

Volume 04

## Direito à Vida e à Saúde





# DIAGNÓSTICO DA REALIDADE SOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ



**Volume 04**

**Direito à Vida e à Saúde**

**1ª Edição**  
**Itajaí, 2019**



# DIAGNÓSTICO DA REALIDADE SOCIAL DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ

Volume 04

Direito à Vida e à Saúde

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA)

Idealização:



Realização:



Apoio Institucional:



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**PROMOÇÃO  
DA CIDADANIA**

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

Diagnóstico da realidade social de crianças e adolescentes do município de Itajaí / [equipe Painel Pesquisas e Consultoria]. -- 1. ed. -- Joinville, SC : Painel Instituto de Pesquisas, 2019. -- (Diagnóstico da realidade social de crianças e adolescentes do município de Itajaí.

Obra em 6 v.  
Vários colaboradores.  
Bibliografia  
ISBN 978-85-93177-10-1

1. Ciências sociais 2. Crianças e adolescentes - Brasil - Condições sociais 3. Direitos fundamentais - Brasil 4. Estatística 5. Estatuto da Criança e do Adolescente 6. Indicadores sociais - Itajaí (SC) 7. Itajaí (SC) - Descrição 8. Pesquisa - Metodologia 9. Políticas públicas I. Painel Pesquisas e Consultoria. II. Série.

19-31418

CDD-304.60981

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Brasil : Itajaí : Santa Catarina : Diagnóstico da realidade social de crianças e adolescentes : Ciências sociais 304.60981

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

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

Diagnóstico da Realidade Social da Infância e Adolescência do Município de Itajaí  
Volume 04: Direito à Vida e à Saúde  
1ª Edição, Itajaí, SC – Núcleo Criativo Painel – 2019  
19-31418 CDD-304.60981

**EQUIPE TÉCNICA PAINEL PESQUISAS E CONSULTORIA**

**Coordenação Geral do Diagnóstico**

Ermelinda Maria Uber Januário – Economista (CORECON n. 2.556-9)

**Coordenação de Projeto**

Maria Helena Provenzano – Administradora (CRA n. 27913) e Assistente Social  
Fabiana Caetano – Administradora (CRA/SC n. 28080) e Advogada (OAB/SC n. 54.940)

**Análise Estatística**

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

**Equipe Técnica – Volume 04**

Fabiana Caetano – Administradora (CRA/SC n. 28080) e Advogada (OAB/SC n. 54.940)  
Felipe de Avila – Bacharel em Ciência da Computação  
Marcelo Paolillo – Bacharel em Ciência da Computação  
Rodolfo Uber Januário – Bacharel em Administração  
Maria Volpato Kropiwiec – Enfermeira e Psicóloga  
Luci Leia Honorato de Carvalho – Psicóloga (CRP/SC n. 12/04052)

**Coordenação de Coleta de Dados em Campo**

Fabiana Caetano – Administradora (CRA/SC n. 28080) e Advogada (OAB/SC n. 54.940)  
Deise de Souza Barros – Arquiteta (CAU n. A4463-6)

**Apoio Logístico**

Diana Maria Garbin de Castilhos – Tecnóloga em Gestão Ambiental  
Ian Casas

**Revisão Ortográfica**

Vanessa Cristina Leal Miranda  
Licenciatura em Letras – Língua Portuguesa e Língua Inglesa

**Identidade Visual e Capa**

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

**Diagramação**

Núcleo Criativo  
Gabriele Alexandra Teixeira – Designer Gráfico  
Isabela Bortoletto Bozzola – Designer Gráfico

**Imagem da Capa**

Shutterstock

## Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente de Itajaí – COMDICA 2018

### Mesa Diretora

**Presidente**  
Nádia Regina Mota

**Vice-Presidente**  
Sonia Maria Bobany Tavares

### Mesa Diretora

**1º Secretário**  
Elton José Blangeski Junior

**2ª Secretária**  
Muriel Duarte

### Secretaria ou Fundação

#### Secretaria Municipal de Educação

Titular: Tatiana Regina Reis Fidelis  
Suplente: Ondina Beppler da Costa

#### Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

Titular: Jacqueline Lindner  
Suplente: Rosemir Isaltino Sardo

#### Secretaria Municipal da Fazenda

Titular: Daniela Fiori Martins Costa  
Suplente: Maria das Neves V. Silva

#### Secretaria Municipal da Criança, do Adolescente e da Juventude

Titular: Nádia Regina Mota  
Suplente: Gracimere Rocha  
Titular: Elton José Blangeski Junior  
Suplente: Emerson Gonçalves

#### Secretaria Municipal de Relações Institucionais e Temáticas

Titular: Sara Jane Ternes  
Suplente: Sidneya Silva dos Santos

#### Secretaria Municipal da Saúde

Titular: Mirela Corrêa  
Suplente: Arizotele dos Santos

#### Fundação Cultural de Itajaí

Titular: Evelise Moraes Ribas Wiersinski  
Suplente: Arthur Leite da Silva

#### Secretária Executiva

Cinthia Renata Floriano

### Entidades Titulares

**Instituto Lar da Juventude de Assistência e Educação – Parque Dom Bosco**  
Padre Antônio Braz de Oliveira

**Fundação Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI**  
Ana Carolina Gomes da Silva

**Centro de Integração Empresa-Escola – CIEE**  
Cleusimar Torres Mates

**Associação Pássaros de Luz**  
Gracia Maria Nascimento Corrêa

**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE**  
Maria Cristina Brito

**Associação Pró-Menor Lar Padre Jacó**  
Priscilla Mainardi Kotz

**Associação de Equoterapia Vale do Itajaí e Litoral**  
Sonia Maria Bobany Tavares

**Instituto Crescer – Movimento e Cidadania**  
Sandra Mara de Andrade

### Entidades Suplentes

**Comissão do Bem Estar do Menor de Itajaí – COMBEMI**  
Muriel Duarte  
Bianca Elisa Montibeller

**Centro de Intervenção e Estimulação Precoce Vovó Biquinha**  
Juliana Kael

**Pró Arte**  
Eneide Rodrigues Schoepping

**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE**  
Carlize Dias

**Associação Pró-Menor Lar Padre Jacó**  
Cinthia Aparecida Kirchnner

**Instituto Lar da Juventude de Assistência e Educação – Parque Dom Bosco**  
Juliana de Oliveira Monteiro

**Associação Pássaros de Luz**  
Cristiane Nadaletto

## Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente de Itajaí – COMDICA 2019

### Mesa Diretora

**Presidente**  
Nádia Regina Mota

**Vice-Presidente**  
Sonia Maria Bobany Tavares

### Mesa Diretora

**1º Secretário**  
Elton José Blangeski Junior

**2ª Secretária**  
Juliana de Oliveira Monteiro

### Secretaria ou Fundação

**Secretaria Municipal de Educação**  
Titular: Tatiana Regina Reis Fidelis  
Suplente: Ondina Beppler da Costa

**Secretaria Municipal da Fazenda**  
Titular: Daniela Fiori Martins Costa  
Suplente: Maria das Neves V. Silva

**Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania**  
Titular: Nadia Regina Mota  
Suplente: Gracimere Rocha  
Titular: Elton José Blangeski Junior  
Suplente: Emerson Gonçalves

**Secretaria Municipal da Saúde**  
Titular: Daniela Cristiane dos Santos  
Suplente: Arizotele dos Santos

**Fundação Cultural de Itajaí**  
Titular: Arthur Leite da Silva

**Secretária Executiva**  
Cinthia Renata Floriano

### Entidades Titulares

**Instituto Lar da Juventude de Assistência e Educação – Parque Dom Bosco**  
Juliana de Oliveira Monteiro

**Fundação Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI**  
Ana Carolina Gomes da Silva

**Centro de Integração Empresa-Escola – CIEE**  
Cleusimar Torres Mates

**Associação Pássaros de Luz**  
Gracia Maria Nascimento Corrêa

**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE**  
Maria Cristina Brito

**Associação Pró-Menor Lar Padre Jacó**  
Roberta Cristina da Cunha

**Associação de Equoterapia Vale do Itajaí e Litoral**  
Sonia Maria Bobany Tavares

**Instituto Crescer – Movimento e Cidadania**  
Sandra Mara de Andrade

### Entidades Suplentes

**Comissão do Bem Estar do Menor de Itajaí – COMBEMI**  
Joseelli Nogueira  
Bianca Elisa Montibeller

**Centro de Intervenção e Estimulação Precoce Vovó Biquinha**  
Juliana Kael

**Pró Arte**  
Eneide Rodrigues Schoepping

**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE**  
Daniela Miranda Rodrigues

**Associação Pró-Menor Lar Padre Jacó**  
Samuel Carlos Caetano

**Instituto Lar da Juventude de Assistência e Educação – Parque Dom Bosco**  
Magnus Antônio Petry

**Associação Pássaros de Luz**  
Cristiane Nadaletto

## Comissão de Acompanhamento do Diagnóstico 2018 - 2019

### Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania

Titular: Fernanda Cristina da Luz

### Conselho Municipal da Criança e do Adolescente

Titular: Nádia Regina Mota

### Secretaria Municipal de Assistência Social

Titular: Viviane Leila Martins

Suplente: Keila Rosa Oliveira

### Secretaria Municipal da Saúde

Titular: Daniela Cristiane dos Santos Silva

Suplente: Maria do Carmo Cabral

### Secretaria Municipal de Educação

Titular: Eliane Albanaes

Suplente: Andrey Felipe Cé Soares

### Tribunal de Justiça

Titular: Francilene Laureano Moreira Krzisch

Suplente: Mariane Irineia Alves

### Sociedade Civil

Titular: Juliana Kael

Suplente: Juliana de Oliveira Monteiro

### Técnicos Participantes

Fabiana Regina Cardoso Pereira - Estagiária da Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania  
Jaceguay Zukoski – Arquiteto da Secretaria Municipal de Urbanismo  
Maria Fernanda M. P. Ardigó – Psicóloga do CREAS  
Michelle M. Souza Peixer – Coordenadora do Serviço de Medidas Socioeducativas do CREAS  
Mirela Correia – Representante da Secretaria Municipal da Saúde  
Patrícia Eliane Lima da Silva – Educadora Social da Secretaria Municipal de Assistência Social  
Fátima Regina Cardoso Contâncio – Assistente Social do Ministério Público de SC  
Marluci Camila Gomes – Psicóloga do Lar dos Adolescentes  
Leontina B. Pereira – Coordenadora do Lar da Criança  
Eliane Schell – Assistente Social do Lar dos Adolescentes  
Mariane Santos Faccin – Assistente Social do CRAS Promorar  
Aniele Bioziussi – Psicóloga Lar da Criança Feliz  
Carlos Augusto Silvestre – Conselheiro Tutelar  
Juliana I. S. Gonçalves – Presidente do Grupo de Estudos e Apoio a Adoção Laços Encontrados  
Itamar Telles - Coordenador do Lar dos Adolescentes  
Tatiana Matias Lopes – Psicóloga do CREAS  
Miriam Teresa S. Marcelino – Coordenadora Geral do CREAS  
Aline Gonçalves de Almeida – Orientadora Educacional da Secretaria Municipal de Educação  
Nayara Duarte – Fonoaudióloga do NASF-AB  
Francine R. Ruhnen – Enfermeira do CAPSi  
Eliane C. L. O. Viana – Enfermeira ESF da UBS Cidade Nova 2  
Carolina Torres Guazzeli – Terapeuta Ocupacional do NASF-AB 2  
Juliana A. Molinari – Enfermeira da UBS Fazenda  
Daiane Gonçalves da Silva – Psicóloga do CAPSi  
Luciana Duarte Manuel – Técnica em Enfermagem CAPSi  
Ronan Adiel Pinheiro – Supervisor de Educação Especial da Rede Municipal de Ensino  
Elisangela Candido – Coordenadora Jovem Aprendiz do Parque Dom Bosco  
Giovanna C. Rocha – Psicóloga no Instituto Crescer  
Schirlei Quadros – Coordenadora Pedagógica do Programa CAPACIT da APAE  
Carlize Dias – Gestora do Programa CAPACIT da APAE  
Jessica Pereira Cardoso – Psicóloga e Coordenadora Técnica do Amor Para Down  
Cleusimar Torres Mattes – Assistente Social do CIEE  
Sandra Mara de Andrade – Coordenadora do Instituto Crescer  
Miriam Borges – Psicóloga do CIEE  
Deyse Moraes dos Reis – Pedagoga do Instituto Crescer  
Liliane Santos de Souza – Educadora Social da Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania  
Alexandra Domingos Carneiro – Orientadora Educacional da Secretaria Municipal de Educação  
Anderson Rafael Camargo Gomes – Educador do Parque Dom Bosco  
Fabiana Cerato – Representante do Núcleo de Educação do Sistema FIESC  
Alessandra Monestel – Nutricionista responsável pelo Programa de Nutrição Municipal  
Monica Arruda Souza da Costa – Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde

## EPÍGRAFE

### *Proibição de montão*

*Tem coisas que não posso pegar  
Só os adultos sabem organizar  
Outras coisas são perigosas,  
Que devo evitar  
Sabão, fogo, forno, tomada,  
Escada, janela, buraco, panela,  
Tudo isso nem se rela  
Por enquanto, é só olhar  
É chato...  
Mas acho que dá pra aguentar*

**Thelma Alves de Oliveira<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Poema extraído do Livro “Eu sei de mim. Ah! Sei sim!” de Thelma Alves de Oliveira, Volume 1.

## **PREFÁCIO**

A construção deste diagnóstico foi participativa, da coleta à análise de dados. Participaram a coordenação, os técnicos e a Comissão Intersectorial do COMDICA no seu acompanhamento.

O conteúdo deste Volume 03 buscou resguardar opiniões pessoais e crenças pré-estabelecidas sobre o tema e as problemáticas que o envolvem.

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

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

*Dedicamos este projeto de pesquisa a todas as crianças e adolescentes residentes no município de Itajaí, a todas as instituições, conselheiros e pessoas que zelam por elas.*

*Equipe Painel Pesquisas e Consultoria.  
Outubro, 2019.*

## **A PALAVRA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA**

O Diagnóstico da Realidade Social de Crianças e Adolescentes do Município de Itajaí representa um grande avanço na perspectiva de ações na garantia dos direitos de crianças e adolescentes de nossa cidade. Representa o empenho e envolvimento de vários atores, que durante muitos anos ansiavam por esta conquista e solicitavam ao poder público sua elaboração.

