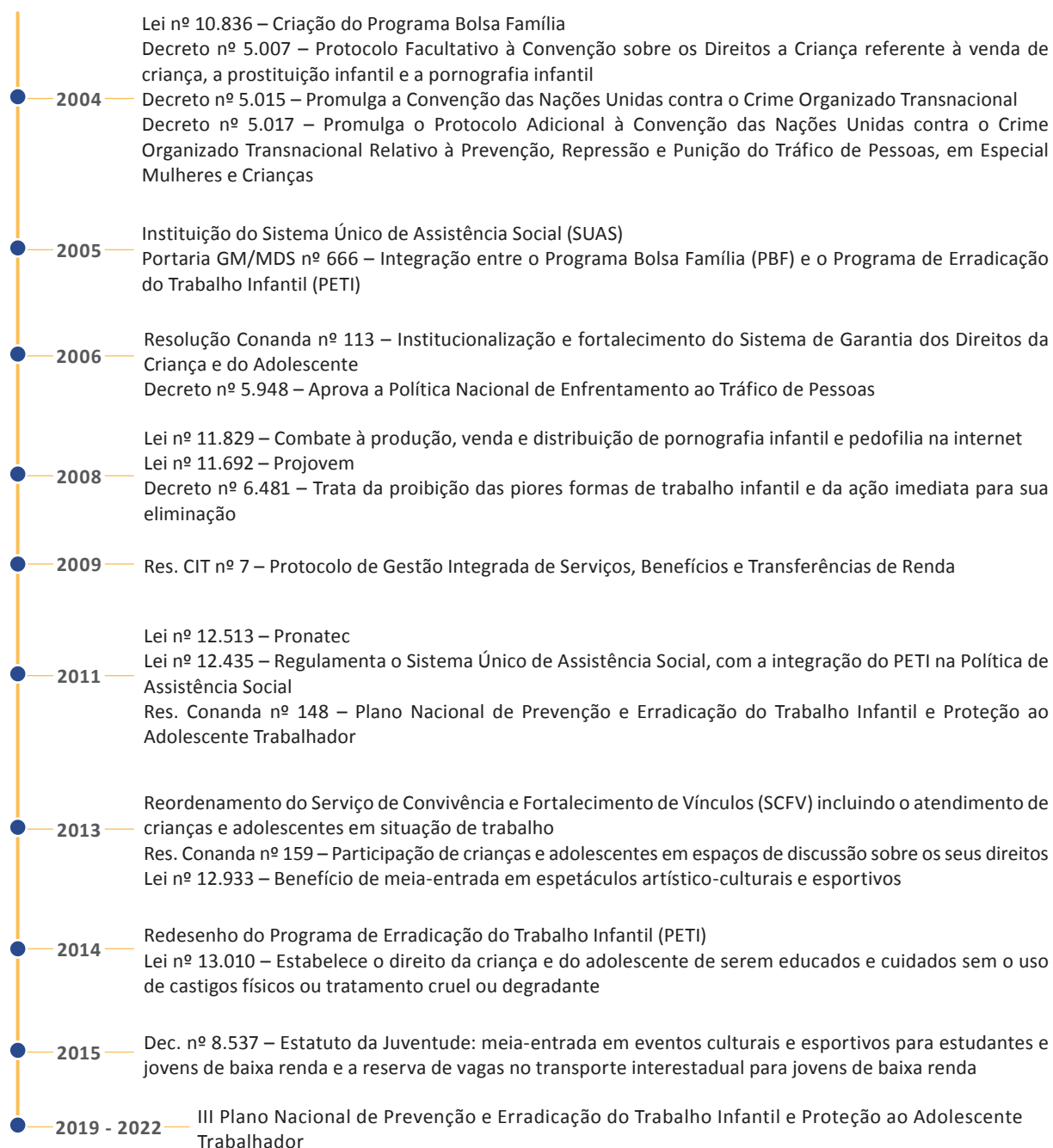
- I) Vida e Saúde;
- II) Educação, à Cultura, Esporte e Lazer;
- III) Dignidade, Respeito e Liberdade;
- IV) Convivência Familiar e Comunitária;
- V) Profissionalização e a Proteção no Trabalho.

A atribuição, o compromisso e a responsabilidade do poder público em garantir tais direitos vai além do seu reconhecimento e positivação no âmbito jurídico, pois sua efetivação compreende a elaboração e execução de políticas públicas assertivas. Neste intento, em 1991 foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança do Adolescente (CONANDA), por meio da Lei nº 8.242/91. Os Conselhos de Direito - seja no âmbito nacional, estadual ou municipal – são órgãos paritários, ou seja, são formados por representantes do governo e da sociedade civil, e ocupam um lugar fundamental na materialização dos direitos via políticas públicas (CNJ, 2016).

A igualdade de todos, princípio este fundamental positivado no artigo 5º da Constituição Federal de 1988, é efetivada através do olhar para as diferenças de forma equitativa. Assim, leis e políticas públicas não podem estar alheias à realidade das crianças e adolescentes – atentando-se principalmente para as diferenças individuais, culturais e sociais dentro do território - razão pelo qual a realização deste diagnóstico é de suma importância, e portanto, sociedade civil e estado devem empregar esforços para que as informações aqui produzidas gerem resultados, através da articulação e o do desdobramento de ações capazes de oportunizar a transformação da realidade social das crianças e adolescentes, de modo a intentar minimizar os contrastes e desigualdades econômicas e sociais progressivamente.

Linha do tempo dos marcos jurídicos no tema dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes





2. NOTAS METODOLÓGICAS

Adiante serão apresentadas e detalhadas as notas metodológicas referentes às etapas que embasaram a elaboração deste projeto, como a divisão territorial, a identificação e mapeamento da rede de atendimento, a coleta, tratamento e padronização dos dados coletados e as técnicas estatísticas utilizadas na análise.

2.1. DIVISÃO TERRITORIAL

A definição das regiões geográficas ou territorialização é a primeira etapa do projeto, sendo imprescindível para a apresentação dos resultados, pois possibilita que os mesmos sejam comparados entre as regiões de modo a identificar as potencialidades, oportunidades e fragilidades existentes em cada território.

O espaço reproduz a totalidade através das transformações determinadas pela sociedade, modos de produção, distribuição da população, entre outras necessidades, desempenham funções evolutivas na formação econômica e social, influencia na sua construção e também é influenciado nas demais estruturas de modo que torna um componente fundamental da totalidade social e de seus movimentos (SANTOS apud SAQUET; SILVA, 2008, p.10-11).

A importância do conceito de território na perspectiva de Santos (apud SAQUET; SILVA, 2008) coaduna com a notoriedade do conceito para a Política Pública de Assistência Social, que objetiva tanto observar e conhecer o território ou os territórios (e microterritórios) geográficos em que atua, atentando para as especificidades de cada “chão”, quanto às relações vivenciadas nesses espaços. Isso equivale a dizer que a perspectiva, sob a qual o conceito de território foi utilizado neste diagnóstico, alternará entre as características do município e as vivências estabelecidas entre os indivíduos e todo o universo coexistente.

Considerando que a principal fonte para estudos e pesquisas do Brasil é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), órgão público responsável pela gestão de geociências, estatísticas sociais, demográficas e econômicas do país, cuja sistematização e divulgação de seus dados oficiais é organizada por setor censitário²; a divisão territorial foi estruturada a partir dos bairros e localidades, respeitando a delimitação geográfica dos setores censitários do IBGE.

A divisão territorial resultou em 17 regiões geográficas detalhados abaixo no Quadro 1.

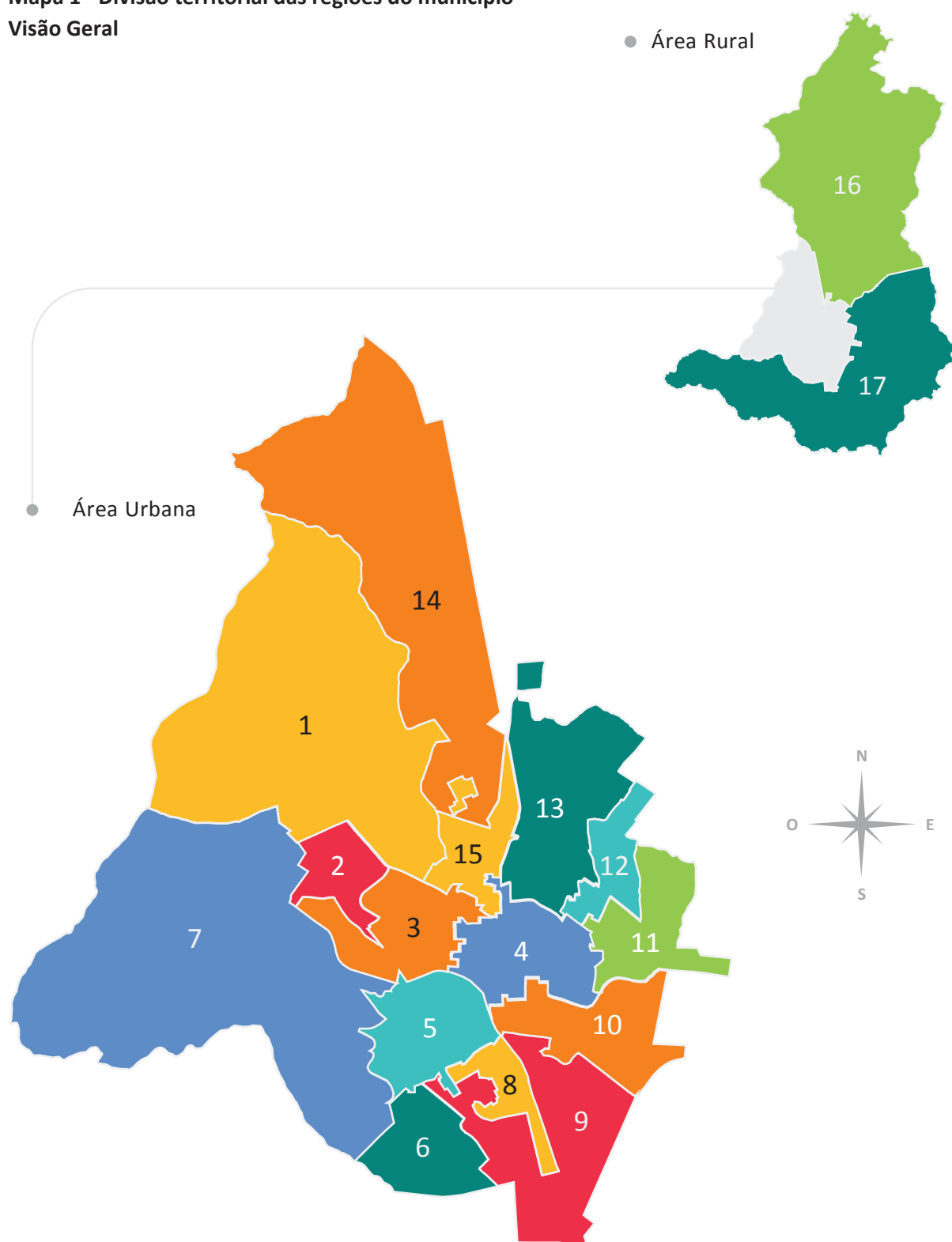
2 Setor Censitário é unidade territorial de coleta das operações censitárias, definido pelo IBGE, com limites físicos identificados, em áreas contínuas e respeitando a divisão político-administrativa do Brasil (IBGE, 2019).

Quadro 1 – Classificação das unidades geográficas do município

Região	Nome	Principais Bairros ou Localidades	Situação
Região 1	Santa Felícia I	Condomínios Montreal, Condomínio Quebec, Condomínio Terra Nova, Condomínio Eldorado, Condomínio Morada São Carlos, Condomínio Monte Everest, Jardim do Bosque, Aracê Sto. Antônio, Jardim Embaré, Jardim Ipanema, Parque Fehr, Parque Santa Marta, Jardim Acapulco.	Urbana
Região 2	Santa Felícia II	Arnon de Mello, Jardim Bandeirantes, Jardim Santa Paula, Morada dos Deuses, Parque Iguatemi, Residencial Parati, Romeu Tortorelli, Santa Angelina, Santa Felícia, São Carlos II, São Carlos III, São Carlos V.	Urbana
Região 3	Santa Felícia III	Condomínio Parque Faber III, Jardim Alvorada, Parque Faber I, Parque Faber II, Parque Paraíso, Planalto Paraíso, Swiss Park Residencial, Vila Pureza, Pq. Arnold Schmidt.	Urbana
Região 4	Centro I	CENTRO, Jardim Gibertoni, Jardim São Carlos, Vila Faria, Vila Nery, Vila Santo Antônio, Jardim Cardinalli, Jardim Brasil, Jd. Nossa Srª Aparecida, Portal do Sol, Parque Anhembi, Vila Arnoldo, Vila Deriggi, Vila Elisabeth, Jardim Bethânia, Vila Rancho Velho, Parque Santa Mônica, Vila Costa do Sol.	Urbana
Região 5	Centro II	Chácara Ferradura, Con. Hab. Romeu Santini, Con. Hab. Silvio Villari, Conj. Hab. Bicão, Jardim Beatriz, Jardim Bicão, Jardim Botafogo, Jardim das Torres, Jardim Medeiros, Jardim Paulista, Jardim Social Belvedere, Jardim Sta. Tereza, Lagoa Serena, Bela Vista, Recreio dos Bandeirantes, Redenção, São Carlos VI, Vila Boa Vista, Vila Carmem, Vila Pelicano, Vila Prado.	Urbana
Região 6	Aracy I	Presidente Collor, Cidade Aracy, Planalto Verde.	Urbana
Região 7	Aracy II	Antenor Garcia, Eduardo Abdelnur, Residencial, Jardim Zavaglia.	Urbana
Região 8	Pacaembú I	Jardim Cruzeiro do Sul, Jardim das Rosas, Jardim Pacaembú, Vila Conceição, Vila Morumbi, Vila Santa Madre Cabrini, Vila Sônia.	Urbana
Região 9	Pacaembú II	Acampamento Capão das Antas, Chácara das Flores, Conjunto Habitacional Waldomiro, Estância Santa Lúcia, Estrada do Broa, Jardim Gonzaga, CDHU, Parque Novo Mundo, Pq. Ind. Miguel Abdelnur, Vila Monte Carlo, Vila Santa Isabel.	Urbana
Região 10	Pacaembú III	Nova São Carlos, Azulville, Azulville II, Brejo Seco, Castelo Branco, Centreville, Jardim D. Francisca, Jardim de Cresci, Jardim Haway, Jardim Maracanã, Jardim Maria Alice, Jardim Mercedes, Jardim Nova São Carlos, Jardim Novo Horizonte, Jardim Ricetti, Jardim São Paulo, Jardim Taiti, Pq. São José, Recreio São Judas Tadeu, Vila Alpes, Vila Irene, Vila Lutfalla, Vila Marcelino, Vila Monteiro.	Urbana
Região 11	São Carlos VIII 3	C.E.A.T, Jardim Munique, Jardim São Rafael, Jardim Tangará, Parque Primavera, Parque Residencial Maria Stella Fagá, Jardim dos Coqueiros, Residencial Astolpho Luiz do Prado, Residencial Itamarati, Parque Douradinho, Parque dos Timburis, Parque Sabará, Res. Américo A. Margarido.	Urbana
Região 12	São Carlos VIII 1	Vila Jacobucci, Jardim Santa Maria II, São Carlos VIII (Dom Constantino Amistaldi), Vila Vista Alegre, Jardim Santa Maria I.	Urbana
Região 13	São Carlos VIII 2	Chácara Bataglia, Chácara do Parque, Chácara Paraíso, Chácara Parolo, Chácara São Caetano, Dom Bosco, Jardim Citelli, Jardim Macarengo, Jardim Real, Jardim S. João Batista, Jardim Santa Helena, Parque Estância Suíça, Tijuco Preto, Vila Brasília, Vila Laura, Vila Marigo, Vila Marina, Vila Max, Vila Nossa Srª de Fátima, Vila Celina, Parque Belvedere, Res. Samambaia, Bosque de São Carlos, Vila São José.	Urbana
Região 14	Jockey II	Residenciais Dama, Village São Carlos I, Village São Carlos II, Village São Carlos III, Village São Carlos IV.	Urbana
Região 15	Jockey I	Chácara Casale, Monjolinho, Cidade Jardim, Jardim Guanabara, Jardim Hikari, Jardim Jockey, Jardim Lutfalla, Jardim Nova Santa Paula, Jardim Paulistano, Jd. Nova Santa Paula, Parque Delta, Parque Industrial, Solar dos Eng., Jardim Centenário.	Urbana
Região 16	Rural I	Água vermelha, Aporá de S.Fernando, Atibaia de S. Fernando, Chácara Leila, Concórdia, Santa Eudóxia, Encontro Valparaíso, Estância do 29, Jardim Itaipú, Jd. Itararé, Portal do Vale, Recanto dos Ypês, Res. João Tavoni, Tutoya do Vale, Vale do Uirapuru, Vale Sta. Felicidade, Varjão.	Rural
Região 17	Rural II	Jardim Itaipú, Recreio Campestre, Vale do Uirapuru, Quinta da Felicidade e a Zona Rural.	Rural

Em conjunto com a comissão de acompanhamento do Diagnóstico, foi elaborada a divisão dos recortes geográficos que resultou em 17 regiões detalhadas no quadro que segue.

Mapa 1 - Divisão territorial das regiões do município - Visão Geral



2.2. IDENTIFICAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO

Nesta etapa foi realizado, em conjunto com a Comissão de Acompanhamento do Diagnóstico, o mapeamento de toda a rede que presta atendimento à criança e ao adolescente residente no município, incluindo os programas e projetos existentes nas secretarias municipais e demais instituições governamentais ou não governamentais.

2.3. COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

Para a construção deste diagnóstico foram coletados dados primários³ e secundários⁴, do período de 2018 a 2019, dos equipamentos governamentais e não governamentais que compõe a rede de atendimento municipal da população infanto-juvenil. Ressalta-se que o ano de informação, assim como a fonte de dados, estará sempre referenciado ao final de cada tabela.

Evidencia-se que previamente à análise foram realizados procedimentos de tratamento e padronização dos dados coletados, para correção de registros incompletos, duplicados, ou de qualquer outro tipo de inconsistência que possa comprometer a qualidade da análise e seus resultados.

A formatação e padronização dos dados coletados foi realizada a partir da expertise de trabalho desenvolvida pela Painel Pesquisas e Consultoria, por meio da criação de categorias de agrupamento da informação, geradas pelo SiPA (Sistema de Informação, Padronização e Análise de Dados), fundamentadas a partir dos instrumentos normativos que orientam as políticas públicas de atendimento do público objeto deste estudo.

3 Primários são dados brutos obtidos coletados pela Painel Pesquisas junto aos entes públicos e instituições que compõem o mapeamento da rede de atendimento do município, sendo que muitos deles encontram-se em fichas físicas.

4 Secundários são dados já coletados, organizados, sistematizados e disponibilizados por órgãos e entidades oficiais, como o IBGE, DATASUS, entre outros.

Quadro 2 – Catalogação dos dados utilizados

Pesquisa documental de dados primários	Atendimentos realizados pelos Conselhos Tutelares;
	Registros de acompanhamento do PAIF, prestados pelo CRAS;
	Registros de acompanhamento do PAEFI, prestados pelo CREAS;
	Registros de acompanhamento do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV);
	Registros de atendimento do Centro da Juventude;
	Informações de atendimento dos projetos/programas de esporte e cultura ofertados pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer e pela Secretaria Municipal Especial de Infância e Juventude;
	Informações das instituições não governamentais vinculadas ou inscritas no CMDCA;
	Informações de adoção nacional e internacional da Vara de Infância e Juventude;
	Processos de apuração de atos infracionais e execução de MSE da Vara da Infância e Juventude;
	Informações de cadastro e programas e projetos da pessoa com deficiência, vinculado à Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida;
	Registros de Atendimento do Núcleo de Atendimento Integrado (NAI) e unidade de cumprimento de MSE em meio aberto e fechado;
	Registros de Atendimento das Unidades de Acolhimento Institucional;
	Informações de programas e projetos municipais relacionados a educação, incluindo educação inclusiva e lista de espera para educação infantil;
	Informações dos atendimentos das instituições governamentais e não governamentais que realizam atendimento para pessoas com deficiência;
	Informações de atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSi, CAPS AD);
Pesquisa documental de dados secundários	Dados complementares de saúde, do CEO, da USE, PAVAS da Secretaria Municipal de Saúde.
	Censo demográfico 2010 (IBGE) – microdados e agregado por setor censitário;
	Cadastro único para programas sociais (CadÚnico) da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social;
	Censo Escolar do Instituto Nacional Anísio Teixeira (INEP);
	Bases de dados do DATASUS (SIASUS, SIH/SUS, SIM, SINASC, SINAN) do Ministério da Saúde;
Pesquisa quantitativa de percepção	Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) do Ministério da Economia.
	Pesquisa quantitativa de percepção aplicada nas escolas com adolescentes de 12 a 21.
Pesquisa qualitativa em profundidade	Pesquisa qualitativa em profundidade com crianças, adolescentes; pais e responsáveis; atores do SGDCA e lideranças comunitárias.

2.3.1. Metodologia da Pesquisa de Percepção

A pesquisa de percepção compreende dados coletados pela equipe de pesquisadores da Painel Pesquisas, por meio de abordagem direta. A abordagem seguiu os critérios de neutralidade ou seja: sem interferências de pessoas ligadas à família, amigos ou conhecidos, para que as crianças e adolescentes entrevistados, se sentissem confortáveis em responder a sua situação a respeito dos temas abordados. A pesquisa foi realizada em locais públicos como ruas, casas, praças, entre outros.

Quadro 3 – Plano amostral da Pesquisa de Percepção

Pesquisa	Descrição
Método	Quantitativo
Universo	Residentes na faixa etária de 12 a 21 anos
Unidade amostral	Pessoa com idade 12 a 21 anos
Amostragem	Aleatória
Estratificação	Região e faixa etária
Tamanho da amostra realizada	526
Erro amostral	4,2%
Confiança	95%

A coleta dos dados em campo foi realizada entre os dias 18 de novembro a 05 de dezembro de 2020 por uma equipe de seis (6) pesquisadores, por meio de abordagem presencial com a utilização de tablet e de acordo com os estratos da amostra de cada região. Os pesquisadores responsáveis pela coleta dos dados no campo foram capacitados e orientados para que mantivessem postura acolhedora, imparcial e sigilosa para assegurar um ambiente seguro e confiável, de modo que os entrevistados pudessem sentir-se à vontade, para responder as perguntas do questionário.

Com base na metodologia descrita, a pesquisa foi realizada com adolescentes e jovens de 12 a 21 anos e teve como principal objetivo identificar o perfil dos entrevistados, seu modo de vida, além da sua percepção sobre temas relacionado aos direitos fundamentais do ECA.

O questionário aplicado foi estruturado conjuntamente pela Painel e Comissão do Diagnóstico com perguntas sobre o convívio familiar, perspectiva de futuro, trabalho, dignidade, aspectos nas áreas de educação, esporte, cultura, lazer entre outros.

2.4. TÉCNICAS ESTATÍSTICAS DE ANÁLISE

Todos os dados coletados foram tratados e processados a partir de técnicas estatísticas, com o objetivo de traduzir, quantificar e mensurar em números os aspectos da realidade social do município. Para tanto, serão apresentados no formato de indicadores sociais, análises descritivas e complementares, em conjunto com tabelas, gráficos, infográficos, mapa coropleto e mapa de calor, para facilitar a visualização e a compreensão dos resultados.

Os indicadores são proporcionalmente calculados com base no total da população residente em cada região geográfica, o que permite compará-las de forma equalizada, por meio de taxas percentuais, por mil, dez mil ou cem mil habitantes. Sua classificação será apresentada em *Quantil* - separatriz que divide o intervalo de frequência de uma população ou de uma amostra, em partes iguais. Os mais comuns têm nomes especiais, conforme o número de partes em que são divididos:

- *Percentil* para 100 grupos ou partes, cada uma com 1% dos dados;
- *Quintil* para 5 grupos ou partes, cada uma com 20% dos dados;
- *Quartil* para 4 grupos ou partes, cada uma com 25% dos dados;
- *Tercil* para 3 grupos ou partes, cada uma com 33,3% dos dados.

Assim, considerando o número de divisões territoriais deste diagnóstico, priorizou-se a utilização do *Quintil*⁶, o qual divide e ordena os indicadores em cinco partes iguais, conforme ilustrado no Quadro 4. Todavia, em algumas situações em que houver muitas taxas iguais a "zero", possivelmente os dados serão apresentados em menores divisões, de modo a possibilitar maior uniformidade na visualização e na classificação dos grupos.

Quadro 4 – Ilustração do método *Quintil*.

Primeiro <i>Quintil</i>	Segundo <i>Quintil</i>	Terceiro <i>Quintil</i>	Quarto <i>Quintil</i>	Quinto <i>Quintil</i>
É o agrupamento de até 20% dos valores da amostra ordenada	É o agrupamento de 20% a 40% dos valores da amostra ordenada	É o agrupamento de 40% a 60% dos valores da amostra ordenada	É o agrupamento de 60% a 80% dos valores da amostra ordenada	É o agrupamento dos valores acima de 80% da amostra ordenada
Muito Baixo Indicadores na extremidade inferior da mediana (Até 20%)	Baixo (De 21% até 40%)	Médio Indicadores em torno da mediana (De 41% até 60%)	Alto (De 61% até 80%)	Muito Alto Indicadores na extremidade superior da mediana (De 81% até 100%)
Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto

O cálculo da razão é o resultado entre o maior e menor valor do indicador de região geográfica. Para este cálculo são desprezados os indicadores iguais a 0 (zero), portanto, será considerado como menor indicador aquele que apresentar o menor número diferente de 0 (zero).

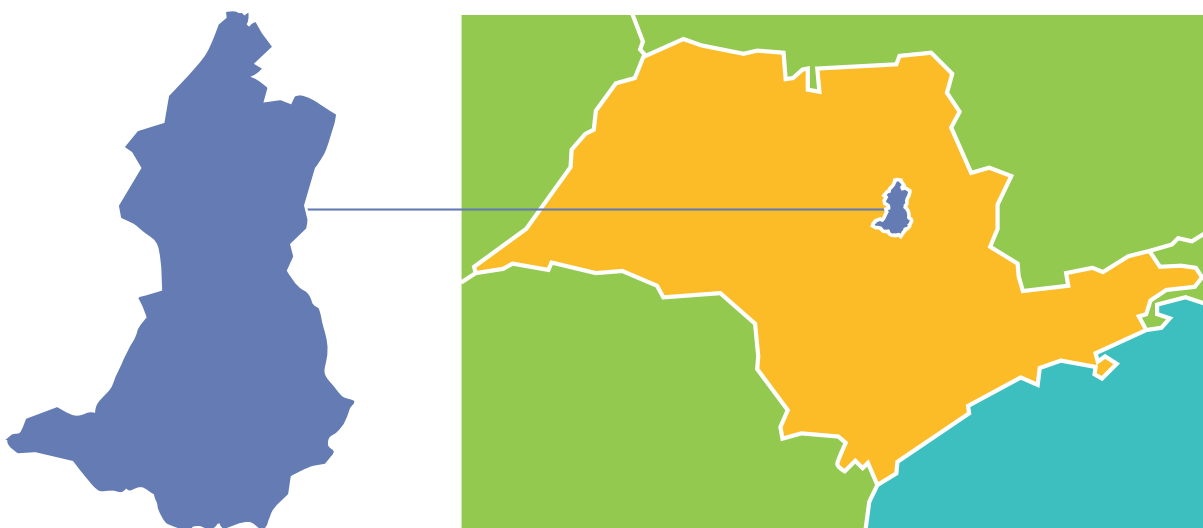
- **Fórmula para cálculo da razão entre as regiões:**

$$\frac{\text{Maior indicador}}{\text{Menor indicador}} = \text{Razão}$$

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

3. DADOS GERAIS DO MUNICÍPIO

O município possui uma área de 1.143,64 km². Com população de 221.950 hab segundo o Censo de 2010. A densidade demográfica é de 194,06 hab/km². Pertence à mesorregião Araraquara.



A história de São Carlos inicia em 1831, com a demarcação da Sesmaria do Pinhal. Começou a ser povoada em finais do século XVIII, com abertura e trilhas que levavam às minas de ouro de Cuiabá e Goiás. As regiões de Piracicaba, Rio Claro e os campos, mapas e cerrados de Araraquara já possuíam levas de povoadores na região circunvizinha.

Os primeiros proprietários das terras da Sesmaria do Pinhal, em sua maior parte, foram os herdeiros da família Arruda Botelho, a data da fundação, 4 de novembro de 1857. A povoação era composta de algumas pequenas casas ao redor da capela.

Em 1865 quando a Câmara Municipal é empossada, São Carlos é elevada à categoria de vila. Alguns anos mais tarde a vila contava com 6.897 habitantes e destacava-se na região pelo seu rápido crescimento e importância regional. Com seu crescente desenvolvimento e ampla infra-estrutura urbana, a região passa de vila à cidade e em 1886, conta com uma população de 16.104 habitantes.

A primeira atividade econômica de maior expressão foi a formação de fazendas de café, entre 1831 e 1857, que chega à Fazenda Pinhal em 1840, espalhando-se por todas as terras férteis no município e torna-se o principal produto de exportação. Essa expansão da lavoura cafeeira, traz a expansão de um sistema eficiente para escoar a produção para o porto de Santos por meio da ferrovia em 1884, o que deu um grande impulso ao desenvolvimento da economia da região.

Outro fenômeno que deixou influências na região central do estado de São Paulo, nas últimas décadas do século XIX, foi a imigração. Pelo contexto de terras férteis ao cultivo do café,

São Carlos recebeu imigrantes das regiões setentrionais da Itália. Esses, vinham para trabalhar nas lavouras do café e, graças às habilidades que traziam, atuavam também na manufatura e no comércio.

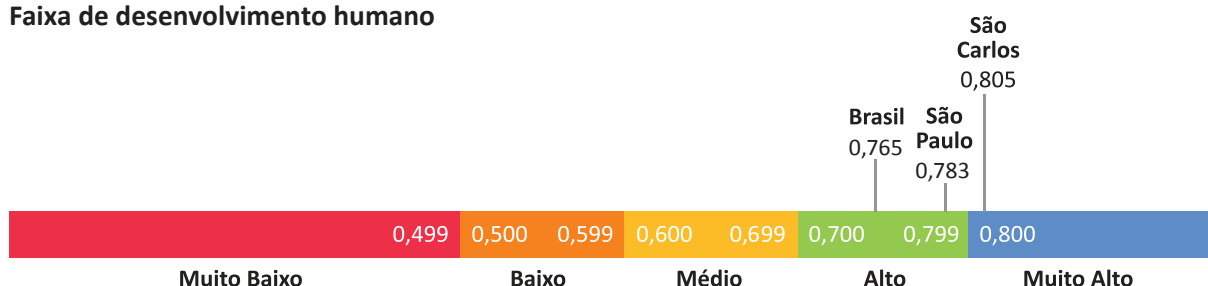
A presença de imigrantes italianos era grande e o governo italiano manteve um vice-consulado em São Carlos. No início do século XX existiam várias sociedades culturais e de ajuda mútua, desenvolviam atividades culturais com finalidade de promover a educação, entre elas a Vittorio Emanuele, de 1900 e Dante Alighiere, de 1902. A crise cafeeira de 1929 levou os imigrantes a deixarem a atividade rural, indo trabalhar no centro urbano como operários nas oficinas, no comércio, prestação de serviços, nas fábricas de artefatos de madeira e cerâmica bem como na construção civil.

A cidade foi se desenvolvendo e crescendo, foram se instituindo bancos, a infraestrutura de luz elétrica, bondes, sistemas de água e esgoto, entre outros, criando assim solo fértil para outras fontes de desenvolvimento e condições para a industrialização e empresas que foram se estabelecendo. O setor industrial desenvolveu-se a partir de oficinas que serviam às plantações de café. A fabricação de máquinas de beneficiamento, sapatos, adubos, ferragens, móveis, macarrão e charutos, assim como alfaiatarias, cervejarias, fundições, serrarias, tecelagem, indústria de lápis e olarias marcam a economia de São Carlos nos anos 30. Nas décadas de 50 e 60 a indústria solidifica-se com a instalação de fábricas de geladeiras, compressores, tratores e uma grande quantidade de pequenas e médias empresas, fornecedoras de produtos e serviços.

O grande avanço intelectual se deu na segunda metade do século XX, em abril de 1953, com a implantação da Escola de Engenharia de São Carlos, vinculada à Universidade de São Paulo (USP), e, na década de 70, a criação de Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), selando assim, o desenvolvimento tecnológico e educacional do município.

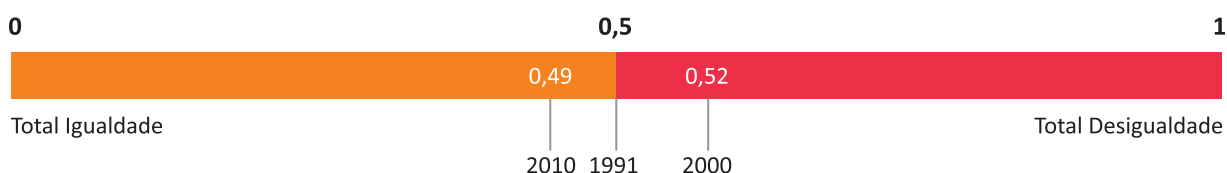
O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de São Carlos tem a nota de 0,805, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Muito Alto (IDHM entre 0,800 e 1). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a longevidade, com índice de 0,863, seguida de renda, com 0,788, e de educação, no índice de 0,766. O município ocupa a 28ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul-SP) e o menor é 0,418 (Melgaço-PA).

Faixa de desenvolvimento humano



Outro índice habitualmente utilizado para medir a desigualdade ou a distribuição de renda entre a população é o índice ou coeficiente de Gini⁶, que consiste em um número entre 0 (zero) a 1 (um), onde, quanto mais próximo de 1 maior a desigualdade. Segundo dados do Atlas de Desenvolvimento Humano o coeficiente de Gini em São Carlos no período de 1991 até 2010, alterou de 0,50 para 0,48 o que significa que a desigualdade ou concentração de renda reduziu em quatro pontos percentuais (4%).

Representação em escala de 0 a 1 do índice de Gini



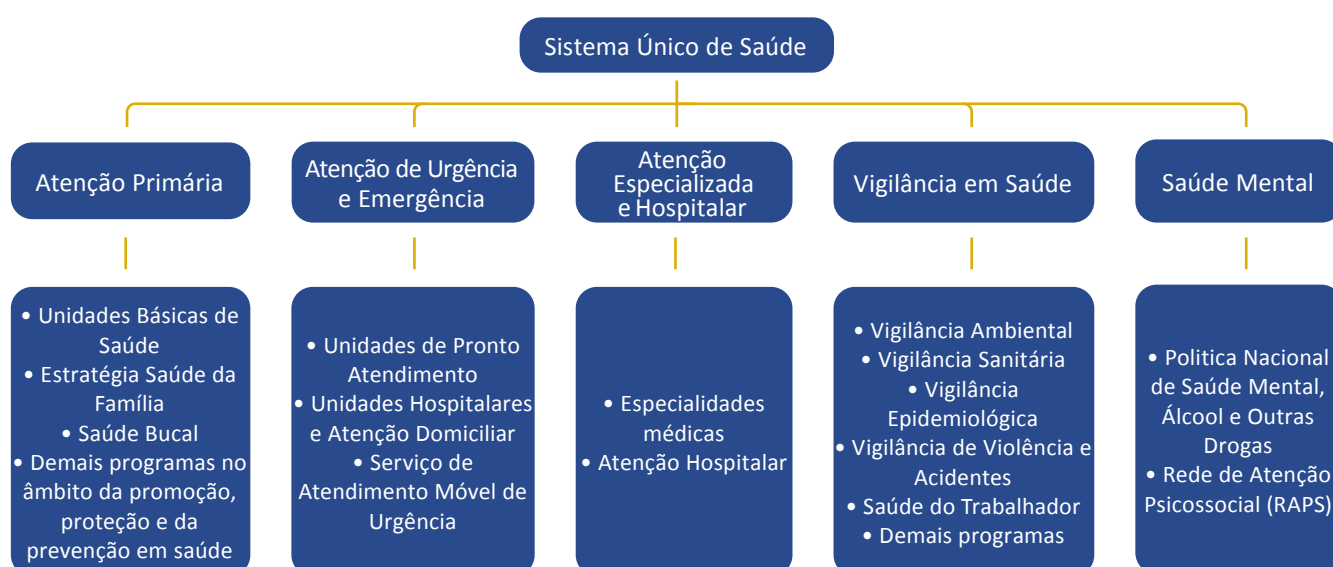
Quadro 5 – Imagens do Município



⁶ O índice de Gini é uma medida numérica que representa o afastamento de uma dada distribuição de renda (Curva de Lorenz) da linha de perfeita igualdade, variando de “0” (situação onde não há desigualdade) a “1” (desigualdade máxima, ou seja, toda a renda apropriada por um único indivíduo). IBGE, Síntese de Indicadores Sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira, 2018, pag. 134 - <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101629.pdf>

4. INDICADORES E ESTATÍSTICAS DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

A proteção a vida e a saúde é constitucionalmente assegurada a todos os indivíduos e sua efetivação se dá por meio de políticas públicas comuns às esferas de governo, federal, estadual-distrital e municipal. Na seara da criança e do adolescente, foram incorporados como um dos 5 eixos de direito previstos pelo ECA⁷. Na rede pública, a execução de tais políticas é realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁸, assegurados os princípios da universalidade, igualdade e prioridade no atendimento de crianças e adolescentes. A rede de atendimento do SUS é ampla e abrange ações e serviços com foco na qualidade de vida, na promoção e na prevenção da saúde nas seguintes esferas de atuação.



Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

Os indicadores deste eixo têm como referencial a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), e como principal fonte os bancos de dados epidemiológicos nacionais da Secretaria de Vigilância em Saúde⁹, com destaque ao de nascidos vivos (SINASC), de mortalidade (SIM) e o de agravos (SINAN). Tais sistemas são gerenciados pela gestão municipal, o que permite o controle de natalidade, mortalidade e de agravos de sua população, já que os dados são retroalimentados pela rede pública e privada, e independentemente do local em que é registrado, é referenciada a localidade de residência do usuário. Foram coletados ainda outros dados da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Tutelar.

7 Caput dos artigos 5º e 6º, e Artigos 198 e seguintes da Constituição Federal. Os Artigos 7º ao 14º ampliaram de forma expressa e inovadora aspectos da saúde da mulher, do planejamento reprodutivo familiar e do atendimento humanizado às gestantes durante a gravidez, no parto, puerpério, e no atendimento pré, peri e pós-natal.

8 Criado pela Lei nº 8.080/1990 para efetivação do princípio constitucional da saúde como política pública.

9 Vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável nacionalmente por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças. Conforme a política instituída pela Resolução CNS nº 588/2018, compreende o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise, e disseminação de dados para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças. É colaborada da Rede Interagencial de Informações para a Saúde RIPSA, formalizada em 1996, para subsídio das políticas públicas em saúde no Brasil.

4.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A integralidade, assim como a universalidade, é um dos princípios norteadores do sistema público e universal de saúde (SUS) no Brasil. Para tanto, encontra-se estruturado em três frentes de atuação, a **atenção primária** e a **atenção de média e alta complexidade**, cujos dados serão analisados a seguir:

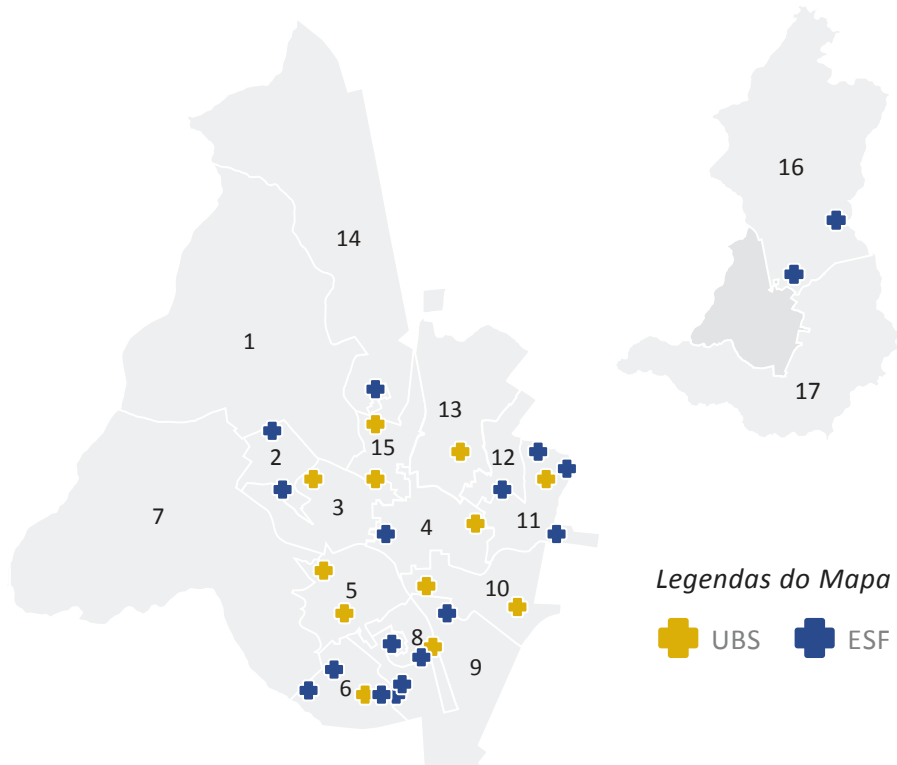
A atenção Primária em Saúde é o nível do sistema de saúde que oferece a entrada ao usuário no SUS. Dedicar-se a prestar atendimento inicial e cuidados essenciais, que engloba desde a orientação e prevenção, até soluções resolutivas dos problemas de saúde ou encaminhamentos, articulando-se com os demais níveis de complexidade na formação de uma rede integrada de serviço. Os serviços orientam-se pelos princípios do cuidado continuado e longitudinal, da proximidade da população e na perspectiva da integralidade, e são oferecidos por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)¹¹, envolvendo iniciativas e programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹², Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Brasil Sorridente, dentre outros. O município de São Carlos possui 12 UBSs, 1 NASF-AB, 23 equipes do ESF representados no mapa abaixo, cuja abrangência e geoprocessamento definidos por região territorial registraram um índice de cobertura de 25,87%.