Este trabalho direcionará os entes públicos para ações assertivas no que se refere a garantir, preservar e promover direitos, pois abrange todas as áreas afetas e correlatas a crianças e adolescentes. Com certeza possibilitará trabalhos mais eficazes e impactantes, especialmente no que se refere ao investimento do orçamento público municipal e dos serviços, programas e projetos, que poderão ser melhor adequados às demandas existentes para essa população, que deve ser a prioridade de qualquer cidade e merece toda nossa atenção e esforço, para serem bem atendidos em suas necessidades.

Muito ainda está por vir e fazer, pois o diagnóstico se configura como ponto de partida e não como uma ação em si, mas demonstra toda nossa preocupação na condição de gestores públicos que atuam diretamente nessa engrenagem que é a Política de Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes.

A Secretaria de Promoção da Cidadania, juntamente com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, se orgulham de promover esta ação e agradecem a todos os envolvidos, em especial à empresa ganhadora do certame, Painel Pesquisas e Diagnósticos, e vislumbram um futuro promissor em nossa cidade na garantia dos direitos de crianças e adolescentes de Itajaí.

**Christiane Stuart**  
Secretária de Promoção da Cidadania  
Gestão 2017 - 2020

## SIGLATÓRIO

APLV	Alergia a Proteína do Leite
BPC	Benefício da Prestação Continuada
BPN	Baixo Peso ao Nascer
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
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual
CEREDI	Centro de Referência de Doenças Infecciosas
CEPICS	Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
CRECEM	Centro de Referência da Saúde da Mulher e da Criança
COMDICA	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
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
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	Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PcD	Pessoa com Deficiência
PAMI	Programa de Avaliação Municipal Infantil
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAIS	
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SDGCA	Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno de Espectro Autista
TJSC	Tribunal de Justiça do Estado de Santa Catarina
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade de Saúde Básica
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## LISTA DE INDICADORES

Indicador 1 – Violação do direito à vida e à saúde	32
Indicador 2 – Natalidade	34
Indicador 3 – Gravidez na adolescência	36
Indicador 4 – Pré-natal insuficiente	38
Indicador 5 – Baixo peso ao nascer	40
Indicador 6 – Nascidos vivos com má formação congênita	42
Indicador 7 – Agravos de doenças e outros	44
Indicador 8 – Notificação de agravos de violência	46
Indicador 9 – Mortalidade de 0 a 17 anos	48
Indicador 10 – Mortalidade perinatal	50
Indicador 11 – Mortalidade neonatal	52
Indicador 12 – Mortalidade neonatal precoce	54
Indicador 13 – Mortalidade neonatal tardia	56
Indicador 14 – Mortalidade pós-neonatal	58
Indicador 15 – Mortalidade infantil	60
Indicador 16 – Mortalidade menor de 5 anos	62
Indicador 17 – Mortalidade menor de 6 a 11 anos	64
Indicador 18 – Mortalidade na adolescência	66
Indicador 19 – Mortalidade autoprovocada	68
Indicador 20 – Mortalidade por causas externas	70

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Taxa de ocorrências de violação do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes	32
Tabela 2 – Taxa de natalidade	34
Tabela 3 – Percentual de gravidez na adolescência	36
Tabela 4 – Percentual de nascidos vivos com pré-natal insuficiente	38
Tabela 5 – Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	40
Tabela 6 – Taxa de nascidos vivos com malformação congênita	42
Tabela 7 – Taxa de agravos por doenças e outros de crianças e adolescentes	44
Tabela 8 – Taxa de notificação de agravos por violência de crianças e adolescentes	46
Tabela 9 – Taxa de mortalidade na faixa etária de 0 a 17 anos	48
Tabela 10 – Taxa de mortalidade perinatal	50
Tabela 11 – Taxa de mortalidade neonatal	52
Tabela 12 – Taxa de mortalidade neonatal precoce	54
Tabela 13 – Taxa de mortalidade neonatal tardia	56
Tabela 14 – Taxa de mortalidade pós-neonatal	58
Tabela 15 – Taxa de mortalidade infantil	60
Tabela 16 – Taxa de mortalidade de menores de cinco anos	62
Tabela 17 – Taxa de mortalidade de 6 a 11 anos	64
Tabela 18 – Taxa de mortalidade na adolescência	66
Tabela 19 – Taxa de mortalidade autoprovocada	68
Tabela 20 – Taxa de mortalidade por causas externas na adolescência	70
Tabela 21 – Mapa Social de vulnerabilidade no direito à vida e à saúde de Itajaí (Parte 1)	72
Tabela 22 – Perfil de nascimentos SINASC - Itajaí 2017	83
Tabela 23 – Percentual de nascidos vivos com pelo menos um fator de risco	85
Tabela 24 – Percentual de óbitos de nascidos vivos com pelo menos um fator de risco	86
Tabela 25 – Faixa etária da genitora	87
Tabela 26 – Agravos e doenças notificados e confirmados no SINAN por tipo e faixa etária	88
Tabela 27 – Agravos de violências notificados no SINAN por tipo e faixa etária	89
Tabela 28 – Série histórica de taxa de mortalidade infantil e seus componentes	90
Tabela 29 – Mortalidade fetal e em menores de um ano segundo componente e causa da CID-10	90
Tabela 30 – Óbito de menores de um ano segundo classificação de evitabilidade	91
Tabela 31 – Perfil dos óbitos em menores de um ano	91
Tabela 32 – Causas da mortalidade de 1 a 17 anos	92
Tabela 33 – Comparação de óbitos por causas externas por faixa etária	92
Tabela 34 – Frequência de internações segundo morbidade hospitalar do SUS por faixa etária	93
Tabela 35 – Procedimentos odontológicos por faixa etária	95
Tabela 36 – Procedimentos odontológicos por região	95

Tabela 37 – Número de atendimento em psicologia e saúde mental por equipamento	97
Tabela 38 – Atendimento no CAPSi por região	98
Tabela 39 – Números de atendimentos por tipo de serviço	99
Tabela 40 – Motivo do atendimento	100
Tabela 41 – Total de atendimentos por região	101
Tabela 42 – Principais fatos comunicados relacionados ao direito à vida e saúde	104
Tabela 43 – Grau de deficiência de crianças e adolescentes	107
Tabela 44 – Pessoas com pelos menos uma deficiência declarada por sexo	107
Tabela 45 – Pessoas com pelos menos uma deficiência declarada que frequentam a escola por faixa etária	108
Tabela 46 – Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos com deficiência que frequentavam a escola	108
Tabela 48 – Total de procedimentos por faixa etária	115

## SUMÁRIO

<b>PARTE I</b>	<b>21</b>
1. APRESENTAÇÃO	21
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE	22
<b>PARTE II</b>	<b>25</b>
3. NOTAS METODOLÓGICAS	25
3.1. DIVISÃO TERRITORIAL	25
3.2. IDENTIFICAÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO	29
3.3. COLETA E TRATAMENTO DE DADOS	29
3.4. CRITÉRIOS UTILIZADOS NA ANÁLISE ESTATÍSTICA	30
<b>PARTE III</b>	<b>32</b>
4. INDICADORES SOCIAIS	32
5. MAPA SOCIAL	72
6. MATRIZ DE CORRELAÇÃO	75
7. ESTATÍSTICAS COMPLEMENTARES	78
7.1. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE	79
7.1.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	80
7.1.2. POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE	81
7.1.3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR	93
7.1.4. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL	94
7.1.5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	96
7.1.6. SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM SAÚDE	99
7.1.7. PROGRAMAS DE SAÚDE	102
7.2. VIOLAÇÕES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE	104
7.3. CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA	105
7.4. INSTITUIÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS	109
8. PESQUISA DE PERCEPÇÃO EM PROFUNDIDADE	116
8.1. A PERCEPÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO	116
<b>PARTE IV</b>	<b>120</b>
9. ANÁLISES CONCLUSIVAS	120
10. RECOMENDAÇÕES	124
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
12. GLOSSÁRIO DE TERMINOLOGIAS	129
13. REFERÊNCIAS	132
14. APÊNDICE 01 – UNIDADE DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO	135

## INTRODUÇÃO

No intuito de organizar os dados compilados por este diagnóstico, os resultados serão apresentados em seis volumes diferentes, os quais contemplam:

- **Volume 01** – Informações introdutórias do diagnóstico, os dados do perfil socioeconômico, o mapeamento da rede de atendimento no município, e as pesquisas de percepção com adolescentes de 12 a 17 anos de idade e com pais e responsáveis;
- **Volume 02** – Informações sobre os serviços relacionados ao direito à convivência familiar e comunitária, incluindo os dados de acolhimento e adoção;
- **Volume 03** – Informações relacionadas ao eixo de direitos à liberdade, ao respeito e à dignidade, incluindo temas como violências e violações de direito, prática de atos infracionais e cumprimento de medidas socioeducativas;
- **Volume 04** – Informações sobre o serviço relacionado ao eixo de direito à vida e à saúde, em que são abordadas temáticas como gravidez na adolescência, mortalidade, agravos em saúde, saúde mental e os dados pertinentes à pessoa com deficiência;
- **Volume 05** – Informações pertinentes ao eixo de direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, compreendendo temas como a infraestrutura, o acesso e a permanência no sistema educacional, aprovação, rendimento, abandono, projetos, programas e ações nos âmbitos da cultura, do esporte e do lazer;
- **Volume 06** – Informações sobre o eixo de direito à profissionalização e à proteção no trabalho, incluindo temas como o Programa Jovem Aprendiz, e as notificações de situações de trabalho infantil no município;

Cada volume está organizado em quatro partes, que por sua vez estão subdivididas em capítulos. A Parte I contempla a apresentação, a contextualização do eixo de direito e o mapeamento da rede pertinente a cada volume. Na Parte II estão inseridas as notas metodológicas, que incluem a divisão territorial e os métodos estatísticos aplicados. A Parte III mostra os resultados estatísticos que consistem em indicadores sociais representados na forma de cartogramas (mapas), estatísticas complementares na forma de tabelas, gráficos, infográficos e comentários, e por fim os relatos das pesquisas qualitativas. E, na Parte IV, estão inseridas as considerações finais e recomendações.

## PARTE I

### 1. APRESENTAÇÃO

O Diagnóstico da Realidade Social da Infância e Adolescência de Itajaí é realizado pela primeira vez e representa um marco na efetivação dos direitos da criança e do adolescente no município. Fruto de iniciativa do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA), da antiga Secretaria Municipal da Criança, do Adolescente e da Juventude, hoje Secretaria Municipal de Promoção da Cidadania, e dos demais atores do Sistema de Garantia de Direitos, tem como principal objetivo subsidiar as instâncias governamentais e não governamentais na formulação e execução assertivas das políticas públicas direcionadas para a infância e adolescência, como forma de aproximar o poder público e a sociedade civil da realidade social na qual elas estão inseridas.

Portanto, este projeto foi idealizado de modo que possa retratar o panorama situacional por território das crianças e adolescentes residentes em Itajaí, por meio da apresentação de indicadores sociais construídos e formatados a partir dos eixos de direitos fundamentais preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), assim como de indicadores socioeconômicos e do resultado das pesquisas de percepção, cuja compilação almeja desenhar o retrato do perfil da população e do público estudado.

Seu conteúdo foi elaborado a partir da coleta e análise de dados fornecidos por instituições municipais que realizam atendimento ao público em epígrafe, como também de informações secundárias sistematizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e de pesquisas de percepção realizadas no município com pais, responsáveis, adolescentes e com a rede de atendimento do Sistema de Garantia de Direitos (SGDCA).

Utilizou-se como norte construtivo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e demais instrumentos normativos vinculados ao tema, com destaque à Resolução 113/2016 do CONANDA – que trata da implementação e fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGDCA) – assim como foram precisamente seguidas as orientações contidas no Edital Concorrência nº 001/2017 FMACA, Processo Administrativo nº 2640043/2017.

Ademais, durante o projeto foram realizadas reuniões mensais, das quais participaram membros da Comissão de Acompanhamento Municipal, da equipe da Painel Pesquisas e Consultoria e um corpo técnico especializado atuante no município, conferindo à sua elaboração um caráter construtivo e integrativo na concepção e estruturação das diretrizes para sua execução e finalização.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

A proteção do direito à vida é constitucionalmente assegurada a todos os indivíduos no caput do artigo 5º da Constituição Federal. Entretanto, na seara dos direitos fundamentais das crianças e adolescentes, a doutrina da proteção integral tratou de incorporar ao texto constitucional, por meio do artigo 227, a garantia expressa à população infantojuvenil dos direitos fundamentais de sobrevivência, desenvolvimento pessoal, social, integridade física, psicológica e moral, além de protegê-los de forma especial, ou seja, através da criação de dispositivos legais especiais, sendo dever tríplice da família, do Estado e da sociedade assegurar tais direitos.

O próprio artigo 227 trata de reconhecer e ampliar o rol de direitos fundamentais já expressamente garantidos pelo artigo 5º da Constituição Federal, delineando de forma expressa os eixos de direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, posteriormente incorporados ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990.

Tal artigo é taxativo, já que as crianças e os adolescentes gozam dos mesmos direitos econômicos e sociais que qualquer pessoa, todavia, em virtude de seu estágio de desenvolvimento e do princípio do melhor interesse, são titulares prioritários das políticas públicas.

Aprofundando-se na temática do eixo de direito à vida e saúde, objeto de estudo deste volume, e perquirindo a legislação brasileira vigente, constata-se que a inviolabilidade e proteção do direito à vida não se limita à vedação da pena de morte e inter-relaciona-se com os outros direitos fundamentais, com destaque ao direito à saúde delineados nos artigos 7º a 14º do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Os artigos 7º e 8º do ECA trazem de forma expressa o direito à vida e à saúde aos seus tutelados, e ainda referenciam o modo de sua efetivação através da criação de políticas públicas direcionadas à saúde e que “permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.” O texto legal do estatuto inovou ao assegurar expressamente a extensão de tais direitos ao nascituro, englobando aspectos da saúde da mulher, do planejamento reprodutivo familiar e do atendimento humanizado às gestantes durante a gravidez, no parto, e no puerpério, por meio do atendimento pré, peri e pós-natal, já que a garantia do direito à vida e saúde tem início com uma gestação sadia e segura.