Legenda das Regiões Geográficas

- | | |
|----|-------------------|
| 1 | Santa Felícia I |
| 2 | Santa Felícia II |
| 3 | Santa Felícia III |
| 4 | Centro I |
| 5 | Centro II |
| 6 | Aracy I |
| 7 | Aracy II |
| 8 | Pacaembú I |
| 9 | Pacaembú II |
| 10 | Pacaembú III |
| 11 | São Carlos VIII 3 |
| 12 | São Carlos VIII 1 |
| 13 | São Carlos VIII 2 |
| 14 | Jockey II |
| 15 | Jockey I |
| 16 | Rural I |
| 17 | Rural II |

● Situação Urbana

● Situação Rural



10 Tem por objetivo ampliar e aperfeiçoar a gestão da saúde na atenção primária e dispõe de uma equipe profissional técnica multidisciplinar com educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. Todavia, ressalta-se que não é porta de entrada da saúde e nem ambulatório de especialidades.

11 Iniciado em 1994 como um programa, foi posteriormente ampliado enquanto estratégia prioritária para a organização da atenção básica com a edição da Portaria nº 648/2006, posteriormente revogada pela Portaria GM nº 2.488/2011. Como estratégia, a família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, incluindo ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.



Localização de domicílio

Urbana	23.519	91,4%
Rural	2.222	8,6%



Tipo de tratamento de água

Filtrada	13.948	54,2%
Clorada	8.100	31,5%
Sem tratamento	876	3,4%
Não Informado	2.718	10,6%
Mineral	52	0,18%
Fervida	47	0,18%



Tipo de Coleta de Lixo

Coletado	22.991	89,3%
Não Coletado	130	0,5%
Não Informado	2.620	10,2%



Tipo de Energia Elétrica

Com energia elétrica	20.150	78,3%
Sem energia elétrica	177	0,7%
Não Informado	5.414	21,0%

Quadro 6 – Resumo do Cadastro da atenção primária em saúde

Cadastro ESF (E-SUS)	Total no território	Recusa no cadastro E-SUS
Nº de habitantes (IBGE) - população estimada em 2019	254.484	-
Usuários cadastrados no E-SUS	65.838	46
Domicílios cadastrados no E-SUS	25.741	89
Famílias cadastradas no E-SUS	6.600	-
Outros tipos de imóveis cadastrados no E-SUS	3.304	-
% cobertura ESF	25,87%	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019.

De acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) o principal procedimento realizado pela atenção básica em todas as faixas etária no intervalo de 0 a 19 anos foi o atendimento odontológico (68,7%), seguido das ações coletivas ou individuais em saúde (18,2%). No atendimento para terapias especializadas a demanda é crescente a partir dos 10 anos de idade, com 8,5% e 15,7% do total de atendimentos das faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, respectivamente.¹²

Tabela 1 – Atendimentos por subgrupo de procedimento da atenção básica

Subgrupo de procedimento	Menor 1 ano		De 1 a 4 anos		De 5 a 9 anos		De 10 a 14 anos		De 15 a 19 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Ações coletivas/ individuais em saúde	2	20,0%	206	17,4%	222	14,5%	194	21,3%	214	22,3%	838	18,2%
Coleta de material	-	-	2	0,2%	-	-	1	0,1%	1	0,1%	4	0,1%
Diagnóstico por teste rápido	-	-	1	0,1%	-	-	-	-	4	0,4%	5	0,1%
Consultas, Atendimentos e Acompanhamentos	2	20,0%	32	2,7%	35	2,3%	73	8,0%	113	11,8%	255	5,5%
Tratamentos odontológicos	5	50,0%	921	77,6%	1.233	80,3%	547	60,1%	455	47,4%	3.161	68,7%
Terapias especializadas	-	-	13	1,1%	23	1,5%	77	8,5%	151	15,7%	264	5,7%
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	1	10,0%	6	0,5%	1	0,1%	11	1,2%	12	1,3%	31	0,7%
Bucomaxilofacial	-	-	6	0,5%	22	1,4%	7	0,8%	10	1,0%	45	1,0%
Total Geral	10	0,2%	1.187	25,8%	1.536	33,4%	910	19,8%	960	20,9%	4.603	100%

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), 2019.

¹² A gestão municipal de saúde não tinha os dados de saúde bucal individualizados, por tal motivo estes foram compilados na atenção primária e de média e alta complexidade, conforme procedimento, pela faixa etária disponível para consulta no DATASUS e sem o detalhamento das informações por região de residência ou região da UBS de referência.



4.1.1. Programa Nacional de Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI)¹³ tem como objetivo normatizar a imunização em nível nacional, definindo os calendários de vacinação considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais. O percentual médio de vacinação de crianças menores de 1 ano do município é de 76,5%, abaixo da meta nacional.¹⁴

Tabela 2 – Cobertura vacinal por tipo de vacina

Tipo de vacina	Nº doses aplicadas	Vacinações em crianças até 1 ano	(%) sobre nº de nascidos vivos
BCG (BCG)	1.592	1.592	54,7%
Hepatite B	1.520	1.520	52,2%
Pentavalente	7.142	2.381	81,8%
Poliomielite inativada (VIP)	7.891	2.630	90,4%
Pneumocócica 10 valente	5.491	2.746	94,3%
Meningocócica Conjugada - C	5.434	2.717	93,3%
Febre Amarela (FA)	2.402	2.402	82,5%
Tríplice Viral (SCR)	1.823	1.823	62,6%



A média de vacinação em crianças até 1 ano é de

76,5%

*Total de nascidos vivos em 2019 (2.911).

Tabela 3 – Vacina HPV para a população de 9 a 19 anos

Tipo de vacina	Nº doses aplicadas	Vacinação em pessoas de 9 a 19 anos	População*	(%) de Vacinação
HPV - Feminino (2 doses)	1.959	980	17.613	5,6%
HPV - Masculino (2 doses)	1.742	871	15.312	5,7%

*Segundo calendário a faixa etária de vacinação é de 9 a 14 anos para as meninas e de 11 a 14 anos para os meninos.

Fonte: Ministério da Saúde: DATSUS, Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), 2019.

13 Criado em 1973 pelo Ministério da Saúde como forma de coordenar as ações de imunizações, controle e erradicação das doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas. O programa faz parte da Organização Mundial da Saúde, mas recebe ajuda técnica e financeira da UNICEF, do Rotary Club e das Nações Unidas.

14 Segundo a Vigilância em Saúde é de 90% para a BGC e rotavírus humano, 100% de febre amarela para áreas com recomendação da vacinação (ACRV) e 95% para as demais.

Dos 22 tipos de vacinas aplicadas, cinco se destacam com 56,6%, a meningocócica conjugada, pentavalente, pneumocócica 10 valente, poliomielite inativa e a tríplice viral tendo como usuário predominante as crianças de até 1 anos de idade.

Tabela 4 – Tipos de vacinas por grupo de idade

Tipos de vacina	Menor 1 ano		De 1 a 9 anos		De 10 a 19 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
BCG (BCG)*	1.592	4,0%	10	-	-	-	1.602	2,1%
Febre Amarela (FA)*	2.402	6,1%	440	1,4%	-	-	2.842	3,8%
Haemophilus influenza e tipo b (Hib)*	43	0,1%	-	-	-	-	43	0,1%
Hepatite A (HA)*	-	-	2.946	9,4%	-	-	2.946	3,9%
Hepatite B (HB)*	1.520	3,8%	14	-	-	-	1.534	2,0%
Hexavalente (HX)	379	1,0%	19	0,1%	-	-	398	0,5%
HPV Quadrivalente – Feminino*	-	-	925	3,0%	1.034	21,5%	1.959	2,6%
HPV Quadrivalente – Masculino*	-	-	11	0,0%	1.731	35,9%	1.742	2,3%
Meningocócica ACYW1325	179	0,5%	199	0,6%	21	0,4%	399	0,5%
Meningocócica Conjugada - C (MncC)*	5.434	13,7%	2.995	9,6%	2.013	41,8%	10.442	13,8%
Rotavírus pentavalente	159	0,4%	-	-	-	-	159	0,2%
Oral Poliomielite (VOP)*	9	0,0%	4.963	15,9%	-	-	4.972	6,6%
Oral de Rotavírus Humano (VORH)*	5.330	13,4%	-	-	-	-	5.330	7,0%
Pentavalente (DTP+HB+Hib) (PENTA)*	7.142	18,0%	1.046	3,4%	-	-	8.188	10,8%
Pneumocócica 10 valente*	5.491	13,8%	2.953	9,5%	-	-	8.444	11,2%
Pneumocócica 13 valente	218	0,5%	129	0,4%	-	-	347	0,5%
Poliomielite inativada (VIP)*	7.891	19,9%	116	0,4%	-	-	8.007	10,6%
Tríplice Acelular (DTPa)	35	0,1%	40	0,1%	-	-	75	0,1%
Tríplice Bacteriana (DTP)*	-	-	3.336	10,7%	-	-	3.336	4,4%
Tríplice Viral (SCR)*	1.823	4,6%	5.849	18,8%	20	0,4%	7.692	10,2%
Tetraviral*	-	-	47	0,2%	-	-	47	0,1%
Varicela*	11	-	5.149	16,5%	-	-	5.160	6,8%
Tríplice Bacteriana (DTP)	39.658	52,4%	31.187	41,2%	4.819	6,4%	75.664	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde: DATSUS, Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), 2019.

*Vacinas que fazem parte do calendário da rede pública de saúde na faixa etária de 0 a 17 anos.

4.1.2. Alimentação e Nutrição

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição. Para tanto, utiliza-se do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁵ no monitoramento da situação alimentar e nutricional, de modo a agilizar os seus procedimentos e a estender sua cobertura a todo o país, na atenção a gestante e no crescimento e desenvolvimento das crianças, servindo de eixo para todo trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde, inclusive considerando o compromisso de sua universalização.

Comparando os dados do Município com o Estado de São Paulo e Brasil, nota-se que os índices de peso fora do adequado para crianças, fora do adequado (abaixo ou acima), são menores do que os da média nacional e estadual. O percentual de crianças com peso elevado é de 131% mais se comparado com as crianças de baixo peso.

Tabela 5 – Comparativo Nutricional no SISVAN para a faixa etária de 0 a 5 anos

Região	Peso Muito Baixo para a Idade		Peso Baixo para a Idade		Peso Adequado para a Idade		Peso Elevado para a Idade		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
SÃO CARLOS	14	0,6%	48	2,1%	2064	92,3%	111	5,0%	2237	100%
ESTADO SÃO PAULO	4.828	1,0%	10.912	2,2%	447.172	89,2%	38.561	7,7%	501.473	100%
REGIÃO SUDESTE	17.025	1,2%	34.997	2,5%	1.230.399	88,5%	107.323	7,7%	1.389.744	100%
BRASIL	63.442	1,3%	138.828	2,8%	4.357.153	88,1%	385.503	7,8%	4.944.926	100%

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2019.

Para a faixa de idade que compreende a adolescência (12 a 17 anos) o SISVAN não considera o peso, apenas a variável de altura. No Município 95,7% dos adolescentes estão com altura adequada para idade.

Tabela 6 – Comparativo Nutricional no SISVAN para a faixa etária de 12 a 17 anos

Região	Altura Muito Baixa para a Idade		Altura Baixa para a Idade		Altura Adequada para a Idade		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
SÃO CARLOS	10	1,0%	34	3,3%	976	95,7%	1020	100%
ESTADO SÃO PAULO	7.125	1,8%	14.381	3,6%	375.883	94,6%	397.389	100%
REGIÃO SUDESTE	26.219	2,1%	53.483	4,3%	1.165.753	93,6%	1.245.455	100%
BRASIL	138.679	2,7%	314.843	6,2%	4.652.791	91,1%	5.106.313	100%

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, 2019.

¹⁵ Implantado em 1977 tem como proposta a organização de um sistema de informação para vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira. Sua regulamentação veio, posteriormente, em 1990, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 080 (16/10/1990) sendo sua existência a nível municipal considerada pré-requisito para o repasse de recursos federais para as ações de combate à desnutrição. A consolidação do Sistema é feita especialmente com o apoio de Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição e as Áreas Técnicas Estaduais em Alimentação e Nutrição existentes na quase totalidade dos estados e em centenas de municípios brasileiros. Destaca-se ainda que as ações de vigilância alimentar e nutricional realizadas com os usuários do SUS devem ser incorporadas às rotinas de atendimento na rede básica de saúde. O objetivo é a detecção precoce de situações de risco nutricional e à prescrição de ações que possibilitem prevenir agravos à saúde e reverter ao quadro de normalidade quando possível.

4.2. POLÍTICA NACIONAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. No município, além dos 3 Pronto Atendimentos (PA), do serviço móvel de urgência (SAMU) e dos hospitais públicos e conveniados, também compõem a rede de média complexidade o Centro Municipal de Especialidades (CEME)¹⁶ e o Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC)¹⁷, o Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização e a Unidade de Saúde Escola (USE). De acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA) o principal procedimento realizado pela atenção de média complexidade na faixa etária de 0 a 19 anos foram as consultas, atendimentos e acompanhamentos (84,1%). Analisando os atendimentos por faixa etária, para as crianças menores de 1 ano a principal demanda foi pelo serviço de fisioterapia (39,6%), segunda maior frequência para a faixa etária de 1 a 4 anos (7,9%). Destaca-se ainda para menores de 1 ano os métodos diagnósticos em especialidades (18,0%) e por ultrassonografia (15,4%), e para a faixa de 15 a 19 anos os procedimentos especializados para diagnósticos (como laboratório clínico, citopatologia, radiologia, ultrassonografia, endoscopia e outros métodos), que juntos somam 25,2% do total de atendimento desta faixa de idade.¹⁸

16 Ambulatório de referência em 24 especialidades em saúde da cidade de São Carlos e microrregião. Os agendamentos são feitos diretamente nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Os retornos são marcados no CEME após a consulta.

17 Centro de atendimento a doenças e agravos de notificação compulsória e tratamento contínuo, realiza busca ativa, presta assistência e divulga indicadores que permitem a formulação de políticas e programas voltados ao diagnóstico precoce e tratamento imediato às pessoas portadoras de HIV, Sífilis e Hepatites Virais B, E e C, Tuberculose e Hanseníase.

18 A gestão municipal de saúde não tinha os dados de saúde bucal individualizados, por tal motivo estes foram compilados na atenção primária e de média e alta complexidade, conforme procedimento, pela faixa etária disponível para consulta no DATASUS e sem o detalhamento das informações por região de residência ou região da UBS de referência.

Tabela 7 – atendimentos por subgrupo de procedimento da atenção de média complexidade

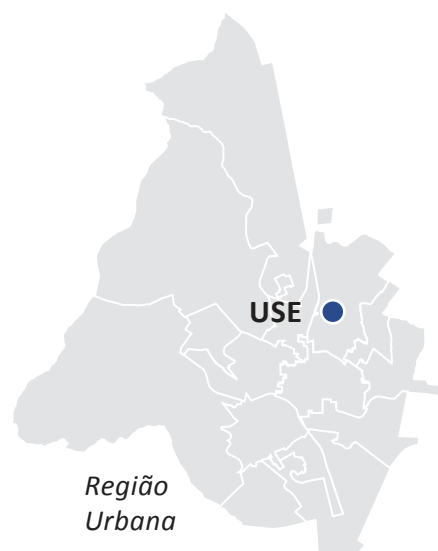
Subgrupo de procedimento	Menor 1 ano		De 1 a 4 anos		De 5 a 9 anos		De 10 a 14 anos		De 15 a 19 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Coleta de material	2	0,3%	2	0,0%	7	0,1%	15	0,1%	29	0,4%	55	0,1%
Diagnóstico em laboratório clínico	14	1,9%	11	0,2%	30	0,3%	42	0,4%	287	3,8%	384	1,0%
Diagnóstico por anatomia patológica e citopatologia	7	1,0%	22	0,3%	13	0,1%	34	0,3%	260	3,4%	336	0,9%
Diagnóstico por radiologia	7	1,0%	13	0,2%	19	0,2%	59	0,5%	83	1,1%	181	0,5%
Diagnóstico por ultrassonografia	113	15,4%	156	2,4%	237	2,0%	397	3,4%	935	12,3%	1.838	4,8%
Métodos diagnósticos em especialidades	132	18,0%	44	0,7%	117	1,0%	212	1,8%	319	4,2%	824	2,2%
Diagnóstico e procedimentos especiais em hemoterapia	10	1,4%	8	0,1%	75	0,6%	10	0,1%	94	1,2%	197	0,5%
Diagnóstico por teste rápido	-	-	-	-	-	-	1	0,0%	4	0,1%	5	0,0%
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	139	19,0%	5.565	86,0%	10.788	93,3%	10.562	91,0%	4.850	64,0%	31.904	84,1%
Fisioterapia	290	39,6%	511	7,9%	101	0,9%	50	0,4%	44	0,6%	996	2,6%
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	-	-	-	-	-	-	5	0,0%	6	0,1%	11	0,0%
Hemoterapia	1	0,1%	1	0,0%	49	0,4%	10	0,1%	85	1,1%	146	0,4%
Tratamentos odontológicos	3	0,4%	26	0,4%	23	0,2%	63	0,5%	69	0,9%	184	0,5%
Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	2	0,3%	49	0,8%	54	0,5%	47	0,4%	118	1,6%	270	0,7%
Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	-	-	12	0,2%	6	0,1%	21	0,2%	110	1,5%	149	0,4%
Cirurgia do aparelho da visão	-	-	-	-	2	0,0%	-	-	8	0,1%	10	0,0%
Cirurgia do aparelho circulatório	-	-	-	-	1	0,0%	-	-	-	-	1	0,0%
Cirurgia do sistema osteomuscular	1	0,1%	17	0,3%	22	0,2%	25	0,2%	37	0,5%	102	0,3%
Cirurgia reparadora	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,0%	2	0,0%
Bucomaxilofacial	-	-	-	-	1	0,0%	29	0,2%	174	2,3%	204	0,5%
Anestesiologia	10	1,4%	33	0,5%	19	0,2%	15	0,1%	41	0,5%	118	0,3%
Acompanhamento e intercorrências no pré e pós-transplante	-	-	-	-	1	0,0%	1	0,0%	-	-	2	0,0%
Total Geral	732	1,9%	6.471	17,0%	1.566	30,5%	11.604	30,6%	7.584	20,0%	37.957	100%

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), 2020.

4.2.1. Unidade de Saúde Escola (USE)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Assim, serviços de saúde pública compreendem não apenas o atendimento médico, mas a prevenção e promoção da saúde através da disponibilização de serviços de nutrição, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros.

Em São Carlos esses serviços também são oferecidos pela Unidade de Saúde Escola (USE), unidade prestadora de serviços do SUS, vinculada e localizada na área norte do campus São Carlos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), que atende somente usuários referenciados pela rede pública de saúde de São Carlos e Região. Inaugurada em dezembro de 2004 e expandida em 2008, a USE foi construída e equipada com recursos do Ministério da Saúde e concentra os atendimentos de saúde de todo o Campus, e a partir de 2014 é conveniada da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, sendo inserida na rede do SUS.¹⁹



Blocos

Bloco 1	Reúne os serviços administrativos de Gerenciamento de Dados e de Prontuários.
Bloco 2	Comporta salas de atendimento individual e em grupo, equipamento audiovisual, cabine audiométrica para fonoaudiologia, sala específica de ginecologia, pequeno ginásio para atividades motoras e concentra os atendimentos de Serviço Social e Acolhimento da Unidade.
Bloco 3	Abriga um conjunto de salas para o desenvolvimento de atividades como cirurgias ambulatoriais, aferição de sinais vitais e atendimento a intercorrências.
Bloco 4	Reúne ginásios e sala de atendimento individuais e em grupo, ambiente para a realização de atividades de hidroterapia (piscina terapêutica), sala de Realidade Virtual, pista para atividades de caminhada ao ar livre e horta terapêutica.
Bloco 5	Concentra atividades administrativas e finanças da Direção Geral e Diretoria Técnica.
Bloco 6	Reúne atividades de reabilitação motora e de confecção de órteses (Oficina Ortopédica), o espaço Ambiente de Vida Diária (AVD), ginásios para atividades físicas, expressivas, e oficina para atividades manuais e artesanais.
Bloco 7	Abriga uma piscina terapêutica para realização de atividades individuais e em grupo.
Bloco 8	Concentra os serviços de atendimento a crianças e adolescentes. Possui recepção própria, com salas individuais e de grupo, com espaço físico equipado para integração sensorial, estimulação visual, tecnologia assistiva, e brinquedoteca.

19 Os procedimentos realizados são remunerados pelo SUS, conforme a tabela do MS, e recursos repassados via Fundação de Apoio Institucional ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico da UFSCar.

Os atendimentos de fisioterapia em neuropediatria, terapia ocupacional e fisioterapia somam 84,1% dos atendimentos realizados pela USE no ano de 2019.

Tabela 8 – Crianças e adolescentes atendidos pela USE

Tipo de Atendimento	Quant.	(%)
Psicologia	11	4,6%
Serviço Social	27	11,3%
Terapia ocupacional em saúde mental infanto-juvenil	40	16,7%
Fisioterapia em neuropediatria	44	18,3%
Terapia ocupacional em disfunção física infantil	51	21,3%
Fisioterapia (Intervenção precoce)	67	27,8%
Total	240	100%

Fonte: UFSCAR. Unidade Saúde Escola, 2019.

Os dados da lista de espera revelam um ponto de atenção, por atendimento de terapia ocupacional em saúde mental infanto-juvenil, que está com 47,5% a maior do que os atendimentos realizados pela USE em 2019.

Tabela 9 – Crianças e adolescentes em lista de espera por atendimento na USE

Tipo de Atendimento	Quant.	(%)
Ambulatório de reabilitação neuropsicomotora	2	1,7%
Fisioterapia (Intervenção precoce)	5	4,3%
Terapia ocupacional - órtese membros superiores	7	6,0%
Fisioterapia em neuropediatria	10	8,6%
Terapia ocupacional em disfunção física infantil	16	13,8%
Psicologia	17	14,7%
Terapia ocupacional em saúde mental infanto-juvenil	59	50,9%
Total	116	-

Fonte: UFSCAR. Unidade Saúde Escola, 2019.

Os números apresentados nas Tabelas 8 e 9 refere-se ao total de crianças e adolescentes atendidos no ano de 2019 pela USE, e não aos procedimentos realizados para esta população.

4.3. POLÍTICA NACIONAL DE ALTA COMPLEXIDADE

É definido como de alta complexidade o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo. De acordo com o Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS o principal atendimento prestado pela atenção de alta complexidade para todas as faixas etária entre 0 a 19 anos foi por componentes especializado da assistência farmacêutica (99,2%). Para as faixas etárias de menor de 1 ano e de 1 a 4 anos a substância mais prescrita é a pancreatina (respectivamente 65,1% e 22,7%), para as de 5 a 9 e 10 a 14 anos é a topiramato, (respectivamente 36,7% e 21,9%), e para a de 15 a 19 anos é a risperidona (21,6%).

Tabela 10 – atendimentos por subgrupo de procedimento da atenção de alta complexidade

Subgrupo de procedimento	Menor 1 ano		De 1 a 4 anos		De 5 a 9 anos		De 10 a 14 anos		De 15 a 19 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Coleta de material	-	-	-	-	1	0,0%	-	-	-	-	1	0,0%
Diagnóstico em laboratório clínico	19	1,1%	12	0,1%	2	0,0%	16	0,0%	6	0,0%	55	0,0%
Diagnóstico por radiologia	-	-	-	-	2	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	4	0,0%
Diagnóstico por ultrassonografia	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,0%	1	0,0%
Diagnóstico por tomografia	24	1,4%	39	0,4%	48	0,3%	65	0,1%	128	0,3%	304	0,2%
Diagnóstico por ressonância magnética	3	0,2%	25	0,2%	45	0,3%	43	0,1%	59	0,1%	175	0,1%
Diagnóstico por medicina nuclear in vivo	23	1,4%	24	0,2%	9	0,1%	11	0,0%	8	0,0%	75	0,1%
Métodos diagnósticos em especialidades	-	-	2	0,0%	4	0,0%	-	-	4	0,0%	10	0,0%
Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos	2	0,1%	15	0,1%	4	0,0%	4	0,0%	10	0,0%	35	-0,0%
Tratamento em oncologia	9	0,5%	46	0,4%	16	0,1%	-	-	13	0,0%	84	0,1%
Tratamento em nefrologia	-	-	-	-	-	-	15	0,0%	54	0,1%	69	0,1%
Hemoterapia	-	-	-	-	1	0,0%	-	-	-	-	1	0,0%
Tratamentos odontológicos	-	-	-	-	-	-	18	0,0%	24	0,1%	42	0,0%
Terapias especializadas	-	-	-	-	-	-	-	-	3	0,0%	3	0,0%
Bucomaxilofacial	-	-	-	-	-	-	-	-	13	0,0%	13	0,0%
Coleta e exames para fins de doação de órgãos, tecidos e células e de transplante	1	0,1%	-	-	3	0,0%	2	0,0%	224	0,6%	230	0,2%
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	1.579	95,1%	10.130	98,4%	17.859	99,2%	66.205	99,7%	39.629	98,6%	135.402	99,2%
Total Geral	1.660	1,2%	10.293	7,5%	17.994	13,2%	66.380	48,6%	40.177	29,4%	136.504	100%

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIASUS), 2019.

4.3.1. Atenção Hospitalar

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no âmbito do SUS, foi instituída pela Portaria de Consolidação MS nº 2/2017 a qual estabelece, dentre outros assuntos, diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é a ferramenta que registra todos os atendimentos e procedimentos financiados pelo SUS, incluindo os de média e alta complexidade.

As três principais causas de internação na faixa etária de 0 a 19 anos, segundo CID-10: doenças do aparelho respiratório (22,2%); gravidez, parto e puerpério (11,2%) e lesões; envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (10,8%). Em relação à faixa etária, quase metade (49,4%) das internações ocorreram em crianças de até cinco anos com destaque para as bronquites e as pneumonias (respectivamente 97 e 143 casos de um total de 348 casos). A segunda maior frequência para as internações em menores de 1 ano está relacionada a afecções originadas no período perinatal (23,9%).



Tabela 11 – Frequência de internações segundo morbidade hospitalar do SUS

Subgrupo de procedimento	Menor 1 ano		De 1 a 4 anos		De 5 a 9 anos		De 10 a 14 anos		De 15 a 19 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Doenças infecciosas e parasitárias	34	5,5%	32	7,8%	9	3,4%	4	1,9%	12	2,1%	91	4,4%
Neoplasias (tumores)	13	2,1%	15	3,6%	9	3,4%	6	2,9%	15	2,6%	58	2,8%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	4	0,7%	6	1,5%	6	2,3%	4	1,9%	2	0,3%	22	1,1%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4	0,7%	6	1,5%	3	1,1%	4	1,9%	9	1,6%	26	1,2%
Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	-	-	11	5,3%	45	7,8%	56	2,7%
Doenças do sistema nervoso	9	1,5%	12	2,9%	22	8,3%	7	3,3%	5	0,9%	55	2,6%
Doenças do olho e anexos	3	0,5%	2	0,5%	-	-	-	-	2	0,3%	7	0,3%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,3%	12	2,9%	-	-	1	0,5%	1	0,2%	16	0,8%
Doenças do aparelho circulatório	9	1,5%	3	0,7%	3	1,1%	5	2,4%	9	1,6%	29	1,4%
Doenças do aparelho respiratório	215	35,0%	133	32,3%	67	25,3%	23	11,0%	24	4,1%	462	22,2%
Doenças do aparelho digestivo	21	3,4%	36	8,7%	31	11,7%	27	12,9%	35	6,0%	150	7,2%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	7	1,1%	20	4,9%	5	1,9%	3	1,4%	2	0,3%	37	1,8%
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1	0,2%	1	0,2%	7	2,6%	4	1,9%	6	1,0%	19	0,9%
Doenças do aparelho geniturinário	13	2,1%	19	4,6%	27	10,2%	22	10,5%	36	6,2%	117	5,6%
Gravidez parto e puerpério	1	0,2%	-	-	-	-	11	5,3%	222	38,3%	234	11,2%
Algumas afecções originadas no período perinatal	147	23,9%	-	-	-	-	-	-	2	0,3%	149	7,2%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	26	4,2%	24	5,8%	9	3,4%	11	5,3%	6	1,0%	76	3,7%
Sintomas sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	28	4,6%	35	8,5%	24	9,1%	29	13,9%	45	7,8%	161	7,7%
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	20	3,3%	46	11,2%	38	14,3%	33	15,8%	88	15,2%	225	10,8%
Contatos com serviços de saúde	58	9,4%	10	2,4%	5	1,9%	4	1,9%	14	2,4%	91	4,4%
Total Geral	615	29,6%	412	19,8%	265	12,7%	209	10%	580	27,9%	2.081	100%

Fonte: Ministério da Saúde: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIASUS), 2019.

Nota técnica: Quantitativos de internações hospitalares por morbidade (lista do CID-10) e faixa etária referente ao período de janeiro à dezembro de 2019, tabulados e disponibilizados pelo DATASUS. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrsp.def> >. Acesso em 16 de novembro de 2020. Diferença de 124 casos entre os dados disponíveis no domínio público do DATASUS < <http://tabnet.datasus.gov.br/> > (2.081) e os dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (2.205) para cálculo do indicador por território.

Indicador 1: Internações hospitalares da população de 0 a 17 anos de idade

Neste indicador, a Região 4 apresenta a taxa de 119,3, o maior valor entre as regiões por mil habitantes, a Região 3 têm a menor taxa, 9,7 e a média geral de São Carlos é de 41,1 internações por mil habitantes na faixa etária de 0 a 17 anos. A razão entre o maior e o menor valor para o município é 12,3 vezes.

	Região Geográfica	População residente de 0 a 17 anos	Internações da população de 0 a 17 anos de idade	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 14	730	-	-
	Região 3	2.567	25	9,7
	Região 17	971	14	14,4
	Região 2	4.880	76	15,6
Baixo	Região 16	1.491	25	16,8
	Região 11	5.309	103	19,4
	Região 1	1.730	52	30,1
Médio	Região 12	2.692	81	30,1
	Região 10	2.796	85	30,4
	Região 9	2.970	96	32,3
Alto	Região 5	7.153	248	34,7
	Região 15	3.071	109	35,5
	Região 13	2.345	84	35,8
Muito Alto	Região 8	2.740	103	37,6
	Região 6	6.449	415	64,4
	Região 7	1.765	151	85,6
	Região 4	3.488	416	119,3
	Não informado	-	122	-
	Município	53.147	2.205	41,5

Definição

Internações hospitalares divididas pela população de 0 a 17 anos, vezes 1000

Menor Valor	Região 3	9,7
Média	São Carlos	41,5
Maior Valor	Região 4	119,3

12,3 vezes

É a razão do maior valor em relação ao menor valor entre as regiões

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informações Hospitalares, 2019.

Nota técnica: Diferença de 124 casos entre os dados disponíveis no domínio público do DATASUS < <http://tabnet.datasus.gov.br/> > (2.081) e os dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (2.205).

Tipo de procedimento por faixa etária	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 14 anos		De 15 a 17 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Procedimentos cirúrgicos	171	12,6%	137	39,8%	93	59,2%	122	35,4%	523	24%
Procedimentos clínicos	1.188	87,4%	206	59,9%	64	40,8%	223	64,6%	1.681	76%
Procedimentos com finalidade diagnóstica	-	-	1	0,3%	-	-	-	-	1	0%
Total Geral	1.359	100%	344	100%	157	100%	345	100%	2.205	100%

Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informações Hospitalares, 2019.

Representação gráfica do indicador por região geográfica

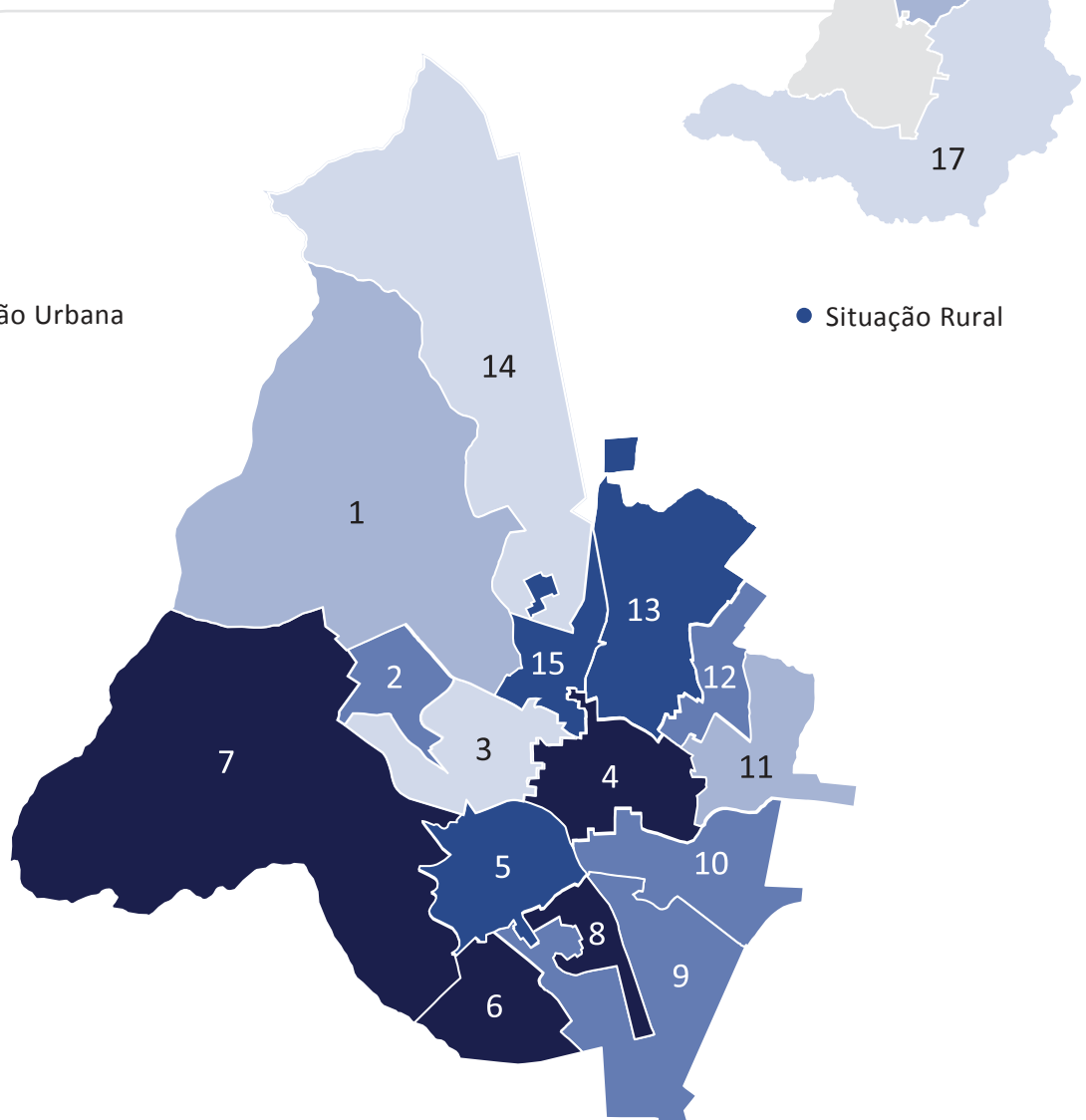
O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------

● Situação Urbana

● Situação Rural



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

Indicador 2: Internação Hospitalar da população de 18 a 21 anos de idade

Foram registradas no Sistema de Internações Hospitalares (SIH, 2019) 789 internações de média e alta complexidade no município de São Carlos de pessoas entre 18 a 21 anos, o que gerou uma taxa de 54,4. A Região 7 apresenta a maior taxa (147,6), cuja razão sobre a Região 3 (13,7), com a menor taxa, é de 11,9. A Região 14 não apresentou nenhum registro. Em relação ao tipo de procedimento predomina os procedimentos clínicos (59,4%).

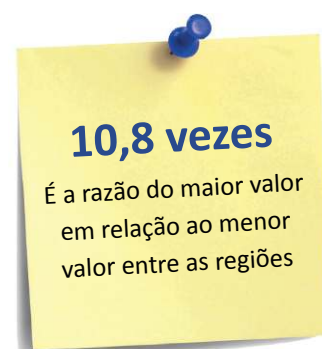
	Região Geográfica	População residente de 18 a 21 anos	Internações da População de 18 a 21 anos	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 14	164	-	-
	Região 3	732	10	13,7
	Região 17	199	3	15,1
	Região 10	922	25	27,1
Baixo	Região 11	1.265	42	33,2
	Região 15	1.100	38	34,5
	Região 2	1.279	45	35,2
Médio	Região 9	690	25	36,2
	Região 1	378	14	37,0
	Região 5	2.091	79	37,8
Alto	Região 16	338	14	41,4
	Região 12	644	27	41,9
	Região 13	736	38	51,6
Muito Alto	Região 8	827	47	56,8
	Região 6	1.456	134	92,0
	Região 4	1.324	156	117,8
	Região 7	359	53	147,6
	Não informado	-	39	-
	Município	14.504	789	54,4

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019.

Definição

Internação hospitalar da população de 18 a 21 anos de idade, dividido pelo total da população da mesma idade, vezes 1000

Menor Valor	Região 3	13,7
Média	São Carlos	54,4
Maior Valor	Região 7	147,6



Procedimentos

Procedimentos clínicos	469	59,4%
Procedimentos cirúrgicos	320	40,6%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

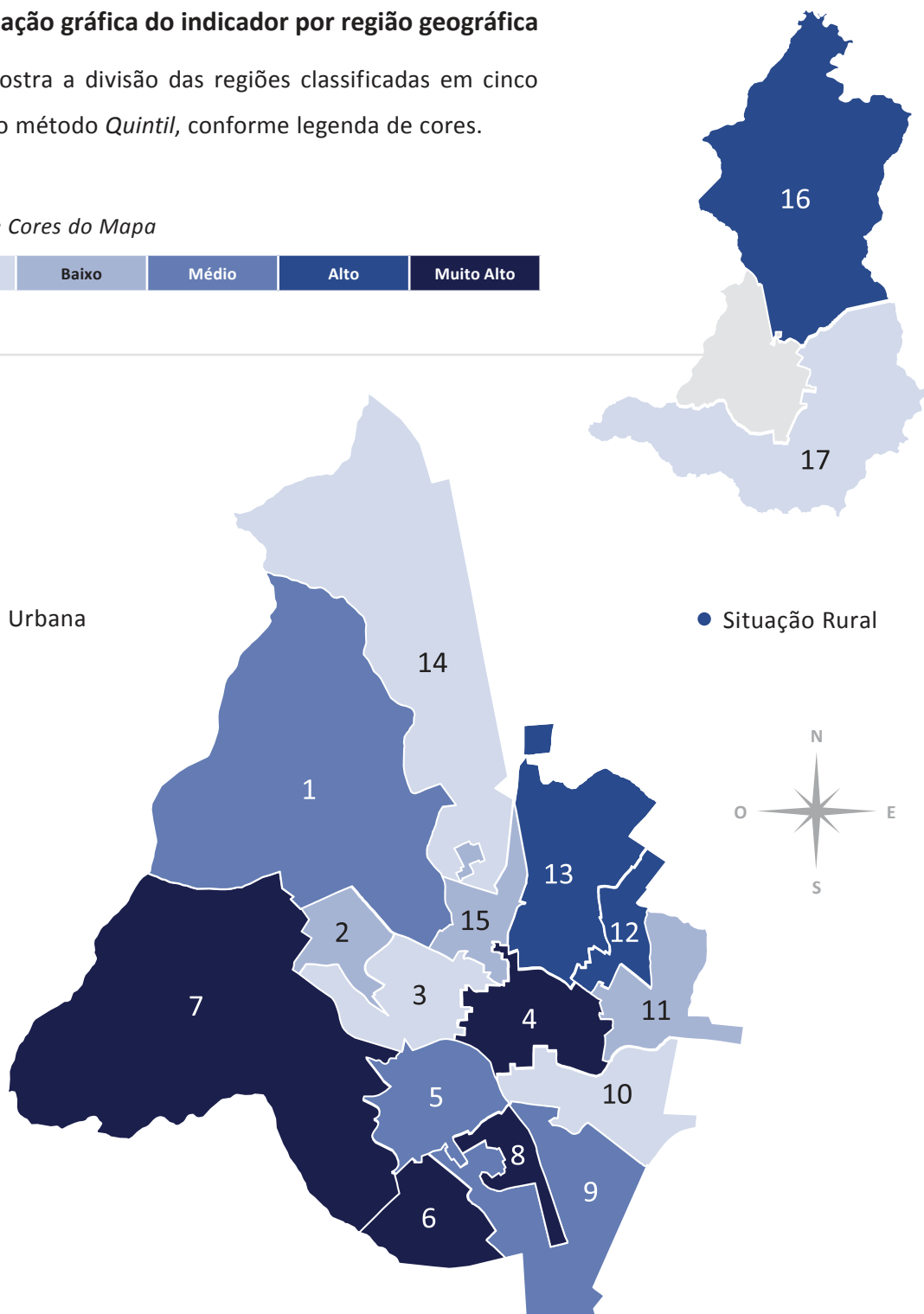
O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------

● Situação Urbana

● Situação Rural



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

4.4. POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), implantado a partir de 1990 com o objetivo de reunir dados sobre os nascimentos informados em todo o território nacional, o qual contempla uma série de variáveis, dentre as quais destaca-se a duração da gestação, o peso do recém-nascido, a idade da mãe, o local de ocorrência e o tipo do parto²¹. É alimentado por instituições públicas e privadas, e a partir de sua criação foi 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, de baixo peso, dentre outros.