Por conseguinte, os parágrafos do artigo 7º tratam dos serviços médicos, bem como das medidas de proteção às gestantes, destacando-se dentre eles a garantia do acompanhamento

saudável durante toda a gestação; o direito ao parto natural ou a aplicação de intervenções cirúrgicas ou cesarianas por motivos de ordem médica; o atendimento psicológico à gestante e à mãe em período puerperal, ou àquelas que desejam entregar seus filhos para adoção; o direito a um acompanhante de sua preferência durante o período de pré-natal, durante e no pós-parto; o acesso aos demais serviços e orientações para o aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento integral e afetivo da criança; a garantia de condições adequadas para que a criança esteja próxima da mãe durante os primeiros meses de vida para aleitamento materno, propiciadas pelo poder público, empregadores e instituições, inclusive para mães em cumprimento de pena privativa de liberdade. Ainda estabelece o § 9º que, por ser dever do Estado e questão de interesse público de atenção básica da saúde, far-se-á busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas pré-natal.

Conforme preceitua o artigo 14 do ECA, o direito a saúde compreende não só o atendimento médico, mas também o odontológico e a vacinação. Na rede pública, o atendimento às crianças e aos adolescentes é realizado pelo Sistema Único de Saúde, sendo assegurados o atendimento prioritário e a observância dos princípios da universalidade, igualdade e prioridade. Tanto na rede pública quanto na privada, no caso de internação, um dos pais ou responsáveis tem o direito de permanecer com a criança ou adolescente como acompanhante em período integral (artigo 12 do ECA).

Outro ponto que é importante destacar é que a entrega do filho para adoção, ainda que durante o período de gestação não é considerado crime, e sim um direito previsto pelo parágrafo único do artigo 13 do ECA, a seguir transcrito in verbis:

Art. 13 § único. As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para a adoção serão obrigatoriamente encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude.

O legislador infraconstitucional criou mecanismos para amparar a mulher que manifesta sua vontade em não assumir a maternidade sem que haja o constrangimento ou que seja considerada infração penal, assegurando a ela ainda o direito ao acompanhamento psicológico (§ 5º do Artigo 7º) como forma de proteger o direito à vida do nascituro, evitando práticas como o aborto ilegal e o abandono de recém-nascidos.

Nas palavras do doutrinador penal Guilherme de Souza Nucci (2015, p. 45):

As gestantes ou mães que decidem doar seus filhos, por razões variadas, não devem ser criticadas ou consideradas pessoas maldosas ou desonestas. Ao contrário, essas são as mães conscientes, que assim agem em benefício e por amor aos seus filhos, pois têm plena noção de que não poderão cuidar deles satisfatoriamente. É muito melhor para as crianças a entrega em juízo para a adoção do que o abandono, puro e simples, em qualquer terreno baldio.

Nesse contexto vale recordar que, nos termos do artigo 5º da Constituição Brasileira, a vida é inviolável, e que, portanto, o aborto é prática considerada como crime. No entanto, existem duas hipóteses nas quais o Código Penal (artigo 128) prevê a possibilidade de sua realização sem que haja criminalização do aborto necessário, quando é para salvar a vida da gestante, ou quando a gravidez é resultante de estupro.

E por fim, destaca-se, no que tange à temática das crianças ou adolescentes com deficiência, que o Estado tem o dever de fornecer a elas atendimento especializado “sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação”, conforme versa o § 1º do artigo 11. Sobre esse tema, aliás, é importante mencionar que o Brasil recepcionou com status de norma constitucional a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, e posteriormente instituído pela Lei 133.146 de 06 de julho de 2015, Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Assim, o estatuto ou ECA também traz outras medidas de promoção, proteção e defesa dos direitos de crianças e adolescentes com deficiência, como o artigo 54, inciso III que dispõe do acesso à educação através do atendimento preferencial e especializado; o artigo 66 que trata da inserção dos adolescentes com deficiência no mercado de trabalho; o artigo 87, inciso VII que abrange o atendimento especializado das crianças e adolescentes com deficiência em medida protetiva de acolhimento institucional; e o artigo 112, § 3º que também prevê o tratamento e atendimento especializado e diferenciado para os adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa e que possua algum tipo de deficiência.

## PARTE II

### 3. NOTAS METODOLÓGICAS

Este é o quarto dos seis volumes que integram a coletânea de relatórios do Diagnóstico da Realidade Social da Infância e Adolescência do Município de Itajaí, em que serão apresentadas as informações sobre os serviços relacionados ao Eixo de Direito à Convivência Familiar e Comunitária.

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

#### 3.1. DIVISÃO TERRITORIAL

---

A definição do território compreende a primeira e uma das mais importantes etapas do projeto, porque sua organização e compilação é determinante para apresentar os resultados estatísticos por regiões com características diferentes entre si. *“O território em si não é um conceito, ele só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam”* (Milton Santos, 2000). Portanto, território não é o que vemos ao primeiro olhar, é o espaço relacional, vivido e construído cotidianamente, dentre seus interesses, disputas, conflitos e contradições, mas também lugar de oportunidades, inovação, criatividade, solidariedade, cultura, valores dos indivíduos e grupos e a existência e acesso a políticas públicas, serviços de proteções ofertadas, participação, habilidades, redes e parcerias, na construção do diagnóstico territorial e o trabalho a ser desenvolvido com as famílias.

Ressalta-se que um diagnóstico sério, conciso e capaz de produzir resultados transformativos para o subsídio e direcionamento assertivo de políticas públicas, requer uma metodologia de execução que contemple a territorialização pautada na realidade social do município, já que a apresentação de dados obtidos apenas pela média municipal mascaram as diferenças sociais e econômicas que existem entre os bairros e áreas rurais, limitando e engessando as ações do poder público.

---

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).

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 censitário<sup>2</sup> - a divisão territorial de Itajaí foi estruturada a partir dos bairros e localidades, respeitando a delimitação geográfica dos setores censitários do IBGE.

Com o auxílio do corpo técnico da Secretaria Municipal de Urbanismo, a divisão territorial para fins do diagnóstico, resultou em 26 regiões geográficas com perfil socioeconômico mais homogêneo entre si e que estão representadas no quadro a seguir.

**Quadro 1 – Classificação das regiões do município de Itajaí**

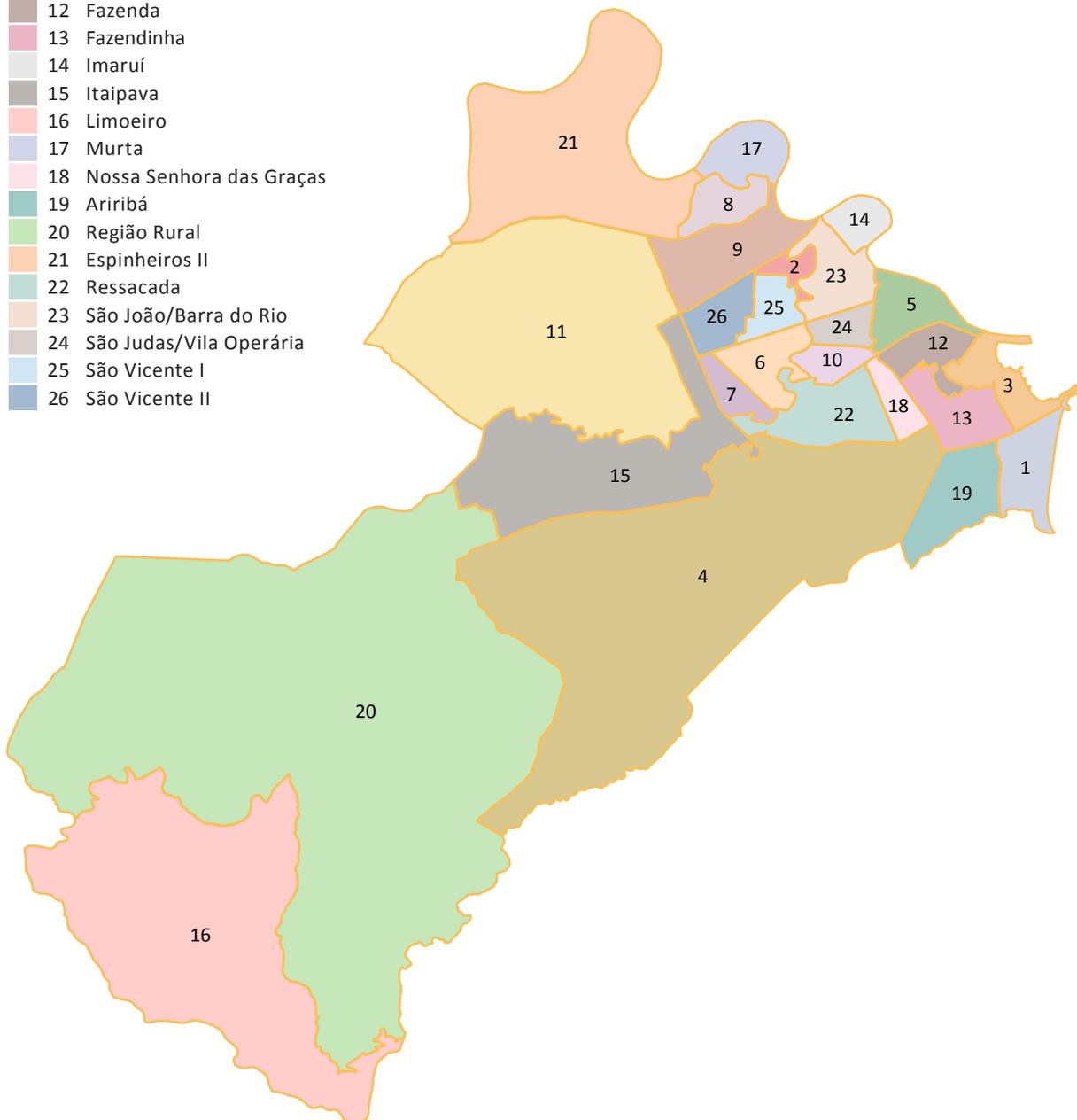
Legenda	Região Geográfica	Bairro Oficial	Localidades
1	Praia Brava	Praia Brava	Praia Brava (exceto região do Ariribá)
2	Bambuzal	São Vicente	Bambuzal, Jardim Estefano, Jardim Katia, Dona Catarina, Jardim Francelino, Jardim Acaraí, Jardim Rio Novo, Jardim Ori, Nossa Senhora Aparecida
3	Cabeçudas/ Beira Rio	Cabeçudas, Fazenda	Cabeçudas, Fazenda (região da Beira Rio)
4	Canhanduba/ Rio do Meio	Canhanduba, Rio do Meio	Canhanduba, Rio do Meio, Baia
5	Centro	Centro	Centro
6	Cidade Nova I	Cidade Nova	Promorar, Jardim Danielle, Cidade Nova, Vitorino, Jardim das Flores, Jardim Quero-Quero, Jardim Pacheco
7	Cidade Nova II	Cidade Nova	Avelino Werner I e II, Mariquinha Brasil
8	Cordeiros I	Cordeiros	Parque Residencial Luciana, Jardim Esperança, Santa Maria, Vila Araguaia, Jardim da Figueira, Parque Residencial Bertoldo Michels, Condomínio Industrial Teporti, Jardim Progresso, Jardim Esmeralda, Jardim Cordeiros, Jardim Juliete, Jardim Clara, Jardim Cleide
9	Cordeiros II	Cordeiros	Costa Cavalcanti, Jardim Votorantim, Vila 1º de Maio, Jardim Violino, Parque Residencial Lar Brasileiro, 3º Distrito Industrial, Celeste Girardi, Jardim São Francisco, Conjunto Residencial Abdon Fóes, Dona Guilhermina, Loteamento Olímpico
10	Dom Bosco	Dom Bosco	Dom Bosco
11	Espinheiros I	Espinheiros I	Espinheiros, Espinheirinhos, Portal I, São Roque, Rio Novo, Colônia Japonesa
12	Fazenda	Fazenda	Fazenda (exceto região da Beira Rio e da Fazendinha)

<b>Legenda</b>	<b>Região Geográfica</b>	<b>Bairro Oficial</b>	<b>Localidades</b>
13	Fazendinha	Fazenda	Fazendinha
14	Imaruí	Barra do Rio	Imaruí, Jardim Eliana, 1º Distrito Industrial, Leopoldo Zarling
15	Itaipava	Itaipava	Itaipava
16	Limoeiro	Limoeiro	Limoeiro
17	Murta	Cordeiros	Murta
18	Nossa Senhora das Graças	Ressacada	Nossa Senhora das Graças
19	Ariribá	Praia Brava	Ariribá
20	Região Rural	Paciência, Brilhante I e II, Campeche	Paciência, Brilhante I e II, Campeche, Arraial dos Cunha, Km12, Laranjeiras
21	Espinheiros II	Espinheiros I	Volta de Cima, Santa Regina, Portal II, Salseiros
22	Ressacada	Ressacada (exceto Nossa Senhora das Graças)	Ressacada (exceto Nossa Senhora das Graças)
23	São João/Barra do Rio	Barra do Rio (exceto Imaruí), São João	Barra do Rio (exceto Imaruí), São João, Curt Hering, Madereira Vila II, Jardim do Sol, Florestal, Alvorada, Vila Todeschini, Navegação Itajaí II
24	São Judas/Vila Operária	São Judas, Vila Operária	São Judas, Vila Operária, Fiuza Lima
25	São Vicente I	São Vicente	Santo Antônio, Jardim Paraíso, Jaí-Açú, Jardim Operário, Mário Razzini, Japonês, Jardim Katia, Dona Catarina, Jardim Francelino, Jardim Acaraí, Jardim Olimpikus, Jardim Tarumã, Jardim Ipiranga, Jardim São Vicente, Jardim Ipiranga, Rio Azul, Jardim Emita
26	São Vicente II	São Vicente	Nilo Bittencourt, Rio Bonito, Jardim Rio Bonito, Vila 1º de Maio, Copas do Vale, Pedro Paulo Rebello

# Mapa 1 – Divisão territorial das regiões do município de Itajaí

## Regiões

- 1 Praia Brava
- 2 Bambuzal
- 3 Cabeçadas/Beira Rio
- 4 Canhanduba/Rio do Meio
- 5 Centro
- 6 Cidade Nova I
- 7 Cidade Nova II
- 8 Cordeiros I
- 9 Cordeiros II
- 10 Dom Bosco
- 11 Espinheiros I
- 12 Fazenda
- 13 Fazendinha
- 14 Imaruí
- 15 Itaipava
- 16 Limoeiro
- 17 Murta
- 18 Nossa Senhora das Graças
- 19 Ariribá
- 20 Região Rural
- 21 Espinheiros II
- 22 Ressacada
- 23 São João/Barra do Rio
- 24 São Judas/Vila Operária
- 25 São Vicente I
- 26 São Vicente II



### 3.2. 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 no município de Itajaí, incluindo os programas e projetos existentes nas secretarias municipais, e demais instituições governamentais ou não governamentais. É através do mapeamento da rede que a coleta de dados primários é dirigida e seu corpo estrutural está detalhadamente apresentado no Volume I.

### 3.3. COLETA E TRATAMENTO DE DADOS

---

Para a construção deste volume foram coletados dados primários<sup>3</sup> e secundários<sup>4</sup> referentes ao período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2017, e, em alguns casos, quando disponíveis, de 2018. Ressalta-se que o ano de informação, assim como a fonte de dados, estarão sempre referenciados ao final de cada tabela. O quadro a seguir, mostra a catalogação dos dados utilizados.

**Quadro 2 – Fonte de dados**

Pesquisa documental de dados primários	Fichas de atendimentos realizados pelo Conselho Tutelar
	Fichas de atendimento do PAIF, prestados pelo CRAS
	Fichas de atendimento do PAEFI, prestados pelo CREAS
	Fichas do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)
	Fichas de atendimento das unidades de Acolhimento Institucional
	Processos de adoção tramitantes na Vara da Infância e Juventude (TJSC)
Pesquisa documental de dados secundários	Censo demográfico do IBGE (2010) – microdados e agregados
	CadÚnico da Secretaria Municipal de Assistência Social
	Censo Escolar do Instituto Nacional Anísio Teixeira (INEP)
	DATASUS (SIM, SINASC, SINAN, etc.) da Secretaria Municipal da Saúde
	RAIS E CAGED – Ministério da Economia
Informações das instituições não governamentais vinculadas ou inscritas no COMDICA	
Pesquisas de percepção e qualitativa	Pesquisa quantitativa com adolescentes (de 12 a 17 anos) do município
	Pesquisa quantitativa com pais ou responsáveis de crianças e adolescentes
	Pesquisa qualitativa em profundidade relacionada ao tema de cada direito

---

3 Dados primários compreendem os dados brutos coletados pela Paineira 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 Dados secundários compreendem informações já coletadas, organizadas, sistematizadas e disponibilizadas por órgãos e entidades oficiais, como o IBGE, DATASUS, entre outros.

As pesquisas de percepção, de forma geral, compreendem dados coletados pela Painel Pesquisas e Consultoria a partir de uma metodologia quantitativa desenvolvida para investigar a percepção do público a que é direcionada. Sua sistematização será apropriadamente detalhada no Volume 01. Já as pesquisas qualitativas em profundidade, cuja metodologia e público a ser aplicado variam de acordo com o objetivo de investigação de cada eixo, serão apresentadas em capítulo próprio no volume que trata do tema correspondente.

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

Sua formatação e padronização foi realizada a partir da expertise de trabalho desenvolvida pela Painel Pesquisas e Consultoria, por meio da criação de categorias de agrupamento da informação, fundamentadas a partir dos instrumentos normativos que orientam as políticas públicas de atendimento do público objeto deste estudo.

### **3.4. CRITÉRIOS UTILIZADOS NA ANÁLISE ESTATÍSTICA**

---

Todos os dados coletados foram tratados e mensurados a partir de técnicas estatísticas cuja apresentação será realizada por meio de indicadores sociais e análises descritivas, em conjunto com tabelas, gráficos e infográficos, de modo a facilitar a sua visualização e compreensão, com o objetivo de traduzir, quantificar e mensurar em números os aspectos da realidade social do município.

Os indicadores serão apresentados em percentuais ou em taxas por habitantes, sendo que em alguns casos o cálculo foi realizado a partir de mil e em outros a partir de cem mil habitantes, conforme será demonstrado em cada indicador. Ressalta-se que o cálculo é proporcional à população residente na região, o que permite equalizar as regiões, independentemente do número de casos, pois estes são analisados proporcionalmente ao total da sua população residente.

A classificação dos indicadores será apresentada em *Quantil<sup>A</sup>*, que são pontos de corte que dividem um intervalo de dados em partes iguais ordenados de forma crescente. Os quantis mais comuns têm nomes especiais, conforme o número de partes em que são divididos:

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

Assim, considerando o número de divisões territoriais deste diagnóstico priorizou-se a utilização do *Quintil*. Todavia, em situações em que houver muitas taxas ou percentuais em números iguais, possivelmente os dados serão apresentados em menores divisões, de modo a possibilitar maior uniformidade na visualização e na classificação dos grupos. *Quintil*<sup>4</sup>, o qual divide e ordena os indicadores em cinco partes iguais, conforme quadro a seguir:

**Quadro 3 – Ilustração do método *Quintil***

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

Também foi apresentado o cálculo que mostra a diferença proporcional entre o menor e o maior indicador, com o objetivo de evidenciar o intervalo entre o menor e o maior indicador. Ressalta-se que para o cálculo da diferença serão desprezados os indicadores iguais a 0 (zero), sendo, portanto, considerado como menor indicador aquele que apresentar o menor número diferente de 0 (zero).

**Quadro 4 – Fórmula para cálculo da diferença entre as regiões**

$$\frac{\text{Maior Indicador} - \text{Menor Indicador}}{\text{Menor Indicador}} = \text{Diferença}$$

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

## PARTE III

### 4. INDICADORES SOCIAIS

A taxa de denúncia de violação do direito à vida e à saúde em Itajaí é de 3,1 a cada mil habitantes de 0 a 17 anos, sendo que a diferença entre a região com a menor taxa (Ressacada) e a região com a maior taxa (Imaruí) é de 14. O uso de álcool ou drogas pelos pais ou responsáveis foi o principal motivo das ocorrências registradas (85 registros, conforme Tabela 23).

**Tabela 1 – Taxa de ocorrências de violação do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes**

	Região	População de 0 a 17 anos	Ocorrências no CT	Taxa região (1.000 hab.)
Muito Baixo	22 Ressacada	754	0	0,0
	2 Bambuzal	1.656	1	0,6
	10 Dom Bosco	1.592	1	0,6
	16 Limoeiro	1.104	1	0,9
	17 Murta	1.825	2	1,1
Baixo	21 Espinheiros II	1.595	2	1,3
	18 Nossa Senhora das Graças	771	1	1,3
	19 Ariribá	735	1	1,4
	15 Itaipava	1.439	2	1,4
	25 São Vicente I	2.837	4	1,4
Médio	9 Cordeiros II	4.990	9	1,8
	13 Fazendinha	1.763	4	2,3
	1 Praia Brava	440	1	2,3
	8 Cordeiros I	4.186	10	2,4
	24 São Judas/Vila Operária	1.627	4	2,5
Alto	23 São João/Barra do Rio	2.992	8	2,7
	7 Cidade Nova II	2.402	7	2,9
	5 Centro	1.982	6	3,0
	3 Cabeçudas/Beira Rio	652	2	3,1
	12 Fazenda	1.296	4	3,1
Muito Alto	26 São Vicente II	4.618	19	4,1
	6 Cidade Nova I	4.546	20	4,4
	20 Região Rural	888	4	4,5
	11 Espinheiros I	1.720	8	4,7
	4 Canhanduba/Rio do Meio	727	5	6,9
	14 Imaruí	1.550	14	9,0
	Em situação de rua	-	2	-
	<b>Outros municípios</b>	-	<b>2</b>	-
	<b>Não informado</b>	-	<b>11</b>	-
	<b>Itajaí</b>	<b>50.687</b>	<b>155</b>	<b>3,1</b>

#### Indicador 1 Violação do direito à vida e à saúde

**Definição:**  
número de ocorrências de violação do direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes sobre o total da população desse grupo por região.

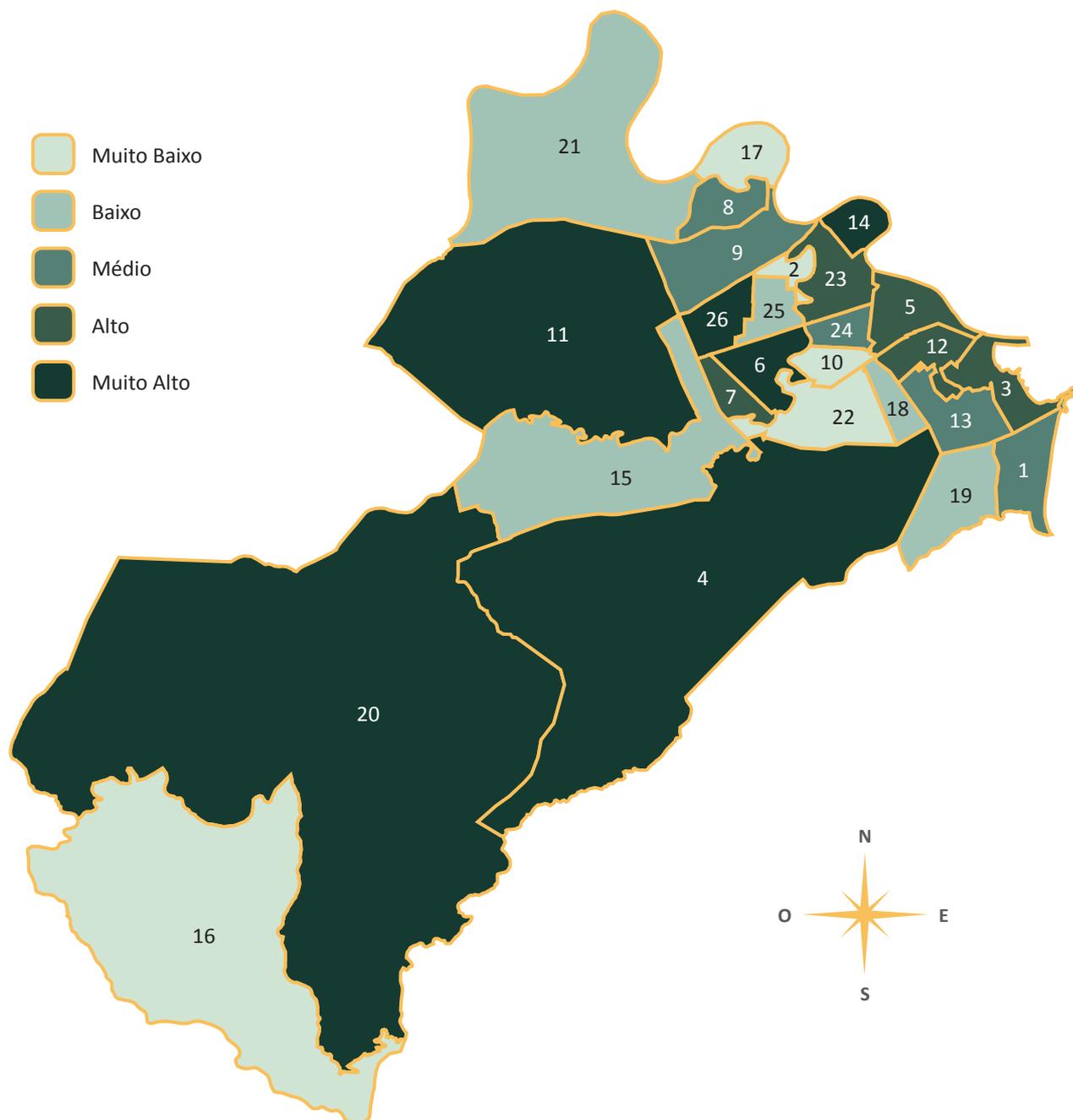
Menor valor	Bambuzal	0,6
Média	Itajaí	3,1
Maior valor	Imaruí	9,0

**DIFERENÇA:**  
**14,0 vezes**  
É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: Conselho Tutelar, 2017.

## Representação gráfica do indicador violação do direito à vida e à saúde por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A taxa de natalidade é bem discrepante dentro de Itajaí, a diferença entre a região com a menor taxa da maior é de cinco vezes. Espinheiros II apresenta a maior a taxa de natalidade com 53,9 nascidos vivos a cada mil habitantes e Limoeiro a menor, 9,0. Em média Itajaí apresenta 19,6 nascidos vivos a cada mil habitantes. Do total de nascimentos (272), 7,6% ocorreram em mães com 12 a 18 anos. Um pouco mais da metade delas (55,5%) declaram ter companheiro. E como ocupação, 63,2% são donas de casa e 27,9% declarou-se como estudante.

**Tabela 2 – Taxa de natalidade**

	Região	População total*	Nascidos vivos	Taxa de natalidade (1.000 hab.)
Muito Baixo	16 Limoeiro	3.447	31	9,0
	12 Fazenda	6.923	65	9,4
	3 Cabeçudas/Beira Rio	3.020	34	11,3
	4 Canhanduba/Rio do Meio	2.169	26	12,0
	5 Centro	10.971	132	12,0
Baixo	23 São João/Barra do Rio	14.150	184	13,0
	25 São Vicente I	11.152	171	15,3
	2 Bambuzal	6.074	98	16,1
	9 Cordeiros II	19.676	330	16,8
Médio	24 São Judas/Vila Operária	8.430	147	17,4
	10 Dom Bosco	6.863	122	17,8
	20 Região Rural	2.983	55	18,4
	13 Fazendinha	6.657	123	18,5
	8 Cordeiros I	12.673	243	19,2
Alto	14 Imaruí	4.234	82	19,4
	26 São Vicente II	14.061	285	20,3
	1 Praia Brava	1.880	39	20,7
	19 Ariribá	2.414	54	22,4
	6 Cidade Nova I	13.566	312	23,0
Muito Alto	22 Ressacada	2.938	69	23,5
	18 Nossa Senhora das Graças	2.073	50	24,1
	7 Cidade Nova II	6.458	173	26,8
	15 Itaipava	5.027	136	27,1
	17 Murta	5.006	169	33,8
	11 Espinheiros I	5.537	197	35,6
	21 Espinheiros II	4.991	269	53,9
	Não informado	-	1	-
	<b>Itajaí</b>	<b>183.373</b>	<b>3.597</b>	<b>19,6</b>

Fonte: SINASC, 2017.

## Indicador 2 Natalidade

### Definição:

número de nascidos vivos sobre o total da população por região.