4.4.1. Sobre Nascidos Vivos

A taxa de natalidade é um indicador demográfico que representa o número de crianças nascidas vivas em relação ao de habitantes de um determinado local, no período de um ano. O cálculo é feito a cada mil habitantes, excluindo-se o número de crianças nascidas mortas ou que morreram logo após o nascimento.

A Tabela 12 mostra com detalhes as informações dos nascimentos em São Carlos no ano de 2019, e neste ano, como características maternas, predominam gestantes com companheiros (75,9%), escolaridade com 8 anos de estudo ou mais (58,8%), com 7 consultas ou mais no pré-natal (82,3%), com gestações anteriores (61,3%), sem abortos ou filhos mortos (80,6%), e com parto via cesárea (60,9%). Nos recém-nascidos predomina, 90,4% com peso maior que 2,5kg, Apgar de 7 ou mais no 1º minuto 95,4% e no 5º minuto 98,6% e a gestação de 37 semanas ou mais 90,1%.

Comparando as características maternas total, com as características das mães de até 17 anos e de 18 a 21 anos de idade, na variável anos de estudo tem-se 66,7% e 81,5%, com 7 consultas ou mais no pré-natal 68,5% e 77,9%, com gestações anteriores 16,2% e 40,9% e com cesárias 37,8% e 42,4%. Quanto às características dos recém-nascidos das mães de até 17 anos e de 18 a 21 anos de idade são semelhantes ao geral de nascidos vivos.

20 Sua fonte de dados é a Declaração dos Nascidos Vivos, padronizada pelo Ministério da Saúde, instituída pelo inciso VI do art. 10 da Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Tabela 12 – Características dos nascimentos, segundo o SINASC - ano de 2019

	Até 17 anos		De 18 a 21 anos		De 22 a 34 anos		35 anos ou mais		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Total	111	3,8%	335	11,5%	1856	63,8%	609	20,9%	2911	100,0%
Características da Mãe										
Situação Conjugal										
Com companheiro	53	47,7%	197	58,8%	1457	78,5%	502	82,4%	2209	75,9%
Sem companheiro	58	52,3%	138	41,2%	396	21,3%	106	17,4%	698	24,0%
Não informado	-	-	-	-	3	0,2%	1	0,2%	4	0,1%
Escolaridade										
8 anos de estudo ou mais	74	66,7%	273	81,5%	1090	58,7%	276	45,3%	1713	58,8%
Menos que 8 anos de estudo	37	33,3%	62	18,5%	766	41,3%	333	54,7%	1198	41,2%
Consulta pré-natal										
Menos de 7 consultas	31	27,9%	66	19,7%	232	12,5%	81	13,3%	410	14,1%
7 consultas ou mais	76	68,5%	261	77,9%	1553	83,7%	505	82,9%	2395	82,3%
Não informado	4	3,6%	8	2,4%	71	3,8%	23	3,8%	106	3,6%
Gestações anteriores										
Nulípara*	93	83,8%	198	59,1%	711	38,3%	126	20,7%	1128	38,7%
Múltipara	18	16,2%	137	40,9%	1145	61,7%	483	79,3%	1783	61,3%
Filhos mortos ou abortos										
Sim	10	9,0%	39	11,6%	344	18,5%	172	28,2%	565	19,4%
Não	101	91,0%	296	88,4%	1512	81,5%	437	71,8%	2346	80,6%
Tipo de parto										
Cesário	42	37,8%	142	42,4%	1156	62,3%	433	71,1%	1773	60,9%
Vaginal	69	62,2%	193	57,6%	700	37,7%	176	28,9%	1138	39,1%
Características do Nascido Vivo										
Peso ao nascer										
Baixo Peso (< 2500Kg)	13	11,7%	34	10,1%	181	9,8%	52	8,5%	280	9,6%
Peso Normal (>=2.500Kg)	98	88,3%	301	89,9%	1675	90,2%	557	91,5%	2631	90,4%
Apgar 1º minuto										
Menos que 7	10	9,0%	14	4,2%	70	3,8%	24	3,9%	118	4,1%
7 ou mais	100	90,1%	320	95,5%	1774	95,6%	582	95,6%	2776	95,4%
Não informado	1	0,9%	1	0,3%	12	0,6%	3	0,5%	17	0,6%
Apgar 5º minuto										
Menos que 7	2	1,8%	2	0,6%	14	0,8%	6	1,0%	24	0,8%
7 ou mais	108	97,3%	332	99,1%	1831	98,7%	600	98,5%	2871	98,6%
Não informado	1	0,9%	1	0,3%	11	0,6%	3	0,5%	16	0,5%
Duração da gestação										
Menos que 37 semanas	16	14,4%	29	8,7%	170	9,2%	73	12,0%	288	9,9%
37 semanas ou mais	95	85,6%	306	91,3%	1686	90,8%	536	88,0%	2623	90,1%
Anomalia congênita										
Sim	-	-	-	-	1	0,1%	-	-	1	-
Não	108	97,3%	322	96,1%	1751	94,3%	573	94,1%	2754	94,6%
Não informado	3	2,7%	13	3,9%	104	5,6%	36	5,9%	156	5,4%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019.

*Nulípara refere-se à primeira gestação de uma mulher e múltiparas a mulher que já teve mais de uma gestação.

Indicador 3: Natalidade

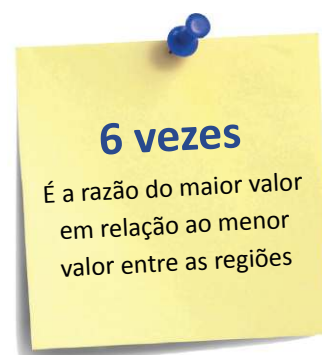
A média geral é de 13,1 nascidos vivos a cada mil habitantes. A Região 1 possui a maior taxa (34,9) a cada mil e a Região 14 a menor taxa (5,8) a cada mil habitantes. A razão entre as duas taxas é de 6,0 vezes. Do total de nascimentos (111) ou 3,8% são de mães adolescentes e 11,5% de mães com idade de 18 a 21 anos.

	Região Geográfica	População Total	Nascidos Vivos	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 14	2.761	16	5,8
	Região 5	34.291	299	8,7
	Região 12	9.655	87	9,0
	Região 4	22.638	207	9,1
Baixo	Região 3	11.842	109	9,2
	Região 16	5.293	50	9,4
	Região 11	20.922	209	10,0
Médio	Região 15	14.995	163	10,9
	Região 17	3.307	36	10,9
	Região 10	14.587	159	10,9
Alto	Região 13	12.207	143	11,7
	Região 8	12.136	152	12,5
	Região 2	17.726	272	15,3
Muito Alto	Região 9	9.402	167	17,8
	Região 6	18.891	478	25,3
	Região 7	4.590	132	28,8
	Região 1	6.652	232	34,9
Município		221.895	2.911	13,1

Definição

Nascidos Vivos dividido pelo População Total, vezes 1000

Menor Valor	Região 14	5,8
Média	São Carlos	13,1
Maior Valor	Região 1	34,9



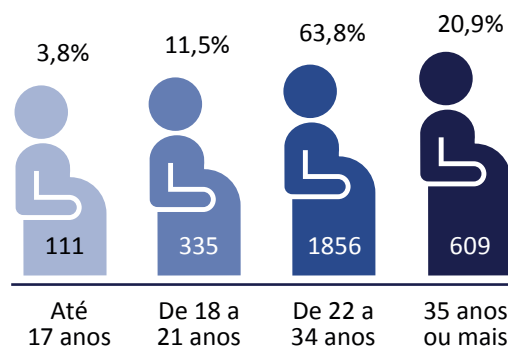
Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019

Nascidos vivos²² por sexo



Nascidos vivos com anomalias congênicas 1 (Região 9)

Nascidos vivos Por faixa etária da mãe



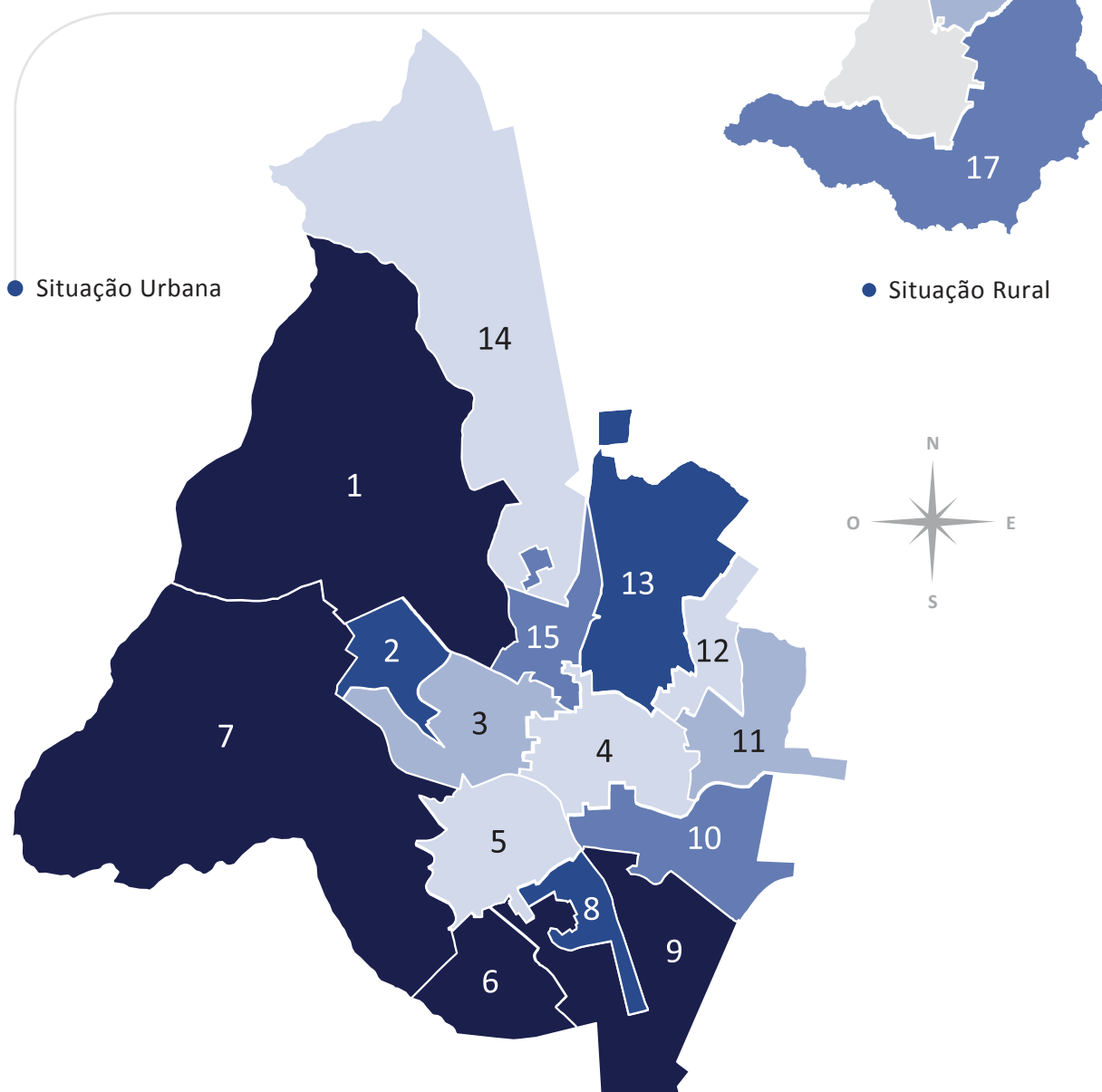
²¹ Sua fonte de dados é a Declaração dos Nascidos Vivos, padronizada pelo Ministério da Saúde, instituída pelo inciso VI do art. 10 da Lei 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente.

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

Indicador 4: Gravidez na adolescência, segundo a Organização mundial de Saúde (OMS)

A OMS considera gravidez na adolescência os nascidos vivos de mulheres com idade de 10 a 19 anos e compara com o total de nascidos vivos no período. Com base nesse critério, a média do município foi de 8,5% nascidos vivos de mulheres adolescentes a cada cem nascidos vivos no ano de 2019.

	Região Geográfica	Total de Nascidos Vivos	Mulheres com idade de 10 a 19 anos que tiveram filhos nascidos vivos	Indicador (%)
Muito Baixo	Região 14	16	-	-
	Região 1	232	5	2,2%
	Região 13	143	6	4,2%
	Região 15	163	7	4,3%
Baixo	Região 4	207	11	5,3%
	Região 3	109	6	5,5%
	Região 17	36	2	5,6%
Médio	Região 11	209	14	6,7%
	Região 10	159	11	6,9%
	Região 5	299	21	7,0%
Alto	Região 16	50	4	8,0%
	Região 2	272	23	8,5%
	Região 8	152	13	8,6%
Muito Alto	Região 9	167	20	12,0%
	Região 12	87	12	13,8%
	Região 6	478	66	13,8%
	Região 7	132	26	19,7%
Município		2.911	247	8,5%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019.

Definição

Mulheres com idade de 10 a 19 anos que tiveram filhos nascidos vivos dividido pelo Total de Nascidos Vivos, vezes 100

Menor Valor	Região 1	2,2%
Média	São Carlos	8,5%
Maior Valor	Região 7	19,7%

9 vezes

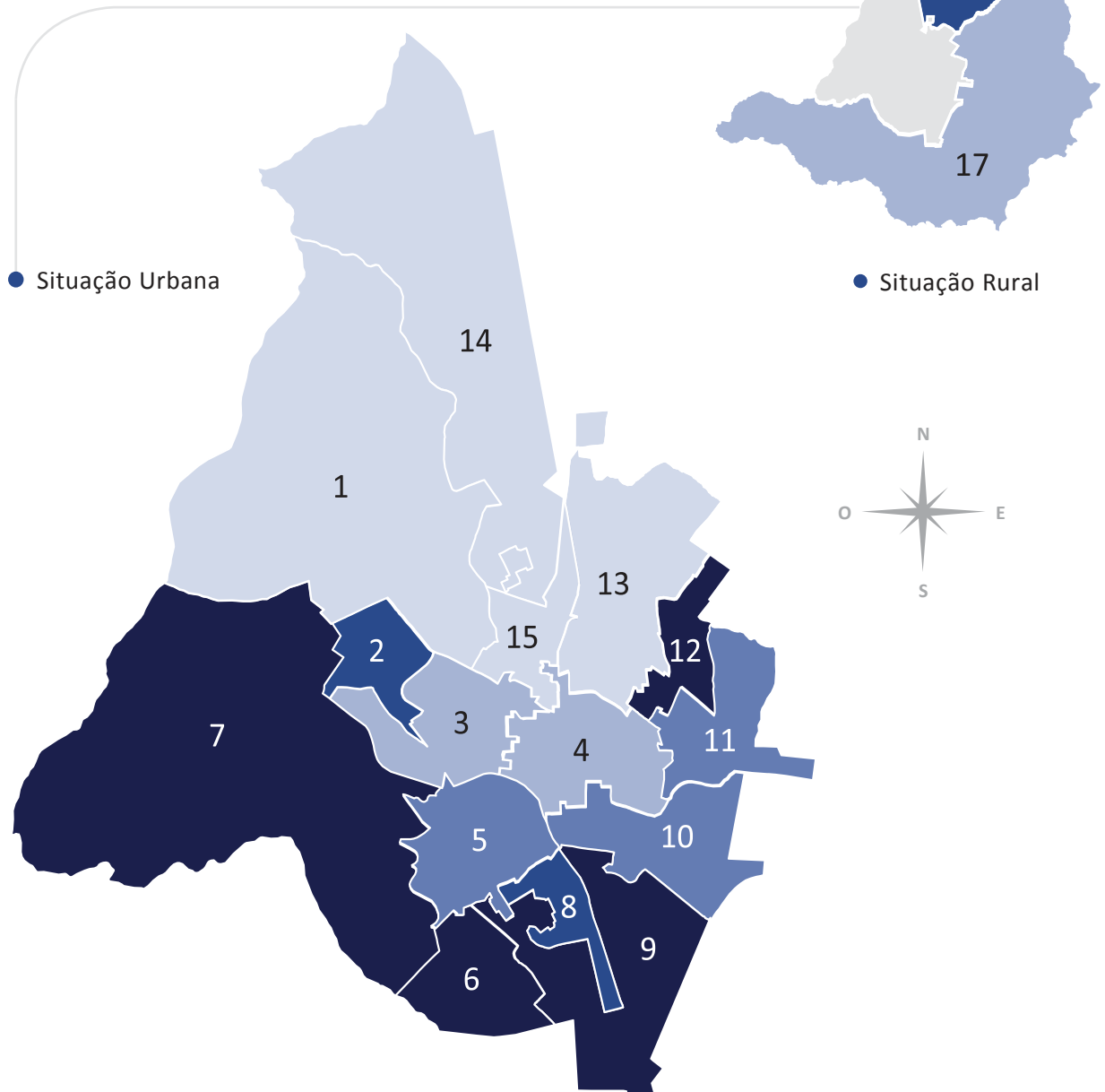
É a razão do maior valor em relação ao menor valor entre as regiões

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

Indicador 5: Gravidez na Adolescência segundo o ECA

O maior valor neste indicador é 7,9% na Região 6, o menor é 0,5% na Região 4, tendo a média do município em 3,8%. A razão entre o maior e o menor valor para o município é 15,8 vezes.

	Região Geográfica	Total de Nascidos Vivos	Mulheres de 12 a 17 anos que tiveram filhos nascidos vivos	Indicador (%)
Muito Baixo	Região 14	16	-	-
	Região 4	207	1	0,5%
	Região 15	163	2	1,2%
	Região 1	232	3	1,3%
Baixo	Região 13	143	2	1,4%
	Região 3	109	2	1,8%
	Região 11	209	5	2,4%
Médio	Região 10	159	4	2,5%
	Região 17	36	1	2,8%
	Região 5	299	9	3,0%
Alto	Região 16	50	2	4,0%
	Região 2	272	12	4,4%
	Região 12	87	4	4,6%
Muito Alto	Região 9	167	8	4,8%
	Região 8	152	8	5,3%
	Região 7	132	10	7,6%
	Região 6	478	38	7,9%
	Município	2.911	111	3,8%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019.

Definição

Mulheres de 12 a 17 anos que tiveram filhos nascidos vivos dividido pelo Total de Nascidos Vivos, vezes 100

Menor Valor	Região 4	0,5%
Média	São Carlos	3,8%
Maior Valor	Região 6	7,9%

15,8 vezes

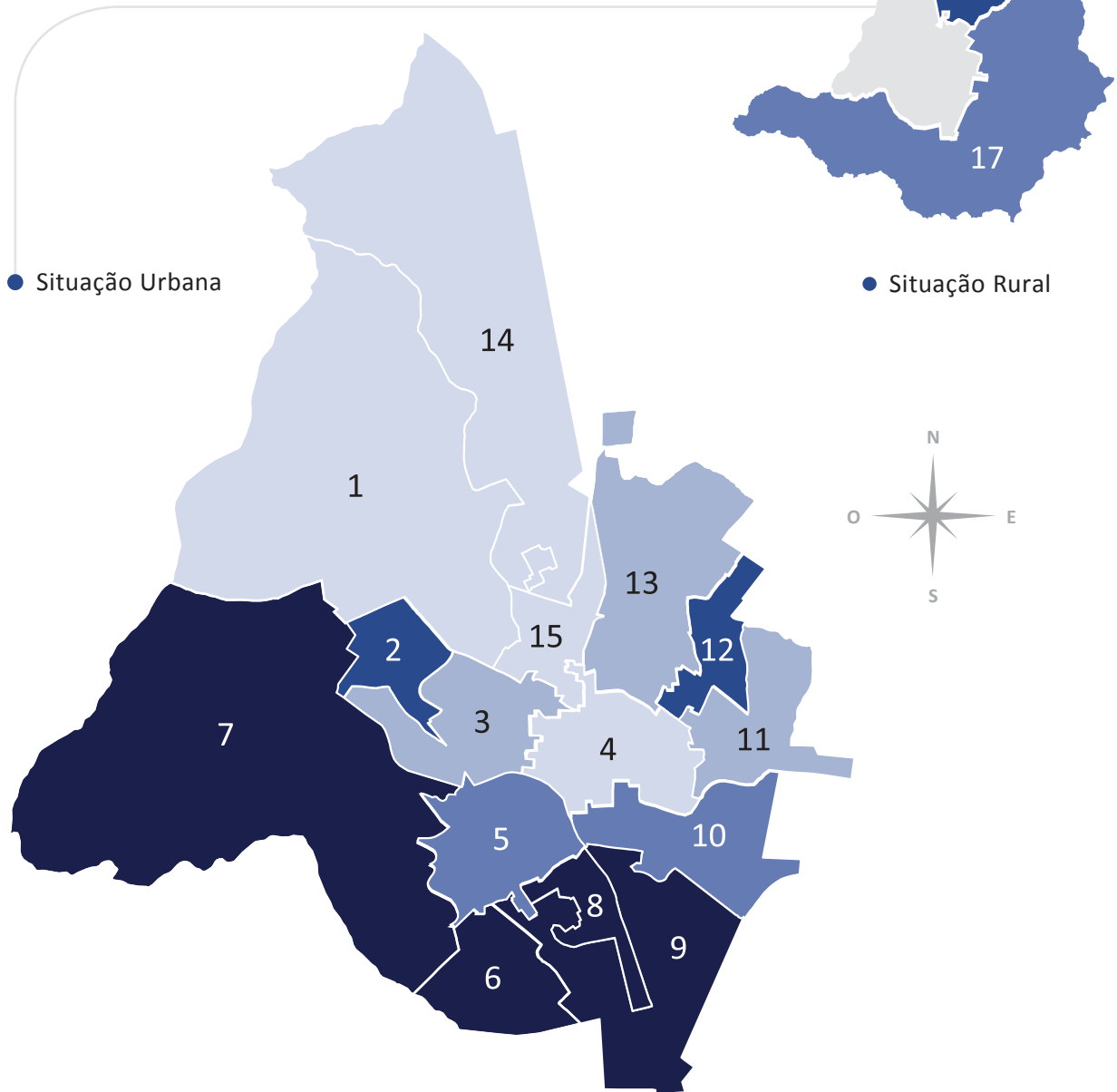
É a razão do maior valor em relação ao menor valor entre as regiões

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

Indicador 6: Pré-natal insuficiente²³

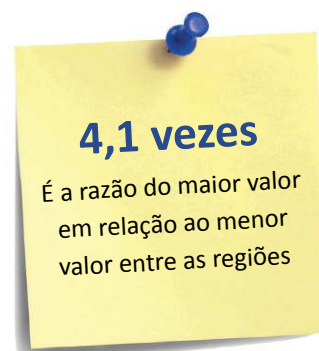
Do total de 2.911 nascidos vivos, 410 nasceram com menos de 7 (sete) consultas no pré-natal, o que representa na média geral do município, 14,1%. A Região 12 se destaca com 29,9%, a maior quantidade de mães que não realizaram as consultas previstas durante o período da gestação. E, por outro lado a Região 1 tem o menor valor, apenas 7,3% das mães não realizam sete consultas durante a gestação. A razão entre o maior e menor percentual de consulta é de 4,1 vezes. A maior incidência de pré-natal insuficiente é de mães com idade de 22 a 34 anos.

	Região Geográfica	Total Nascidos Vivos	Nascidos vivos com menos de 7 consultas no pré-natal ⁹	Indicador (%)
Muito Baixo	Região 14	16	-	-
	Região 1	232	17	7,3%
	Região 4	207	18	8,7%
	Região 3	109	11	10,1%
Baixo	Região 10	159	17	10,7%
	Região 11	209	23	11,0%
	Região 8	152	18	11,8%
Médio	Região 16	50	6	12,0%
	Região 15	163	21	12,9%
	Região 6	478	63	13,2%
Alto	Região 9	167	25	15,0%
	Região 2	272	42	15,4%
	Região 5	299	47	15,7%
Muito Alto	Região 17	36	8	22,2%
	Região 13	143	33	23,1%
	Região 7	132	35	26,5%
	Região 12	87	26	29,9%
	Município	2.911	410	14,1%

Definição

Nascidos vivos com menos de sete consultas no pré-natal, dividido pelo total de nascidos vivos, vezes 100

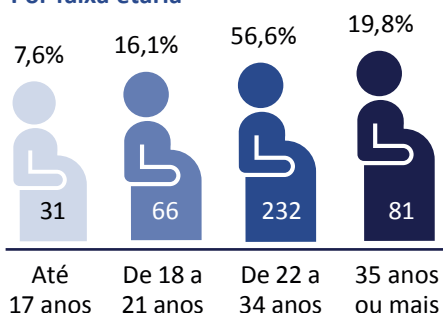
Menor Valor	Região 1	7,3%
Média	São Carlos	14,1%
Maior Valor	Região 12	29,9%



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019.

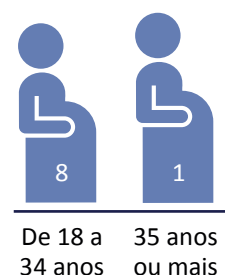
Pré natal insuficiente

Por faixa etária



Nº de Consultas

1 a 3	4 a 6	Nenhuma
74	327	9
18,0%	79,8%	2,2%



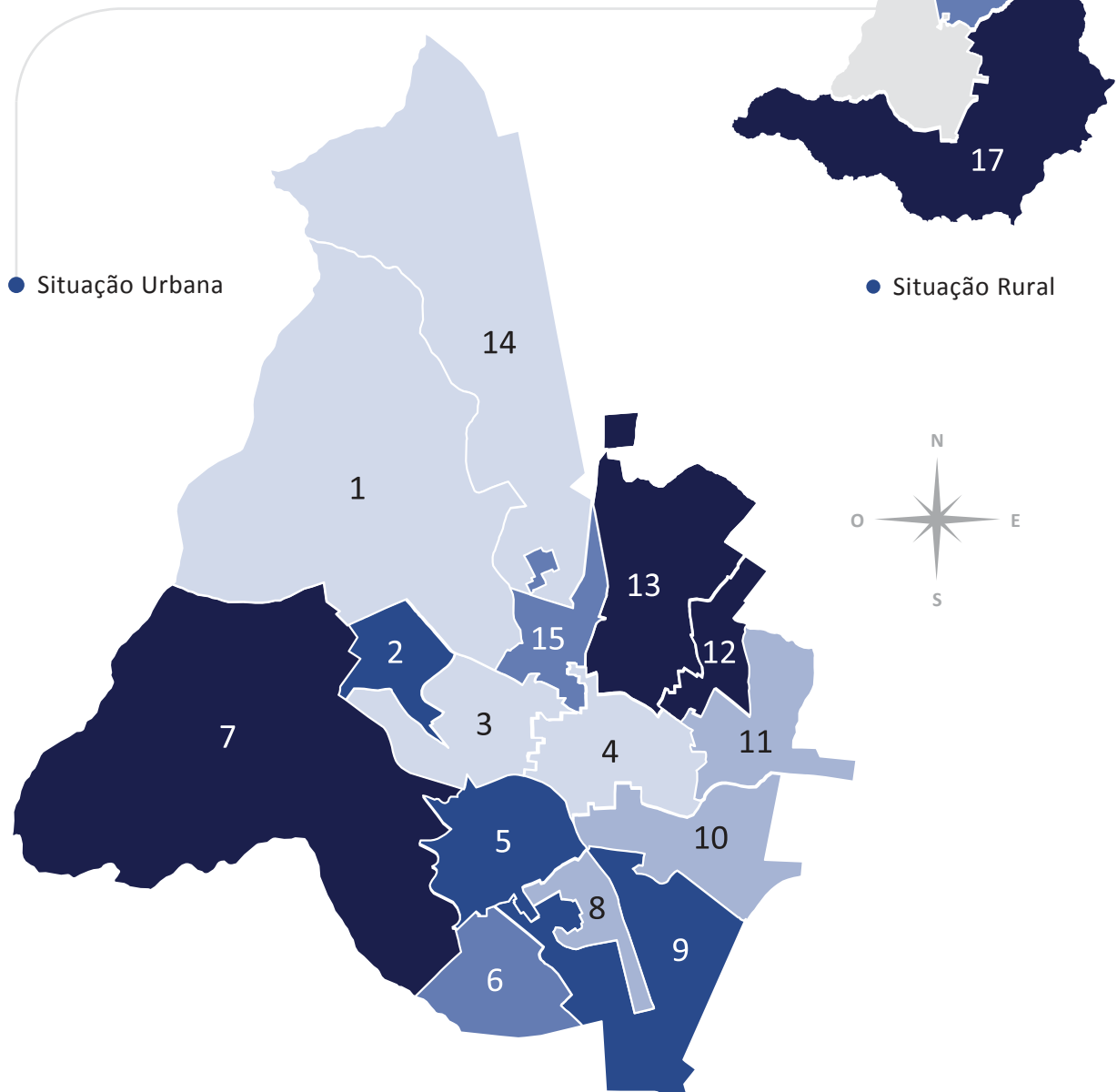
²² A Portaria nº 570/2000 estabelece o mínimo de 6 consultas de pré natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

Indicador 7: Nascidos vivos prematuros²⁴

Do total de 2.911 nascidos vivos, 288 nasceram com menos de 38 semanas completas (prematuros), o que representa uma taxa de 9,9% prematuros a cada cem nascidos vivos. A Região 9 é a que apresenta o maior valor, 15,0% e a Região 3 o menor, 5,5%. A razão entre as regiões com maior e menor valor é de 2,7 vezes. Em relação a faixa etária materna, predomina a de 22 a 34 anos, 59,0%.

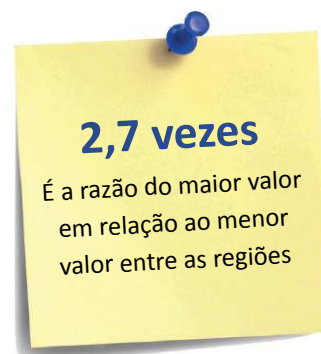
	Região Geográfica	Total de Nascidos Vivos	Nascidos vivos com menos de 38 semanas	Indicador (%)
Muito Baixo	Região 14	16	-	-
	Região 3	109	6	5,5%
	Região 5	299	21	7,0%
	Região 1	232	18	7,8%
Baixo	Região 16	50	4	8,0%
	Região 17	36	3	8,3%
	Região 13	143	13	9,1%
Médio	Região 7	132	12	9,1%
	Região 10	159	15	9,4%
	Região 11	209	20	9,6%
Alto	Região 4	207	21	10,1%
	Região 6	478	49	10,3%
	Região 12	87	9	10,3%
Muito Alto	Região 2	272	32	11,8%
	Região 8	152	19	12,5%
	Região 15	163	21	12,9%
	Região 9	167	25	15,0%
	Município	2.911	288	9,9%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019.

Definição

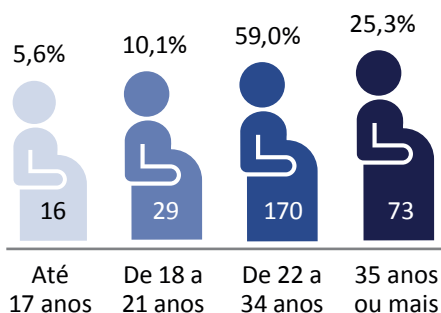
Nascidos vivos com menos de 38 semanas completas, dividido pelo total de nascidos vivos, vezes 100

Menor Valor	Região 3	5,5%
Média	São Carlos	9,9%
Maior Valor	Região 9	15,0%



Nascidos vivos prematuros

Por faixa etária materna



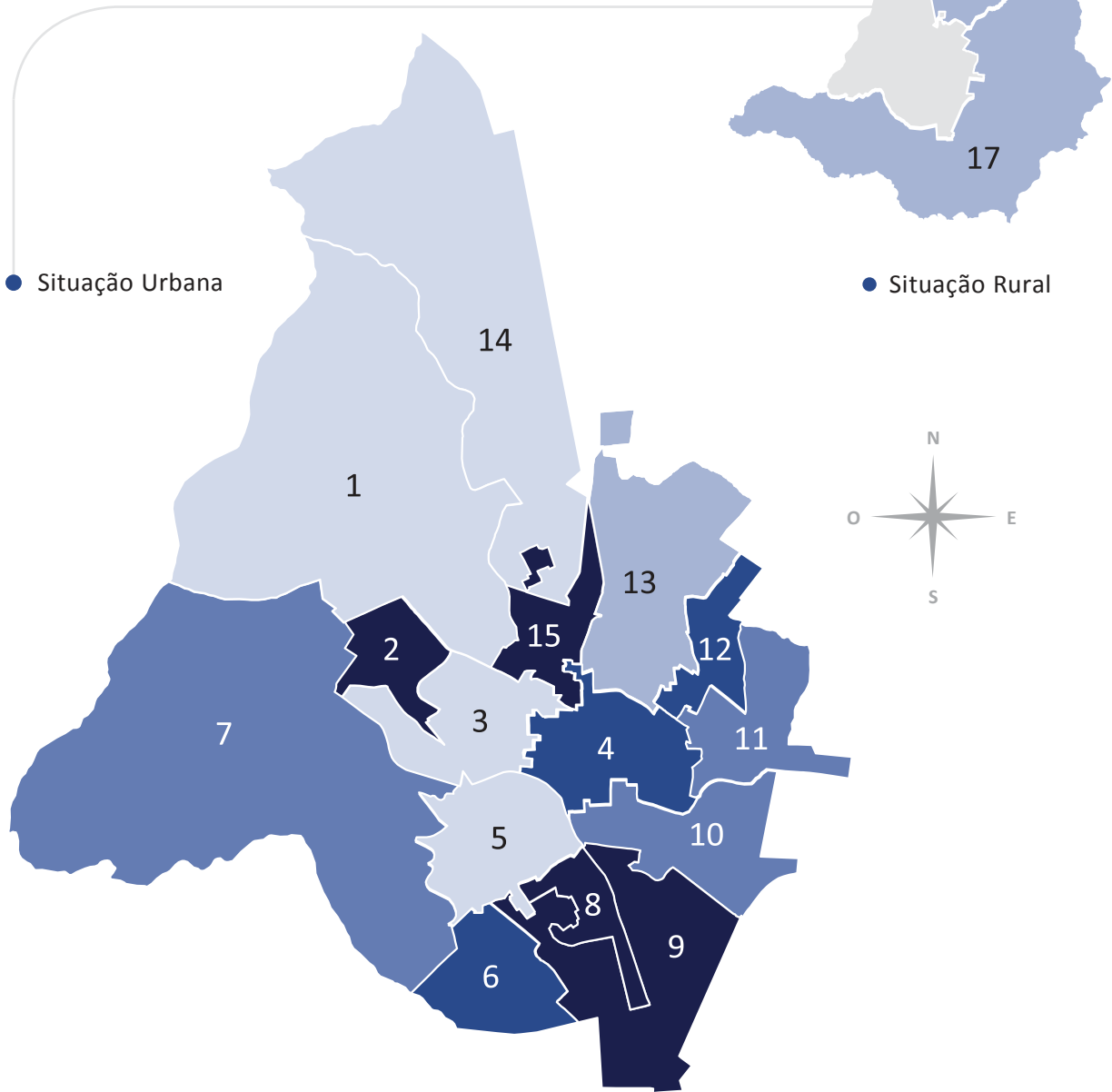
²³ Segundo Ministério da Saúde, é considerado prematuro o nascimento com menos de 38 semanas, período adequado para o desenvolvimento fetal.

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

Indicador 8: Baixo Peso ao Nascer

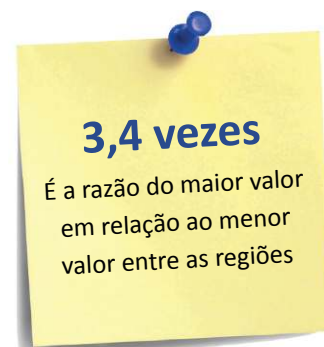
Do total de 2.911 nascidos vivos no município no ano de 2019, 280 ou 9,6%, nasceram abaixo de 2,5kg, portanto considerados como “baixo peso ao nascer”. A Região 15 teve o maior percentual de baixo peso (13,5%) e a Região 16 o menor (4,0%). A razão entre o maior e menor valor é de 3,4 vezes. O baixo peso entre as mães adolescentes representou 5,0% (14). A sobreposição de baixo peso mais prematuridade nos filhos de adolescentes foi notificada em 7 nascimentos.

	Região Geográfica	Total de nascidos vivos	Nascidos vivos com baixo peso ao nascer	Indicador (%)
Muito Baixo	Região 14	16	-	-
	Região 16	50	2	4,0%
	Região 1	232	14	6,0%
	Região 3	109	7	6,4%
Baixo	Região 13	143	11	7,7%
	Região 17	36	3	8,3%
	Região 5	299	27	9,0%
Médio	Região 7	132	12	9,1%
	Região 10	159	15	9,4%
	Região 11	209	20	9,6%
Alto	Região 6	478	48	10,0%
	Região 12	87	9	10,3%
	Região 4	207	22	10,6%
Muito Alto	Região 2	272	30	11,0%
	Região 8	152	17	11,2%
	Região 9	167	21	12,6%
	Região 15	163	22	13,5%
	Município	2.911	280	9,6%

Definição

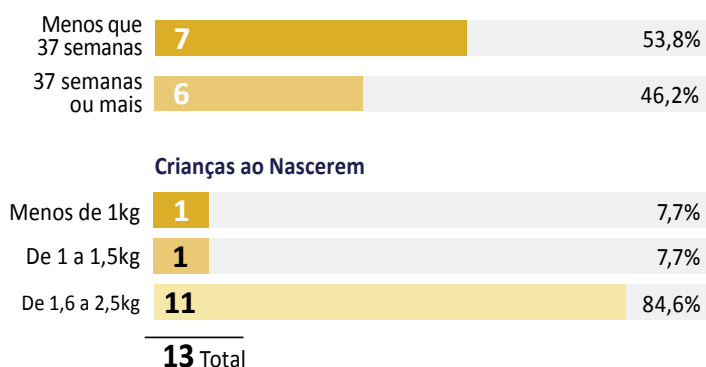
Nascidos vivos com menos de 2,5kg ao nascer, dividido pelo total de nascidos vivos, vezes 100

Menor Valor	Região 16	4,0%
Média	São Carlos	9,6%
Maior Valor	Região 15	13,5%

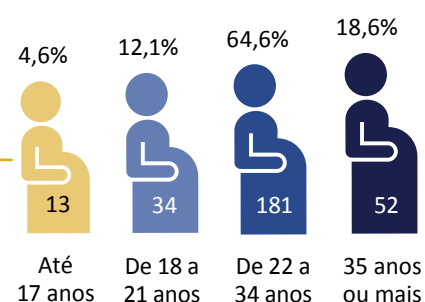


Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINASC, 2019.