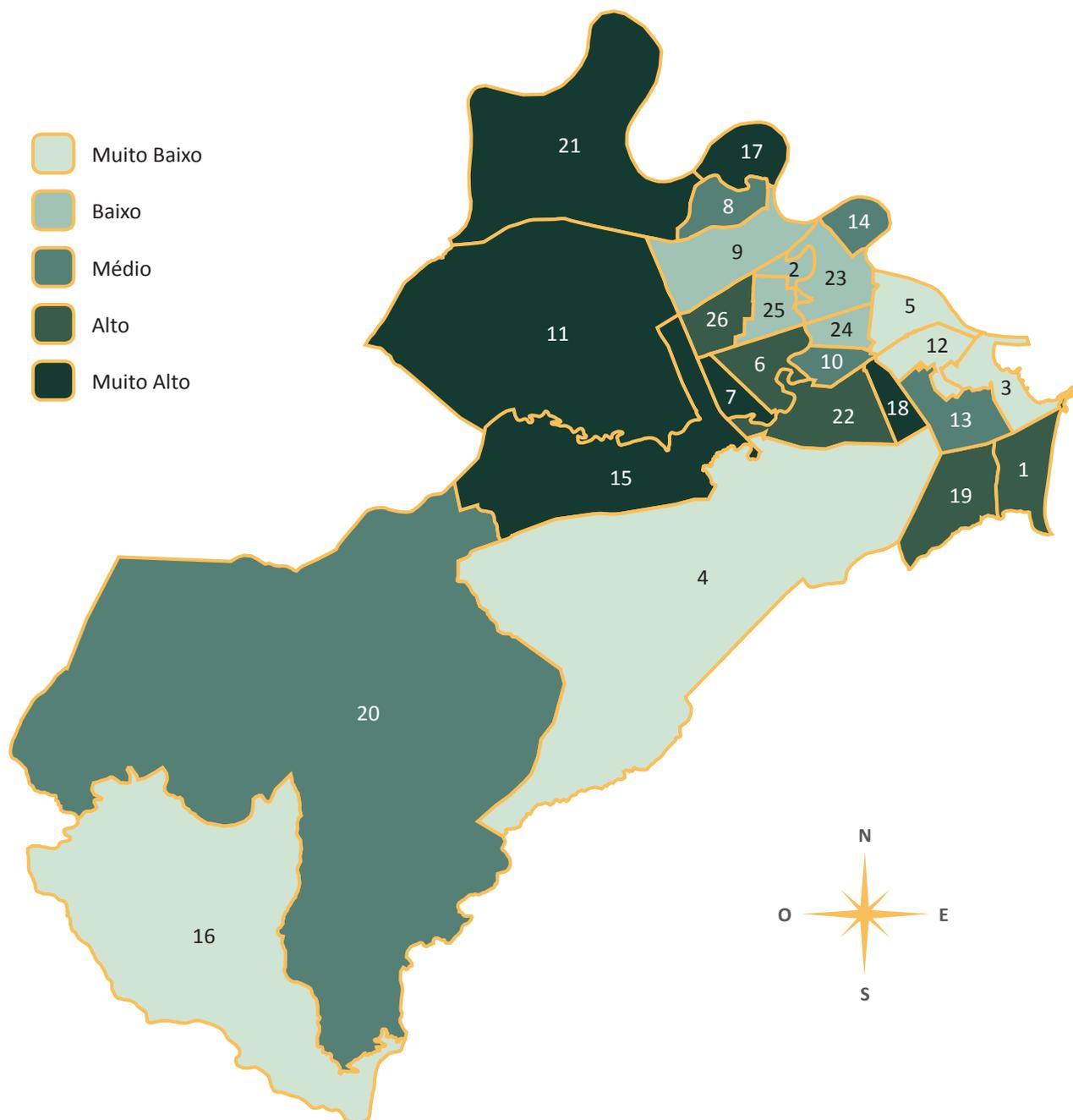
Menor valor	Limoeiro	9,0
Média	Itajaí	19,6
Maior valor	Espinheiros II	53,9

### DIFERENÇA: 5,0 vezes

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

## Representação gráfica do indicador natalidade por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A gravidez na adolescência calculada sobre a população feminina de 12 a 17 anos, representou um percentual de 2,9%, ou seja, a cada 100 meninas quase três engravidam entre 12 e 17 anos. A região de São Judas/Vila Operária e Ressecada não apresentaram nenhuma gravidez nesta faixa etária, já a região de Espinheiros II apresentou 17 gravidezes com uma taxa de 6,4%.

**Tabela 3 – Percentual de gravidez na adolescência<sup>6</sup>**

	Região	População de 12 a 17 anos feminina	Gravidez de adolescentes de 12 a 18 anos	(%) Gravidez na adolescência
Muito Baixo	22 Ressacada	108	0	0,0%
	24 São Judas/Vila Operária	310	0	0,0%
	16 Limoeiro	187	1	0,5%
	3 Cabeçudas/Beira Rio	129	1	0,8%
Baixo	12 Fazenda	243	2	0,8%
	5 Centro	410	4	1,0%
	23 São João/Barra do Rio	615	8	1,3%
	13 Fazendinha	301	4	1,3%
	10 Dom Bosco	333	5	1,5%
Médio	1 Praia Brava	62	1	1,6%
	20 Região Rural	152	3	2,0%
	2 Bambuzal	326	7	2,1%
	19 Ariribá	135	3	2,2%
	4 Canhanduba/Rio do Meio	124	3	2,4%
Alto	9 Cordeiros II	931	23	2,5%
	25 São Vicente I	485	13	2,7%
	26 São Vicente II	813	26	3,2%
	17 Murta	307	11	3,6%
	8 Cordeiros I	770	28	3,6%
Muito Alto	14 Imaruí	269	10	3,7%
	6 Cidade Nova I	828	39	4,7%
	11 Espinheiros I	310	16	5,2%
	7 Cidade Nova II	428	23	5,4%
	15 Itaipava	285	16	5,6%
	18 Nossa Senhora das Graças	137	8	5,8%
	21 Espinheiros II	265	17	6,4%
	<b>Itajaí</b>	<b>9.263</b>	<b>272</b>	<b>2,9%</b>

### Indicador 3 Gravidez na adolescência

#### Definição:

número de mulheres faixa etária de 12 a 18 anos, com filhos nascidos vivos sobre a população de 12 a 17 anos por região.

Menor valor	Limoeiro	0,5%
Média	Itajaí	2,9%
Maior valor	Espinheiros II	6,4%

#### DIFERENÇA:

**11,8 vezes**

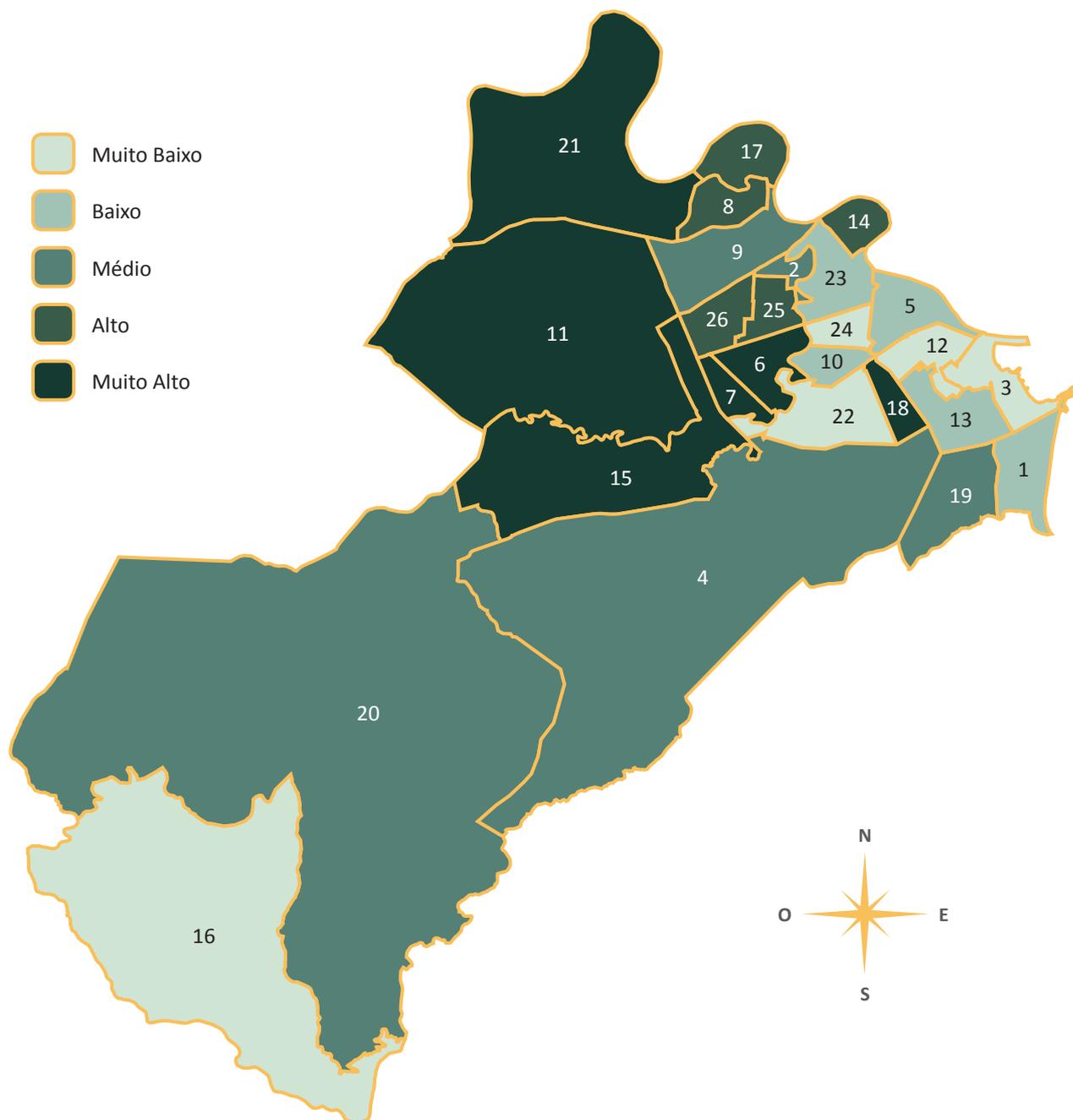
É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SINASC, 2017.

<sup>6</sup> Foram considerados as mulheres com filhos nascidos vivos na faixa etária de 12 a 18 anos em virtude da probabilidade da gestação ter iniciado ainda na adolescência. Ressalta-se ainda que pelo mesmo motivo o indicador foi calculado sobre a população de 12 a 17 anos.

## Representação gráfica do indicador gravidez na adolescência por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



Do total de 3.597 nascidos vivos, 633 nasceram com pré-natal insuficiente, o que representa 17,6% do total. A região Nossa Senhora das Graças apresenta o maior índice, 30%, e a região Espinheiros II a menor, 9,7%. Diferença que faz com que Espinheiros II tenha um índice aproximadamente duas vezes menor que Nossa Senhora das Graças. Entre mães adolescentes, a proporção de pré-natal insuficiente foi de 25% (68), sendo a maioria delas solteira (41).

**Tabela 4 – Percentual de nascidos vivos com pré-natal insuficiente**

	Região	Nascidos vivos	Nascidos vivos com seis ou menos pré-natais	(%) Pré-natais insuficientes
Muito Baixo	21 Espinheiros II	269	26	9,7%
	17 Murta	169	18	10,7%
	13 Fazendinha	123	17	13,8%
	15 Itaipava	136	19	14,0%
	8 Cordeiros I	243	36	14,8%
Baixo	4 Canhanduba/Rio do Meio	26	4	15,4%
	9 Cordeiros II	330	52	15,8%
	26 São Vicente II	285	46	16,1%
	10 Dom Bosco	122	20	16,4%
	11 Espinheiros I	197	34	17,3%
Médio	5 Centro	132	23	17,4%
	3 Cabeçadas/Beira Rio	34	6	17,6%
	12 Fazenda	65	12	18,5%
	19 Ariribá	54	10	18,5%
	25 São Vicente I	171	33	19,3%
Alto	6 Cidade Nova I	312	61	19,6%
	2 Bambuzal	98	20	20,4%
	24 São Judas/Vila Operária	147	32	21,8%
	14 Imaruí	82	18	22,0%
	16 Limoeiro	31	7	22,6%
Muito Alto	23 São João/Barra do Rio	184	42	22,8%
	22 Ressacada	69	16	23,2%
	7 Cidade Nova II	173	41	23,7%
	20 Região Rural	55	14	25,5%
	1 Praia Brava	39	11	28,2%
	18 Nossa Senhora das Graças	50	15	30,0%
	Não informado	1	-	-
	<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>633</b>	<b>17,6%</b>

#### Indicador 4 Pré-natal insuficiente

##### Definição:

número de nascidos vivos, cujas mães realizaram menos de seis consultas no pré-natal, sobre o total de nascidos vivos por região.

Menor valor	Espinheiros II	9,7%
Média	Itajaí	17,6%
Maior valor	Nossa Senhora das Graças	30,0%

##### DIFERENÇA:

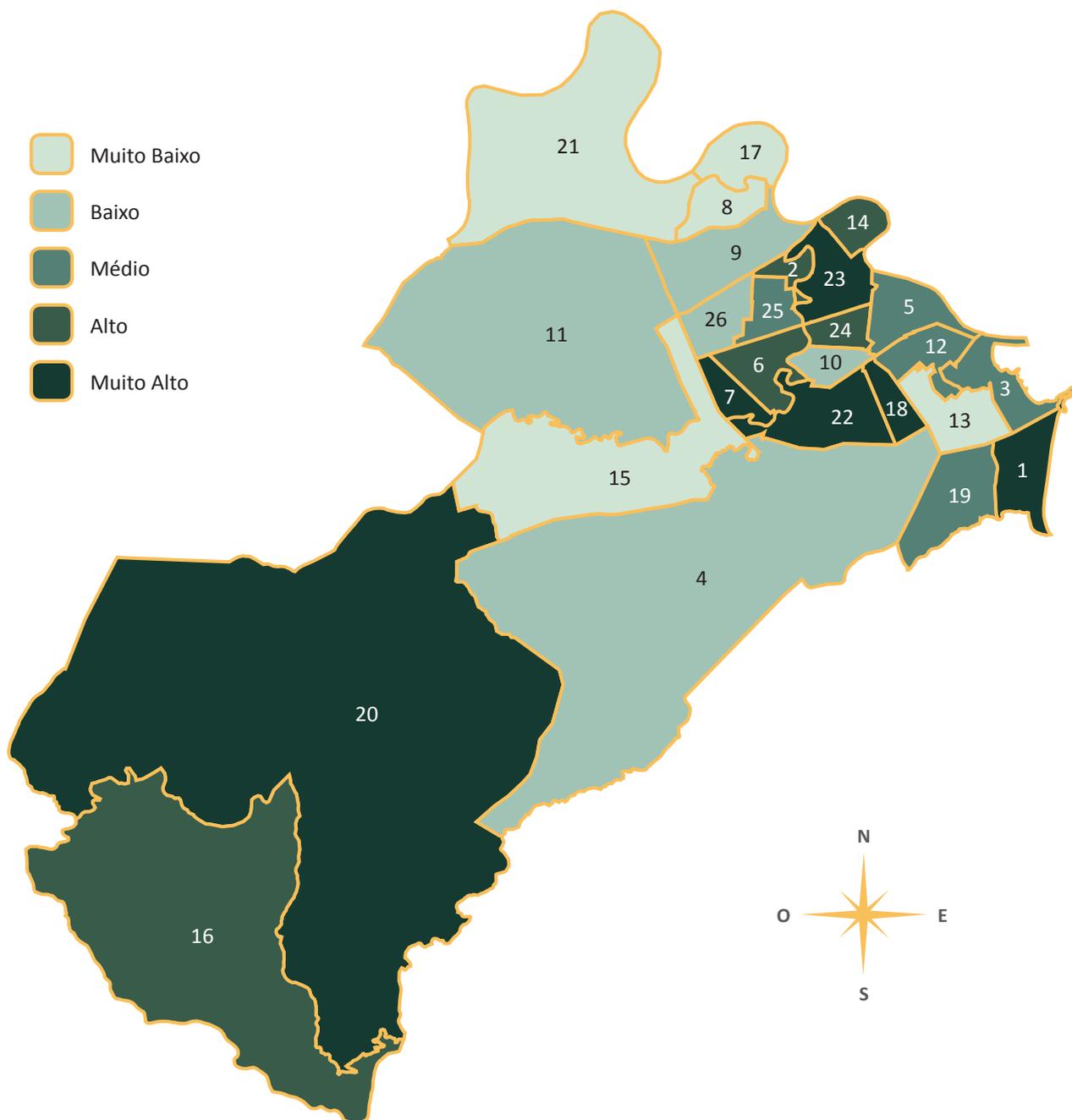
**2,1 vezes**

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SINASC, 2017.