Mães adolescentes durante a gestação



Baixo peso ao nascer (< 2500Kg) Por faixa etária da mãe

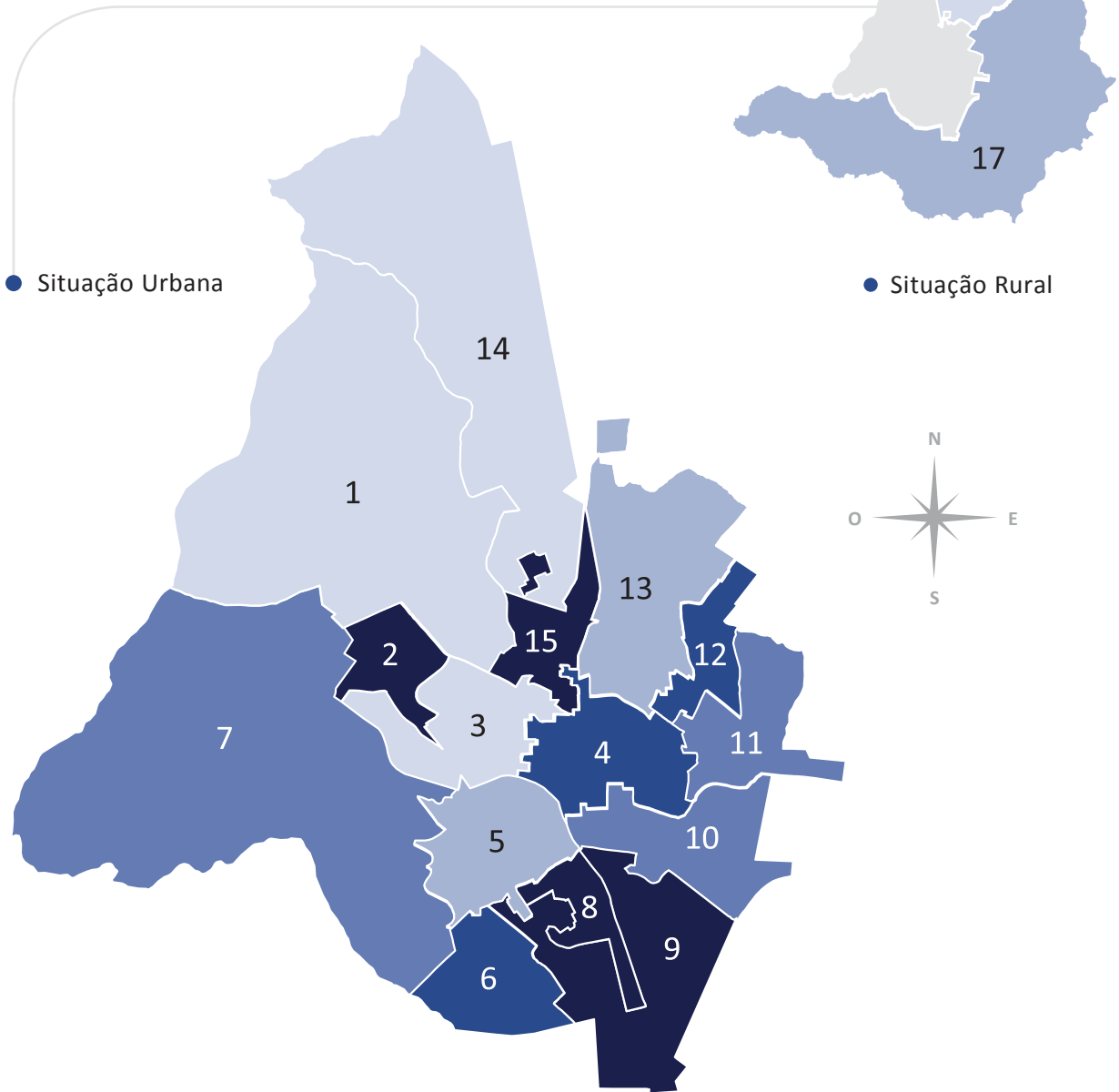


Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

4.4.2. Sobre Mortalidade

O Sistema de Informação sobre mortalidade (SIM) é a base de dados de mortalidade oficial do país, com finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre os óbitos ocorridos. A partir de sua implantação foi possível subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública.

No período de 2015 a 2019, houve uma redução significativa no número de óbitos no ano de 2019, com redução de aproximadamente 43% em relação ao ano de 2018.

Tabela 13 – Série histórica do número de óbitos por faixa etária

Faixa etária	2015	2016	2017	2018	2019
Menor de 1 ano	21	26	25	33	14
De 1 a 4 anos	3	3	2	2	3
De 5 a 9 anos	3	2	-	3	1
De 10 a 14 anos	2	6	2	1	3
De 15 a 19 anos	10	12	11	12	7
Total	39	40	51	49	28

Fonte: Ministério da Saúde: SIM, 2019. Referência: julho de 2020.

A classificação de evitabilidade dos óbitos leva em conta as situações que podem ser prevenidas pela atuação dos serviços de saúde. Segundo a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis do SUS, dos 28 óbitos registrados na faixa de idade de 0 a 19 anos, 21 foram classificados como evitável, conforme tabela abaixo. A causa que mais se destacou foi por atenção a causas externas na idade entre 10 a 19 anos.

Tabela 14 – Número de óbitos por causas evitáveis por faixa etária

Tipo de causas do óbito	Menor de 1 ano	De 1 a 4 anos	De 5 a 9 anos	De 10 a 14 anos	De 15 a 19 anos
Ações de diagnóstico e tratamento adequado	-	2	-	-	-
Ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção	-	1	-	-	-
Ações adequadas de promoção à saúde, prevenção, controle e atenção às doenças não transmissíveis	-	-	1	-	1
Ações adequadas de prevenção, controle e atenção às causas de morte materna	-	-	-	-	1
Ações intersetoriais adequadas de promoção à saúde, prevenção e atenção às causas externas	-	-	-	2	5
Causas mal definidas	-	-	-	1	-
Demais causas (não claramente evitáveis)	-	3	1	-	3
Total	0	6	2	3	10

Fonte: Ministério da Saúde: SIM, 2019. Referência: julho de 2020.

Analisando a mortalidade por causas externas, a faixa etária que mais se destaca é a de 12 a 14 anos, com 50,0% do total de notificações, seguida das faixas de 1 a 5 anos e de 15 a 17 anos, ambas com 25,0% cada. A faixa etária de 6 a 11 anos não apresentou registros.

Tabela 15 – Mortalidade de 0 a 17 anos por causas externas

Faixa etária	Óbitos por causa externa			
	Não		Sim	
	Quant.	%	Quant.	%
De 0 a 364 dias	14	77,8%	-	-
De 1 a 5 anos	2	11,1%	1	25,0%
De 6 a 11 anos	1	5,6%	-	-
De 12 a 14 anos	1	5,6%	2	50,0%
De 15 a 17 anos	-	-	1	25,0%
Total Geral	18	100,0%	4	100,0%

Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, 2019.

A Tabela 16 detalha os óbitos ocorrido em São Carlos no ano de 2019 por causa e faixa etária. A maior quantidade de óbitos ocorreu nas faixas de idade de 1 a 15 e de 12 a 14 anos (75%) do total.

Tabela 16 – Mortalidade de 1 a 17 anos distribuídos por causa e faixa etária

Causas da mortalidade	De 1 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 14 anos		De 15 a 17 anos		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Acidentes	1	33,3%	-	-	-	-	-	-	1	12,5%
Anomalias cromossômicas	-	-	1	100%	-	-	-	-	1	12,5%
Causas mal definidas	-	-	-	-	1	33,3%	-	-	1	12,5%
Diabetes mellitus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Distúrbios metabólicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doenças inflamatórias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hérnias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Influenza [gripe] e pneumonia	1	33,3%	-	-	-	-	-	-	1	12,5%
Lesões autoprovocadas	-	-	-	-	2	66,7%	1	100,0%	3	37,5%
Outras	1	33,3%	-	-	-	-	-	-	1	12,5%
Total Geral	3	100%	1	100%	3	100%	1	100%	8	100%

Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, 2019.

Indicador 9: Mortalidade de 0 a 17 anos

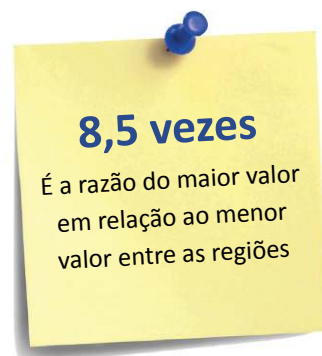
Foram registrados 22 casos de óbitos na faixa etária de 0 a 17 anos no município, representando uma taxa de 0,4 óbitos a cada mil crianças e adolescentes residentes, número este bem abaixo da média nacional e estadual, conferindo a São Carlos o 2º lugar no ranking de melhor taxa de mortalidade no Estado de São Paulo. Das 17 regiões, 7 não apresentaram registros de óbitos e a Região 1 foi a que apresentou a maior taxa de (1,7), número 8,5 vezes maior que a Região 11, com a menor taxa diferente de zero (0,2).

	Região geográfica	População residente de 0 a 17 anos	Óbitos da população de 0 a 17 anos	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 3	2.567	-	-
	Região 10	2.796	-	-
	Região 8	2.740	-	-
	Região 13	2.345	-	-
	Região 17	971	-	-
	Região 16	1.491	-	-
	Região 14	730	-	-
	Região 11	5.309	1	0,2
Baixo	Região 5	7.153	2	0,3
	Região 4	3.488	1	0,3
	Região 15	3.071	1	0,3
	Região 12	2.692	1	0,4
	Região 2	4.880	2	0,4
	Região 6	6.449	5	0,8
	Região 7	1.765	2	1,1
	Região 9	2.970	4	1,3
	Região 1	1.730	3	1,7
	Município	53.147	22	0,41

Definição

Número de óbitos da população de 0 a 17 anos, dividido pelo total da população da mesma idade, vezes 1000

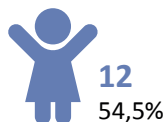
Menor Valor	Região 11	0,2
Média	São Carlos	0,4
Maior Valor	Região 1	1,7



Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, 2019.

Sexo

Feminino



Masculino



Mortalidade por faixa etária

De 0 a 364 dias	14	63,6%
De 1 a 5 anos	3	13,6%
De 6 a 11 anos	1	4,6%
De 12 a 14 anos	3	13,6%
De 15 a 17 anos	1	4,6%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

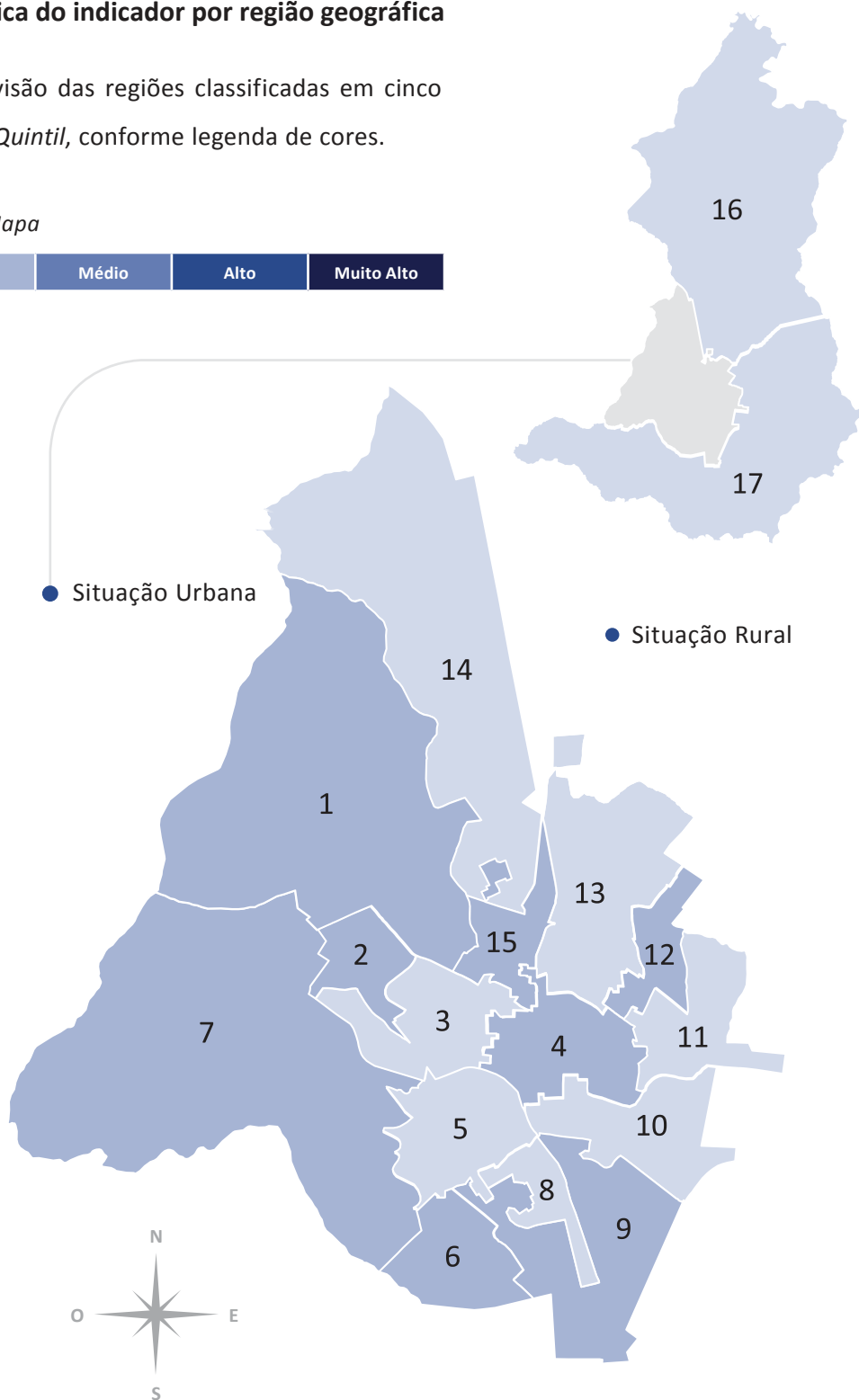


Legenda das Regiões Geográficas

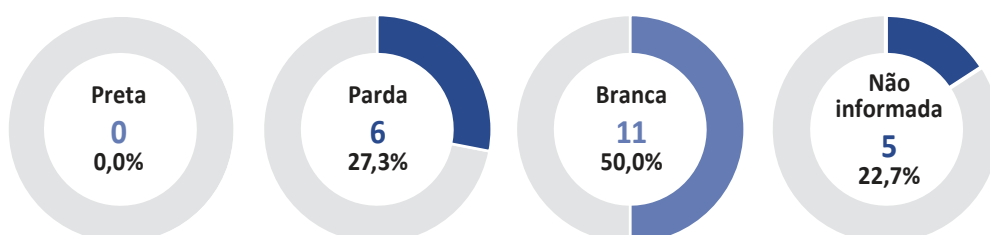
- | | |
|----|-------------------|
| 1 | Santa Felícia I |
| 2 | Santa Felícia II |
| 3 | Santa Felícia III |
| 4 | Centro I |
| 5 | Centro II |
| 6 | Aracy I |
| 7 | Aracy II |
| 8 | Pacaembú I |
| 9 | Pacaembú II |
| 10 | Pacaembú III |
| 11 | São Carlos VIII 3 |
| 12 | São Carlos VIII 1 |
| 13 | São Carlos VIII 2 |
| 14 | Jockey II |
| 15 | Jockey I |
| 16 | Rural I |
| 17 | Rural II |

● Situação Urbana

● Situação Rural



Raça ou Cor



Indicador 10: Mortalidade de 18 a 21 anos

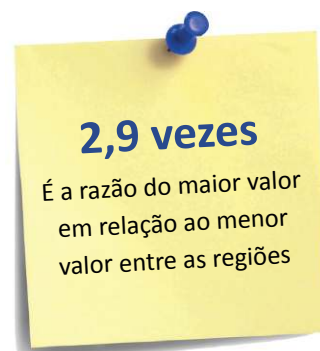
Foram registrados 10 casos de óbitos na faixa etária de 18 a 21 anos no município, representando uma taxa de 0,7 óbitos a cada mil residentes desta faixa etária. Apenas cinco, das dezessete regiões tiveram registro de óbitos de jovens de 18 a 21 anos residentes no município. Dos 10 óbitos, 5 foram por causas externas (50%).

	Região Geográfica	População residente de 18 a 21 anos	Óbitos da população de 18 a 21 anos	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 3	732	-	-
	Região 10	922	-	-
	Região 11	1.265	-	-
	Região 8	827	-	-
	Região 4	1.324	-	-
	Região 12	644	-	-
	Região 17	199	-	-
	Região 16	338	-	-
	Região 14	164	-	-
	Região 15	1.100	-	-
	Região 1	378	-	-
	Região 2	1.279	-	-
	Região 5	2.091	2	0,96
	Região 6	1.456	3	2,06
	Região 13	736	2	2,72
	Região 7	359	1	2,79
	Região 9	690	2	2,90
Município		14.504	10	0,7

Definição

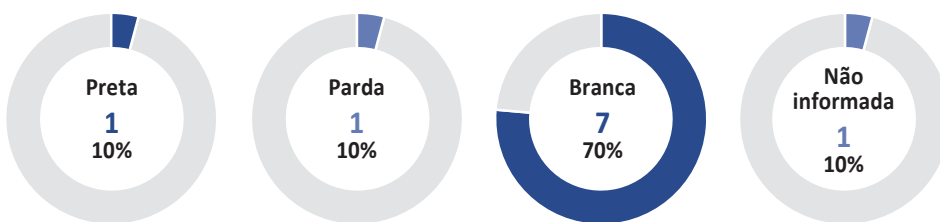
Número de óbitos da população de 18 a 21 anos, dividido pelo total da população 18 a 21 anos, vezes 1000

Menor Valor	Região 5	1,0
Média	São Carlos	0,7
Maior Valor	Região 9	2,9



Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, 2019.

Raça ou Cor



Mortalidade por faixa etária

Feminino



5
50,0%

Masculino



5
50,0%

Mortalidade por causa externa

Sim	5	50,0%
Não	5	50,0%

Causa da mortalidade

Traumatismo em acidente de trânsito	3	30%
Diabetes mellitus insulino-dependente - com cetoacidose	1	10%
Anemia complicando a gravidez, o parto e o puerpério	1	10%
Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante	1	10%
Pancreatite aguda	1	10%
Paralisia cerebral	1	10%
Intervenção legal, envolvendo o uso de armas de fogo	1	10%
Perfuração do esôfago	1	10%

Indicador 11: Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) do município é de 4,8 óbitos a cada mil nascidos vivos. Das 17 regiões, mais da metade (9) não registraram óbitos nesta faixa etária. A Região 12 apresentou a maior taxa, de 14,9 óbitos a cada mil nascidos vivos, número 3,7 vezes maior que a Região 1, com menor indicador diferente de zero (4). Destaca-se ainda que os óbitos estão concentrados no período neonatal²⁴, não tendo sido registrado nenhum caso para o período pós-neonatal (de 28 dias a um ano).

	Região Geográfica	Total de Nascidos Vivos	Óbitos da população menor de 1 ano	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 3	109	-	-
	Região 10	159	-	-
	Região 7	132	-	-
	Região 8	152	-	-
	Região 13	177	-	-
	Região 17	36	-	-
	Região 16	50	-	-
	Região 14	16	-	-
	Região 5	299	-	-
	Região 1	248	1	4,0
	Região 4	207	1	4,8
	Região 11	179	1	5,6
	Região 15	163	1	6,1
	Região 2	272	2	7,4
	Região 6	478	5	10,5
	Região 9	167	2	12,0
	Região 12	67	1	14,9
	Município	2.911	14	4,8

Definição

Número de óbitos da população menor de 1 ano, dividido pelo total de nascidos vivos, vezes 1000

Menor Valor	Região 1	4,0
Média	São Carlos	4,8
Maior Valor	Região 12	14,9

3,7 vezes

É a razão do maior valor em relação ao menor valor entre as regiões

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, 2019.

Sexo



Mortalidade de menores de 1 ano, por grupo de idade

De 0 a 6 dias	10	71,4%
De 7 a 27 dias	4	28,6%
De 28 dias a 1 ano	0	0%

²⁴ O período neonatal começa com o nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento. Já o perinatal começa com a 22ª semana de gestação e termina com a primeira semana de vida da criança (de 0 a 6 dias), incluindo os óbitos fetais, aqui desprezados para cálculo do indicador e pintura de mapa. Todavia, este último será considerado para a análise complementar, apresentadas nas páginas seguintes.

A taxa de mortalidade infantil expressa o número de óbitos de crianças no primeiro ano de vida em relação entre ao número de crianças nascidas vivos de um determinado local, no ano considerado. Segundo a Rede Interagencial de informações para a saúde (RIPSA), este indicador estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida, sendo um dado importante para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, saneamento básico e educação, pois altas taxas podem refletir baixos níveis de saúde, de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida.²⁵

Para o cálculo deste indicador não foram incluídos os 20 óbitos fetais registrados no ano de 2019²⁶. Dentre as causas de mortalidade fetal, 55% ocorreram por fatores maternos e complicações durante a gravidez, 25% por transtornos originados no período perinatal²⁷ e 15% por malformações congênitas.

Tabela 17 – Mortalidade fetal segundo causa da CID-10

Causas da mortalidade	Óbito fetal	
	Quant.	%
Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez	11	55,0%
Outras malformações congênitas	3	15,0%
Outros transtornos originados no período perinatal	5	25,0%
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	1	5,0%
Total Geral	20	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, 2019.

25 A RIPSA congrega instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas de saúde. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htm> >. Acesso em 13 de outubro de 2020.).

26 Segundo o Ministério da Saúde, entende-se por óbito fetal a “morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez”. Portanto, nesta classificação está incluso o aborto, que é o produto de concepção até a vigésima semana de gestação, ou até 500 g quando a idade gestacional é incerta. No entanto, somente quando o óbito ocorre a partir da 20ª semana gestacional é que o feto receberá declaração de óbito e fará parte do cálculo do coeficiente de natimortalidade.

27 O período perinatal começa em 22 semanas completas (154 dias) de gestação (época em que o peso de nascimento é normalmente de 500 g), e termina com sete dias completos após o nascimento. O período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento.

A tabela abaixo mostra a distribuição da causa da mortalidade infantil por seus componentes. No componente neonatal precoce (0 a 6 dias de vida) destacam-se as causas relacionadas ao período gestacional, que juntas somam 54,6%, mesmo destaque no período neonatal (7 a 27 dias de vida), em que mais da metade dos registros de óbitos são por fatores maternos ou complicações durante a gravidez (66,7%).

Tabela 18 – Mortalidade fetal e em menores de um ano segundo componente e causa da CID-10

Causas da mortalidade	De 0 a 6 dias		De 7 a 27 dias		De 28 a 364 dias		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Feto e recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez	3	27,3%	2	66,7%	-	-	5	35,7%
Infecções específicas do período perinatal	1	9,1%	1	33,3%	-	-	2	14,3%
Malformações congênitas do aparelho urinário	1	9,1%	-	-	-	-	1	7,1%
Malformações congênitas do sistema nervoso	1	9,1%	-	-	-	-	1	7,1%
Outros transtornos originados no período perinatal	1	9,1%	-	-	-	-	1	7,1%
Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal	3	27,3%	-	-	-	-	3	21,4%
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	1	9,1%	-	-	-	-	1	7,1%
Total Geral	11	100%	3	100%	-	-	14	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, 2019.

Nos cinco item avaliados do perfil sobre os 14 registros de óbito fetal, destaca-se: 85,7% das mães com idade de 18 a 35 anos; 50,0% da gravidez menor de 27 semanas; 64,3% de fetos com peso menor de 99 gramas; 71,4% parto cesário e 64,3% das mães com 8 anos ou mais de estudo.

Tabela 19 – Mortalidade fetal e em menores de um ano segundo componente e causa da CID-10

Perfil	Variáveis	Quant.	%	
Idade materna	Até 17 anos	-	-	
	De 18 a 35 anos	12	85,7%	
	36 anos ou mais	2	14,3%	
	Não informado	-	-	
Duração da gestação	Até 27 semanas	7	50,0%	
	De 28 a 36 semanas	4	28,6%	
	37 semanas ou mais	2	14,3%	
	Não informado	1	7,1%	
Peso ao nascer	Até 99 gramas	9	64,3%	
	De 1 a 2,49 kg	2	14,3%	
	2,5kg ou mais	3	21,4%	
	Não informado	-	-	
Tipo de parto	Cesário	10	71,4%	
	Vaginal	4	28,6%	
	Não informado	-	-	
Escolaridade Mãe	Até 7 anos	5	35,7%	
	8 anos ou mais	9	64,3%	
	Não informado	-	-	
Total Geral		14	100%	

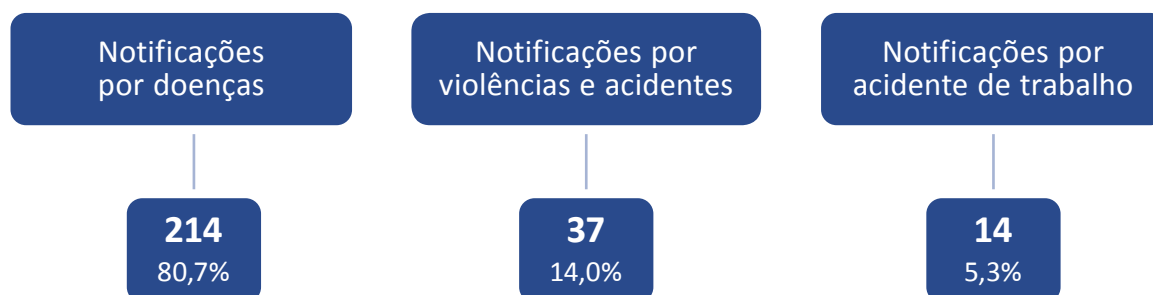
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Sistema de Informação de Mortalidade, 2019.

4.4.3. Sobre Notificações de Agravos - SINAN

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tem por objeto registrar e processar dados de agravos e doenças em saúde. É alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos de notificação compulsória²⁸, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos suspeitos ou confirmados de doenças relacionadas na Lista Nacional de Notificações Compulsórias, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

Dos 265 agravos registrados em 2019 envolvendo crianças e adolescentes, 80,7% foram por doenças. O perfil e informações complementares de cada tipo de agravo serão apresentadas em seus respectivos eixos de direito: o por doenças neste volume; o de violência e acidentes (14,0%) no eixo de liberdade, respeito e dignidade; e o por acidentes de trabalho no eixo de profissionalização e proteção no trabalho (5,3%).



Desdobrando os dados do perfil, destaca-se que nas crianças (até 11 anos) a maior frequência é do sexo masculino. As demais faixas de idade seguem a tendência da média, com predominância do feminino. Para a raça predomina a branca, porém não há variação significativa entre as faixas etárias.

Tabela 20 – Perfil das crianças e dos Adolescentes, segundo sexo e faixa etária

Sexo	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 14 anos		De 15 a 17 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Masculino	49	55,7%	30	52,6%	14	43,8%	14	37,8%	107	50,0%
Feminino	39	44,3%	27	47,4%	18	56,3%	23	62,2%	107	50,0%
Total Geral	88	100,0%	57	100,0%	32	100,0%	37	100,0%	214	100,0%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINAN, 2019.

28 Faz parte das ações de Vigilância Epidemiológica no monitoramento de doenças e permite antever e acompanhar surtos.

Tabela 21 – Perfil das crianças e dos Adolescentes, segundo raça ou cor e faixa etária

Sexo	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 14 anos		De 15 a 17 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Amarela	-	0,0%	1	1,8%	-	-	-	-	1	0,5%
Branca	52	59,1%	29	50,9%	20	62,5%	29	78,4%	130	60,7%
Indígena	-	-	-	-	-	-	1	2,7%	1	0,5%
Negra	3	3,4%	2	3,5%	1	3,1%	-	-	6	2,8%
Parda	21	23,9%	17	29,8%	6	18,8%	7	18,9%	51	23,8%
Não informado	12	13,6%	8	14,0%	5	15,6%	-	-	25	11,7%
Total Geral	88	100,0%	57	100,0%	32	100,0%	37	100,0%	214	100,0%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINAN, 2019.

Nas faixas etárias de 0 a 14 anos se destaca a frequência de agravos por atendimento antirrábico (55,7%) e na faixa de idade de 15 a 17 anos se destaca o efeito tóxico de substâncias não especificadas (51,4%).

Tabela 22 – Agravos e doenças notificados e confirmados no SINAN, por tipo e grupo de idade

Tipo de agravo	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 14 anos		De 15 a 17 anos		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Coqueluche	1	1,1%	-	-	-	-	-	-	1	0,5%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] não especificada	1	1,1%	-	-	-	-	-	-	1	0,5%
Efeito tóxico de substância não especificada	19	21,6%	2	3,5%	6	18,8%	19	51,4%	46	21,5%
Atendimento anti rábico humano	49	55,7%	53	93,0%	24	75,0%	12	32,4%	138	64,5%
Infecção viral (Doenças Exantemática)	9	10,2%	1	1,8%	1	3,1%	2	5,4%	13	6,1%
Meningite não especificada	8	9,1%	1	1,8%	-	-	-	-	9	4,2%
Sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério	-	-	-	-	1	3,1%	4	10,8%	5	2,3%
Sífilis congênita	1	1,1%	-	-	-	-	-	-	1	0,5%
Total Geral	88	100%	57	100%	32	100%	37	100%	214	100%

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINAN, 2019.

Indicador 12: Notificação de agravos por doenças da população de 0 a 17 anos

Foram registradas no Sistema de Notificações de Agravos (SINAN), 214 notificações por doenças da população de 0 a 17 anos e que residem no município de São Carlos, o que representa uma taxa média de 4 notificações a cada mil habitantes da mesma faixa etária. A Região 1 aparece com a maior taxa: 16,2 e a região 3 com a menor taxa: 1,2 a cada mil pessoas. A razão entre os dois valores é de 13,5 vezes, muito representativa para a Região 1 em relação às demais, o que sinaliza possível registro dos agravos no endereço da instituição ao invés do endereço de residência de quem sofreu o agravo.

	Região geográfica	População de 0 a 17 anos	Notificações de agravos por doenças	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 3	2.567	3	1,2
	Região 5	7.153	9	1,3
	Região 14	730	1	1,4
	Região 17	971	2	2,1
Baixo	Região 12	2.692	6	2,2
	Região 16	1.491	4	2,7
	Região 11	5.309	19	3,6
Médio	Região 9	2.970	11	3,7
	Região 8	2.740	11	4,0
	Região 13	2.345	10	4,3
Alto	Região 4	3.488	15	4,3
	Região 6	6.449	28	4,3
	Região 15	3.071	15	4,9
Muito Alto	Região 7	1.765	9	5,1
	Região 2	4.880	25	5,1
	Região 10	2.796	17	6,1
	Região 1	1.730	28	16,2
	Não informado	-	1	-
	Município	53.147	214	4,0

Definição

Notificações de agravos por doenças da população de 0 a 17 anos, dividido pelo total da população da mesma idade, vezes 1000

Menor Valor	Região 3	1,2
Média	São Carlos	4,0
Maior Valor	Região 1	16,2

13,5 vezes

É a razão do maior valor em relação ao menor valor entre as regiões

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINAN, 2019.

Sexo

Feminino



Masculino



Faixa etária

De 0 a 5 anos	88	41,1%
De 6 a 11 anos	57	26,6%
De 12 a 14 anos	32	15,0%
De 15 a 17 anos	37	17,3%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

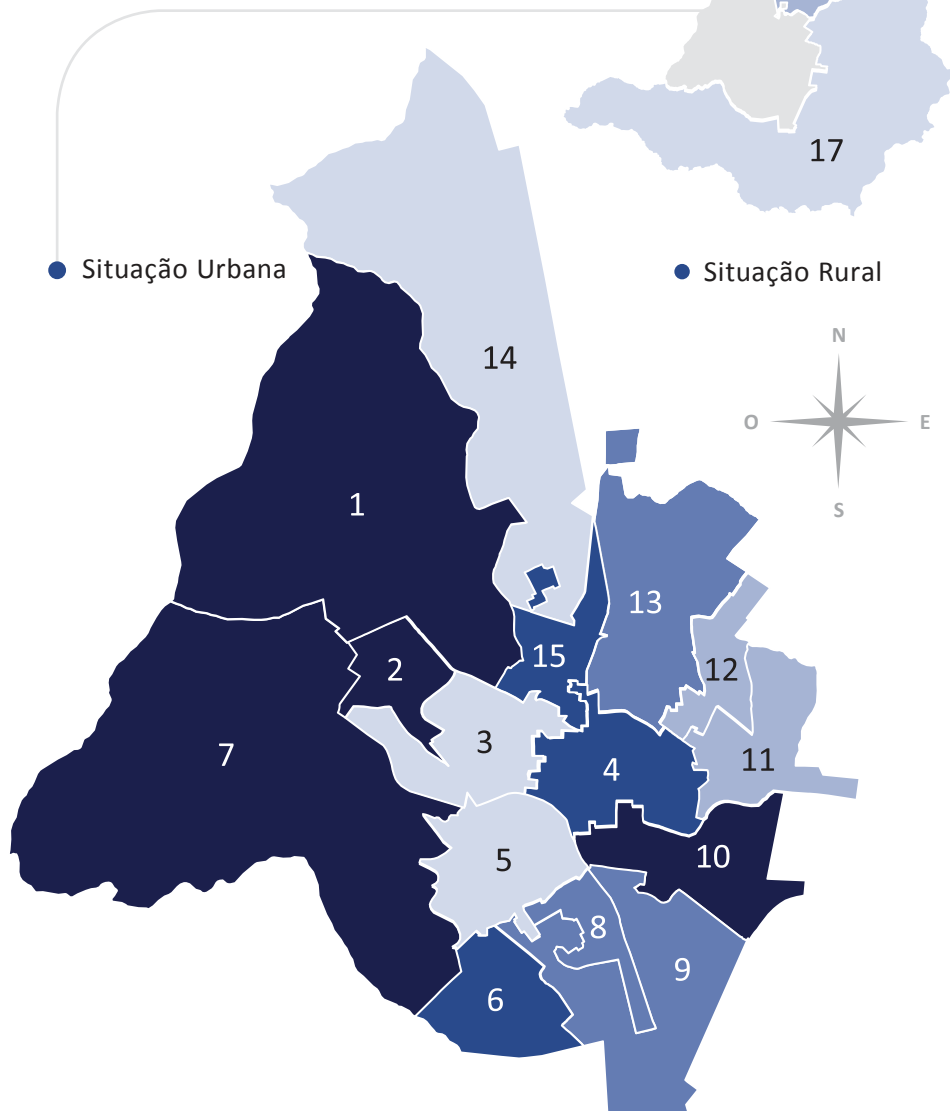
O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

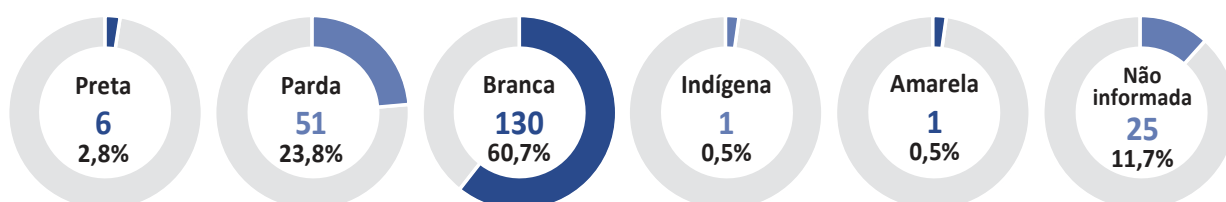


Legenda das Regiões Geográficas

- | | |
|----|-------------------|
| 1 | Santa Felícia I |
| 2 | Santa Felícia II |
| 3 | Santa Felícia III |
| 4 | Centro I |
| 5 | Centro II |
| 6 | Aracy I |
| 7 | Aracy II |
| 8 | Pacaembú I |
| 9 | Pacaembú II |
| 10 | Pacaembú III |
| 11 | São Carlos VIII 3 |
| 12 | São Carlos VIII 1 |
| 13 | São Carlos VIII 2 |
| 14 | Jockey II |
| 15 | Jockey I |
| 16 | Rural I |
| 17 | Rural II |



Raça ou Cor



Indicador 13: Notificação de agravos por doenças da população de 18 a 21 anos

Na faixa etária de 18 a 21 anos foram 7,4 notificações no SINAN por agravos de doença a cada mil habitantes do município. A Região 13 apresenta o maior indicador (16,3), 13,6 vezes maior que a Região 8 (1,2). Predominam os agravos por atendimento antirrábico (48,6%), seguido da intoxicação (31,8%). As infecções sexualmente transmissíveis representam 7,5% do total de notificações. Não foram notificados óbitos pelo agravo notificado para esta faixa etária.

	Região geográfica	População residente de 18 a 21 anos	Notificações de agravos por doenças	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 14	164	-	-
	Região 8	827	1	1,2
	Região 5	2.091	4	1,9
	Região 9	690	3	4,3
Baixo	Região 17	199	1	5,0
	Região 3	732	4	5,5
	Região 16	338	2	5,9
Médio	Região 12	644	4	6,2
	Região 11	1.265	8	6,3
	Região 7	359	3	8,4
Alto	Região 2	1.279	11	8,6
	Região 10	922	8	8,7
	Região 6	1.456	13	8,9
Muito Alto	Região 1	378	4	10,6
	Região 15	1.100	12	10,9
	Região 4	1.324	15	11,3
	Região 13	736	12	16,3
	Não informado	-	2	-
	Município	14.504	107	7,4

Definição

Notificações de agravos por doenças da população de 18 a 21 anos, dividido pelo total da população da mesma idade, vezes 1000

Menor Valor	Região 8	1,2
Média	São Carlos	7,4
Maior Valor	Região 13	16,3

13,6 vezes

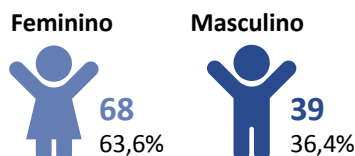
É a razão do maior valor em relação ao menor valor entre as regiões

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINAN, 2019.

Tipos de Agravos da População de 18 a 21 anos

Atendimento antirrábico humano	52	48,6%
Efeito tóxico de substância não especificada	34	31,8%
Sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério	10	9,3%
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	6	5,6%
Infecção viral (doenças exantemáticas)	4	3,7%
Meningite não especificada	1	0,9%

Sexo



Possui IST?

Sim	16	7,5%
Não	91	42,5%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

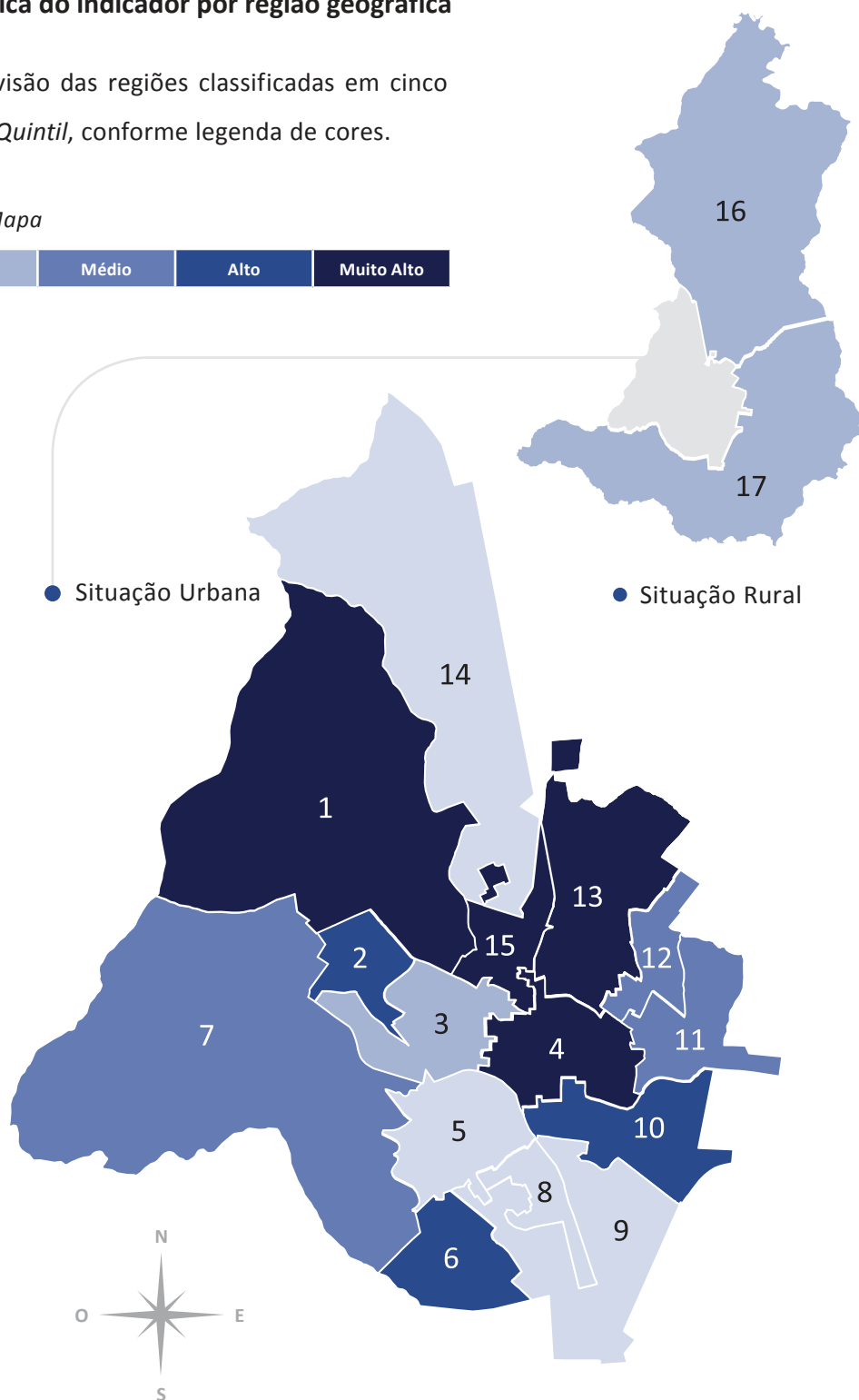


Legenda das Regiões Geográficas

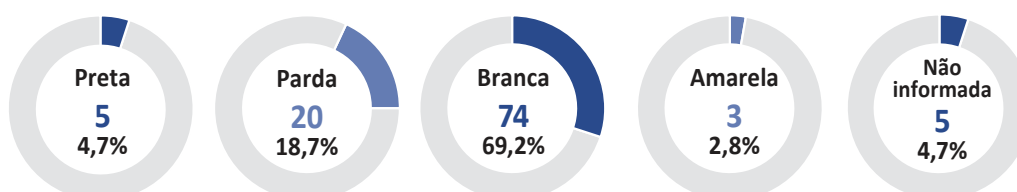
- | | |
|----|-------------------|
| 1 | Santa Felícia I |
| 2 | Santa Felícia II |
| 3 | Santa Felícia III |
| 4 | Centro I |
| 5 | Centro II |
| 6 | Aracy I |
| 7 | Aracy II |
| 8 | Pacaembú I |
| 9 | Pacaembú II |
| 10 | Pacaembú III |
| 11 | São Carlos VIII 3 |
| 12 | São Carlos VIII 1 |
| 13 | São Carlos VIII 2 |
| 14 | Jockey II |
| 15 | Jockey I |
| 16 | Rural I |
| 17 | Rural II |

● Situação Urbana

● Situação Rural



Raça ou Cor



4.4.4. Sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST’S

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) - como HIV²⁹, aids, sífilis e hepatites virais - são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários). São transmitidas principalmente por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) com pessoa que esteja infectada, sem o uso de preservativo. A transmissão de uma IST pode acontecer, ainda, da mãe para o filho durante a gestação, o parto ou a amamentação.