## Representação gráfica do indicador pré-natal insuficiente por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



No indicador de baixo peso ao nascer, dos 3.597 nascidos vivos, 271 nasceram abaixo do peso, o que representa 7,5%, abaixo do Estado de SC (7,9%) e do Brasil (8,5%). Neste caso a diferença entre a região com maior índice (Região Rural com 12,7%) da região com menor índice (Ressacada com 2,9%) é mais que três vezes (3,4). O baixo peso entre as mães adolescentes representou 10,3% (28), e a sobreposição de baixo peso mais prematuridade nos filhos de adolescentes correspondeu a 5,1% (14). A região com maior frequência de baixo peso/mãe adolescente foi Cordeiros II com 2,2% (6).

**Tabela 5 – Percentual de nascidos vivos com baixo peso ao nascer**

	Região	Nascidos vivos	Baixo peso	(%) Baixo peso
Muito Baixo	22 Ressacada	69	2	2,9%
	12 Fazenda	65	2	3,1%
	5 Centro	132	6	4,5%
	25 São Vicente I	171	8	4,7%
	14 Imaruí	82	4	4,9%
Baixo	13 Fazendinha	123	7	5,7%
	21 Espinheiros II	269	16	5,9%
	18 Nossa Senhora das Graças	50	3	6,0%
	26 São Vicente II	285	18	6,3%
	17 Murta	169	11	6,5%
Médio	24 São Judas/Vila Operária	147	10	6,8%
	7 Cidade Nova II	173	12	6,9%
	8 Cordeiros I	243	18	7,4%
	4 Canhanduba/Rio do Meio	26	2	7,7%
	1 Praia Brava	39	3	7,7%
Alto	11 Espinheiros I	197	16	8,1%
	9 Cordeiros II	330	27	8,2%
	10 Dom Bosco	122	10	8,2%
	3 Cabeçudas/Beira Rio	34	3	8,8%
	6 Cidade Nova I	312	29	9,3%
Muito Alto	16 Limoeiro	31	3	9,7%
	15 Itaipava	136	14	10,3%
	19 Ariribá	54	6	11,1%
	23 São João/Barra do Rio	184	22	12,0%
	2 Bambuzal	98	12	12,2%
	20 Região Rural	55	7	12,7%
	Não informado	1	-	-
	<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>271</b>	<b>7,5%</b>

Fonte: SINASC, 2017.

## Indicador 5 Baixo peso ao nascer

### Definição:

número de nascidos vivos com peso inferior a 2,5 kg sobre o total de nascidos vivos por região.

Menor valor	Ressacada	2,9%
Média	Itajaí	7,5%
Maior valor	Região Rural	12,7

### DIFERENÇA:

**3,4 vezes**

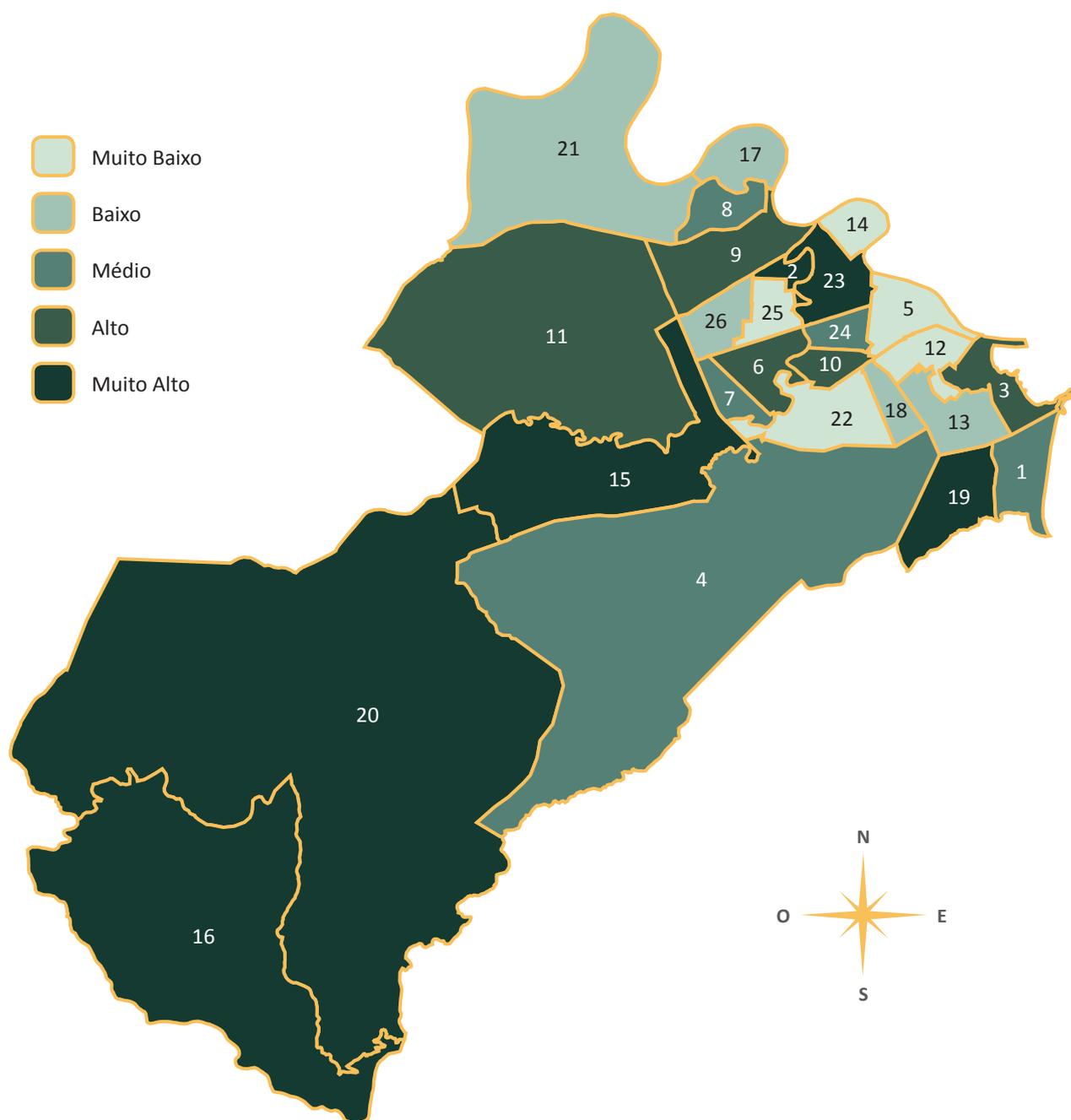
É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

### Comparativos:

Itajaí	7,5%
Santa Catarina	7,9%
Brasil	8,5%

## Representação gráfica do indicador baixo peso ao nascer por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



Novamente a região Nossa Senhora das Graças aparece com um dos indicadores mais altos, agora em relação ao nascimento de crianças com anomalias congênitas, são 40 casos a cada mil nascidos vivos nesta região, enquanto outras 12 regiões não apresentam nenhum caso. Lembrando que a região de Nossa Senhora das Graças é a que mais tem nascidos com pré-natais insuficientes. Em média Itajaí apresenta 7,0 casos de anomalia congênita a cada mil nascidos vivos. As anomalias congênitas mais prevalentes são as do aparelho osteomuscular (20%) como pé torto e polidactilia, e a taxa de anomalias congênitas entre mães de 12 a 18 anos foi de 14,7 casos a cada mil nascidos vivos.

**Tabela 6 – Taxa de nascidos vivos com malformação congênita**

	Região	Nascidos vivos	Anomalia congênita	Taxa de anomalia (1.000 nasc. vivos)
Muito Baixo	19 Ariribá	54	0	0,0
	3 Cabeçudas/Beira Rio	34	0	0,0
	4 Canhanduba/Rio do Meio	26	0	0,0
	5 Centro	132	0	0,0
	7 Cidade Nova II	173	0	0,0
	12 Fazenda	65	0	0,0
	14 Imaruí	82	0	0,0
	16 Limoeiro	31	0	0,0
	1 Praia Brava	39	0	0,0
	20 Região Rural	55	0	0,0
Baixo	22 Ressacada	69	0	0,0
	25 São Vicente I	171	0	0,0
	9 Cordeiros II	330	1	3,0
Médio	6 Cidade Nova I	312	1	3,2
	17 Murta	169	1	5,9
	21 Espinheiros II	269	2	7,4
	13 Fazendinha	123	1	8,1
	8 Cordeiros I	243	2	8,2
	11 Espinheiros I	197	2	10,2
	2 Bambuzal	98	1	10,2
Alto	26 São Vicente II	285	3	10,5
	23 São João/Barra do Rio	184	2	10,9
	24 São Judas/Vila Operária	147	2	13,6
	10 Dom Bosco	122	2	16,4
	15 Itaipava	136	3	22,1
	18 Nossa Senhora das Graças	50	2	40,0
	Não informado	1	-	-
	<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>25</b>	<b>7,0</b>

## Indicador 6 Nascidos vivos com má formação congênita

**Definição:**  
número de nascidos vivos com má formação congênita sobre o total de nascidos vivos por região.

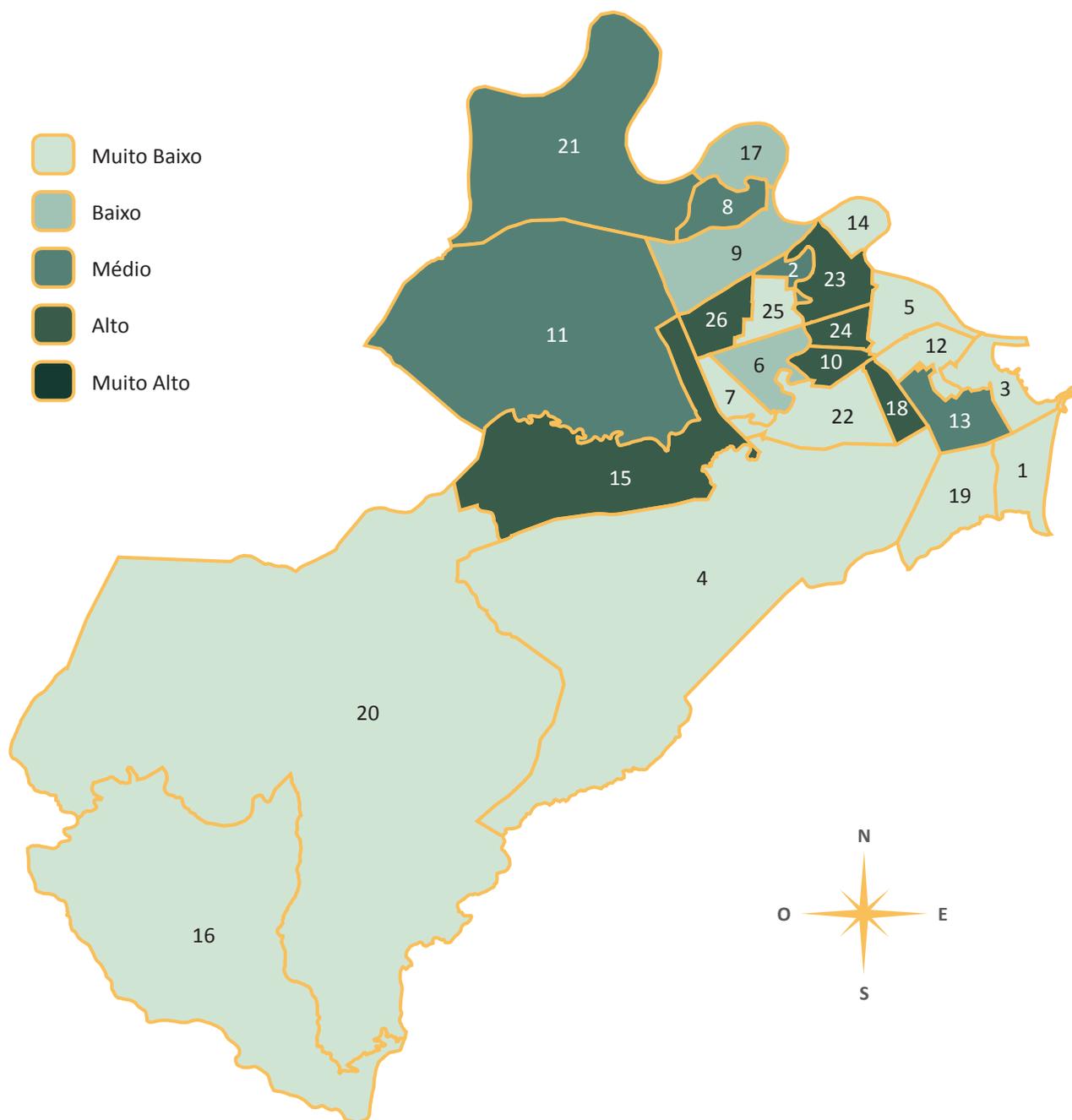
Menor valor	Cordeiros II	3,0
Média	Itajaí	7,0
Maior valor	Nossa Senhora das Graças	40,0

**DIFERENÇA:**  
**12,3 vezes**  
É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SINASC, 2017.

## Representação gráfica do indicador nascidos vivos com má formação congênita por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A diferença entre a menor e a maior taxa de agravo de doenças é de 11 vezes, sendo Limoeiro a região com a menor taxa (0,9) e Espinheiros II (22,6) a com a maior taxa. Das 1.207 notificações registradas no SINAN, 1.012 foram confirmadas, sendo 509 relacionadas a doenças (Tabela 35 e Tabela 27), e 513 de violências. O atendimento antirábico representou 61,9% (315) dos casos, especialmente crianças até onze anos (230). As intoxicações exógenas somaram 14,2% (72) e em sua maioria na faixa etária de zero a cinco anos. As meningites, em sua grande maioria de etiologia viral, totalizaram 46 casos (9%). Sífilis congênita 4,1% (20); sífilis adquirida 2,6% (13) e sífilis em gestante 1,9% (10). Os dois últimos na faixa etária de 12 a 17 anos. Destaca-se ainda dois casos de AIDS em menores de 11 anos e uma gestante com HIV.