Foram registrados no ano de 2019 em São Carlos 23 notificações envolvendo a população estudada (0 a 21 anos). Foram 2 notificações de infecções congênicas (uma de HIV e uma de sífilis) e 5 notificações envolvendo gravidez na adolescência. A faixa etária de 18 a 21 anos é a que apresenta o maior número de notificações (16 de 23), sendo 10 de sífilis na gravidez, parto ou puerpério e 6 por HIV.

Tabela 23 – Doenças sexualmente transmissíveis por faixa etária

Regiões	Quant.	Doenças sexualmente transmissíveis (DST)	Quant.
Região 6	6	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] congênita	1
Região 15	3	Sífilis congênita	1
Região 2	3	Sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério (de 0 a 17 anos)	5
Região 13	2	Sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério (de 18 a 21 anos)	10
Região 4	2	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV] (de 18 a 21 anos)	6
Região 9	2	Total Geral	23
Região 1	1	Fonte: Secretaria Municipal da Saúde: SINAN, 2019.	
Região 11	1		
Região 12	1		
Região 3	1		
Região 7	1		
Total Geral	23		

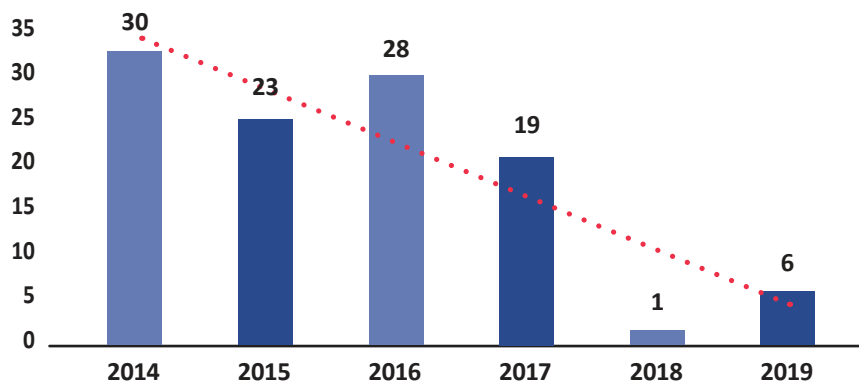
Doença congênita é aquela que, independentemente da sua causa, já se apresenta por ocasião do nascimento, podendo ser detectada antes disso, isto é, durante o desenvolvimento embrionário, ou a qualquer tempo, após o nascimento. São Carlos registra o maior número de IST congênita por sífilis, e comparando os dados do SINAN disponibilizados pela vigilância municipal com os dados da base federal³⁰, há uma divergência nos números, para análise detalhada será desprezada a base com menor número de notificações (municipal).

No período de 2014 a 2019, São Carlos apresentou o seu menor coeficiente de sífilis congênita em 2018, com a notificação de apenas um caso, e em 2019 segue a linha de decréscimo de casos registrados.

29 A notificação compulsória da aids no Brasil foi instituída na década de 80, a por HIV a partir de 2014, e a infecção em gestante, parturiente ou puerpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical a partir de 2000. A suspeita de exposição (gestantes e conceptos) deve ser notificada e investigada, em virtude dos benefícios do tratamento precoce no prognóstico. A notificação da criança exposta deve ser preenchida em instrumento específico.

30 Tabuladas pelo Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: < <http://indicadorestifilis.aids.gov.br/> >.

Série histórica de sífilis congênita (2014-2019)



Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2014-2019.

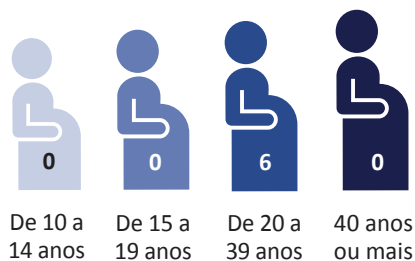
Dos 6 casos congênitos, todos foram diagnosticados em recém nascidos com menos de 7 dias de vida e não houve registro de natimorto, aborto ou óbito. Importante ainda destacar que de 2014 a 2019 foi registrado um único caso de óbito em 2018. Em relação ao diagnóstico de infecção materna por sífilis, em 83,3% foi realizado no momento do pré-natal (apenas 1 caso foi no momento do parto), e nenhum deles teve tratamento adequado (3 foram inadequados, 2 não realizaram e 1 caso não foi informado).

Perfil dos registros de sífilis congênita em crianças e adolescentes em 2019

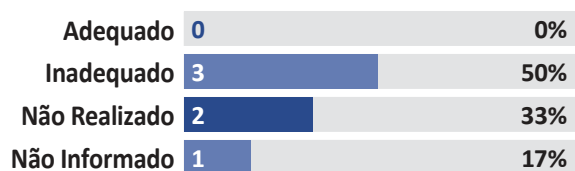
Idade da criança



Faixa Etária da mãe



Esquema de Tratamento Materno



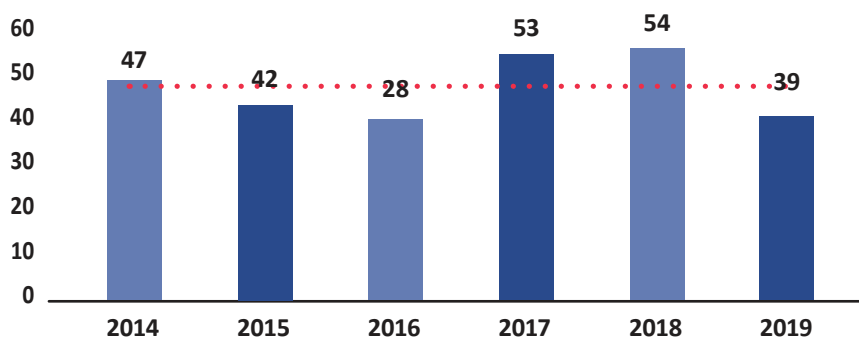
Diagnóstico Materno



Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2019.

Apesar do aumento observado nos anos de 2017 e 2018 de sífilis em gestantes, a série histórica teve uma redução no período 2014 a 2019 de 17,0%.

Série histórica de sífilis em gestante (2014-2019)



Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2014-2019.

A presença de IST na gestação pode afetar a criança e causar complicações, como aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do recém-nascido. O diagnóstico precoce e a atenção adequada no pré-natal reduzem a transmissão vertical. Em relação ao perfil das gestantes, 56,4% tem idade entre 20 a 29 anos, 35,9% das gestantes tiveram diagnóstico no 3º trimestre e apenas 5% não teve tratamento realizado.

Perfil dos registros de Diagnóstico da Sífilis em gestantes em 2019

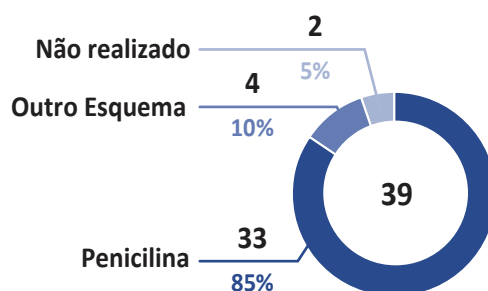
Faixa Etária

De 10 a 14 anos	1	2,6%
De 15 a 19 anos	9	23,1%
De 20 a 29 anos	22	56,4%
De 30 a 39 anos	7	17,9%
40 anos ou mais	0	0,0%

Trimestre

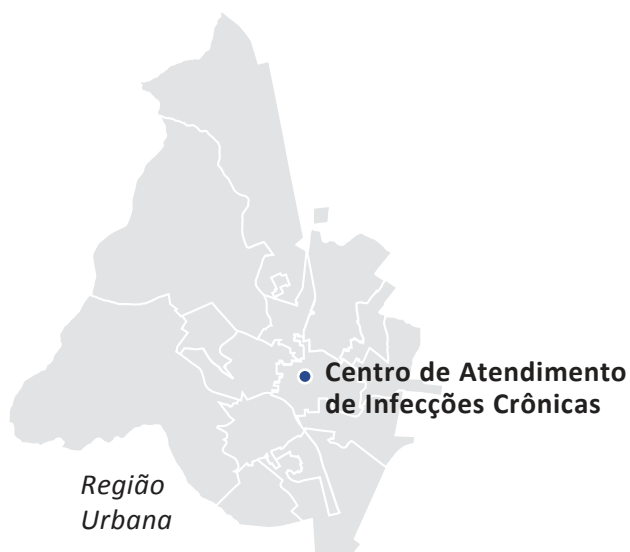
1º trimestre	9	23,1%
2º trimestre	10	25,6%
3º trimestre	14	35,9%
Não informado	6	15,4%

Esquema de Tratamento



Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2019.

O tratamento das pessoas com DST melhora a qualidade de vida e interrompe a cadeia de transmissão dessas infecções. O atendimento, o diagnóstico e o tratamento são gratuitos nos serviços de saúde do SUS. Em São Carlos o Centro de Atendimento de Infecções Crônicas de São Carlos oferece o serviço de testagem e aconselhamento e funciona na Rua 7 de Setembro nº 2277 na região central.



CENTRO DE ATENDIMENTO DE INFECÇÕES CRÔNICAS – CAIC

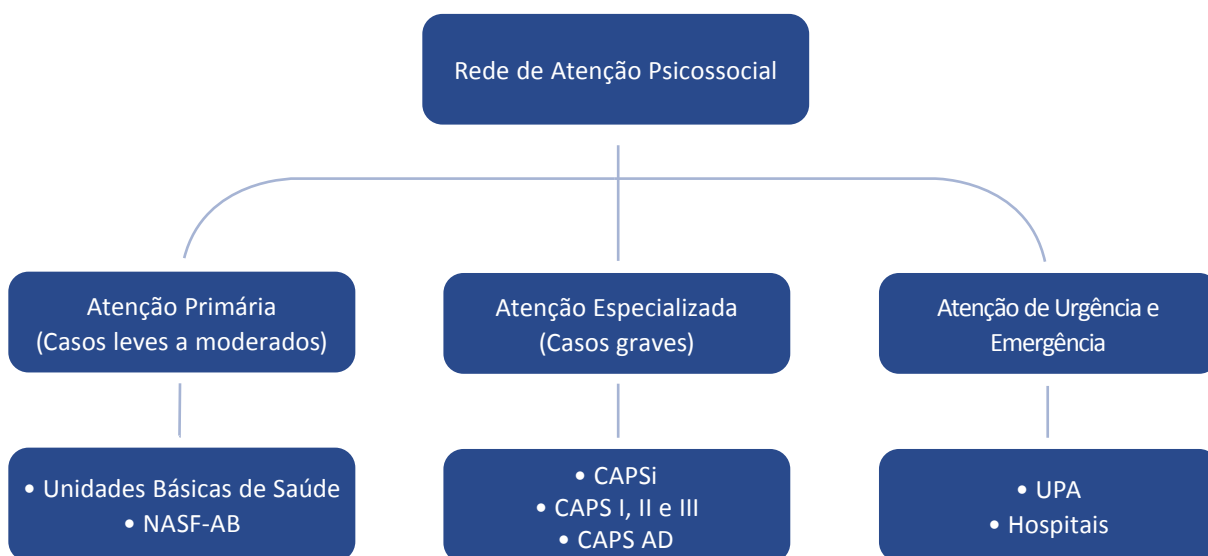
É um centro de atendimento a doenças e agravos de notificação compulsória e tratamento contínuo. O CAIC, em consonância com os programas nacionais e estaduais realiza busca ativa, presta assistência e divulga indicadores que permitem a formulação de políticas e programas voltados ao diagnóstico precoce e tratamento imediato às pessoas portadoras de HIV, Sífilis e Hepatites Virais B, E e C, Tuberculose e Hanseníase.

Requisitos para atendimento: O usuário deve ser referenciado da rede de saúde, que está capacitada a realizar os testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais B, E e C, bem como exames clínicos e laboratoriais de tuberculose e hanseníase, além da avaliação em transgeneriedade e em violência sexual.

4.5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas é responsável pelas ações estratégicas e diretrizes voltadas para a assistência e atendimento de pessoas com necessidade de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, de forma integral e gratuita pelas unidades públicas da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Abrange o atendimento voltado para distúrbios mentais (como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo) e transtornos devido ao uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas.

Fluxograma da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas



Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

Os principais atendimentos em saúde mental são realizados nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que compõem a atenção especializada, em São Carlos os atendimentos de crianças e adolescentes são realizados pelo CAPSi.³¹

4.5.1. Crianças e Adolescentes de 0 a 17 anos acompanhadas no CAPSi

Na base de dados do CAPSi disponibilizada pela Secretaria da Saúde, existem inúmeros registros com ausência de informação, recomendamos que a sistematização dos dados seja uma das melhorias a ser adotada por este serviço.

Os equipamentos de saúde são os que mais realizam encaminhamento para o CAPSi,

³¹ Segundo diretriz do Ministério da Saúde, cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes comportam o CAPSi, equipamento responsável por centralizar os atendimentos de crianças e adolescentes para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas.

234 (42,6%) do total, dos quais 73,1% da rede de atenção primária. Na segunda posição com 25,0% aparece a busca espontânea, seguido do Conselho Tutelar, com 12,7%.

Tabela 24 – Instituição responsável pelo encaminhamento ao CAPSi

Encaminhamento	Quant.	(%)	
Instituições de Saúde	234	42,6%	
Busca espontânea	137	25,0%	
Conselho Tutelar	70	12,7%	
Instituições de Educação	50	9,1%	
Assistência Social	29	5,3%	
Outro	13	2,4%	
Instituições não governamentais	9	1,6%	
Poder judiciário	7	1,3%	
Total	549	100,0%	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Capsi, 2019.

Detalhe do encaminhamento

Instituições de saúde

Atenção primária	171	73,1%
Atenção especializada	32	13,7%
Atenção de urgência e emergência	31	13,2%

Instituições de educação

Rede pública estadual de ensino	27	54,0%
Rede pública municipal de ensino	21	42,0%
Rede particular de ensino	1	2,0%
Rede pública federal de ensino	1	2,0%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Capsi, 2019.

A Tabela abaixo detalha mais de 30 motivos de atendimento e acompanhamento de crianças e adolescentes no CAPSi. Os seis primeiros somam 63,4% da série que totaliza 172,7% considerando que uma criança ou adolescente pode ter mais de um motivo de atendimento. Independente do percentual a soma dos primeiros colocados indica a importância deste serviço para as crianças e dos adolescentes residentes no município.

Tabela 25 – Motivo da entrada das crianças e adolescentes no CAPSi

Motivo do atendimento	Quant.	%
Comportamento agressivo	79	14,4%
Automutilação	62	11,3%
Sintomas depressivos	58	10,6%
Ansiedade generalizada	52	9,5%
Hiperatividade/ agitação	49	8,9%
Dificuldade de aprendizagem	48	8,7%
Não especificado	48	8,7%
Ideação suicida	45	8,2%
Dificuldades em relações familiares	44	8,0%
Déficit de atenção	41	7,5%
Tentativa de suicídio	36	6,6%
Rebeldia/ desobediência	35	6,4%
Uso abusivo de SPA	32	5,8%
Alteração de comportamento	29	5,3%
Comportamento inadequado	27	4,9%
Espectro autista	24	4,4%
Dificuldade de socialização	23	4,2%
Uso moderado de SPA	17	3,1%
Medos	16	2,9%
Alteração no sono	13	2,4%
Alucinações	13	2,4%
Atraso no desenvolvimento	10	1,8%
Abandono escolar	8	1,5%
Enurese e ecoprese	8	1,5%
Transtorno alimentar	8	1,5%
Impulsividade	7	1,3%
Violência sexual	7	1,3%
Tique	5	0,9%
Avaliação fonoaudiológica	4	0,7%
Comportamento sexualizado	4	0,7%
Rebaixamento intelectual	4	0,7%
Alteração de humor	3	0,5%
Psicose	3	0,5%
Orientação/ identidade sexual	2	0,4%
Tráfico de SPA	2	0,4%
Tricotilomania	2	0,4%
Agitação psicomotora	1	0,2%
Comportamento obsessivo compulsivo	1	0,2%
Outro	78	14,2%
Total	549	-

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Capsi, 2019.

Nota: Uma criança ou adolescente pode ter mais de um motivo de atendimento.

Transtorno Diagnosticado

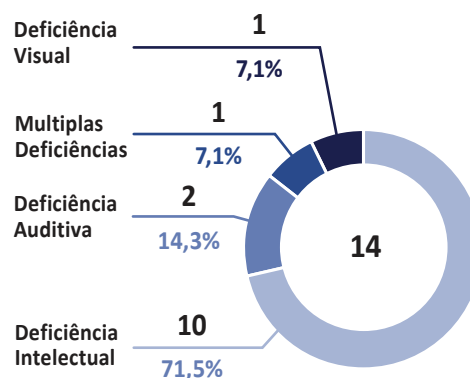
Sim **15,8%** 87
Não **84,2%** 462

Transtorno de THDA

Sim **2,6%** 14
Não **13,8%** 76
Não Informado **83,6%** 459



Tipo de Deficiência



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Capsi, 2019.

Das 549 crianças e adolescentes atendidos no CAPSi no ano de 2019, o perfil informado mostra que 484 (88,2%) estudam; 85 exercem atividades extracurriculares; 87 possuem algum tipo de transtorno sobressaindo o Transtorno do Espectro Autista com 37 casos ou 42,5% do total dos atendidos no ano de 2019.

Tabela 26 – Principais tipos de transtornos nos atendimentos no CAPSi

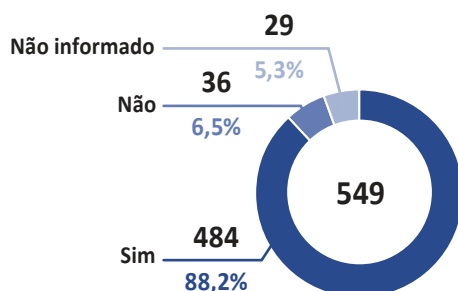
Tipo do Transtorno	Quant.	(%)
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	37	42,5%
Outro	30	34,5%
Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (THDA)	14	16,1%
Transtorno de Ansiedade Generalizado (TAG)	4	4,6%
Transtorno desafiador de oposição (TOD)	2	2,3%
Total	87	100%

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Capsi, 2019.

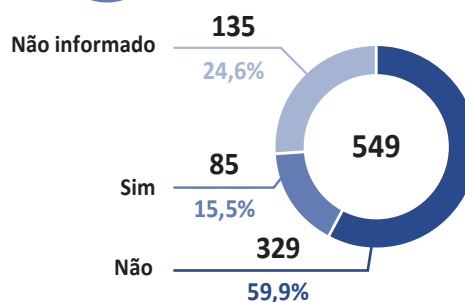
Ainda sobre o perfil, 88,2% das crianças e adolescentes atendidas estudam, e 15,5% participam de alguma atividade extraescolar.



Estuda



Exerce Atividade Extracurricular



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: Capsi, 2019.

Indicador 14: Acompanhamento de crianças e de adolescentes pelo Centro de Apoio Psicossocial Infantil - CAPSi

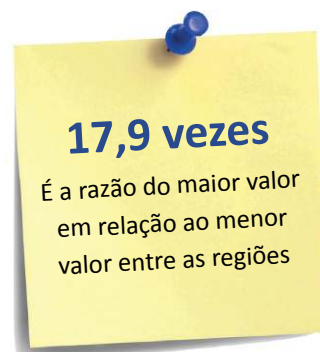
Em 2019 foram acompanhadas pelo Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi) 549 crianças e adolescentes, o que representa uma taxa média municipal de 10,3 a cada mil habitantes da mesma faixa etária. Predomina a faixa etária de 15 a 17 anos (34,6%), seguida da de 6 a 11 anos (31,3%). Do total de atendidos, 15,8% possui algum tipo de transtorno diagnosticado e 8,9% faz uso abusivo de substância psicoativa. A Região 7 é a que apresenta maior taxa de acompanhamento (21,5), e a Região 14 não registrou nenhuma criança ou adolescente acompanhada em 2019.

	Região Geográfica	População residente de 0 a 17 anos	Crianças e adolescentes acompanhados no CAPSi	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 14	730	-	-
	Região 3	2.567	3	1,2
	Região 17	971	2	2,1
	Região 9	2.970	16	5,4
Baixo	Região 11	5.309	29	5,5
	Região 4	3.488	21	6,0
	Região 5	7.153	57	8,0
Médio	Região 16	1.491	12	8,0
	Região 13	2.345	22	9,4
	Região 6	6.449	62	9,6
Alto	Região 12	2.692	26	9,7
	Região 1	1.730	19	11,0
	Região 2	4.880	54	11,1
Muito Alto	Região 10	2.796	32	11,4
	Região 8	2.740	34	12,4
	Região 15	3.071	47	15,3
	Região 7	1.765	38	21,5
	Não informado	-	75	-
	Município	53.147	549	10,3

Definição

População de 0 a 17 anos acompanhada no CAPSi, dividida pelo total da população da mesma idade, vezes 1000

Menor Valor	Região 3	1,2
Média	São Carlos	10,3
Maior Valor	Região 7	21,5



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, CAPSi, 2019.

Sexo

Feminino



241
43,9%

Masculino



308
56,1%

Faixa etária

De 0 a 5 anos	47	8,6%
De 6 a 11 anos	172	31,3%
De 12 a 14 anos	140	25,5%
De 15 a 17 anos	190	34,6%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

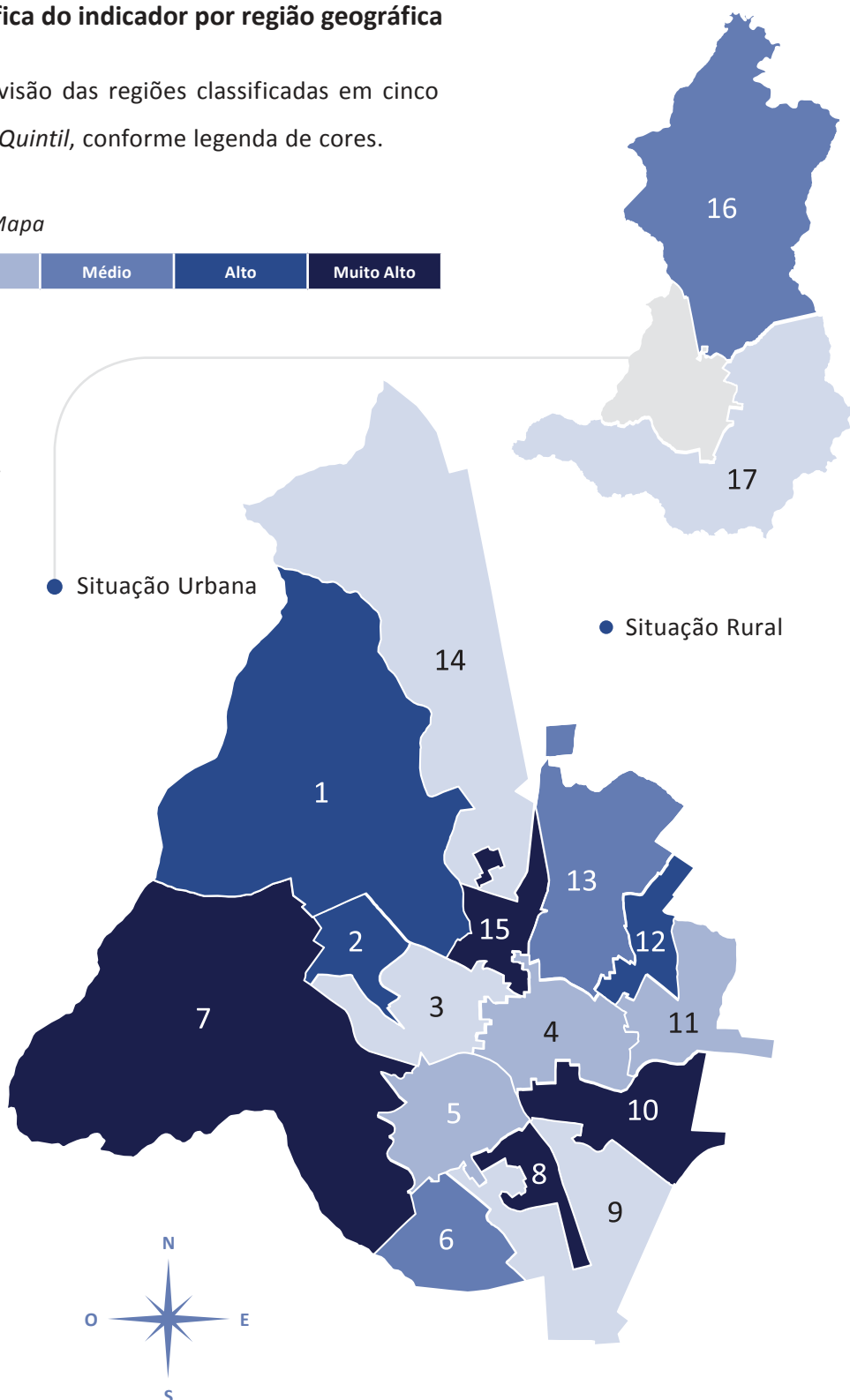
O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

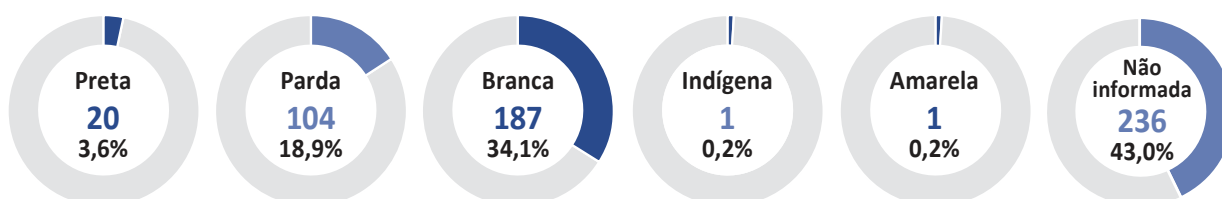
Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------

Legenda das Regiões Geográficas

1	Santa Felícia I
2	Santa Felícia II
3	Santa Felícia III
4	Centro I
5	Centro II
6	Aracy I
7	Aracy II
8	Pacaembú I
9	Pacaembú II
10	Pacaembú III
11	São Carlos VIII 3
12	São Carlos VIII 1
13	São Carlos VIII 2
14	Jockey II
15	Jockey I
16	Rural I
17	Rural II



Raça ou Cor



4.5.2. Jovens de 18 a 21 anos acompanhados no CAPS AD

Para os atendimentos de maiores de 18 anos na atenção da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de São Carlos conta com os serviços descritos abaixo:

- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;

- CAPS AD Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Atendimento por equipamento

CAPS II	72	60,5%
CAPS AD	47	39,5%

Mais da metade dos atendimentos dos jovens entre 18 e 21 anos estão concentrados no CAPS II (60,5%). Dentre os serviços mais procurados, destacam-se: o acolhimento (45%), o atendimento individual (33,6%) seguido do atendimento familiar (13,4%).

Tabela 27 – Tipo de serviço oferecido pelo CAPS para a população de 18 a 21 anos

Serviço	Quant.	%	
Acolhimento	53	45%	
Atendimento individual	40	33,6%	
Atendimento familiar	16	13,4%	
Acompanhamento terapêutico	10	8,4%	
Outros serviços	6	5,0%	
Não informado	3	2,5%	
Atendimento em grupo	1	1%	
Total	119	-	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: CAPS II e CAPS AD, 2019.

Nota: um jovem pode ser atendido em mais de um tipo de serviço.

Como principal motivo de atendimento está o uso abusivo de substâncias psicoativas (37,0%), seguida da depressão (26,1%) e crise de ansiedade (13,4%). Destacam-se ainda a tentativa (8,4%) e ideação (4,2%) suicida e a automutilação (3,4%), que juntos somam 16% do total de atendimento.

Tabela 28 – Motivo do acompanhamento pelo CAPS, da população de 18 a 21 anos

Motivo de entrada na instituição	Quant.	%	
Uso abusivo de SPA	44	37,0%	
Depressão	31	26,1%	
Crise de ansiedade	16	13,4%	
Tentativa de suicídio	10	8,4%	
Uso de SPA	8	6,7%	
Transtornos do humor [afetivos]	6	5,0%	
Síndrome do pânico	5	4,2%	
Ideação suicida	5	4,2%	
Automutilação	4	3,4%	
Transtornos da personalidade e do comportamento	4	3,4%	
Não informado	3	2,5%	
Transtornos neuróticos	3	2,5%	
Sintomas e sinais relativos à cognição	3	2,5%	
Isolamento social	3	2,5%	
Angústia	2	1,7%	
Confusão mental	2	1,7%	
Transtornos psicóticos não orgânicos	2	1,7%	
Esquizofrenia	2	1,7%	
Vítima de violência psicológica	1	0,8%	
Baixa tolerância à frustração	1	0,8%	
Outros transtornos mentais	1	0,8%	
Transtornos psicóticos	1	1%	
Total	119	-	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: CAPS II e CAPS AD, 2019.

Nota: Um jovem pode apresentar mais de um motivo de acompanhamento.

Nesta faixa etária, os equipamentos de saúde também são os que mais realizam encaminhamento (40,3% do total), dos quais 47,9% da rede de atenção primária. A busca espontânea representa mais 38,7% dos atendimentos.

Tabela 29 – Instituições que realizaram encaminhamento de pessoas na faixa etária de 18 a 21 anos para o CAPS

Encaminhamento	Quant.	%	
Instituições de saúde	48	40,3%	
Demanda espontânea	46	38,7%	
Assistência social	6	5,0%	
CAPSi	6	5,0%	
Conselho Tutelar	5	4,2%	
Outras instituições	4	3,4%	
Unidade de acolhimento	2	1,7%	
Não informado	2	1,7%	
Total	119	100,0%	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: CAPS II e CAPS AD, 2019.

Tabela 30 – Detalhe dos encaminhamentos de pessoas na faixa etária de 18 a 21 anos para o CAPS

Detalhe do encaminhamento	Quant.	%	
Atenção primária	23	47,9%	
Atenção de urgência e emergência	11	22,9%	
Clínica de reabilitação	6	12,5%	
Atenção especializada	4	8,3%	
Consultório médico particular	3	6,3%	
Não informado	1	2,1%	
Total	48	100,0%	

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: CAPS II e CAPS AD, 2019.



Indicador 15: Acompanhamento de jovens com idade de 18 a 21 anos pelo Centro de Apoio Psicossocial - CAPS

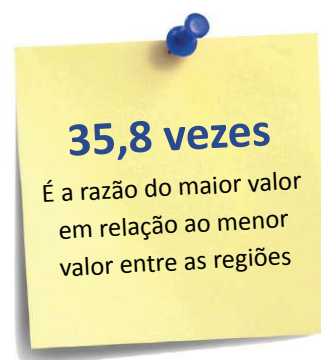
Em 2019 foram acompanhadas pelo Centro de Apoio Psicossocial Infantil (CAPSi) 119 jovens de 18 a 21 anos, uma taxa média municipal de 8,2 a cada mil habitantes da mesma faixa etária. Entre as regiões, a 7 mostra o maior indicador (50,1) e se destaca das demais regiões com taxa de 50,1 jovens acompanhados contra a Região 13, segunda maior que possui 23,1. A razão entre o maior e menor indicador da série é de 35,8 vezes. As regiões 1, 14, 16 e 17 não possuem registros de acompanhamento no CAPS nesse grupo de idade.

	Região Geográfica	População residente de 18 a 21 anos	Jovens de 18 a 21 anos acompanhados pelo CAPS	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 1	378	-	-
	Região 17	199	-	-
	Região 14	164	-	-
	Região 16	338	-	-
Baixo	Região 3	732	1	1,4
	Região 11	1.265	5	4,0
	Região 10	922	4	4,3
Médio	Região 5	2.091	11	5,3
	Região 4	1.324	8	6,0
	Região 12	644	4	6,2
Alto	Região 2	1.279	9	7,0
	Região 15	1.100	8	7,3
	Região 9	690	6	8,7
Muito Alto	Região 6	1.456	15	10,3
	Região 8	827	12	14,5
	Região 13	736	17	23,1
	Região 7	359	18	50,1
	Não informado	-	1	-
	Município	14.504	119	8,2

Definição

População de 18 a 21 anos de idade, acompanhados pelo CAPS, dividido pelo total da população de 18 a 21 anos, vezes 1000

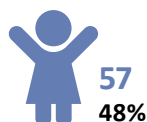
Menor Valor	Região 3	1,4
Média	São Carlos	8,2
Maior Valor	Região 7	50,1



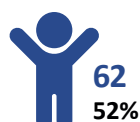
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde: CAPS II e CAPS AD, 2019.

Sexo

Feminino



Masculino



Deficiência?

Sim	8	6,7%
Não	45	37,8%
Não informado	66	55,5%

Tipo

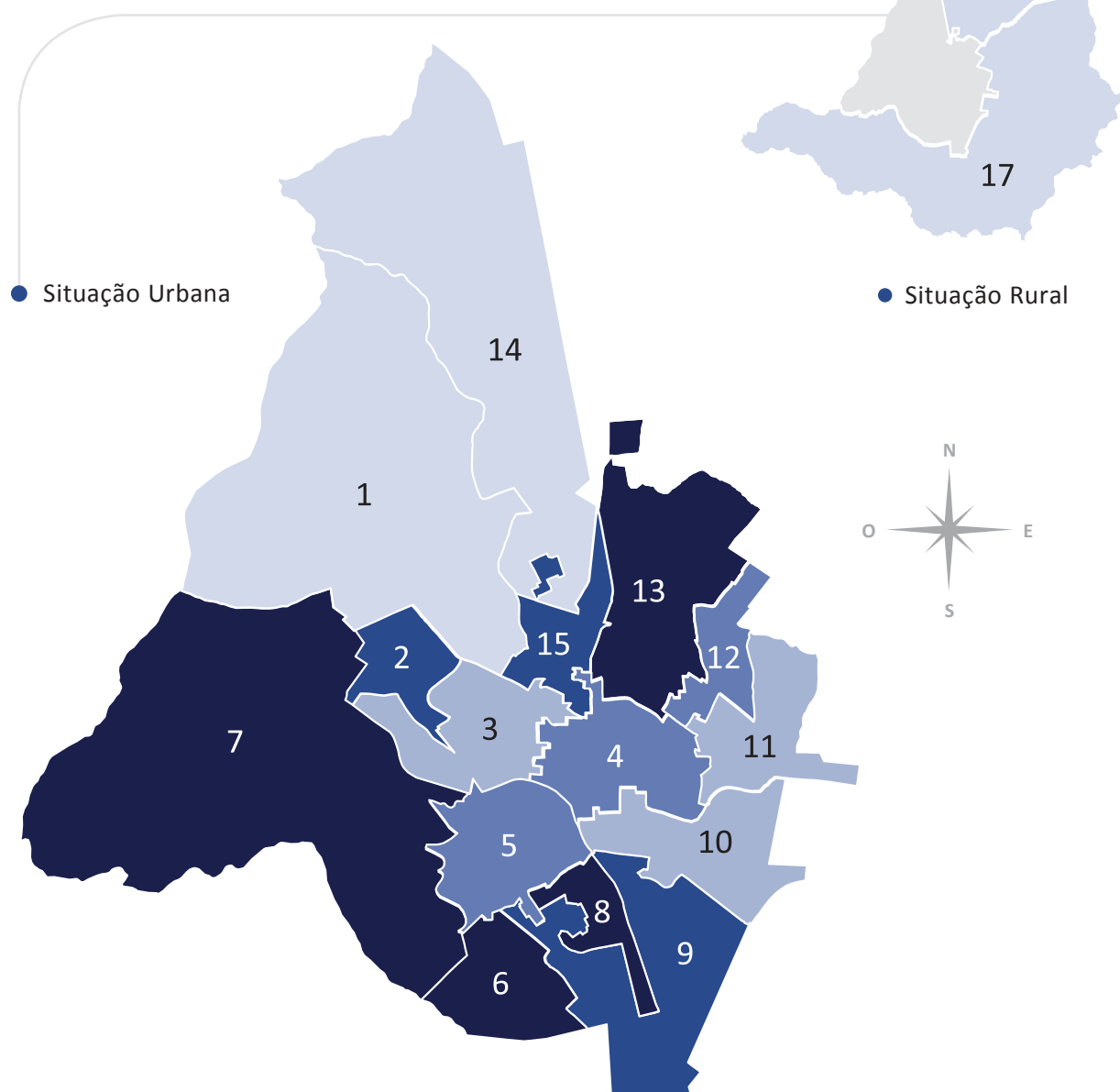
Intelectual	7	87,5%
Visual	1	12,5%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

4.6. VIOLAÇÕES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

O Conselho Tutelar, órgão não jurisdicional, criado e disciplinado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tem como principal objetivo zelar pelo cumprimento dos Direitos Fundamentais das crianças e dos adolescentes; e é acionado, sempre que for identificada situação de abuso, ameaça suspeita, ou situações de violação contra crianças e adolescentes, conforme disciplina prevista no ECA.

Indicador 16: Denúncias de Violações de Direito à Vida e à Saúde

Em São Carlos a média de crianças e de adolescentes com idade de 0 a 17 anos, com registro de violações no ano de 2019, é de aproximadamente 5 pessoas, a cada mil da mesma faixa etária. A Região 7 concentra o maior numero de registro (15,3) a cada mil.

	Região Geográfica	População residente de 0 a 17 anos	Notificações no Conselho Tutelar	Indicador (por mil habitantes)
Muito Baixo	Região 14	730	-	-
	Região 17	971	1	1,0
	Região 1	1.730	4	2,3
	Região 11	5.309	13	2,4
Baixo	Região 8	2.740	7	2,6
	Região 4	3.488	9	2,6
	Região 3	2.567	9	3,5
Médio	Região 15	3.071	12	3,9
	Região 5	7.153	28	3,9
	Região 9	2.970	12	4,0
Alto	Região 10	2.796	13	4,6
	Região 16	1.491	7	4,7
	Região 12	2.692	14	5,2
Muito Alto	Região 6	6.449	42	6,5
	Região 13	2.345	18	7,7
	Região 2	4.880	39	8,0
	Região 7	1.765	27	15,3
	Não informado	-	4	-
	Município	53.147	259	4,9

Definição

Notificações no Conselho Tutelar contra crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, dividido pelo total da população da mesma idade, vezes 1000

Menor Valor	Região 17	1
Média	São Carlos	4,9
Maior Valor	Região 7	15,3

15,3 vezes

É a razão do maior valor em relação ao menor valor entre as regiões

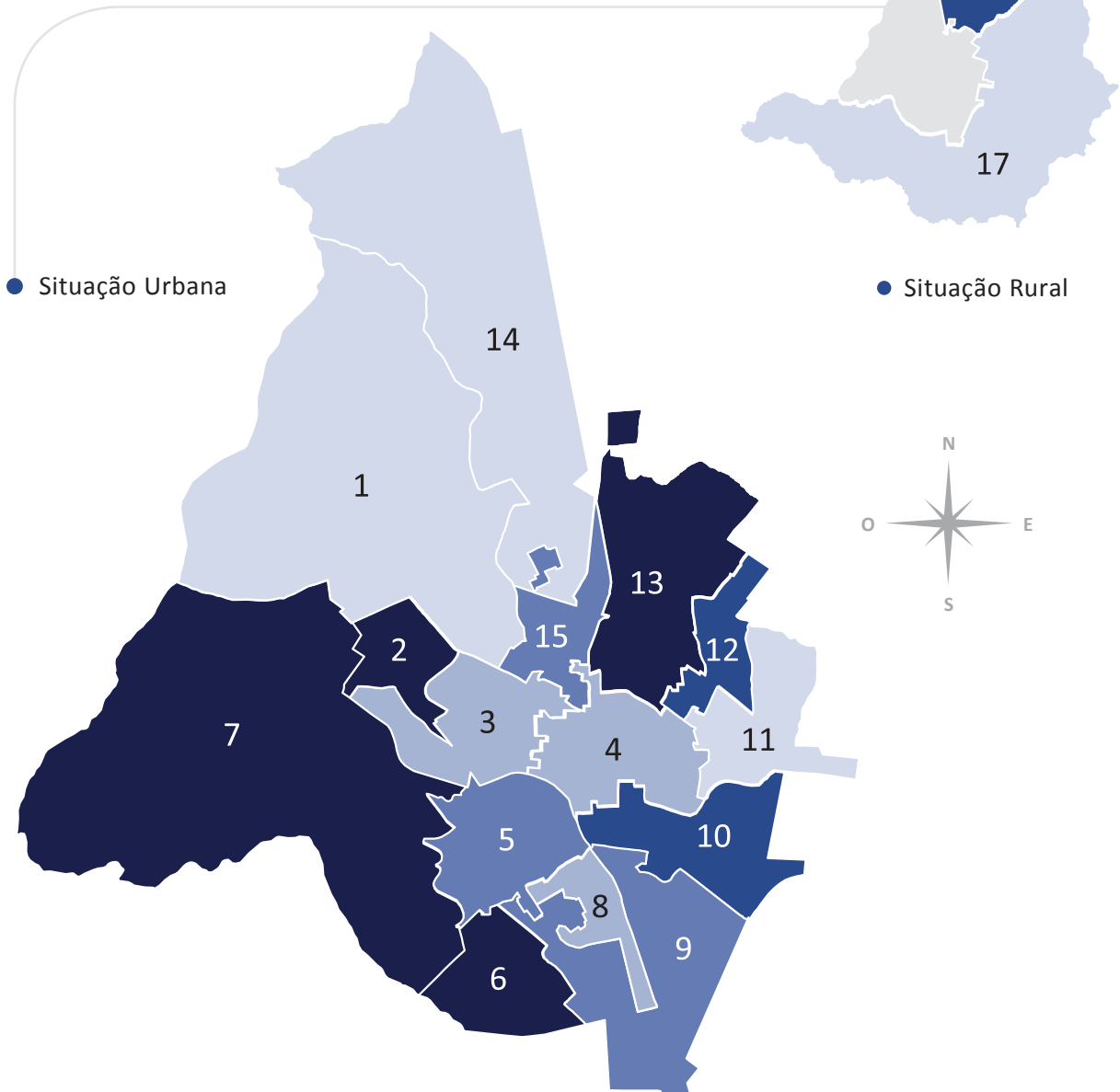
Fonte: Conselho tutelar, 2019.

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------

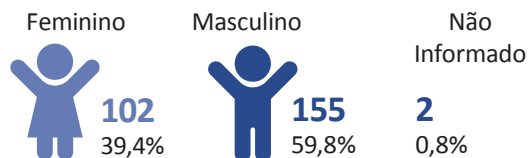


Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

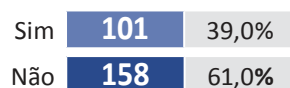
1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

No perfil destaca-se a predominância do sexo masculino (59,8%), a faixa etária de 15 a 17 anos (41,0%) a falta de vaga, inacessibilidade ou ausência de serviço público na área da saúde como principal motivo (73,4%), e a ameaça como natureza do fato (55,6%).

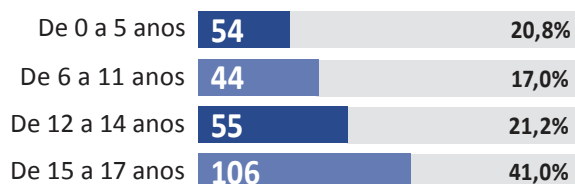
Sexo



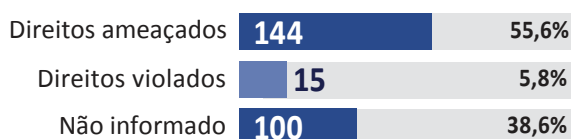
Reincidências



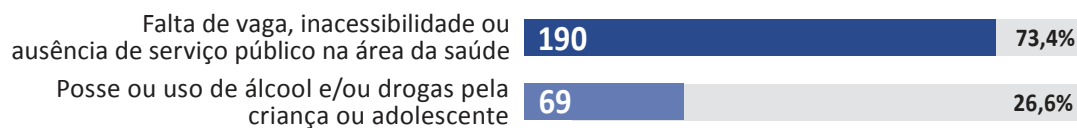
Faixa etária



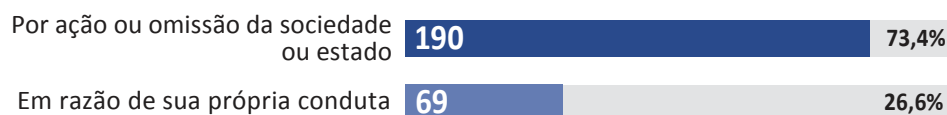
Natureza do Fato



Motivo



Agente violador



Fonte: Conselho tutelar, 2019.

4.7. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060/2002, é resultado de múltiplos movimentos de mobilização nacional e internacional, e de muitos atores sociais e institucionais, impulsionados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 23 estabelece como “competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”. Outros marcos têm sido importantes ao longo desta trajetória³³, culminando com a aprovação do Estatuto da Pessoa com deficiência (Lei nº 13.146/015) que, dentre outros direitos fundamentais, é assegurado a atenção integral em saúde em todos os níveis de complexidade, com acesso universal, igualitário e atendimento prioritário, mediante ações, programas e serviços de saúde em toda a rede do SUS (conforme artigos 8º, 9º e 18 à 26 do referido Estatuto).

Tal política caracteriza-se pela implementação das diretrizes abaixo – em toda a rede do SUS, incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias – para atender às questões complexas que envolvem a atenção e a proteção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, na sua reabilitação, inclusão em todas as esferas da vida social e na prevenção de agravos que determinam o aparecimento de deficiências.

1. Promoção da qualidade de vida

“Visa assegurar a igualdade de oportunidades, de condições de direito, e de participação e inclusão sociocultural das pessoas com deficiência nos vários aspectos da vida diária, na construção de cidades e ambientes acessíveis e com livre trânsito, como escolas, ambientes públicos, coletivos e de lazer, serviços de saúde³⁴, meios de transporte, etc.

2. Prevenção de deficiência

Envolve a sensibilização e implementação de ações estratégias intersetoriais para atuação preventiva, orientativa e educacional potencializada, principalmente para as ocorrências ou situações classificadas em saúde como evitáveis ou atenuáveis com a adoção de medidas específicas (como imunização, acompanhamento gestacional, exames e acompanhamento do crescimento infantil; prevenção de acidentes e de violências, entre outros.

32 Com destaque para as Leis nº 7.853/89 (sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social), nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), nº 10.048/00 (estabelecendo prioridades ao atendimento), nº 10.098/00 (determinando critérios para a promoção da acessibilidade), e os Decretos nº 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e nº 5.296/04 (regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00).

33 De acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT, como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde publicado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. 2. ed. Brasília, 2008).

3. Atenção Integral a Saúde

Diretriz voltada aos cuidados e atendimento das pessoas com deficiência no âmbito da rede de atendimento do SUS, assegurando acesso às ações da atenção primária e de equipe multiprofissional e encaminhamento para serviços da média e alta complexidade para a reabilitação, ajudas técnicas, órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, terapia se demais procedimentos e atendimento, incluindo o de emergência e hospitalar.

4. Melhoria dos Mecanismos de Informação

Envolve o aperfeiçoamento dos mecanismos de pesquisa, registro e coleta de dados da pessoa com deficiência no país, incluindo os sistemas nacionais de informação de saúde e do SUS (SIM, SINAN, SINASC, SIASUS, SIH, etc), e o desenvolvimento de pesquisas e estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços em saúde e deficiência, para a construção de indicadores e parâmetros específicos da área outros.

5. Capacitação dos Recursos Humanos

Preconiza a capacitação e atualização técnica e profissional permanente para potencializar o atendimento e cuidados direcionados às pessoas com deficiência usuárias do SUS. Nesta diretriz, em conjunto com o Ministério da Educação, busca a inclusão de disciplinas e conteúdo de prevenção, atenção e reabilitação às pessoas com deficiência nos currículos de graduação das profissões na área da saúde, e o fomento de projetos de pesquisa e extensão.

6. Organização e Funcionamento

Pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, respeitando o organograma dos três níveis do SUS²⁴.

O Brasil vem aos poucos se organizando com informações sobre a população com deficiência. Recentemente, a Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em parceria com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas disponibilizou a plataforma “Base de Dados dos Direitos da Pessoa com Deficiência” que reúne dados censitários e informações de bases secundária de 2018 das áreas da saúde, educação, emprego e renda, entre outras.

A Tabela 29 apresenta informações da plataforma na área da Saúde, com destaque para o Tratamento com (73,8%) dos procedimentos realizados no período.

Tabela 31 – Panorama geral por grupos de procedimentos

Grupo de procedimento	Quant.	(%)
Tratamento	61.772	73,8%
Promoção à saúde	13.051	15,6%
Diagnóstico da deficiência	8.619	10,3%
Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção	205	0,2%
Total	83.647	100,0%

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Organizado pela Fundação Instituto de Pesquisa Econômica (Fipe), 2018.

Para fins de estudo e análise do eixo de direito de vida e saúde da pessoa com deficiência, os dados foram compilados em duas frentes estratégicas: a que atua na prevenção de agravos, situações e causas da deficiência, e a atenção integral à saúde, com os dados sobre os atendimentos direcionados para este público.

Prevenção

A OMS aponta que 40 a 50% dos casos existentes de deficiência poderiam ter sido evitados se as condições socioeconômicas e culturais fossem adequadas, incluindo desde aspectos relacionados a fatores ambientais, como água potável e saneamento até segurança nas estradas e locais de trabalho. A Política Nacional da pessoa com deficiência elenca os principais fatores que podem levar a deficiência, abordando os três níveis: a) primário, com ações para evitar ou remover problemas de saúde antes do surgimento; b) secundário, com ações para identificar problemas de saúde em estágio inicial; e c) terciário, ações para reduzir o impacto de uma doença ou condição já instalada. A partir desta perspectiva foram levantados os dados e informações disponibilizadas para traçar um panorama geral sobre a população e as políticas públicas direcionadas para a pessoa com deficiência.

Fatores Hereditários ou Congênitos	Está relacionado a questões genéticas, e podem ser parcialmente evitadas, com exames pré-natais específicos, exames no recém nascido e serviços de genética clínica para aconselhamento genético aos casais. No ano de 2019, dos 2.911 nascidos vivos foi confirmado 1 único caso de anomalia congênita no município, com mãe na faixa etária de 18 a 34 anos, e 156 sem informação.
Falta de assistência ou assistência inadequada na gestação.	São evitáveis com investimento e melhoria da qualidade do pré-natal (consultas e exames laboratoriais), parto (natural, de risco, cesarianas) e pós-parto. No ano de 2019, 14,1% das gestantes tiveram menos de 7 consultas pré-natais (mínimo recomendado).
Desnutrição infantil	Acomete principalmente às famílias de baixa renda, especialmente crianças a partir do primeiro ano de idade. É evitável por meio de políticas de distribuição e transferência de renda, criação de emprego e melhoria das condições gerais de vida da população. Segundo dados do SISVAN (2019), menos de 3% (62) das crianças de até 5 anos de idade estão com baixo peso. Destas, 14 (0,6%) estão com peso muito abaixo para a idade, e requerem acompanhamento e atenção direcionada da rede de saúde.
Doenças e eventos crônicos	A hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, o acidente vascular-cerebral (AVC), a doença de Alzheimer, o câncer e a osteoporose são em parte evitáveis pela mudança de hábitos de vida e alimentares, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Não foram disponibilizados dados detalhados que possibilitassem uma análise ou comparativos desses fatores.

Doenças transmissíveis	Como a rubéola, o sarampo, a paralisia infantil, as doenças sexualmente transmissíveis. São evitáveis por ações de proteção e promoção à saúde, como informação, vacinação e exames pré-natais. As campanhas de vacinação tem um papel fundamental neste fator, principalmente em doenças como o sarampo a paralisia infantil e a rubéola. No ano de 2019 - considerando o número de doses recomendadas, o número de nascidos vivos e o número de doses aplicadas – a média de cobertura de vacinação do município em menores de 1 ano foi de 76,5%, abaixo da meta nacional. Para as doenças sexualmente transmissíveis, foi registrado 1 caso de sífilis congênita e 1 caso de infecção pelo vírus HIV na faixa etária de 0 a 5 anos. A sífilis como complicação de gravidez, parto ou puerpério teve 5 notificações para a faixa etária de 12 a 17 anos, 10 para a faixa de 18 a 21 anos.
Traumas e lesões	Fatores relacionados a índices de violência, acidentes domésticos, de trabalho e de trânsito. Podem estar associados ou não ao abuso de álcool e às drogas, e no geral, podem ser evitáveis por políticas públicas integradas e multisetoriais para a redução da violência, melhoria das condições gerais de vida (habitação, escolaridade, oportunidades, esporte, arte, lazer) e de mudanças de hábitos da população. A ficha de registro de acidentes de trabalho é a que contém mais informações sobre a evolução do acidente, sendo que dos 58 registros de 2019, 5 tiveram como consequência incapacidade permanente, 12 incapacidade parcial, 31 incapacidade temporária.
Perturbações psiquiátricas	Relacionado as situações de risco pessoal por conta da perturbação, são em parte evitáveis por meio da proteção à infância, do diagnóstico precoce, da assistência multiprofissional e do uso de medicamentos apropriados. Não há banco de dados em saúde para doenças ou transtornos psiquiátricos.

4.7.1. Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência do município de São Carlos

Em São Carlos, fazem parte da Rede de Atenção da Pessoa com Deficiência três instituições não governamentais, a ACORDE, A APAE e a ESPAÇO AZUL, todas voltadas para o atendimento de pessoas com deficiência ou transtorno intelectual, associada ou não a outras deficiências. Em 2019 as 3 instituições juntas atenderam 877 crianças, adolescentes e jovens, conforme distribuição na tabela abaixo, sendo que 35 delas foram atendidas em mais de uma instituição.

Tabela 32 – Pessoas com deficiência atendidas por instituição e faixa etária

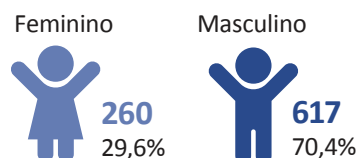
Instituição	De 0 a 17 anos		De 18 a 21 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
APAE	806	88,4%	66	90,4%	872	88,5%
ACORDE	62	6,8%	7	9,6%	69	7,0%
Espaço Azul	44	4,8%	-	0,0%	44	4,5%
Total de crianças e adolescentes	912	100,0%	73	100,0%	985	100,0%

Fonte: Organizações não governamentais: APAE; Acorde; Espaço Azul, 2019.

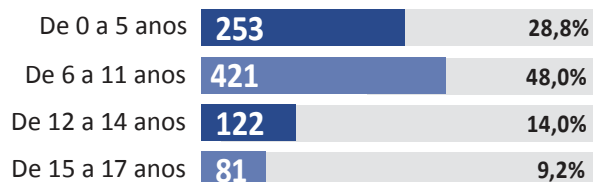
Nota: Uma criança pode receber atendimento de mais de uma instituição.

O perfil dos 877 atendidos com idade de 0 a 21 anos, predomina o sexo masculino (70,4%), a faixa etária de 6 a 11 anos (48,0%), a raça branca (24,5%). Destaca-se ainda que 6,7% dos atendidos (58) possuem outro tipo de deficiência associada à intelectual (deficiência múltipla), e 34,0% (298) foram diagnosticados com transtorno do espectro autista (TEA). Sobre o tipo de deficiência intelectual não foi possível analisar por tipo, pois grande parte não foram especificadas.

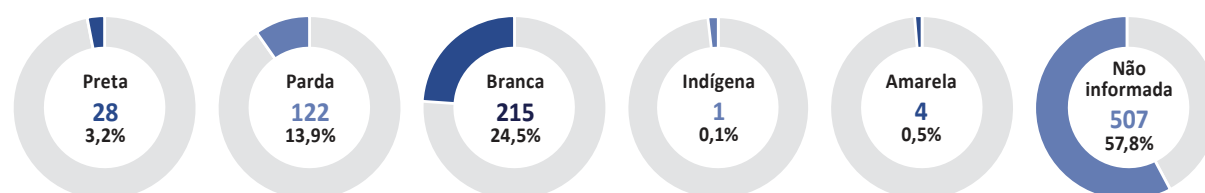
Sexo



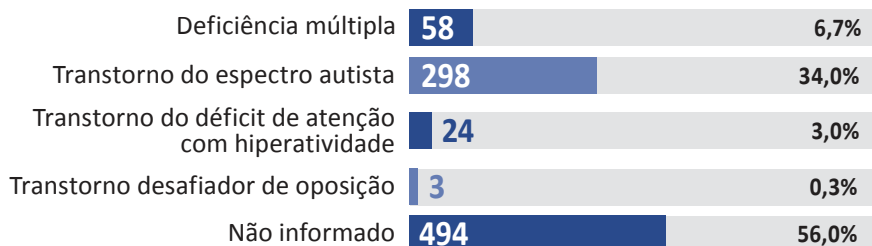
Faixa Etária



Raça ou Cor



Tipo de deficiência



Fonte: Organizações não governamentais: APAE; Acorde; Espaço Azul, 2019.

Tabela 33 – Pessoas com deficiência atendidas, por região

Região	Quant.	(%)	
Região 6	130	14,8%	
Região 2	98	11,2%	
Região 5	97	11,1%	
Região 7	84	9,6%	
Região 11	61	7,0%	
Região 15	58	6,6%	
Região 9	54	6,2%	
Região 13	53	6,0%	
Região 10	38	4,3%	
Região 8	38	4,3%	
Região 12	36	4,1%	
Região 4	37	4,2%	
Não informado	34	3,9%	
Região 1	32	3,7%	
Região 16	16	1,8%	
Região 3	10	1,1%	
Região 14	1	0,1%	
Total	877	100,0%	

Fonte: Organizações não governamentais: APAE; Acorde; Espaço Azul, 2019.

Os principais serviços demandados foram "avaliação multidisciplinar" (46,3%) e o "ensino fundamental" (30,9%) e o principal motivo de atendimento foi por "transtornos do desenvolvimento psicológico" (39,9%) e "retardo mental" (25,4%).

Tabela 34 – Atendimentos de PCD por tipo de serviço

Tipo de serviço	Quant.	(%)	
Avaliação multidisciplinar	406	46,3%	
Ensino Fundamental	271	30,9%	
Terapia	76	8,7%	
Estimulação Precoce	72	8,2%	
Não informado	38	4,3%	
Educação Infantil	14	1,6%	
Total	877	100,0%	

Fonte: Organizações não governamentais: APAE; Acorde; Espaço Azul, 2019.

Tabela 35 – atendimentos de PCD na faixa etária de 0 a 17 anos, por motivo de entrada na instituição

Motivo de entrada na instituição	Quant.	(%)	
Transtornos do desenvolvimento psicológico	350	39,9%	
Retardo mental	223	25,4%	
Não informado	179	20,4%	
Transtornos globais do desenvolvimento	34	3,9%	
Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência	17	1,9%	
Anomalias cromossômicas não classificadas em outra parte	12	1,4%	
Atendimento Médico	12	1,4%	
Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas	12	1,4%	
Atividades de contra turno, Grupos de Convivência, Serviços Socioassistenciais	8	0,9%	
Não informado	8	0,9%	
Atendimento Médico, Serviços Socioassistenciais	5	0,6%	
Serviços Socioassistenciais	5	0,6%	
Transtornos neuróticos	4	0,5%	
Outras malformações congênitas	2	0,2%	
Transtornos episódicos e paroxísticos	2	0,2%	
Esquizofrenia	1	0,1%	
Malformações congênitas do sistema nervoso	1	0,1%	
Transtornos do humor [afetivos]	1	0,1%	
Traumatismos do pescoço	1	0,1%	
Total	877	100,0%	

Fonte: Organizações não governamentais: APAE; Acorde; Espaço Azul, 2019.

Quase metade dos atendimentos não constam a informação de quem fez o encaminhamento, 22,3% foram encaminhados pelos equipamentos da política da educação, e outros 13,0% da saúde. A demanda espontânea representou 8,0% do total de atendidos.

Tabela 36 – Atendimentos de PCD por órgão que fez o encaminhamento

Órgão que fez o encaminhamento	Quant.	(%)	
Não informado	399	45,5%	
Equipamentos da política de educação	196	22,3%	
Equipamentos da política de saúde	114	13,0%	
Outros	90	10,3%	
Busca espontânea	70	8,0%	
Equipamentos da política de assistência social	7	0,8%	
Conselho tutelar	1	0,1%	
Total	877	100,0%	

Fonte: Organizações não governamentais: APAE; Acorde; Espaço Azul, 2019.

ACORDE - ASSOCIAÇÃO DE CAPACITAÇÃO, ORIENTAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO EXCEPCIONAL

Presta serviço de proteção social para pessoas com deficiência e suas famílias, na esfera do município de São Carlos, conforme regulamentação preconizada na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº109/2009), por meio de parceria com Organização Social Civil. Tal serviço é da proteção social especial considerado de Média Complexidade, referenciado ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS. Além dos serviços socioassistenciais, também oferece programas e projetos na área da educação e saúde de forma gratuita, permanente e continuada às pessoas com deficiência intelectual e múltiplas e a suas famílias, com objetivo de promover atividades que possibilitem à pessoa com deficiência aprimorar habilidades sociais e comportamentais, desenvolver senso de independência e responsabilidade, a exercerem plenamente seus direitos e ter maior qualidade de vida.

Público atendido: crianças, Jovens e Adultos com Deficiência Intelectual, Síndrome de Down e Transtorno do Espectro Autista (TEA), a partir de 3 anos de idade.

Tipo de atendimento: atendimento individual e especializado multidisciplinar em saúde e educação especial infantil e adulto.

Equipe multidisciplinar e carga horária semanal em hs: fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, fonoaudiologia, educação física, educação especial, pedagogia, psicopedagogia e psicologia.

Capacidade máxima de atendimento: 200

Nº de crianças e adolescentes atendidos em 2019: 69

Lista de espera para atendimento: 90

Endereço: Rua Victorio Bonucci, 1385 – Jardim Tangará – Sede 1(Educação) | Rua José Luis Olaio, 290 Jardim Ricetti – Sede 2 (Saúde e Social)

ESPAÇO AZUL – ASSOCIAÇÃO DE APOIO A PAIS AUTISTAS

Tem como missão oferecer atendimento individual e especializado ABA (do termo original em inglês Applied Behavior Analysis- Análise do Comportamento Aplicada) às famílias e indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), para o desenvolvimento de cinco áreas: linguagem, cognição, habilidades sociais, motoras e autocuidados. Para tanto, conta com uma equipe formada por psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagoga e psicopedagogo, oferecendo tratamento interdisciplinar, que contempla todas as áreas de desenvolvimento do indivíduo com TEA.

Público atendido: Transtorno do Espectro Autista (TEA)

Tipo de atendimento: atendimento individual e especializado ABA (do termo original em inglês Applied Behavior Analysis - Análise do Comportamento Aplicada), e educação especial.

Equipe multidisciplinar e carga horária semanal em hs: terapia ocupacional (30), fonoaudiologia (24), psicopedagogia (60) e psicologia (30).

Capacidade máxima de atendimento: 100

Nº de crianças e adolescentes atendidos em 2019: 44

Lista de espera para atendimento: 167

Endereço: Rua Ana Prado, 585

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE

Entidade civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional, sem fins lucrativos, com duração indeterminada, que tem foro e sede no município onde estiver situada.

Possui autonomia administrativa e jurídica perante a administração pública e às entidades privadas, e integra-se, por filiação, à Federação Nacional das APAEs-FENAPAES, da qual recebe orientação, apoio e permissão para o uso do nome, símbolo e sigla APAE, cujo estatuto adere e cuja supervisão se submete. Tem como objetivo promover e articular ações de defesa de direitos, prevenção, orientações, prestação de serviços, apoio à família, direcionadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência e à construção de uma sociedade justa e solidária. Oferece serviços de avaliação e diagnóstico, estimulação precoce, educação especializada e atendimentos em saúde.

Público atendido: pessoas com deficiência intelectual associada ou não a outras deficiências e seus familiares, pessoas com transtorno do espectro autista (TEA).

Tipo de atendimento: avaliação e diagnóstico, estimulação precoce, educação especializada, atendimento externo e multidisciplinar em saúde, e atendimento para as famílias.

Equipe multidisciplinar e carga horária semanal em hs: terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicopedagogia, educação física, fisioterapia, nutrição e psicologia.

Capacidade máxima de atendimento: não informado

Nº de crianças e adolescentes atendidos em 2019: 872

Lista de espera para atendimento: 89

Endereço: Av. Profª Luis Augusto de Oliveira, 465 - Vila Marina

4.8. MAPA SOCIAL DOS INDICADORES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

O mapa social - parte 1/2 - retrata a situação das 17 (dezessete) regiões geográficas, de acordo com a posição do indicador de cada região, em relação à média geral do município. A finalidade deste mapa é apresentar de maneira simplista, o panorama das prioridades para as crianças, adolescentes e jovens de 0 a 21 anos, na área do direito à Vida e à Saúde.

Matriz dos Indicadores do Direito à Vida e Saúde - Parte 1/2

Classificação	Quintil	Parâmetro		>	>	>	>	>	>	>	>	
		Região Geográfica		Indicadores do direito à Vida e Saúde - 16 indicadores								
				Taxa de Natalidade	Gravidez na Adolescência (OMS)	Gravidez na Adolescência (ECA)	Pré-Natal Insuficiente	Prematuridade	Baixo Peso ao Nascer	Internações Hospitalares de 0 a 17 anos	Internações Hospitalares de 18 a 21 anos	Agravos por Doenças de 0 a 17 anos
	Código	Nome										
	3	Santa Felícia III	9,2	5,5%	1,8%	10,1%	5,5%	6,4%	9,7	13,7	1,2	
	14	Jockey II	5,8	-	-	-	-	-	-	-	1,4	
	11	São Carlos VIII 3	10,0	6,7%	2,4%	11,0%	9,6%	9,6%	19,4	33,2	3,6	
	16	Rural I	9,4	8,0%	4,0%	12,0%	8,0%	4,0%	16,8	41,4	2,7	
	17	Rural II	10,9	5,6%	2,8%	22,2%	8,3%	8,3%	14,4	15,1	2,1	
	5	Centro II	8,7	7,0%	3,0%	15,7%	7,0%	9,0%	34,7	37,8	1,3	
	10	Pacaembú III	10,9	6,9%	2,5%	10,7%	9,4%	9,4%	30,4	27,1	6,1	
	1	Santa Felícia I	34,9	2,2%	1,3%	7,3%	7,8%	6,0%	30,1	37,0	16,2	
	4	Centro I	9,1	5,3%	0,5%	8,7%	10,1%	10,6%	119,3	117,8	4,3	
	13	São Carlos VIII 2	11,7	4,2%	1,4%	23,1%	9,1%	7,7%	35,8	51,6	4,3	
	15	Jockey I	10,9	4,3%	1,2%	12,9%	12,9%	13,5%	35,5	34,5	4,9	
	8	Pacaembú I	12,5	8,6%	5,3%	11,8%	12,5%	11,2%	37,6	56,8	4,0	
	12	São Carlos VIII 1	9,0	13,8%	4,6%	29,9%	10,3%	10,3%	30,1	41,9	2,2	
	2	Santa Felícia II	15,3	8,5%	4,4%	15,4%	11,8%	11,0%	15,6	35,2	5,1	
	9	Pacaembú II	17,8	12,0%	4,8%	15,0%	15,0%	12,6%	32,3	36,2	3,7	
	7	Aracy II	28,8	19,7%	7,6%	26,5%	9,1%	9,1%	85,6	147,6	5,1	
	6	Aracy I	25,3	13,8%	7,9%	13,2%	10,3%	10,0%	64,4	92,0	4,3	
Média do município			13,1	8,5%	3,8%	14,1%	9,9%	9,6%	41,5	54,4	4,0	

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2021.

Nota 1: O cálculo do percentual na última coluna desta matriz, corresponde à quantidade de indicadores por região, dividido pelo total de indicadores, vezes 100.

Nota 2: Os indicadores selecionados na contagem estão sinalizados com cor azul.

O mapa social - parte 2/2 - retrata a situação das 17 (dezessete) regiões geográficas, de acordo com a posição do indicador de cada região, em relação à média geral do município. A finalidade deste mapa é apresentar de maneira simplista, o panorama das prioridades para as crianças, adolescentes e jovens de 0 a 21 anos, na área do direito à Vida e à Saúde.

Matriz dos Indicadores do Direito à Vida e Saúde - Parte 2/2

Classificação	Quintil	Parâmetro	>	>	>	>	>	>	>	Classificação				
		Região Geográfica		Indicadores do direito à Vida e Saúde - 16 indicadores							Contagem de Indicadores por Região		Percentual sobre o Total de Indicadores	
				Agravos por Doenças de 18 a 21 anos	Acompanhamento pelo CAPSi	Acompanhamento pelo CAPS	Mortalidade Infantil	Mortalidade de 0 a 17 anos	Mortalidade de 18 a 21 anos	Violação do Direito à Vida e à Saúde				
		Código	Nome											
	3	Santa Felícia III	5,5	1,2	1,4	-	-	-	3,5	-	-			
	14	Jockey II	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	11	São Carlos VIII 3	6,3	5,5	4,0	0,19	5,6	-	2,4	1	6,3%			
	16	Rural I	5,9	8,0	-	-	-	-	4,7	1	6,3%			
	17	Rural II	5,0	2,1	-	-	-	-	1,0	1	6,3%			
	5	Centro II	1,9	8,0	5,3	0,28	-	0,96	3,9	2	12,5%			
	10	Pacaembú III	8,7	11,4	4,3	-	-	-	4,6	3	18,8%			
	1	Santa Felícia I	10,6	11,0	-	1,73	4,0	-	2,3	5	31,3%			
	4	Centro I	11,3	6,0	6,0	0,29	4,8	-	2,6	6	37,5%			
	13	São Carlos VIII 2	16,3	9,4	23,1	-	-	2,72	7,7	6	37,5%			
	15	Jockey I	10,9	15,3	7,3	0,33	6,1	-	3,9	6	37,5%			
	8	Pacaembú I	1,2	12,4	14,5	-	-	-	2,6	7	43,8%			
	12	São Carlos VIII 1	6,2	9,7	6,2	0,37	14,9	-	5,2	7	43,8%			
	2	Santa Felícia II	8,6	11,1	7,0	0,41	7,4	-	8,0	10	62,5%			
	9	Pacaembú II	4,3	5,4	8,7	1,35	12,0	2,90	4,0	10	62,5%			
	7	Aracy II	8,4	21,5	50,1	1,13	-	2,79	15,3	13	81,3%			
	6	Aracy I	8,9	9,6	10,3	0,77	10,5	2,06	6,5	14	87,5%			
Média do município			7,4	10,3	8,2	0,41	4,8	0,69	4,9					

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2021.

Nota 1: O cálculo do percentual na última coluna desta matriz, corresponde à quantidade de indicadores por região, dividido pelo total de indicadores, vezes 100.

Nota 2: Os indicadores selecionados na contagem estão sinalizados com cor azul.

Das dezessete regiões, duas não possuem nenhum indicador classificado acima da média geral e das quinze que possuem, duas se destacam na posição de "muito alto", a Região 7 (Aracy II) e a Região 6 (Aracy I) com 13 (81,3%) e 14 (87,5%) respectivamente, indicando que são as prioritárias de atenção do gestor público na área da saúde.

● Situação Rural

Representação gráfica do indicador por região geográfica

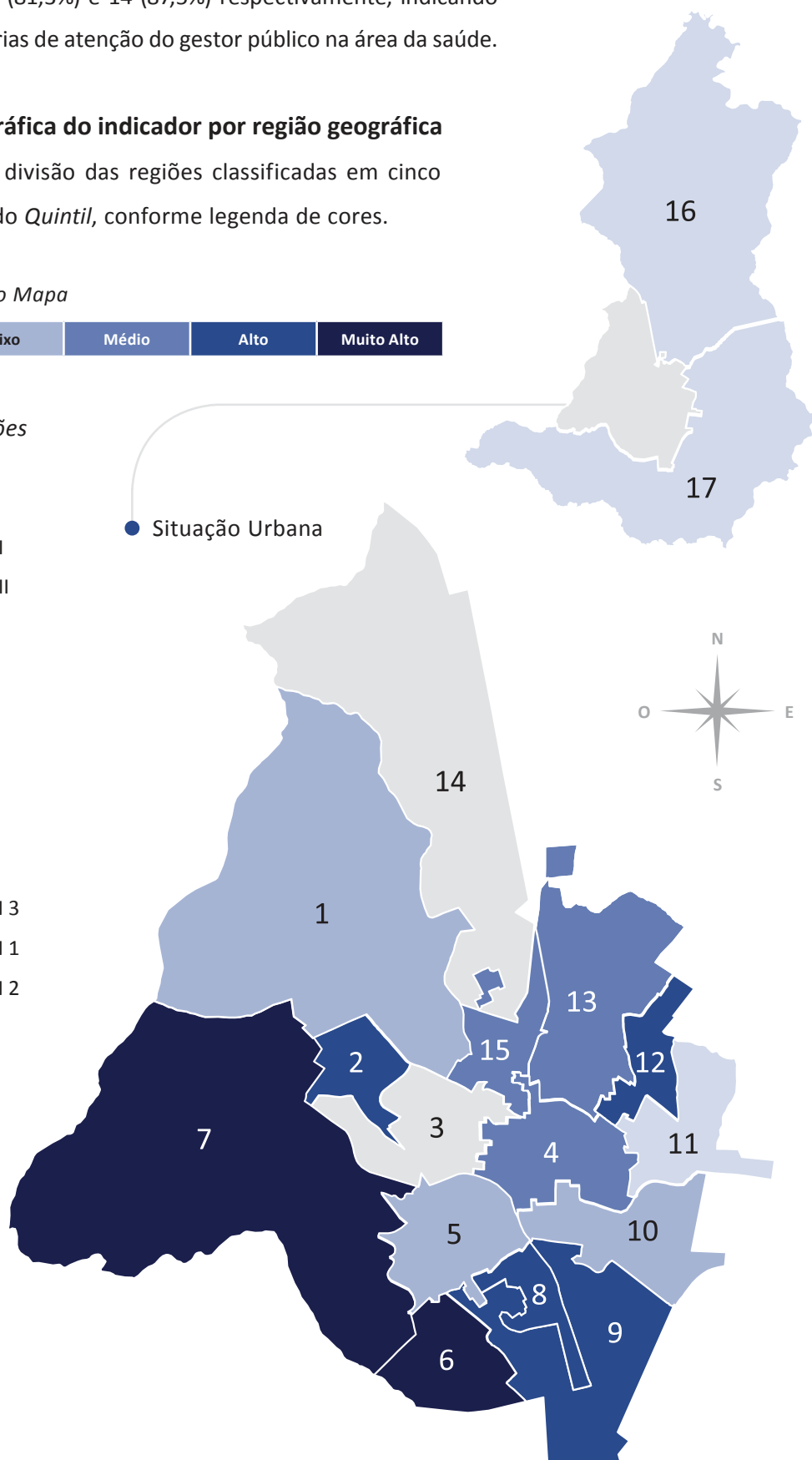
O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------

Legenda das Regiões Geográficas

1	Santa Felícia I
2	Santa Felícia II
3	Santa Felícia III
4	Centro I
5	Centro II
6	Aracy I
7	Aracy II
8	Pacaembú I
9	Pacaembú II
10	Pacaembú III
11	São Carlos VIII 3
12	São Carlos VIII 1
13	São Carlos VIII 2
14	Jockey II
15	Jockey I
16	Rural I
17	Rural II



5. RESULTADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA DE PERCEPÇÃO

Conforme metodologia descrita no capítulo 2 - item 2.3.1 - pode-se afirmar que os resultados da pesquisa quantitativa apresentados neste volume, retratam com confiança de 95% e erro amostral de 4,2 para mais ou para menos, o modo de vida e as expectativas dos adolescentes e jovens com idade de 12 a 21 anos.

5.1. ABORDAGEM SOBRE O TEMA SEXUALIDADE

A iniciação sexual é um advento marcante na vida de qualquer ser humano. Na fase da adolescência, a medida que ocorrem o desenvolvimento das funções reprodutivas e o aumento de conhecimento sobre sexo, muitos começam a vivenciar as primeiras práticas sexuais (Duarte, 1995). Todavia, com o início da vida sexual surgem também situações de risco que devem ser prevenidas como a início precoce sexual, uso inconsistente de preservativo, a aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST), a ocorrência de gravidez na adolescência, a prática de aborto como consequência de uma gravidez não desejada e a exposição a situações de abuso sexual.

Com objetivo de investigar com maior profundidade a opinião e o comportamento dos adolescentes e jovens de 12 a 21 anos, residentes em São Carlos, questões relacionadas a esta temática foram abordadas em uma pesquisa de percepção realizadas nas escolas do município³⁴. A maioria dos entrevistados (83,8%) conversam sobre sexo com amigos e namorado e 56,0% conversam com os pais.

Conversa em família sobre sexualidade

Não	290	55,1%
Sim	236	44,9%

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Com quem conversa sobre sexo

Amigos	314	59,7%
Mãe	197	37,4%
Namorado(a)	127	24,1%
Pai	98	18,6%
Não Conversa	96	18,2%
Outros	28	5,3%

Nota: Pergunta de múltipla escolha.

34 Pesquisa de percepção quantitativa com residentes no município na faixa etária de 12 a 17 anos, com metodologia por amostragem aleatória estratificada por região territorial, cujas especificações foram precisamente detalhadas no capítulo que trata das notas metodológicas. Tal pesquisa foi realizada nas escolas (municipal, estadual e privada) e abordou diferentes temas como vida familiar e comunitária, drogas, sexualidade, trabalho educação, cidadania, etc.

Sobre o conhecimento e formas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), 87,3% dos entrevistados responderam que já receberam orientação sobre o assunto, e, 91,3% sabem como prevenir-se da doença.

Tabela 38 – Recebeu alguma orientação sobre DST

Respostas	Citações	(%)
Sim	459	87,3%
Não	67	12,7%
Total	526	100,0%

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Tabela 37 – Tem conhecimento sobre prevenção do DST

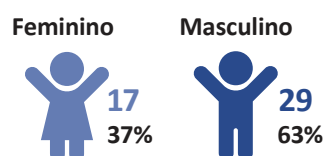
Respostas	Citações	(%)
Sim	480	91,3%
Não	46	8,7%
Total	526	100,0%

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Fazendo um recorte dos entrevistados que não sabem como prevenir-se (46), é possível traçar o perfil do sexo masculino (63,0%) e idade entre 12 e 14 anos (82,6%). 73,9% disseram não conversar sobre sexo e sexualidade em família, e 54,3% não conversar com ninguém sobre o assunto. Chama atenção ainda que 3 têm entre 18 e 21 anos.

Perfil dos entrevistados que NÃO sabe como se prevenir de IST

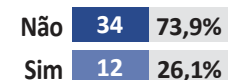
Sexo



Faixa etária



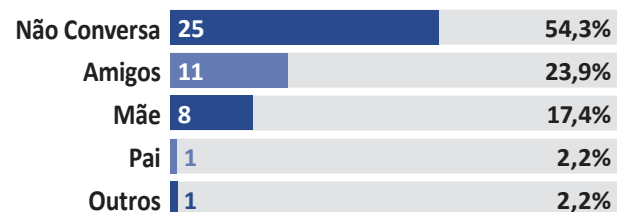
Conversa em família sobre sexualidade



Orientação Sexual



Com quem conversa sobre sexo



Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

5.2. ABORDAGEM SOBRE O TEMA SAÚDE MENTAL

O conceito de saúde mental não se limita a definição da ausência de doença ou transtorno mental, mas está relacionado a capacidade de o indivíduo administrar a própria vida e as emoções dentro de um grande espectro de variações, sem, contudo, perder o valor do que é real e precioso (OMS, 2012).

A adolescência, momento complexo na vida do indivíduo, único e formativo para a vida adulta³⁵ marca um período que ocorrem diferentes mudanças no aspecto físico, hormonal, psicológico, emocional e social que influenciam o comportamento, e exigem um olhar mais atento para saber distinguir entre comportamentos e dilemas próprios da idade de fatores e comportamentos de risco que podem indicar distúrbios da saúde mental. Em alguns casos exigem também a atenção profissional especializada para reduzir os impactos resultantes dos problemas típicos dessa etapa da vida, assim como também da exposição de situações de violação de direitos, violência ou qualquer outro tipo de situação que tornam os adolescentes vulneráveis à fatores de risco que possam comprometer a sua saúde mental.

A pesquisa de percepção oportunizou a escuta junto aos adolescentes e jovens entrevistados, sobre questões sensíveis, especialmente de como se sentem no meio onde vivem.

A maioria, 70,1% declarou ser feliz ou tranquilo na maior parte do tempo.

Como se sente na maior parte do tempo?

Feliz	369	70,1%
Ansioso	191	36,3%
Tranquilo	163	30,1%
Triste	56	10,6%
Indiferente/apático	49	9,3%
Com raiva	39	7,4%
Angustiado	35	6,6%
Com medo	16	3,0%
Não sei	10	1,9%
Eufórico	10	1,9%
Outro, indique...	6	1,1%
Total	526	

Outros

Sozinho	1
Neutro	1
Infeliz	1
Entediado	1
Desafiada	1
Ansiosa	1
Total	6

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.
Nota: Pergunta de múltipla escolha.

35 Há divergência entre a idade que inicia e termina este período. A Organização das Nações Unidas define adolescentes como pessoas de 10 a 19 anos de idade, e alguns autores entendem ainda que este período pode estender-se até os 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente – principal marco e instrumento legal neste tema – define a adolescência como o período da vida inicia aos 12 anos e vai até os 17.

38,6% dos entrevistados disseram ter vivenciado alguma situação de preconceito, dentre os quais a maior frequência pela aparência física (37,4%), seguida da raça ou cor da pele (32,5%) e da orientação sexual (14,7%).

Sofreu algum tipo de preconceito?

Não **61,4%** 323

Sim **38,6%** 203

Quais?

Pela aparência física (altura, nariz, orelha, espinhas, etc)	76	37,4%
Por sua cor	66	32,5%
Por sua orientação sexual	49	24,1%
Por ser obeso/gordo	38	18,7%
Por ser tímido(a)	28	13,8%
Por ser magro demais	24	11,8%
Por sua situação social	23	11,3%
Por opção religiosa	14	6,9%
Outro, indique...	10	4,9%
Por ter alguma deficiência	4	2,0%
Por não ter namorado(a)	2	1,0%
Total	203	

Outros preconceitos

Por ser mulher	2
Por não saber quem era meu pai	1
Estilo de roupa e estilo de música	1
Ser jovem	1
Por morar com meu namorado na casa dos avós	1
Não faço ideia... todo mundo só me odiava	1
Vários	1
Doenças psicológicas	1
Tatuagens	1
Total	10

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota: Pergunta de múltipla escolha.