**Tabela 7 – Taxa de agravos por doenças e outros de crianças e adolescentes**

	Região	População de 0 a 17 anos	Notificações	Taxa de notificação de agravos de doenças e outros
Muito Baixo	16 Limoeiro	1.104	1	0,9
	20 Região Rural	888	2	2,3
	7 Cidade Nova II	2.402	10	4,2
	5 Centro	1.982	10	5,0
	23 São João/Barra do Rio	2.992	18	6,0
Baixo	3 Cabeçadas/Beira Rio	652	4	6,1
	22 Ressacada	754	5	6,6
	24 São Judas/Vila Operária	1.627	11	6,8
	13 Fazendinha	1.763	13	7,4
	2 Bambuzal	1.656	13	7,9
Médio	4 Canhanduba/Rio do Meio	727	6	8,3
	9 Cordeiros II	4.990	42	8,4
	12 Fazenda	1.296	11	8,5
	1 Praia Brava	440	4	9,1
	10 Dom Bosco	1.592	15	9,4
Alto	26 São Vicente II	4.618	48	10,4
	11 Espinheiros I	1.720	20	11,6
	25 São Vicente I	2.837	33	11,6
	6 Cidade Nova I	4.546	55	12,1
	8 Cordeiros I	4.186	54	12,9
Muito Alto	18 Nossa Senhora das Graças	771	10	13,0
	19 Ariribá	735	11	15,0
	15 Itaipava	1.439	22	15,3
	14 Imaruí	1.550	25	16,1
	17 Murta	1.825	30	16,4
	21 Espinheiros II	1.595	36	22,6
	<b>Itajaí</b>	<b>50.687</b>	<b>509</b>	<b>10,0</b>

## Indicador 7 Agravos de doenças e outros

### Definição:

número de agravos por doenças e outros de crianças e adolescentes sobre a população desse grupo por região.

Menor valor	Limoeiro	0,9
Média	Itajaí	10,0
Maior valor	Espinheiros II	22,6

### DIFERENÇA:

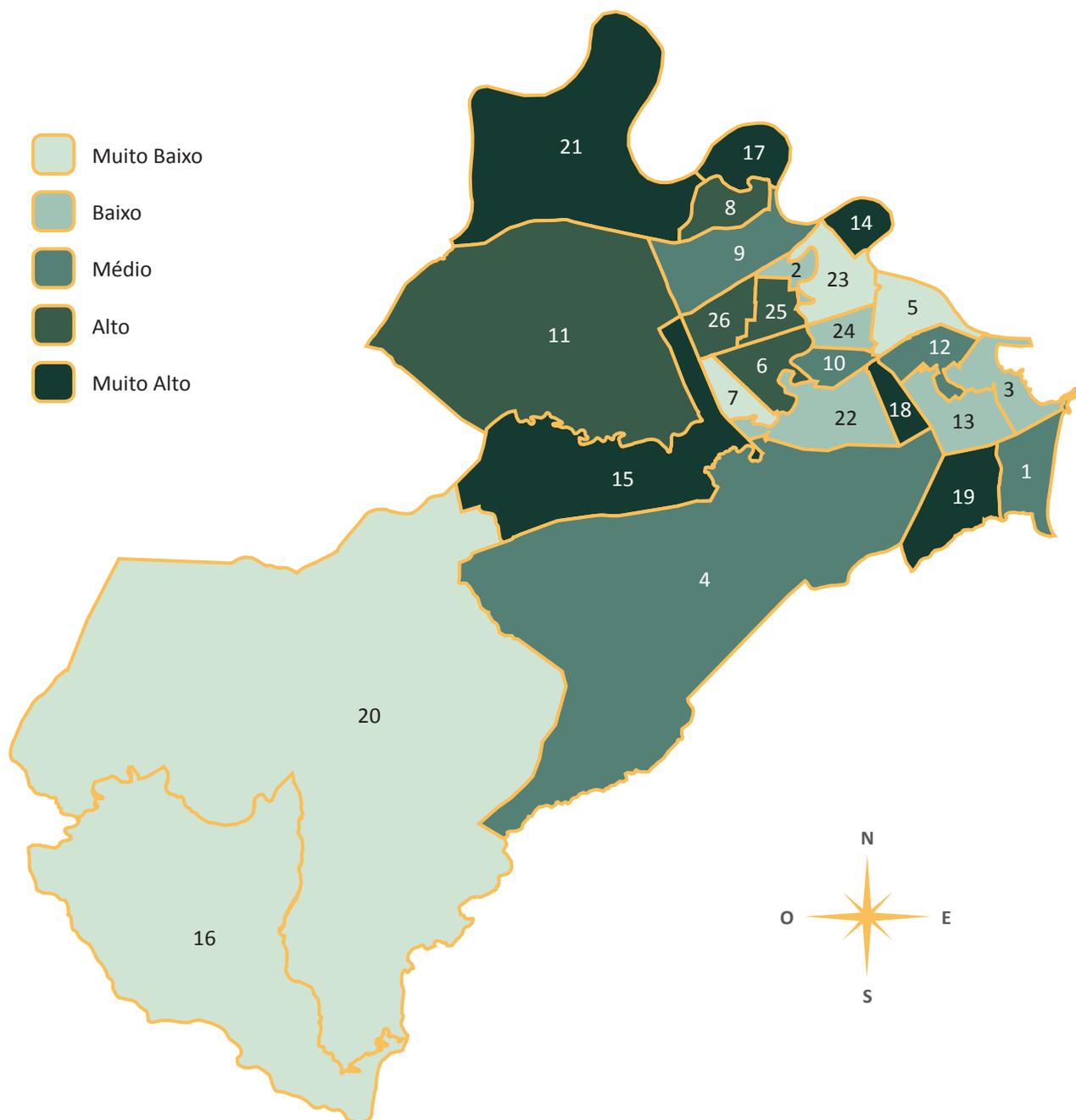
**24,1 vezes**

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SINAN, 2017.

## Representação gráfica do indicador agravos de doenças e outros por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



Das 1.022 notificações de agravos confirmadas no SINAN, 513 foram notificações de violência, na sua grande maioria negligência/abandono principalmente em crianças até dois anos. A natureza da lesão foi caracterizada como entorse/luxação na maior parte dos casos que evoluíram com cura. Bambuzal foi a região que apresentou a maior taxa de notificações com 18,1 e São Vicente I a menor taxa com 4,9. A diferença entre estas regiões é de 2,7 vezes e a média do município é de 10,1 notificações a cada mil habitantes de 0 a 17 anos.

**Tabela 8 – Taxa de notificação de agravos por violência de crianças e adolescentes**

	Região	População de 0 a 17 anos	Notificações	Taxa de notificação de agravos de violências
Muito Baixo	25 São Vicente I	2.837	14	4,9
	22 Ressacada	754	4	5,3
	17 Murta	1.825	11	6,0
	19 Ariribá	735	5	6,8
	26 São Vicente II	4.618	32	6,9
Baixo	12 Fazenda	1.296	9	6,9
	9 Cordeiros II	4.990	43	8,6
	23 São João/Barra do Rio	2.992	26	8,7
	7 Cidade Nova II	2.402	21	8,7
Médio	20 Região Rural	888	8	9,0
	18 Nossa Senhora das Graças	771	7	9,1
	3 Cabeçudas/Beira Rio	652	6	9,2
	13 Fazendinha	1.763	17	9,6
Alto	16 Limoeiro	1.104	11	10,0
	6 Cidade Nova I	4.546	46	10,1
	8 Cordeiros I	4.186	46	11,0
	1 Praia Brava	440	5	11,4
Muito Alto	10 Dom Bosco	1.592	19	11,9
	24 São Judas/Vila Operária	1.627	20	12,3
	15 Itaipava	1.439	18	12,5
	11 Espinheiros I	1.720	23	13,4
	5 Centro	1.982	27	13,6
	4 Canhanduba/Rio do Meio	727	10	13,8
	14 Imaruí	1.550	26	16,8
21 Espinheiros II	1.595	28	17,6	
2 Bambuzal	1.656	30	18,1	
	Não informado	-	1	-
	<b>Itajaí</b>	<b>50.687</b>	<b>513</b>	<b>10,1</b>

## Indicador 8 Notificação de agravos de violência

**Definição:**  
número de notificação de agravos por violência de crianças e adolescentes por região.

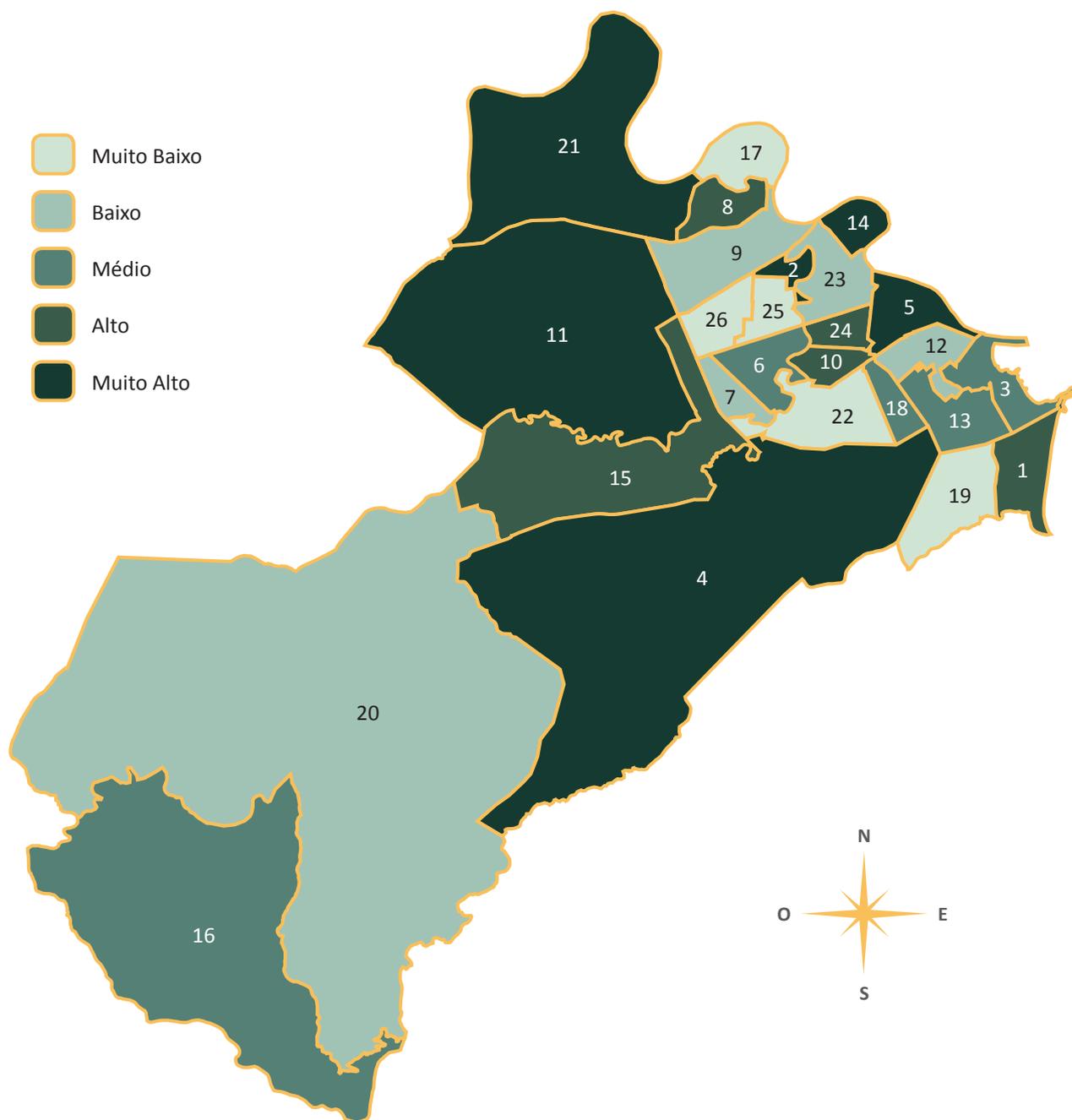
Menor valor	São Vicente I	4,9
Média	Itajaí	10,1
Maior valor	Bambuzal	18,1

**DIFERENÇA:**  
**2,7 vezes**  
É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SINAN, 2017.

## Representação gráfica do indicador notificação de agravos de violência por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



Foram registrados 72 casos de óbitos na faixa etária de 0 a 17 anos, a que gerou uma taxa média de 142 óbitos a cada cem mil crianças e adolescentes em Itajaí. A região com a maior taxa foi, novamente, Nossa Senhora das Graças, a qual atingiu mais de 600 óbitos a cada cem mil crianças e adolescentes. Quase 10 vezes maior que a taxa da região de São Judas/Vila Operária, que foi de 61,5 óbitos a cada cem mil habitantes de 0 a 17 anos.