Segundo material de capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias disponibilizado pelo Ministério da Justiça (2010), problemas de saúde mental em adolescentes que não recebem tratamento estão associados a baixos níveis de realização educacional, desemprego, uso de drogas, comportamentos de risco, criminalidade, saúde sexual e reprodutiva precárias, automutilação e cuidados pessoais inadequados. Esses fatores intensificam o risco de morbidade e mortalidade prematura, e implicam em altos custos sociais e econômicos, uma vez que frequentemente, evoluem para condições de maior desadaptação social e práticas agressivas, com violação de regras.

Dos 526 entrevistados, 119 praticaram ações autodepreciantes com destaque para fuga de casa (12,2%) e automutilação (9,9%).

Cometeu ações autodepreciantes — Quais?

Não **77,4%** 407

Sim **22,6%** 119

Fuga de casa	64	12,2%
Automutilação	52	9,9%
Tentativa de suicídio	31	5,9%
Participação em jogos de desafio: baleia azul, momo, etc.	11	2,1%
Aborto	1	0,2%
Total	119	

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota 1: Pergunta de múltipla escolha

Nota 2: Os valores percentuais foram calculados sobre o total de entrevistados da amostra.

O perfil dos 119 entrevistados que cometeram ações autodepreciantes, se concentra no sexo feminino (55,5%), idade de 15 a 17 anos (45,4%), e que declararam sentir-se acolhidos em casa (57,1%).

Sexo

Feminino



66

55,5%

Masculino



53

44,5%

Faixa Etária

De 12 a 14 anos	25	21%
De 15 a 17 anos	54	45,4%
De 18 a 21 anos	40	33,6%

Sente acolhido e bem cuidado em casa?

Sempre	68	57,1%
Às vezes	24	20,2%
Quase sempre	21	17,6%
Quase nunca	5	4,2%
Nunca	1	0,8%

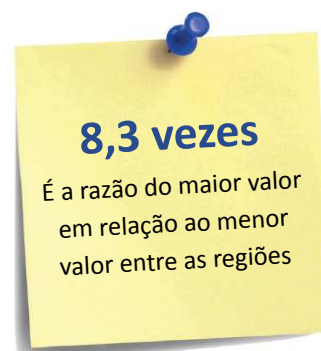
Indicador 17: Entrevistados de 12 a 17 anos que cometeram tentativa de suicídio e automutilação

Dos 352 adolescentes de 12 a 17 anos entrevistados na amostra, aproximadamente 15 a cada cem indivíduos da mesma faixa de idade - observada a confiança de 95% e erro amostral de 4,2 para mais ou para menos - cometeram tentativa de suicídio ou automutilação. A distribuição mostra a incidência por região geográfica com alta variação entre as regiões – razão de 8,3 vezes. Sobre o perfil dos adolescentes que citaram afirmativamente esta pergunta, o sexo feminino aparece com 70% e a faixa de idade de 15 a 17 anos com 71,7%.

Definição

Entrevistados com idade de 12 a 17 anos que cometeram tentativa de suicídio e automutilação, dividido pelo total de entrevistados da mesma idade, vezes 100

	Região Geográfica	Total da Amostra	Citações	Indicador
Muito Baixo	Região 17	6	-	-
	Região 10	23	1	4,3%
	Região 1	21	1	4,8%
	Região 2	25	2	8,0%
	Região 7	24	1	4,2%
Baixo	Região 14	21	2	9,5%
	Região 6	40	3	7,5%
	Região 8	22	3	13,6%
Médio	Região 12	14	1	7,1%
	Região 5	28	4	14,3%
	Região 16	8	2	25,0%
	Região 3	12	3	25,0%
	Região 9	20	4	20,0%
Alto	Região 11	19	5	26,3%
	Região 4	22	5	22,7%
	Região 15	16	5	31,3%
	Região 13	31	11	35,5%
	Município	352	53	15,1%

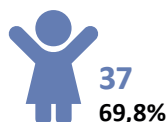


Fonte: Paineis Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota: Foi considerado neste indicador entrevistados que citaram ter cometido tentativa de suicídio e/ou automutilação.

Sexo

Feminino



Masculino



Faixa etária

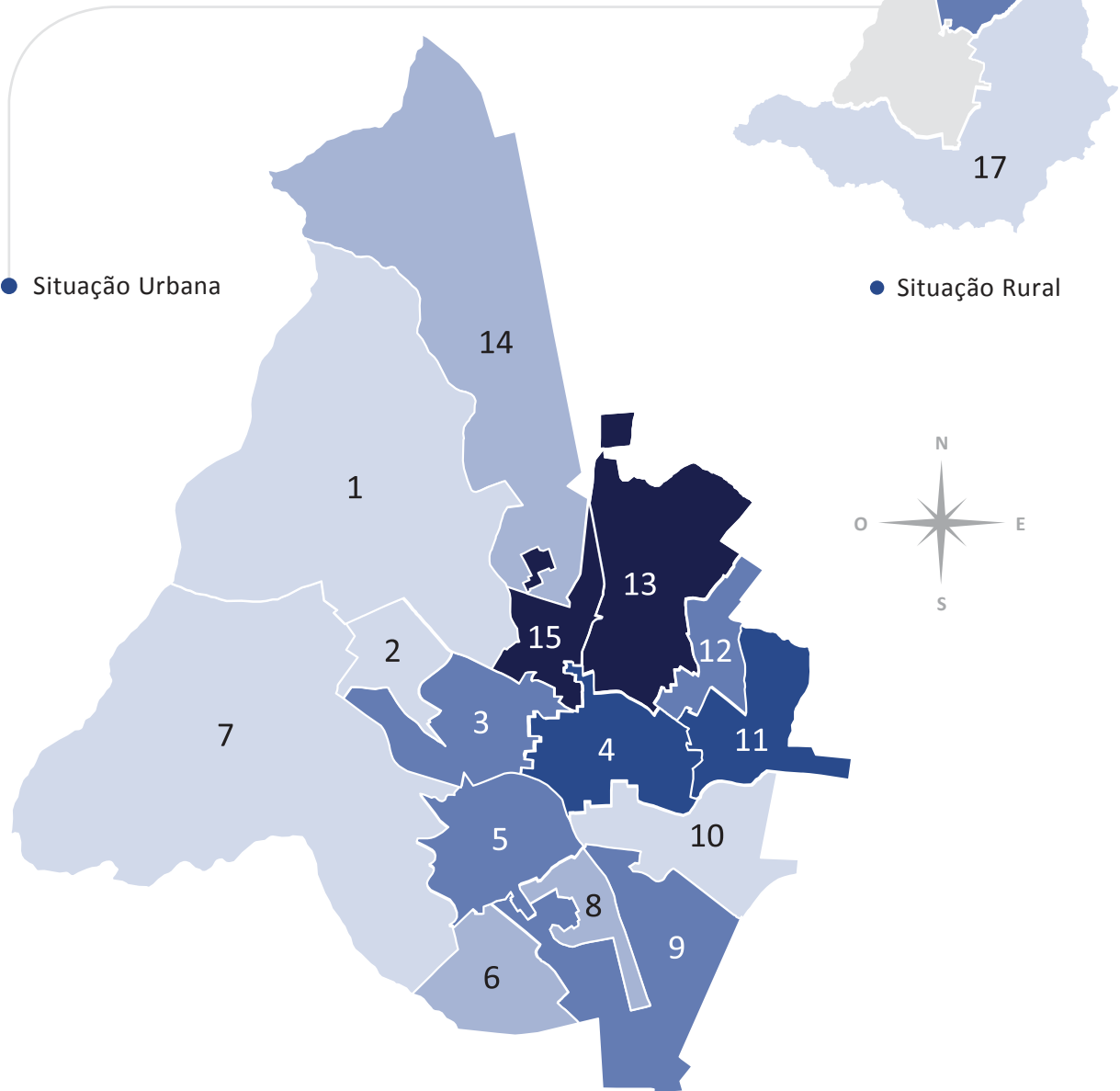
De 12 a 14 anos 15 28,3%

De 15 a 17 anos 38 71,7%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

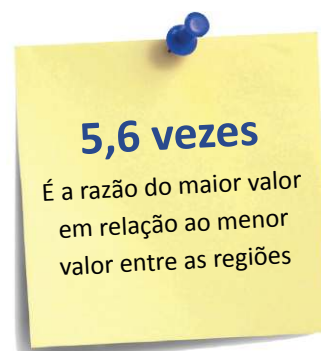
Indicador 18: Entrevistados de 18 a 21 anos que cometeram tentativa de suicídio e automutilação

Dos 174 jovens de 18 a 21 anos entrevistados, em torno de 9 (nove) a cada cem pessoas da mesma faixa de idade - observada a confiança de 95% e erro amostral de 4,2 para mais ou para menos - cometeram tentativa de suicídio ou automutilação. A distribuição mostra a incidência por região com variação significativa – razão de 5,6 vezes - porém, em sete regiões não houve citação. O perfil predominante é do sexo feminino com 60% das citações afirmativas.

Região Geográfica	Total da Amostra	Citações	Indicador
Região 1	10	-	-
Região 11	12	-	-
Região 13	5	-	-
Região 14	6	-	-
Região 17	1	-	-
Região 3	5	-	-
Região 9	6	-	-
Região 6	17	1	5,9%
Região 5	32	2	6,3%
Região 7	14	1	7,1%
Região 2	21	2	9,5%
Região 16	9	1	11,1%
Região 10	12	2	16,7%
Região 12	6	1	16,7%
Região 8	5	1	20,0%
Região 4	10	3	30,0%
Região 15	3	1	33,3%
Município	174	15	8,6%

Definição

Entrevistados com idade de 18 a 21 anos que cometeram tentativa de suicídio e automutilação, dividido pelo total de entrevistados da mesma idade, vezes 100



Fonte: Paineis Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota: Foi considerado neste indicador entrevistados que citaram ter cometido tentativa de suicídio e/ou automutilação.

Sexo

Feminino



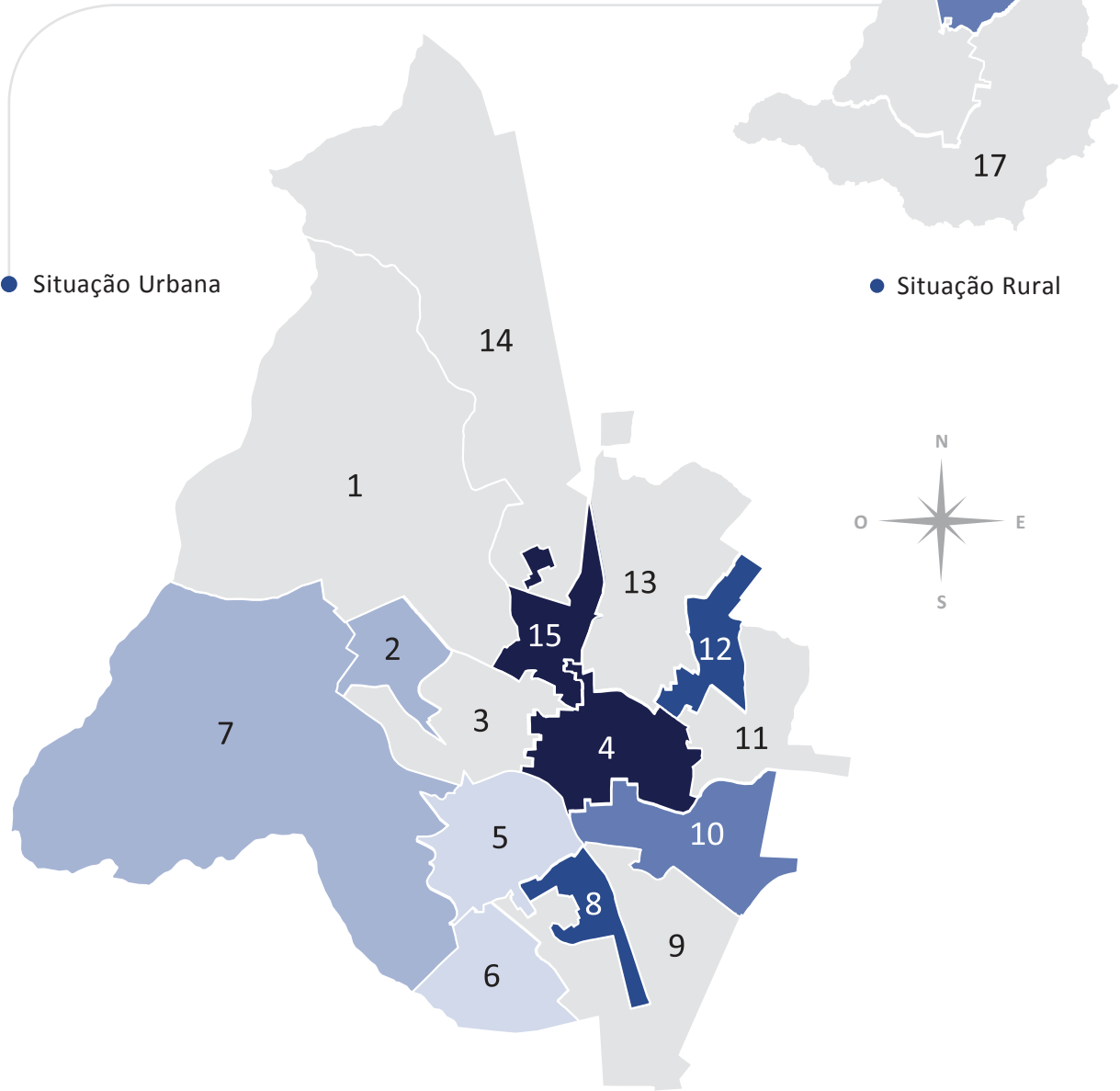
Masculino



Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

5.3. ABORDAGEM SOBRE O TEMA USO DE ÁLCOOL E DROGAS

O uso de drogas é um fenômeno bastante antigo na História e constitui um grave problema de saúde pública, com sérias consequências pessoais e sociais de toda a sociedade. A fase da adolescência e juventude é marcada por transformações físicas, psíquicas, sociais, período de mudanças comportamentais e de maior suscetibilidade às situações de risco em saúde mental e a comportamentos que podem fragilizar a saúde, como o consumo de álcool e outros tipos de drogas.

O cérebro humano só se forma totalmente depois dos 24 anos de idade, e as diversas substâncias psicoativas presentes nestas substâncias – que alteram a função de neurotransmissores e como consequência a percepção da pessoa – pode afetar o pensamento, raciocínio e a consciência, contribuindo para o desenvolvimento de transtornos físicos, mentais e emocionais (OMS, 2010).

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), o álcool é o maior fator de risco de morte entre adolescentes entre 15 e 19 anos, superando o uso de drogas. O álcool é a droga mais utilizada nessa faixa etária e pode causar intoxicações agudas graves, convulsões e hepatites. O Brasil ainda carece de bancos de dados oficiais e dados epidemiológicos específicos em saúde mental e uso de álcool e drogas, principalmente na faixa etária da adolescência (12 a 17 anos) e da juventude (18 a 21 anos).

Considerando tal situação, a pesquisa de percepção buscou identificar a incidência e frequência do uso das drogas lícitas e ilícitas, iniciando com a abordagem sobre a bebida alcoólica ser ou não, uma droga.

Dos 526 adolescentes e jovens de 12 a 21 anos que participaram da pesquisa, 322 (61,2%) responderam que consideram o álcool uma droga.

Tabela 39 – Você considera o álcool uma droga?

Opções de respostas	citações	(%)
Sim	322	61,2%
Não	147	27,9%
Não sei	57	10,8%
Total	526	100,0%

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

A Tabela 40 mostra o panorama sobre o uso das drogas lícitas e ilícitas pelos 526 entrevistados. A maioria, 358 (68,1%) já fez uso do álcool o mais citado entre todas as drogas. Na segunda posição aparece o narguilé com 173 (32,9%) e na terceira posição a maconha com 148 (28,1%).

Tabela 40 – Já fez uso de álcool e de outras drogas?

Tipo de drogas	Sim		Não		Não Respondeu		Total	
	citações	(%)	citações	(%)	citações	(%)	citações	(%)
Álcool	358	68,1%	162	30,8%	6	1,1%	526	100,0%
Cigarro	147	27,9%	368	70,0%	11	2,1%	526	100,0%
Maconha	148	28,1%	363	69,0%	15	2,9%	526	100,0%
Cocaína	19	3,6%	499	94,9%	8	1,5%	526	100,0%
Crack	1	0,2%	523	99,4%	2	0,4%	526	100,0%
Drogas sintéticas	53	10,1%	467	88,8%	6	1,1%	526	100,0%
Automedicação	144	27,4%	378	71,9%	4	0,8%	526	100,0%
Narguilé	173	32,9%	345	65,6%	8	1,5%	526	100,0%
Cigarro eletrônico	76	14,4%	447	85,0%	3	0,6%	526	100,0%
Outras substâncias	5	1,0%	515	97,9%	6	1,1%	526	100,0%

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota: Pergunta de múltipla resposta.

Tabela 41 – Outra substância, Quais?

Qual substância?	Quant.	(%)
Palheiro	2	0,4%
Paulista	1	0,2%
Ayahuasca	1	0,2%
Argyreia	1	0,2%
Total	5	1,0%

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Quanto à frequência de uso o álcool foi o mais citado nas opções: “Frequentemente + Uso às Vezes” por 168 (45,8%) entre os 358 entrevistados que responderam afirmativamente essa pergunta. O uso de automedicação na segunda posição com 134 (25,5%) e o uso da Maconha o terceiro mais citado por 101 (19,4%) respondentes da amostra.

Tabela 42 – Qual a Frequência do uso de álcool ou outras Drogas?

Tipo de drogas	Frequentemente		Uso às vezes		Só experimentei		Total	
	citações	(%)	citações	(%)	citações	(%)	citações	(%)
Álcool	51	9,7%	190	36,1%	117	22,2%	358	68,1%
Cigarro	40	7,6%	44	8,4%	63	12,0%	147	27,9%
Maconha	38	7,2%	63	12,0%	47	8,9%	148	28,1%
Cocaína	1	0,2%	8	1,5%	10	1,9%	19	3,6%
Crack	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%
Drogas sintéticas	0	0,0%	23	4,4%	30	5,7%	53	10,1%
Automedicação	21	4,0%	113	21,5%	10	1,9%	144	27,4%
Narguilé	16	3,0%	74	14,1%	83	15,8%	173	32,9%
Cigarro eletrônico	0	0,0%	17	3,2%	59	11,2%	76	14,4%
Outras substâncias	0	0,0%	5	1,0%	0	0,0%	5	1,0%
Total de entrevistados	526		526		526		526	

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota 1: Pergunta de múltipla resposta.

Nota 2: O cálculo do percentual de frequência, foi analisado em relação ao total de 526 entrevistados da amostra.

Indicador 19: Entrevistados de 12 a 17 anos que utilizam álcool "frequentemente" + "às vezes"

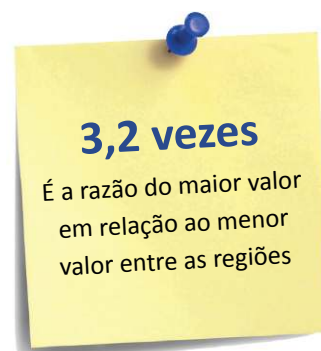
Em torno de 28 adolescentes de 12 a 17 anos, a cada cem pessoas na mesma faixa etária - observada a confiança de 95% e erro amostral de 4,2 para mais ou para menos – utilizam bebida alcoólica frequentemente ou às vezes". A razão entre o maior e menor valor entre as regiões é de 3,2 vezes.

Sobre o perfil dos adolescentes que citaram afirmativamente esta pergunta, destaca-se o sexo feminino com 53,6% pouco acima do sexo masculino e a faixa de idade de 15 a 17 anos com 82,5%.

Definição

Entrevistados com idade de 12 a 17 anos que utilizam álcool "frequentemente" + "às vezes", dividido pelo total de entrevistados da mesma idade, vezes 100

	Região Geográfica	Total da Amostra	Citações	Indicador
Muito Baixo	Região 12	14	2	14,3%
	Região 11	19	3	15,8%
	Região 2	25	4	16,0%
	Região 1	21	4	19,0%
Baixo	Região 6	40	9	22,5%
	Região 7	24	6	25,0%
	Região 9	20	5	25,0%
	Região 15	16	4	25,0%
Médio	Região 4	22	6	27,3%
	Região 13	31	9	29,0%
Alto	Região 10	23	7	30,4%
	Região 17	6	2	33,3%
	Região 3	12	4	33,3%
Muito Alto	Região 5	28	10	35,7%
	Região 16	8	3	37,5%
	Região 14	21	9	42,9%
	Região 8	22	10	45,4%
	Município	352	97	27,6%

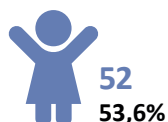


Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

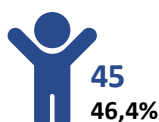
Nota: Foi considerado neste indicador, entrevistados que citaram consumir álcool "Frequentemente e/ou às Vezes".

Sexo

Feminino



Masculino



Faixa etária

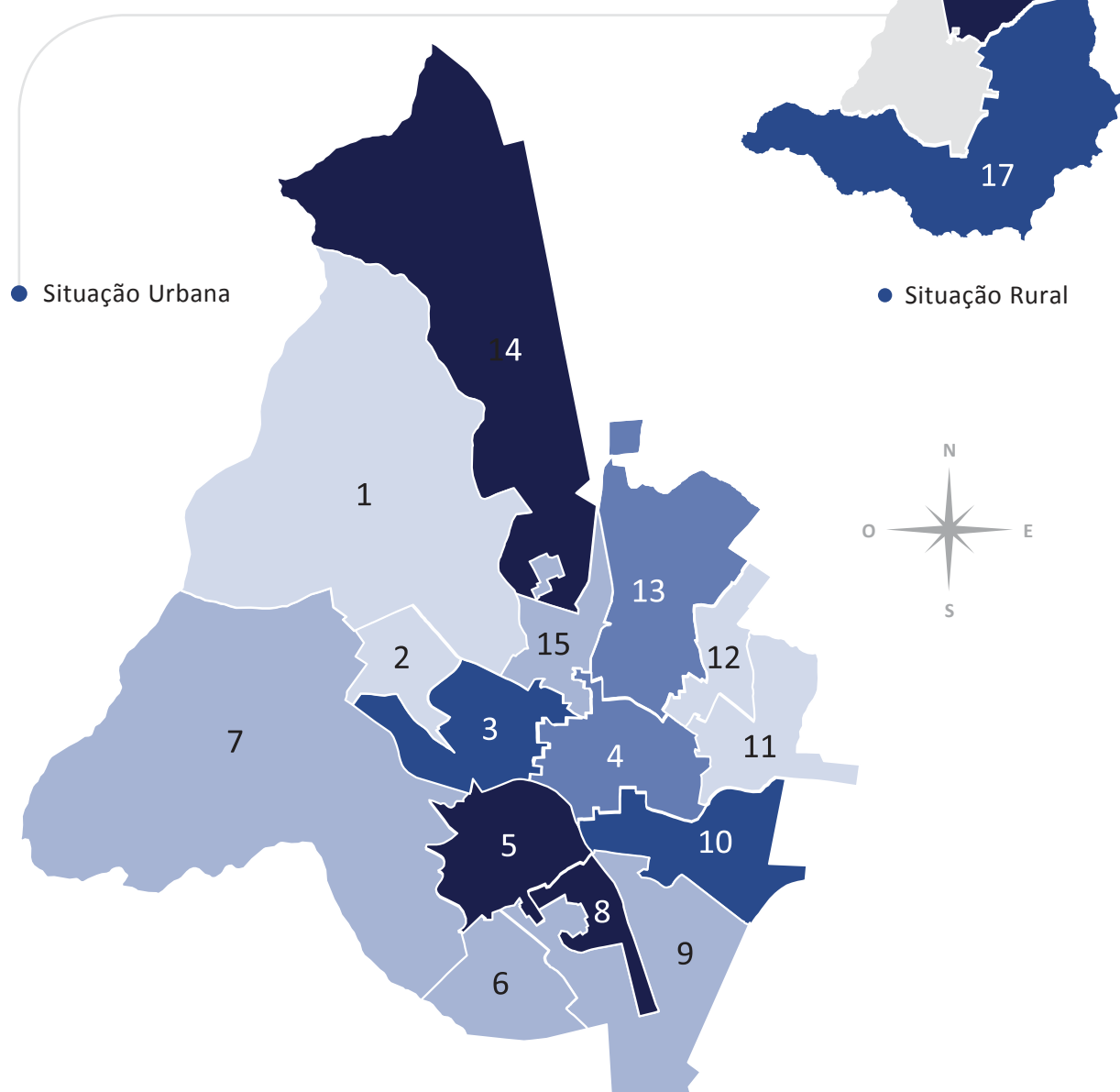
De 12 a 14 anos	17	17,5%
De 15 a 17 anos	80	82,5%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

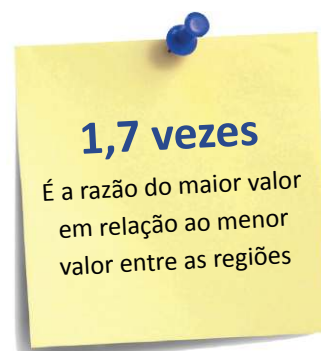
Indicador 20: Entrevistados de 18 a 21 anos que utilizam álcool "frequentemente" + "às vezes"

Os 174 jovens de 18 a 21 anos que participaram da pesquisa, 83,8% responderam utilizar bebida alcoólica frequentemente ou às vezes, o que significa que a cada cem da mesma idade 84 jovens da mesma faixa de idade - observada a confiança de 95% e erro amostral de 4,2 para mais ou para menos – consomem bebida alcoólica. A variação das taxas entre as regiões é pequena na razão de 1,7 vezes, e, em todas as regiões houve citações sobre o uso desta droga lícita. O sexo masculino se destaca com o maior consumo do álcool (59,7%).

	Região Geográfica	Total da Amostra	Citações	Indicador
Muito Baixo	Região 11	12	7	58,3%
	Região 13	5	3	60,0%
	Região 3	5	3	60,0%
Baixo	Região 6	17	11	64,7%
	Região 16	9	7	77,8%
Médio	Região 14	6	5	83,3%
	Região 12	6	5	83,3%
	Região 7	14	12	85,7%
	Região 2	21	18	85,7%
Alto	Região 5	32	28	87,5%
	Região 1	10	9	90,0%
	Região 4	10	9	90,0%
Muito Alto	Região 17	1	1	100,0%
	Região 9	6	6	100,0%
	Região 10	12	12	100,0%
	Região 8	5	5	100,0%
	Região 15	3	3	100,0%
	Município	174	144	82,8%

Definição

Entrevistados com idade de 18 a 21 anos que utilizam álcool "frequentemente" + "às vezes", dividido pelo total de entrevistados da mesma idade, vezes 100

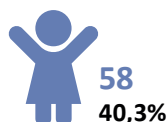


Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota: Foi considerado neste indicador, entrevistados que citaram consumir álcool "Frequentemente e/ou às Vezes".

Sexo

Feminino



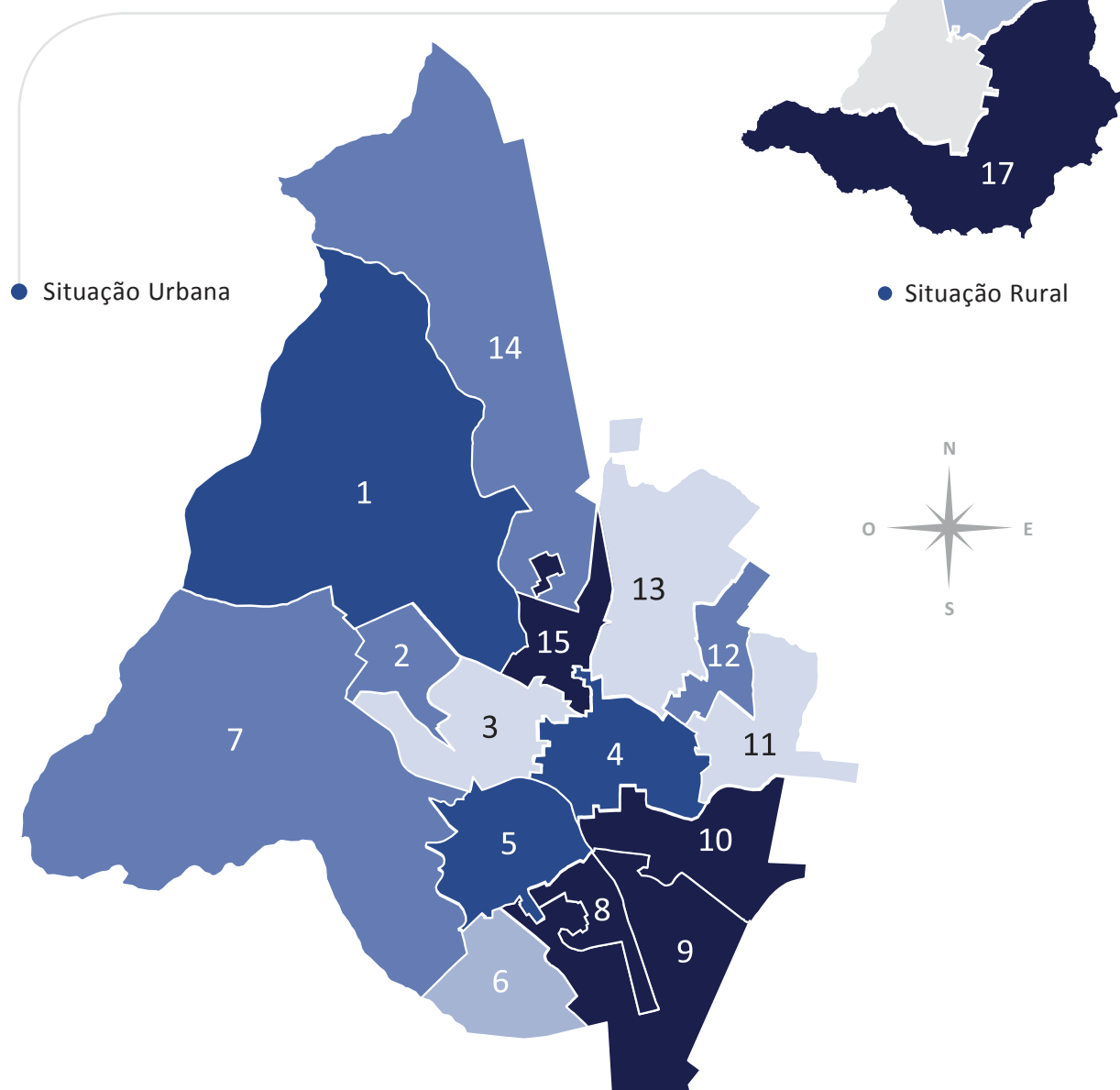
Masculino



Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

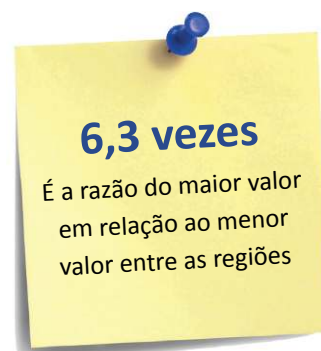
Indicador 21: Entrevistados de 12 a 17 anos que utilizam Maconha "frequentemente" + "às vezes"

A utilização da Maconha entre os adolescentes de 12 a 17 anos foi citada em 12 das 17 regiões nesta amostra. Na média geral são aproximadamente 11 indivíduos a cada cem da mesma faixa de idade - observada a confiança de 95% e erro amostral de 4,2 para mais ou para menos – que utilizam a Maconha frequentemente ou às vezes. A razão entre o maior e menor valor é de 6,3 vezes. Sobre o perfil o sexo masculino e a faixa de idade de 15 a 17 anos, se destacam no uso da Maconha com 60,5% e 84,2%.

Região Geográfica	Total da Amostra	Citações	Indicador (%)
Região 11	19	-	-
Região 14	21	-	-
Região 16	8	-	-
Região 9	20	-	-
Região 17	6	-	-
Região 10	23	1	4,3%
Região 1	21	1	4,7%
Região 12	14	1	7,1%
Região 2	25	2	8,0%
Região 7	24	2	8,3%
Região 3	12	1	8,3%
Região 6	40	4	10,0%
Região 4	22	3	13,6%
Região 15	16	3	18,7%
Região 13	31	7	22,6%
Região 5	28	7	25,0%
Região 8	22	6	27,3%
Município	352	38	10,8%

Definição

Entrevistados com idade de 12 a 17 anos que utilizam Maconha "frequentemente" + "às vezes", dividido pelo total de entrevistados da mesma idade, vezes 100

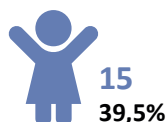


Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota: Foi considerado neste indicador, entrevistados que citaram consumir Maconha "Frequentemente e/ou às Vezes".

Sexo

Feminino



Masculino



Faixa etária

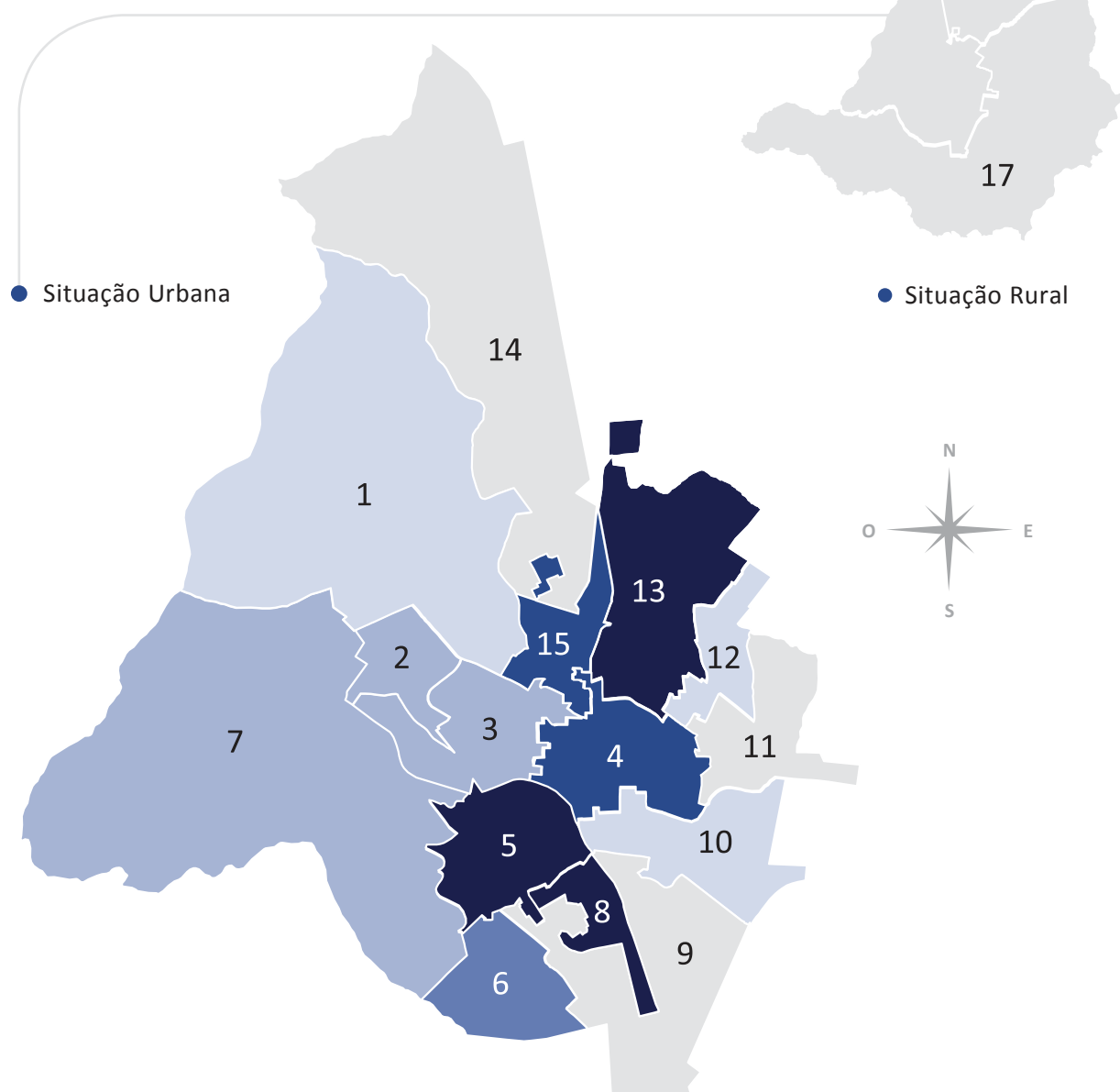
De 12 a 14 anos 6 15,8%

De 15 a 17 anos 32 84,2%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa



Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

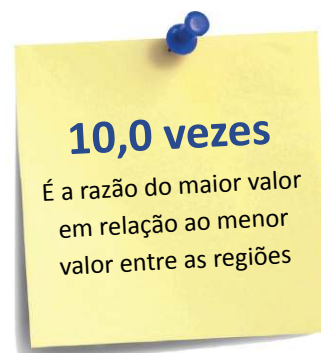
1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

Indicador 22: Entrevistados de 18 a 21 anos que utilizam Maconha "frequentemente" + "as vezes"

Região Geográfica	Total da Amostra	Citações	Indicador (%)
Região 17	1	-	-
Região 3	5	-	-
Região 11	12	1	8,3%
Região 16	9	1	11,1%
Região 13	5	1	20,0%
Região 10	12	3	25,0%
Região 6	17	5	29,4%
Região 1	10	3	30,0%
Região 15	3	1	33,3%
Região 14	6	2	33,3%
Região 2	21	8	38,1%
Região 4	10	4	40,0%
Região 5	32	14	43,7%
Região 7	14	7	50,0%
Região 12	6	4	66,7%
Região 8	5	4	80,0%
Região 9	6	5	83,3%
Município	174	63	36,2%

Definição

Entrevistados com idade de 18 a 21 anos que utilizam Maconha "frequentemente" + "as vezes", dividido pelo total de entrevistados da mesma idade, vezes 100



Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2020.

Nota: Foi considerado neste indicador, entrevistados que citaram consumir Maconha "Frequentemente e/ou às Vezes".

Sexo

Feminino



19
30,2%

Masculino



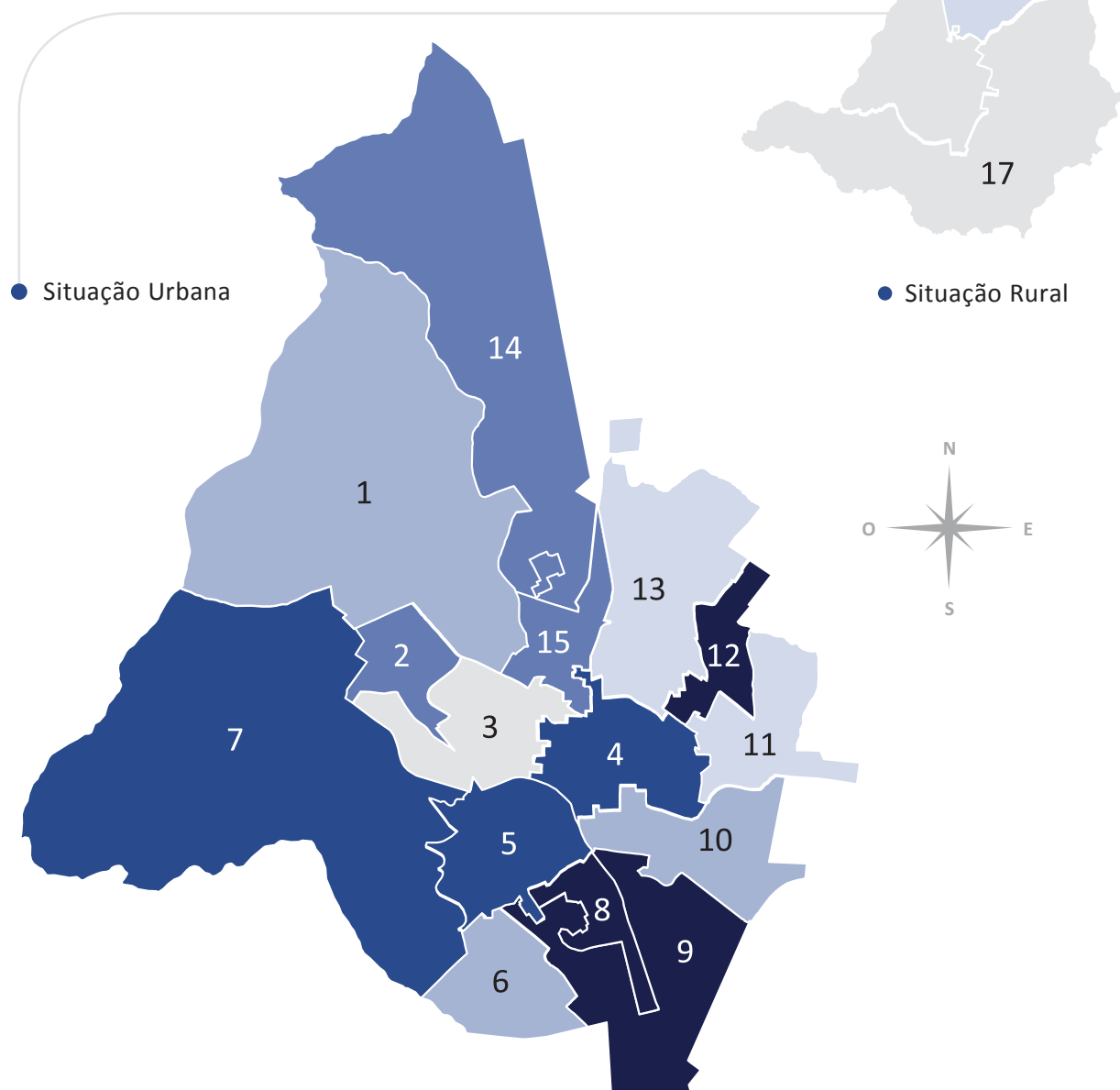
44
69,8%

Representação gráfica do indicador por região geográfica

O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------

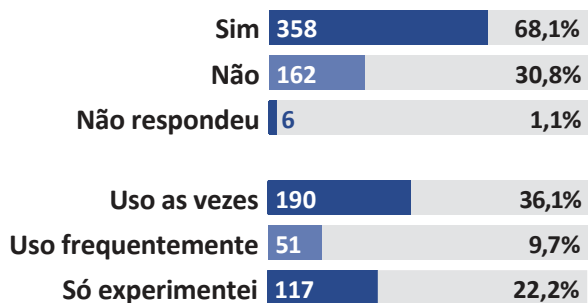


Legenda das Regiões Geográficas (nº e nome)

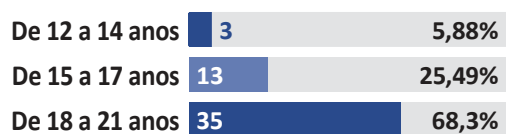
1	Santa Felícia I	6	Aracy I	11	São Carlos VIII 3	16	Rural I
2	Santa Felícia II	7	Aracy II	12	São Carlos VIII 1	17	Rural II
3	Santa Felícia III	8	Pacaembú I	13	São Carlos VIII 2		
4	Centro I	9	Pacaembú II	14	Jockey II		
5	Centro II	10	Pacaembú III	15	Jockey I		

Detalhamento do uso e frequência das substâncias lícitas e ilícitas.

Sobre o uso de Álcool



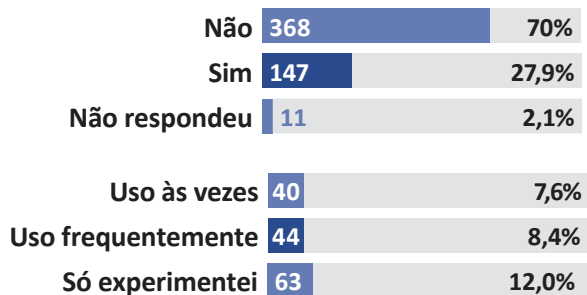
Faixa etária dos que usam com frequência



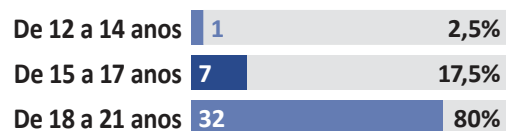
Uso frequente do álcool, por região

Região 5	10
Região 6	7
Região 7	7
Região 10	5
Região 14	4
Região 2	4
Região 13	3
Região 4	3
Região 16	2
Região 1	1
Região 11	1
Região 12	1
Região 15	1
Região 8	1
Região 9	1

Sobre o uso de Cigarro



Faixa etária dos que usam com frequência

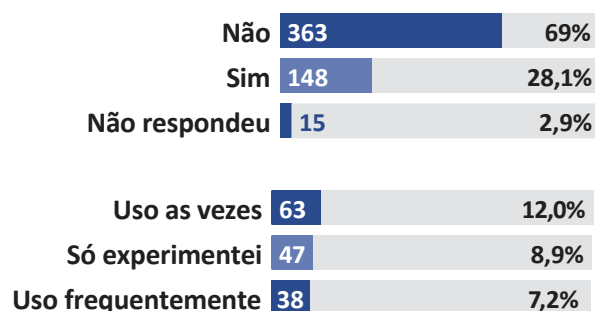


Uso frequente do álcool, por região

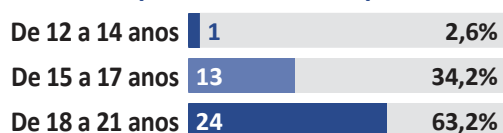
Região 7	6
Região 5	5
Região 9	5
Região 2	4
Região 12	3
Região 13	3
Região 6	3
Região 1	2
Região 10	2
Região 8	2
Região 14	1
Região 15	1
Região 16	1
Região 4	1
Região 9	1

Conforme já mencionado anteriormente o uso da maconha ocupa a 3ª posição entre as substâncias mais consumidas. A maconha chama a atenção não só pelo número de entrevistados que já fizeram o uso (28,1%), mas pela frequência, já que 41,2% usa as vezes e 25,7% frequentemente. De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas (ONI/UNODOC, 2018), a maconha foi a droga mais consumida no mundo em 2016.

Sobre o uso de Maconha



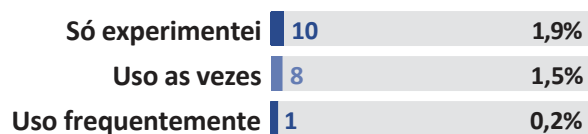
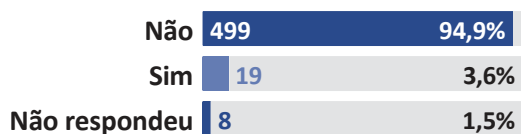
Faixa etária dos que usam com frequência



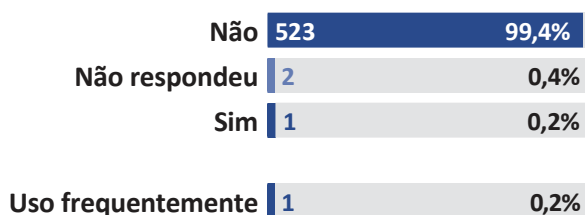
Uso frequente de maconha, por região

Região 8	8
Região 7	7
Região 9	5
Região 12	4
Região 2	4
Região 15	3
Região 5	3
Região 10	1
Região 13	1
Região 4	1
Região 6	1
Região 12	1
Região 15	1
Região 8	1
Região 9	1

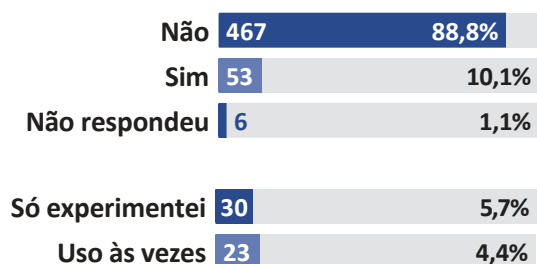
Sobre o uso de Cocaína



Sobre o uso de Crack

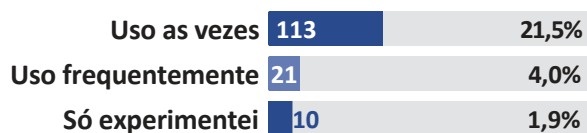
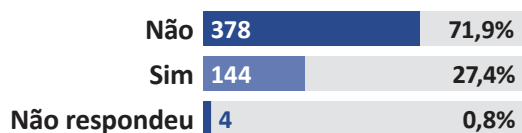


Sobre o uso de drogas sintéticas

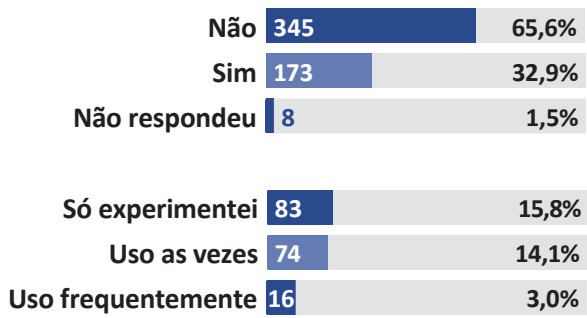


Dos 526 entrevistados, 144 (27,4%) faz ou já fez uso de automedicação e destes, 135 usam frequentemente ou às vezes.

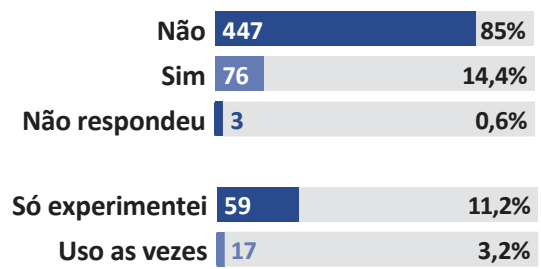
Sobre o uso de automedicação



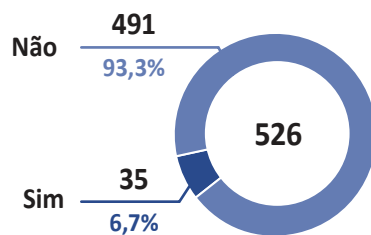
Sobre o uso do Narguile



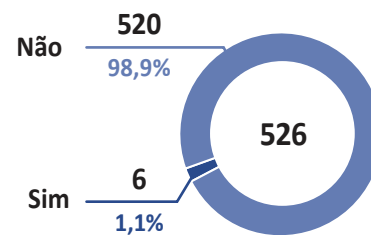
Sobre o uso de caneta Cigarro-eletrônico



Entregou droga para receber algo em troca?



Já usou seu corpo para receber algo em troca?





5.4. MAPA SOCIAL DOS INDICADORES DA PESQUISA DE PERCEPÇÃO

O mapa social retrata por região geográfica o resultados da pesquisa dos temas do Direito à Vida e à Saúde, sob a ótica dos adolescentes e jovens de 12 a 21 anos entrevistados na amostra. Contribuiu para o planejamento de ações para atender os anseios, expectativas e fragilidades da população desta faixa etária.

Matriz dos Indicadores do Direito à Vida e Saúde

Classificação Quintil	Região Geográfica		Indicadores da Pesquisa de Percepção - 6 indicadores						
	Código Região	Nome	Adolescentes que já cometeram tentativa de suicídio ou automutilação	Jovens de 18 a 21 anos que já cometeram tentativa de suicídio ou automutilação	Adolescentes que utilizam álcool	Jovens de 18 a 21 anos que utilizam álcool	Adolescentes que utilizam drogas ilícitas	Jovens de 18 a 21 anos que utilizam drogas ilícitas	Contagem de Indicadores por Região
6	Aracy I		10,0%	5,9%	22,5%	64,7%	10,0%	29,4%	0
1	Santa Felícia I		4,8%	0,0%	19,0%	90,0%	4,8%	30,0%	1
11	São Carlos VIII 3		31,6%	0,0%	15,8%	58,3%	0,0%	8,3%	1
17	Rural II		0,0%	0,0%	33,3%	100,0%	0,0%	0,0%	2
2	Santa Felícia II		8,0%	9,5%	16,0%	85,7%	8,0%	38,1%	2
7	Aracy II		8,3%	7,1%	25,0%	85,7%	8,3%	50,0%	2
14	Jockey II		9,5%	0,0%	42,9%	83,3%	0,0%	33,3%	2
3	Santa Felícia III		25,0%	0,0%	33,3%	60,0%	8,3%	0,0%	2
10	Pacaembú III		4,3%	16,7%	30,4%	100,0%	4,3%	25,0%	3
12	São Carlos VIII 1		14,3%	16,7%	14,3%	83,3%	7,1%	66,7%	3
16	Rural I		25,0%	22,2%	37,5%	77,8%	0,0%	11,1%	3
9	Pacaembú II		25,0%	0,0%	25,0%	100,0%	0,0%	83,3%	3
13	São Carlos VIII 2		45,2%	0,0%	29,0%	60,0%	22,6%	20,0%	4
5	Centro II		14,3%	6,3%	35,7%	87,5%	25,0%	43,8%	4
15	Jockey I		43,8%	66,7%	25,0%	100,0%	18,8%	33,3%	4
8	Pacaembú I		13,6%	20,0%	45,5%	100,0%	27,3%	80,0%	4
4	Centro I		31,8%	40,0%	27,3%	90,0%	13,6%	40,0%	5
Média do município			18,5%	10,3%	27,6%	82,8%	10,8%	36,2%	

Fonte: Painel Pesquisas e Consultoria, 2021.

Nota 1: O cálculo do percentual na última coluna desta matriz, corresponde à quantidade de indicadores por região, dividido pelo total de indicadores, vezes 100.

Nota 2: Os indicadores selecionados na contagem estão sinalizados com cor azul.

Foram analisados 6 (seis) indicadores relacionados à saúde mental e uso de álcool e outras drogas, por se tratar de um assunto muito sensível e impactante na vida dos adolescentes e jovens.

Das 17 regiões, 15 aparecem na contagem de indicadores acima da média geral do município. Se destacam as regiões 4 (Centro I) e 8 (Pacaembú I) com 5 (cinco) dos 6 (seis) analisados, classificadas como "muito alta" de atenção ou prioridade.

Como se trata de um tema muito sensível recomendamos que todas as regiões que contam com indicadores acima da média geral do município, sejam acompanhadas pela rede integrada de atenção do SGDCA e não apenas pela saúde.

Representação gráfica do indicador por região geográfica

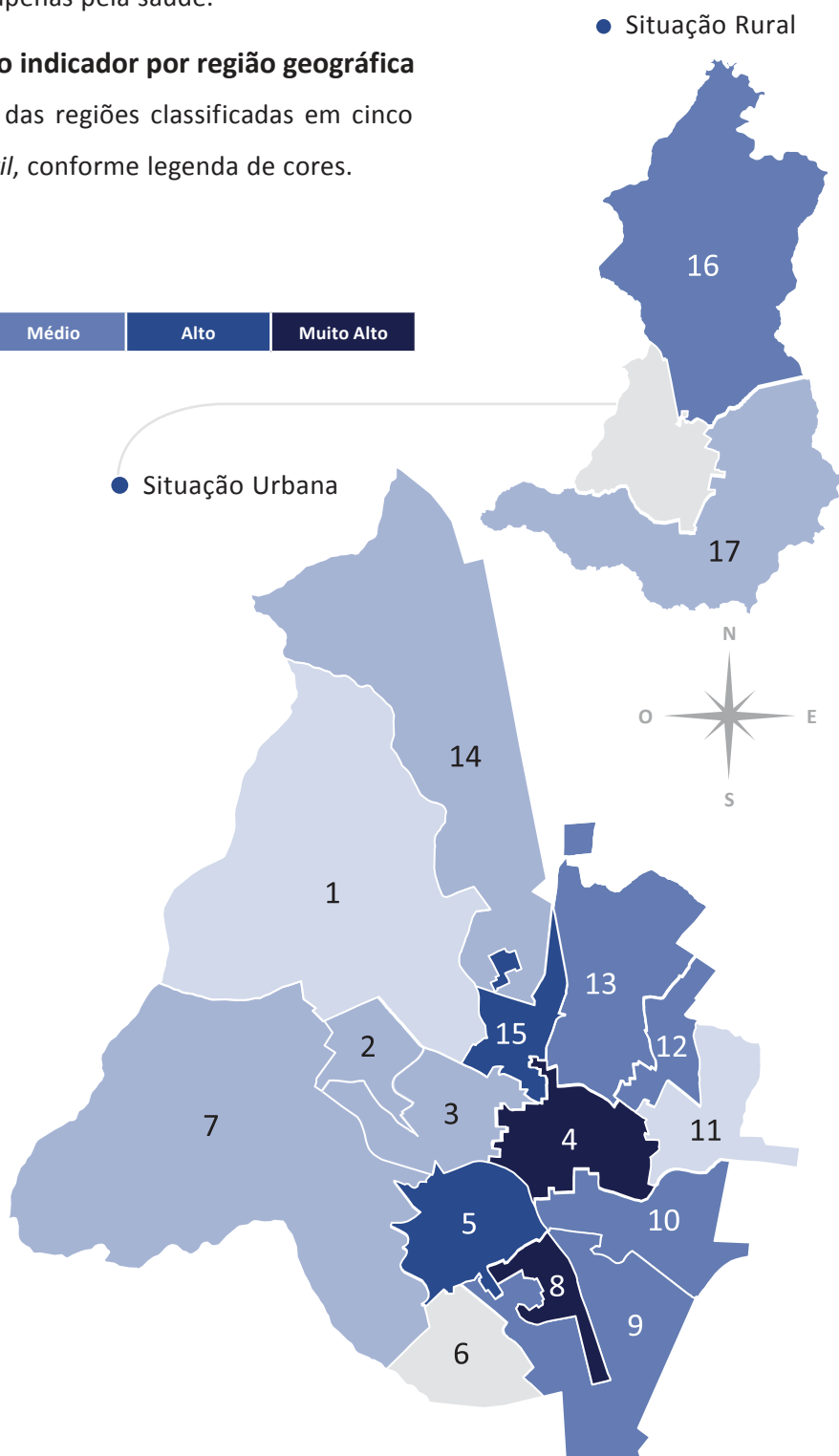
O mapa mostra a divisão das regiões classificadas em cinco grupos pelo método *Quintil*, conforme legenda de cores.

Legenda de Cores do Mapa

Muito Baixo	Baixo	Médio	Alto	Muito Alto
-------------	-------	-------	------	------------

Legenda das Regiões Geográficas

1	Santa Felícia I
2	Santa Felícia II
3	Santa Felícia III
4	Centro I
5	Centro II
6	Aracy I
7	Aracy II
8	Pacaembú I
9	Pacaembú II
10	Pacaembú III
11	São Carlos VIII 3
12	São Carlos VIII 1
13	São Carlos VIII 2
14	Jockey II
15	Jockey I
16	Rural I
17	Rural II



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde como política pública setorial deve preocupar-se em assistir o indivíduo desde a concepção até o final da vida, respeitando o ciclo de vida e reconhecendo a família como a célula da sociedade, na qual o sujeito se constrói e desenvolve, de modo a assegurar uma assistência integral e singular. Para tanto é necessário conhecer a realidade local e o perfil epidemiológico do município ou região que atua, por meio dos diversos bancos de dados que, por sua riqueza de informações, são importantes instrumentos no planejamento e na gestão em saúde. A análise destes dados subsidia e orienta a gestão em saúde, identificando as vulnerabilidades e as ações que devem ser prioridades na promoção, prevenção e tratamento de toda população, especialmente as crianças e adolescentes.

O perfil dos nascimentos mostra predomínio de mães com idade entre 22 e 34 anos, com companheiro (75,9%), maioria com oito anos e mais de escolaridade (58,8%), grande parte com pré-natal suficiente (82,3%), multíparas (61,3%), sem histórico de perdas fetais ou abortos em sua maioria (80,6%), assim como peso ao nascer e duração da gestação adequados. Foi registrado um único caso de anomalias congênitas. Devido à importância epidemiológica, como possibilidade de prevenção de casos e de óbitos em menores de um ano, é necessário sensibilizar os profissionais de saúde para melhoria da qualidade do pré-natal, nascimento e seguimento das crianças no primeiro ano de vida, além de reforçar a importância do registro das malformações no SINASC, ou no SIM, quando estas não puderam ser detectadas no nascimento.

Quanto a mães adolescentes (12 a 17 anos) representaram 3,8% dos nascimentos e mostram maior vulnerabilidade quando comparado a mães com 18 anos e mais. As vulnerabilidades evidenciadas foram: situação conjugal (41,2% sem companheiras), pouca escolaridade, economicamente dependentes, maior percentual de pré-natal inadequado (27,9% contra 14,1% da média), recém-nascidos com baixo peso, e Apgar menor de 7 no primeiro e no quinto minutos. Chama atenção a diferença no tipo de parto que nas mães adolescentes predomina o vaginal com 62,2%, enquanto nas faixas etária de 18 a 21 anos é de 57,6%, na de 22 a 34 anos 37,7%, e em menor percentual (28,9%) nas mães com 35 anos e mais. Quanto ao baixo peso há pouca variação entre os quatro grupos. Já com relação a prematuridade é mais frequente nas mães adolescentes (14,4%) e na de 35 anos ou mais (12,0%).

São Carlos apresentou o seu menor coeficiente de mortalidade na faixa de 0 a 19 anos, a menor nos últimos 5 anos. Chama atenção a redução de óbitos neste período no município pois envolve maior complexidade e custo. É possível que a queda desse índice seja reflexo da ampliação e melhora na qualidade dos atendimentos de pré-natal oferecidos pelo município. Na faixa etária de 0 a 17 anos ocorreram 22 mortes, 13,6% autoprovocadas (3) e 18,2% por causas

externas, (4), sendo uma morte por suicídio. Por serem 100% evitáveis e por envolverem uma gama de subtipos, elas se tornam complexas em sua gênese e seu enfrentamento.

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um importante indicador que estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. É um indicador que expressa a saúde materno-infantil como também as condições de vida de uma população. Entre os menores de um ano de idade, as causas de morte compreendem: fatores maternos e complicações na gravidez (5), transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal (3), afecções perinatais (2), malformações congênitas (2), e outras causas do período perinatal (2). TMI mostra a estreita e complexa relação entre as desigualdades econômicas e sociais e a ausência ou fragilidade no desenvolvimento de políticas sociais e de saúde materno-infantil. As regiões com as piores taxas foram as Região 6, 9 e 12.

Com a taxa de mortalidade na infância em 4,8 por mil nascidos vivos (2019), o município de São Carlos atende o parâmetro estabelecido pela OMS, que prevê no máximo 10 mortes por cada mil nascidos vivos. O Censo do IBGE prevê que a taxa continue a trajetória de declínio nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste.

Em 2019 foram notificados no SINAN 23 notificações por infecções sexualmente transmissíveis na faixa etária de 0 a 21 anos. Foram 2 notificações de infecções congênitas (uma de HIV e uma de sífilis) e 5 notificações envolvendo gravidez na adolescência. A faixa etária de 18 a 21 anos é a que apresenta o maior número de notificações (16 de 23), sendo 4 de sífilis na gravidez, parto ou puerpério e 6 por HIV. Considerando o número de casos por região, destacam-se as Regiões 6 (6 de 23) e as Regiões 2 e 15 (3 de 23). O aumento na incidência de sífilis congênita ocorreu em todo território nacional e está relacionado à falta de informação, bem como falhas na assistência durante o pré-natal, já que a falta de políticas públicas efetivas sobre prevenção no âmbito da sexualidade que contribuiu para elevação de IST nesta população.

Outro indicador de qualidade da assistência básica oferecida é a magnitude de internações por condições classificadas na lista como sensíveis à atenção primária (Portaria n.221, de 17 de abril de 2008). A exemplo das internações por doenças do aparelho respiratório, principalmente em crianças menores de cinco anos (215 de 462 casos) que podem ser reduzidos por meio do reconhecimento rápido e eficaz dos sinais de gravidade e da maior cobertura e qualidade da atenção básica para o diagnóstico e tratamento. Os primeiros anos de vida da criança é uma das fases mais críticas na vida. Os recém-nascidos e as crianças são particularmente vulneráveis às diversas doenças, muitas das quais podem ser efetivamente prevenidas ou tratadas. A atenção à saúde da criança pressupõe ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, tendo como compromisso promover qualidade de vida para que a criança possa ter um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A análise dos dados mostra que no município existe uma lacuna na assistência ao público adolescente evidenciado pelo número de casos de gravidez na adolescência, do consumo de drogas lícitas e ilícitas e do número de casos de ISTs/AIDS associado a um significativo número de mortes por causas externas (violência e suicídio). Em São Carlos a assistência ao adolescente ainda prioriza questões de ordem orgânica numa perspectiva de risco, não levando em conta as características de desenvolvimento psicossocial mais presentes nesta população.

Na Atenção Básica o acompanhamento da qualidade poderá ser realizado de acordo com as orientações do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), bem como indicadores pactuados nos Planos Municipais de Saúde, já que a PNAB prevê estabelecer mecanismos regulares de autoavaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, a fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde.

Com as informações obtidas, é possível sinalizar três focos prioritários da saúde municipal no sentido de aumentar a garantia dos direitos de crianças e adolescentes. A primeira seria fomentar a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001) no município. Outra prioridade seria a educação sexual como forma de esclarecimento das questões relativas à gravidez na adolescência e, como terceiro ponto o enfrentamento da sífilis adquirida e consequente redução da sífilis em gestante e consequentemente na eliminação da sífilis congênita.

É importante ressaltar que em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido. Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança e adolescente. Assim, o Diagnóstico Social da Criança e do Adolescente contribui consideravelmente no conhecimento das características de saúde da população infantojuvenil, bem como de suas mães, oferecendo aos atores interessados no tema um amplo conjunto de informações necessárias à formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas relacionadas a esse importante setor.

O olhar sobre a taxa de ocorrências de violação ao direito à vida e à saúde nas crianças e adolescentes do município foi de 4,9 a cada mil habitantes de 0 a 17 anos e as regiões 6, 13, 2 e 7 apresentaram as maiores taxas, na condição de muito alto. Considerando que a sociedade tem o dever de assegurar a todas as crianças e adolescentes, direito a uma vida saudável, este indicador expressa a evidência da violação deste direito. No âmbito do território as Regiões 2, 6, 7 e 9 têm 10 ou mais indicadores (do total de 14) acima da média, e em muitos casos na condição de muito alto. Tais regiões também são destaques negativos em outros eixos de direito, confirmando sua vulnerabilidade social e requerendo um olhar prioritário no planejamento de políticas públicas na área da saúde.

6.1. RECOMENDAÇÕES

A partir de toda a pesquisa deste diagnóstico e de suas análises conclusivas, apresentar-se-ão recomendações de ações que poderão ser pensadas e articuladas para o fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente do município, com vistas à efetivação do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade.

- ✓ Definir procedimentos e fluxos de atendimento às crianças e adolescentes em suspeita ou em violação de direitos de modo claro, objetivo e integrativo, atribuindo o papel e competência de atuação a cada órgão e equipamento, assim como definir qual o protocolo ou conduta a ser realizado para diferentes situações e violações;
- ✓ Padronizar e unificar as terminologias relativas às notificações nos atores do SGDCA, evitando duplicidade para condutas equivalentes, como por exemplo, abuso sexual, estupro, violência sexual, entre outros, de modo a facilitar a intersectorialização dos atendimentos;
- ✓ Priorizar o uso de equipamentos e sistemas de informação integrados para a rede de atendimento como um todo;
- ✓ Promover ações de sensibilização e capacitação contínua para a rede de atendimento do SGDCA, no intuito de reforçar e atualizar os fluxos de atendimento, na atualização instrução e da temática da criança e do adolescente, de fomentar a discussão e aprimoramento das políticas públicas e sociais, e no fortalecimento motivacional e psicológico dos técnicos;
- ✓ Designar a promoção de campanhas nos municípios para orientar a população sobre os direitos e deveres da criança e do adolescente, no intuito de esclarecer mitos e verdades do senso comum, principalmente em relação ao Conselho Tutelar, com o objetivo de estimular a denúncia de violações contra crianças e adolescentes;
- ✓ Promover ações e programas contínuos, direcionados para o público infantojuvenil, com foco na conscientização, orientação e educação sobre cidadania, direitos e deveres, ECA, Conselho Tutelar;
- ✓ Priorizar ações e campanhas de conscientização e esclarecimento com foco na prevenção de violações de direitos e violências contra a criança e o adolescente;
- ✓ Direcionar campanhas e ações específicas e por território para a conscientização e combate das violações de direito das crianças e dos adolescentes, conforme dados dos indicadores apresentados por tipo e território;

- ✓ Fortalecer o CREAS, enquanto órgão de competência municipal para o cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, com equipe multidisciplinar adequada e capacitada;
- ✓ Colocar em prática ferramentas de mediação de conflitos e justiça restaurativa em qualquer fase do procedimento de ato infracional, pois este tipo de abordagem favorece a reflexão e a responsabilização dos atos praticados, por meio da empatia e de colocar-se no lugar do outro, para que haja o amadurecimento do indivíduo;
- ✓ Direcionar ações intersetoriais para a família de socioeducandos, com o objetivo de prestar atendimento de orientação, educação e conscientização do papel da família, dos pais e responsáveis no âmbito da temática de adolescentes em conflito com a lei;
- ✓ Promover palestras, atividades informativas e dinâmicas no combate à cultura do consumo, da importância da educação e profissionalização, no intento de conscientizar, prevenir e coibir o envolvimento com atividades ilícitas, como prática de atos infracionais, uso ou vendas de drogas, e exploração sexual comercial;
- ✓ Atuar de forma preventiva no âmbito das violações de direito, principalmente as ocorridas em ambiente familiar, com a ampliação do serviço de proteção social básica e sua extensão para territórios descobertos com a instalação de novos equipamentos – para alcançar regiões vulneráveis – Regiões – como forma de proporcionar a orientação necessária para o planejamento, desenvolvimento e o fortalecimento de vínculos familiares;
- ✓ Direcionar a criação de políticas públicas e programas de capacitação e inserção profissional para adolescentes em situações de vulnerabilidade ou socioeducandos, os quais contemplam requisitos compatíveis com sua realidade social, já que muitos dos adolescentes em conflito com a lei dificilmente são selecionados por este programa em virtude de apresentarem situações de defasagem, infrequência ou evasão escolar, fomentando sua participação em atividades ilícitas como forma de obtenção de renda;
- ✓ Estender o reconhecimento das violações elencadas na rede de proteção também aos adolescentes autores de atos infracionais, em cumprimento de medidas socioeducativas de internação e semiliberdade, em razão da vulnerabilidade típica nas instituições de privação/restrição de liberdade, ficando o adolescente sob risco de possíveis maus-tratos, nos casos de excesso disciplinar, de violência psicológica e física, de insalubridade do ambiente e de inadequação da nutrição às características da fase peculiar de desenvolvimento do adolescente;
- ✓ Fortalecer e instruir as redes de proteção existentes nos municípios para que

notifiquem o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) conjuntamente com os sistemas das Secretarias Municipais de Saúde, por meio do qual devem ser notificados os casos de violência e encaminhados para atendimento;

- ✓ Definir fluxos de atendimento e notificação no SINAN para casos de violência e capacitar os técnicos conforme normas e regulamentos preconizados pelo Ministério da Saúde;
- ✓ Promover ações que visem a mobilização e desmistificação da opinião pública e do “olhar social” de senso comum em relação ao adolescente socioeducando, para que ele seja reconhecido como sujeito de direito, em conformidade com a doutrina da proteção integral e com a legislação em vigor;
- ✓ Preconizar, em conjunto com a esfera estadual, a adequação dos equipamentos que atendem adolescentes em cumprimento de MSE com a política preconizada pelo SINASE, bem como a adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes no Sistema Socioeducativo em equipamentos de internação;
- ✓ Incluir adolescentes socioeducando no serviço de convivência familiar e comunitária, com marcação prioritária no serviço;
- ✓ Organizar e sistematizar os dados de atendimento das crianças, dos adolescentes e jovens com idade de 0 a 21 anos para fomentar ações conjuntamente com a rede do SGDCA voltadas ao fortalecimento dos direitos fundamentais da Infância e Juventude;
- ✓ Descentralizar equipamentos e programas nas regiões geográficas para apoio de saúde mental das crianças e dos adolescentes;
- ✓ Fortalecer as ações na Atenção Primária em saúde e prevenção nas regiões mais vulneráveis, classificadas no mapa social na posição de “alta” e “muita alta” prioridade - regiões 2, 6, 7, 8, 9 e 12;
- ✓ Capacitar profissionais de saúde sobre a necessidade e importância das notificações compulsórias para prevenir a disseminação de doenças epidemiológicas na população infanto/juvenil;
- ✓ Incentivar a participação de Jovens no Conselho Municipal de Saúde.

7. CONCLUSÃO

A elaboração desta pesquisa social no município de São Carlos, de forma científica e cartográfica, permitiu uma ressignificação da temática da criança e do adolescente para a gestão municipal e para os colaboradores do Sistema de Garantia de Direitos, uma vez que identificou com precisão os territórios com maior incidência de vulnerabilidades e evidenciou aspectos particulares e singulares dos contextos locais que se apresentam de maneiras diferentes em cada local.

Apesar de cada volume deste compêndio tratar de um eixo de Direito em específico, os direitos fundamentais previstos pela Constituição Federal e reforçados pelo ECA, possuem caráter de universalidade, indivisibilidade, interdependência e complementariedade (Mendes, 2008). Sendo assim, o mapeamento das áreas que apresentam números e indicadores sociais mais críticos propiciou identificar as localidades com crianças e adolescentes expostas às situações de fragilidades, riscos, violações de direito e vulnerabilidades por tema, e que certamente requerem diferentes estratégias e ações para o seu enfrentamento.

As pesquisas qualitativas e de percepção com a participação da rede de atendimento dos próprios adolescentes também enriqueceu este trabalho e possibilitou atingir o cerne e a profundidade que alguns temas exigem e que não são retratados em números ou nos bancos de dados. Em seu decorrer ficou evidente a importância da participação em conjunto dos atores que estão diretamente envolvidos com a política de atendimento do Sistema de Garantia de Direito das Crianças e Adolescentes, dos agentes públicos que atuam diretamente na ponta dos serviços, e da sociedade por meio do apoio de instituições não governamentais ativistas e da própria família.

A escolha do público e a divisão das frentes de investigação para a pesquisa de percepção por diferentes públicos tiveram por objetivo formar um corpo social a partir de todas as pontas, desde o poder público municipal até a sociedade e a família, e priorizar a inclusão das próprias crianças e adolescentes, para que a partir de seus interesses, dificuldades e necessidades participem de forma ativa e consultivamente nos processos de formulação, deliberação, monitoramento e avaliação de políticas públicas a eles direcionadas, em consonância com a Resolução 191/2017 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

Assim, este Diagnóstico cumpriu com seu propósito: o de expor um retrato situacional do município por território, para que sejam direcionadas assertivamente ações e políticas públicas capazes de promover a transformação social necessária para que a tão sonhada doutrina da

proteção integral – que norteia os escritos normativos e legislativos – possa ser efetivamente incorporada à realidade social das crianças e adolescentes.

De imediato, percebeu-se a importância em não só aproximar o poder público, os Conselhos de direito e a sociedade civil a conhecer a realidade das crianças e adolescentes do município, mas de mobilizar a todos os envolvidos a unir forças e trabalhar em conjunto – no discutir, pensar e formular estratégias, ações e políticas públicas de modo mais embasado e focado nas reais necessidades das famílias de São Carlos – pois a concretização da transformação social torna-se possível através da articulação e da prática de meios e ações resultantes do pensar coletivo, sem prejuízo da responsabilidade constitucional que foi dirigida a todos: família, sociedade e estado.

Semelhante a uma orquestra que precisa ser regida para estar melodicamente afinada e harmônica, percebe-se que o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente de São Carlos está em processo de apuração, não somente para manter um serviço em consonância com as demandas, mas para que toda a estrutura da rede de atendimento atue efetivamente no reconhecimento de suas potencialidades e no seu fortalecimento, e sobretudo nas fragilidades e necessidades das famílias residentes no Município.

Assim, a finalização deste projeto com a entrega do compêndio de seis volumes que compreendem o Diagnóstico Social da Criança e do Adolescente do Município de São Carlos - SP, marca o início de uma nova etapa de trabalho, pois espera-se que a partir dele sejam desdobradas ações, pesquisas e estudos, de modo a aprofundar o conteúdo que a realidade contextualizada nestes cadernos exige e requer.

8. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acessado em: 15 de agosto de 2019.

____. Código Penal. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em 15 de agosto de 2019.

____. Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acessado em: 13 de agosto de 2019.

____. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm>. Acessado em: 13 de julho de 2019.

____. Lei Orgânica Nacional do Ministério Público, Lei nº 8.625, de 12 de fevereiro de 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8625.htm>. Acessado em 07 de agosto de 2019.

____. Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária, Brasília, 2006.

____. Secretaria de Desenvolvimento Humano. Disponível em: <<http://dh.sdh.gov.br/download/resolucoes-conanda/res-113.pdf>>. Acessado em: 24 de janeiro de 2017.

____. Secretaria de Desenvolvimento Humano. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/fortalecimento-de-conselhos/garantia-de-direitos-da-crianca-e-do-adolescente>>. Acessado em: 15 de maio de 2018.

____. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm>. Acessado em: 19 de outubro de 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. CNJ Serviço: O que faz um conselho tutelar? Brasília: 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/83767-cnj-servico-o-que-faz-um-conselhotutelar>>. Acessado em: 30 de julho de 2018.

CONANDA. Resolução nº 113. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/diversos/mini_cd/pdfs/Res_113_CONANDA.pdf>. Acessado em: 12 de dezembro de 2017.

CURRY, Munir. GARRIDO DE PAULA, Paulo Afonso. MARÇURA, Jurandir Norberto. Estatuto da Criança e do Adolescente anotado. 3 ed. Ver, e atual. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2002.

CUSTÓDIO, André Viana. Direito da Criança e do Adolescente. Criciúma, SC: UNESC, 2009.

DANTAS, Danilo Sérgio Moreira. A nova lei nacional de adoção e as novas diretrizes para a adoção no Brasil, à convivência familiar e garantia dos adotandos. Disponível em C:\Documents and Settings\AdministradorMeus documentos\0.mht. Acesso em 1º novembro 2010.

DATASUS. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>> Acessado em: 19 de julho de 2018.

_____. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>> Acessado em: 19 de julho de 2018.

DIAS, Maria Berenice. Manual de direito das famílias. 4. ed. rev. atual. ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acessado em: 05 de abril de 2018.

_____. Cidades. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acessado em 09 de maio de 2019.

_____. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS, Rio de Janeiro – RJ, 2019.

_____. Microdados 2010. Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm>. Acessado em: 05 de abril de 2019.

INEP. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/censo-escolar>>. Acessado em: 29 de maio de 2019.

JANNUZZI, P. de M. Indicadores sociais no Brasil: conceitos, medidas e aplicações. 3. ed. Campinas: Alínea; Campinas: PUC, 2004.

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org.). Família Brasileira: a base de tudo. 9 ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 51.

MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (org.) Curso de Direito da Criança e do Adolescente: aspectos teóricos e práticos. 6. ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2013.

MACHADO, Martha de Toledo. A proteção constitucional de crianças e adolescentes e os direitos humanos. São Paulo: 2003.

MENDES, Gilmar Ferreira. COELHO, Inocêncio Mártires. BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. Curso de direito constitucional. 3 ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2008.

MINISTÉRIO DA CIDADANIA, MC. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/cras>>. Acessado em: 20 de junho 2019.

____. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/creas>>. Acessado em: 20 de junho 2019.

____. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Convivência e Fortalecimento de Vínculos, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/servicos-de-convivencia-e-fortalecimento-devinculos>>. Acessado em: 20 de junho 2019.

____. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Orientações Técnicas: Serviço de Acolhimento para crianças e adolescentes, 2008. Disponível em: <<http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/OrientacoesTecnicasServicosdeAcolhimento0206.pdf>>. Acessado em: 20 de junho 2019.

____. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protecao-socialbasica/projetos-psb/servico-de-protecao-e-atendimento-integral-a-familia-2013-paif>>. Acessado em: 20 de junho 2019.

____. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/paefi>>. Acessado em: 20 de junho 2019.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE SÃO PAULO, MPSP. Área de atuação da infância e Juventude. Disponível em: < http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/infanciahome_c>. Acessado em: 14 de maio 2019.

PAULA, Paulo Afonso Garrido de. Direito da criança e do adolescente e tutela jurisdicional diferenciada. Editora Revista dos Tribunais, 2002.

ROSA, Alexandre Moraes da. O “cuidado” como critério do princípio do melhor interesse da criança: a questão da destituição do poder familiar. In PEREIRA, Tânia da Silva; OLIVEIRA, Guilherme de (orgs). O cuidado como Valor Jurídico. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

RIPSA. Disponível em:<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_A.16.pdf>. Acessado em: 09 de maio de 2019.

SALIBA O, Garbin CAS, GARBIN AJI, DOSSI AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>>. Acessado em 15 de agosto de 2018. Santos, M.. Território e Sociedade entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2000. pg. 22.

SOLIGO. Valdecir. Indicadores: Conceito e complexidade do mensurar em estudos de fenômenos sociais. Maio, 2012.

TAVARES, José de Farias. Direito da Infância e da Juventude. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SÃO PAULO, TJSP. Coordenadoria da Infância e Juventude. Disponível em: < <https://www.tjsp.jus.br/InfanciaJuventude>>. Acessado em: 14 de maio 2019.

VENOSA, Sílvio de Salva. Direito Civil: Direito da Família. São Paulo: Atlas, Ed. 14ª, 2014, p. 8.

VERONESE, Josiane Rose Petry. Temas de Direito da Criança e do Adolescente. São Paulo: Ltr, 1997.

TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. Justiça e Trabalho Infantil: Uma questão de Direitos Humanos. Disponível em: < http://www.tst.jus.br/web/trabalho-infantil/noticias/-/asset_publisher/ry7Y/content/-a-cultura-que-aceita-o-trabalho-infantil-e-o-maior-entrave-do-combate-ao-problemaafirma-ministra-do-tst-em-seminario-na-escola-judicial-do-trt-rs>. Acessado em: 10 de setembro de 2019.





Site da Paine:

www.painelpesquisas.com.br

Rua: Ibirapuera 715, Sala D – Floresta – Joinville/SC

Tel: (55) 47 3025 5467 – (55) 47 3025 6267 – Cel: (55) 47 9 9993 1043
atendimento@painelpesquisas.com.br

○ Poder da Informação muda o Mundo.



www.diagnosticossociais.com.br/sao-carlos

painel
Pesquisas e Consultoria
Uma empresa do grupo 3 Elemento.

Idealização:



**Prefeitura de
SÃO CARLOS**



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Financiamento:



Apoio:



Fundação Educacional São Carlos



**CONSELHO
TUTELAR**
São Carlos