**Tabela 9 – Taxa de mortalidade na faixa etária de 0 a 17 anos**

	Região	População de 0 a 17 anos	Mortalidade	Taxa de mortalidade de 0 a 17 anos (100.000 Hab.)
<b>Muito Baixo</b>	3 Cabeçadas/Beira Rio	652	0	0,0
	8 Cordeiros I	4.186	0	0,0
	15 Itaipava	1.439	0	0,0
	16 Limoeiro	1.104	0	0,0
	22 Ressacada	754	0	0,0
<b>Baixo</b>	24 São Judas/Vila Operária	1.627	1	61,5
	10 Dom Bosco	1.592	1	62,8
	14 Imaruí	1.550	1	64,5
	7 Cidade Nova II	2.402	2	83,3
	6 Cidade Nova I	4.546	4	88,0
<b>Médio</b>	5 Centro	1.982	2	100,9
	2 Bambuzal	1.656	2	120,8
	26 São Vicente II	4.618	6	129,9
	19 Ariribá	735	1	136,1
	4 Canhanduba/Rio do Meio	727	1	137,6
<b>Alto</b>	25 São Vicente I	2.837	4	141,0
	13 Fazendinha	1.763	3	170,2
	11 Espinheiros I	1.720	3	174,4
	9 Cordeiros II	4.990	9	180,4
	20 Região Rural	888	2	225,2
<b>Muito Alto</b>	1 Praia Brava	440	1	227,3
	12 Fazenda	1.296	3	231,5
	21 Espinheiros II	1.595	4	250,8
	23 São João/Barra do Rio	2.992	9	300,8
	17 Murta	1.825	8	438,4
18 Nossa Senhora das Graças	771	5	648,5	
<b>Itajaí</b>		<b>50.687</b>	<b>72</b>	<b>142,0</b>

### Indicador 9 Mortalidade de 0 a 17 anos

#### Definição:

número de óbitos na faixa etária de 0 a 17 anos sobre o total da população desse grupo por região.

Menor valor	São Judas/Vila Operária	61,5
Média	Itajaí	142,0
Maior valor	Nossa Senhora das Graças	648,5

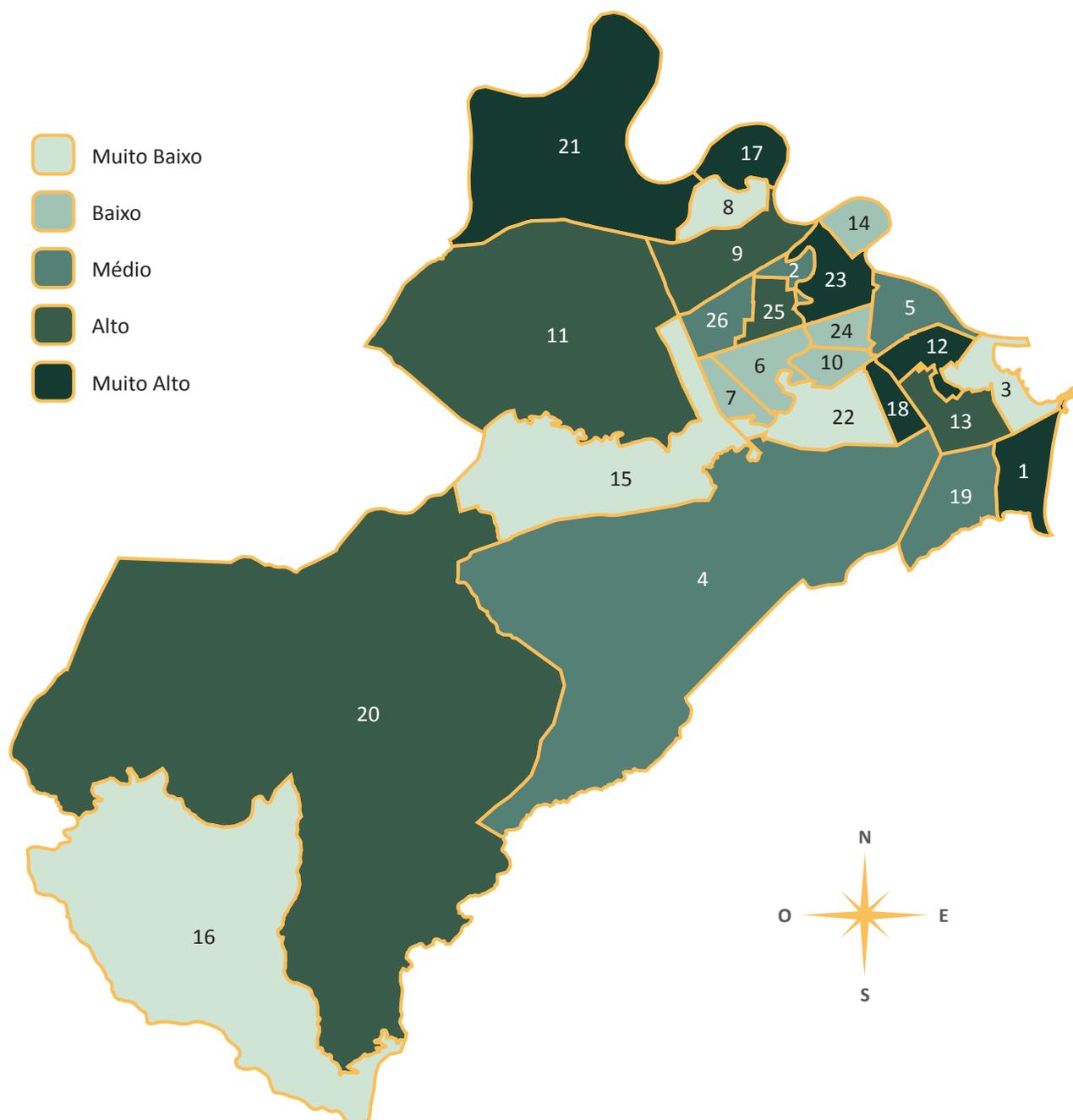
#### DIFERENÇA: 9,5 vezes

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade de 0 a 17 anos por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A taxa de mortalidade perinatal média do município é de 11,9. Um total de 11 regiões não apresentaram nenhum óbito perinatal. A região com a maior taxa foi São João/Barra do Rio com 32,1 óbitos a cada mil nascimentos (nascidos vivos mais natimortos). Em 88,4% as causas das mortes perinatais se originaram de afecções no período perinatal. Na mortalidade perinatal 74,4% (32) apresentaram peso com menos de 2,5 Kg, sendo 44,2% baixo peso extremo (menos de 1 kg). Apenas 14% foram gestações a termo e o mesmo percentual apresentou sobreposição de peso e idade gestacional adequada. Como causas de mortalidade perinatal destacam-se: causa não especificada (9), anomalias congênicas (4), transtornos hipertensivos maternos (3), descolamento de placenta (3), corioamnionite (2) e infecções urinárias maternas (2).

**Tabela 10 – Taxa de mortalidade perinatal**

	Região	Nascidos vivos + natimortos	Óbitos entre 0 a 6 dias + natimortos	Taxa de mortalidade perinatal (1.000 hab.)
Muito Baixo	19 Ariribá	54	0	0,0
	3 Cabeçudas/Beira Rio	34	0	0,0
	4 Canhanduba/Rio do Meio	26	0	0,0
	8 Cordeiros I	243	0	0,0
	15 Itaipava	136	0	0,0
	16 Limoeiro	31	0	0,0
	22 Ressacada	69	0	0,0
Baixo	24 São Judas/Vila Operária	147	0	0,0
	26 São Vicente II	286	1	3,5
Médio	7 Cidade Nova II	174	1	5,7
	6 Cidade Nova I	313	2	6,4
	5 Centro	133	1	7,5
	10 Dom Bosco	123	1	8,1
	11 Espinheiros I	199	2	10,1
Alto	21 Espinheiros II	271	3	11,1
	14 Imaruí	82	1	12,2
	12 Fazenda	66	1	15,2
	13 Fazendinha	125	2	16,0
	25 São Vicente I	173	3	17,3
Muito Alto	20 Região Rural	56	1	17,9
	18 Nossa Senhora das Graças	50	1	20,0
	2 Bambuzal	99	2	20,2
	1 Praia Brava	39	1	25,6
	9 Cordeiros II	338	9	26,6
	17 Murta	170	5	29,4
	23 São João/Barra do Rio	187	6	32,1
	Não informado	1	-	-
	<b>Itajaí</b>	<b>3.625</b>	<b>43</b>	<b>11,9</b>

## Indicador 10 Mortalidade perinatal

### Definição:

número de óbitos fetais a partir de 22 semanas completas de gestação, acrescido dos óbitos ocorridos até o sexto dia completo de vida, sobre o total de nascidos vivos por região.

Menor valor	São Vicente II	3,5
Média	Itajaí	11,9
Maior valor	São João/Barra do Rio	32,1

### DIFERENÇA:

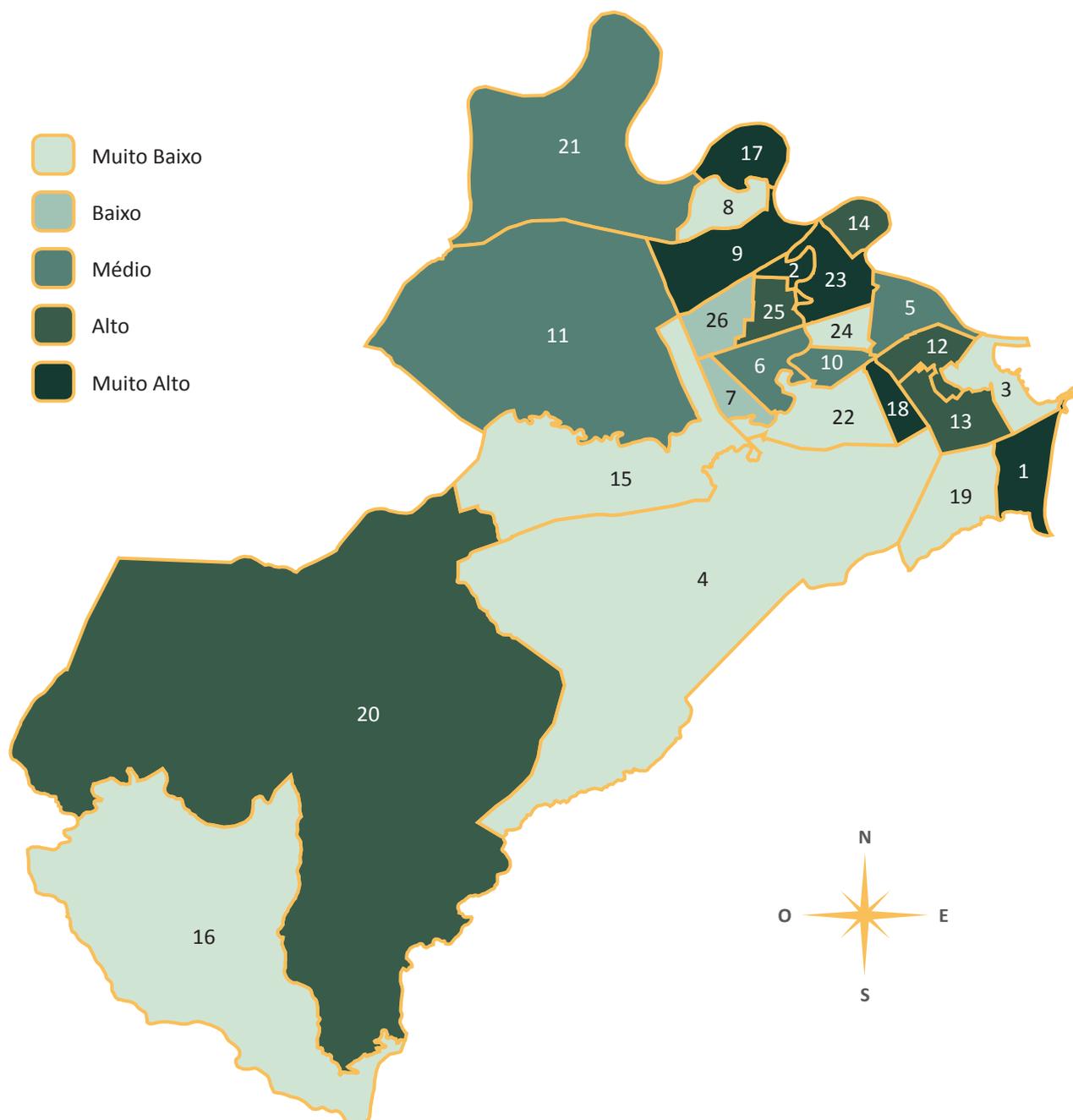
**8,2 vezes**

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade perinatal por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A taxa de mortalidade neonatal é de 5,3 óbitos a cada mil nascidos vivos, sendo que das 26 regiões, 12 apresentaram óbitos nesta faixa etária. A região com a maior taxa foi a Murta com 29,6 óbitos a cada mil nascidos vivos. A diferença desta região para a região de Cordeiros II, que teve a menor taxa diferente de zero foi de quase nove vezes (8,8).

**Tabela 11 – Taxa de mortalidade neonatal**

Região	Nascidos vivos	Mortalidade neonatal	Taxa de mortalidade neonatal (1.000 nascidos vivos)
19 Ariribá	54	0	0,0
3 Cabeçadas/Beira Rio	34	0	0,0
4 Canhanduba/Rio do Meio	26	0	0,0
5 Centro	132	0	0,0
8 Cordeiros I	243	0	0,0
10 Dom Bosco	122	0	0,0
12 Fazenda	65	0	0,0
13 Fazendinha	123	0	0,0
15 Itaipava	136	0	0,0
16 Limoeiro	31	0	0,0
20 Região Rural	55	0	0,0
22 Ressacada	69	0	0,0
24 São Judas/Vila Operária	147	0	0,0
26 São Vicente II	285	0	0,0
9 Cordeiros II	330	1	3,0
21 Espinheiros II	269	1	3,7
11 Espinheiros I	197	1	5,1
7 Cidade Nova II	173	1	5,8
25 São Vicente I	171	1	5,8
6 Cidade Nova I	312	2	6,4
2 Bambuzal	98	1	10,2
14 Imaruí	82	1	12,2
23 São João/Barra do Rio	184	3	16,3
18 Nossa Senhora das Graças	50	1	20,0
1 Praia Brava	39	1	25,6
17 Murta	169	5	29,6
Não informado	1	-	-
<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>19</b>	<b>5,3</b>

Fonte: SIM, 2017.

### Indicador 11 Mortalidade neonatal

#### Definição:

número de óbitos com até 28 dias de vida completos sobre o total de nascidos vivos por região.

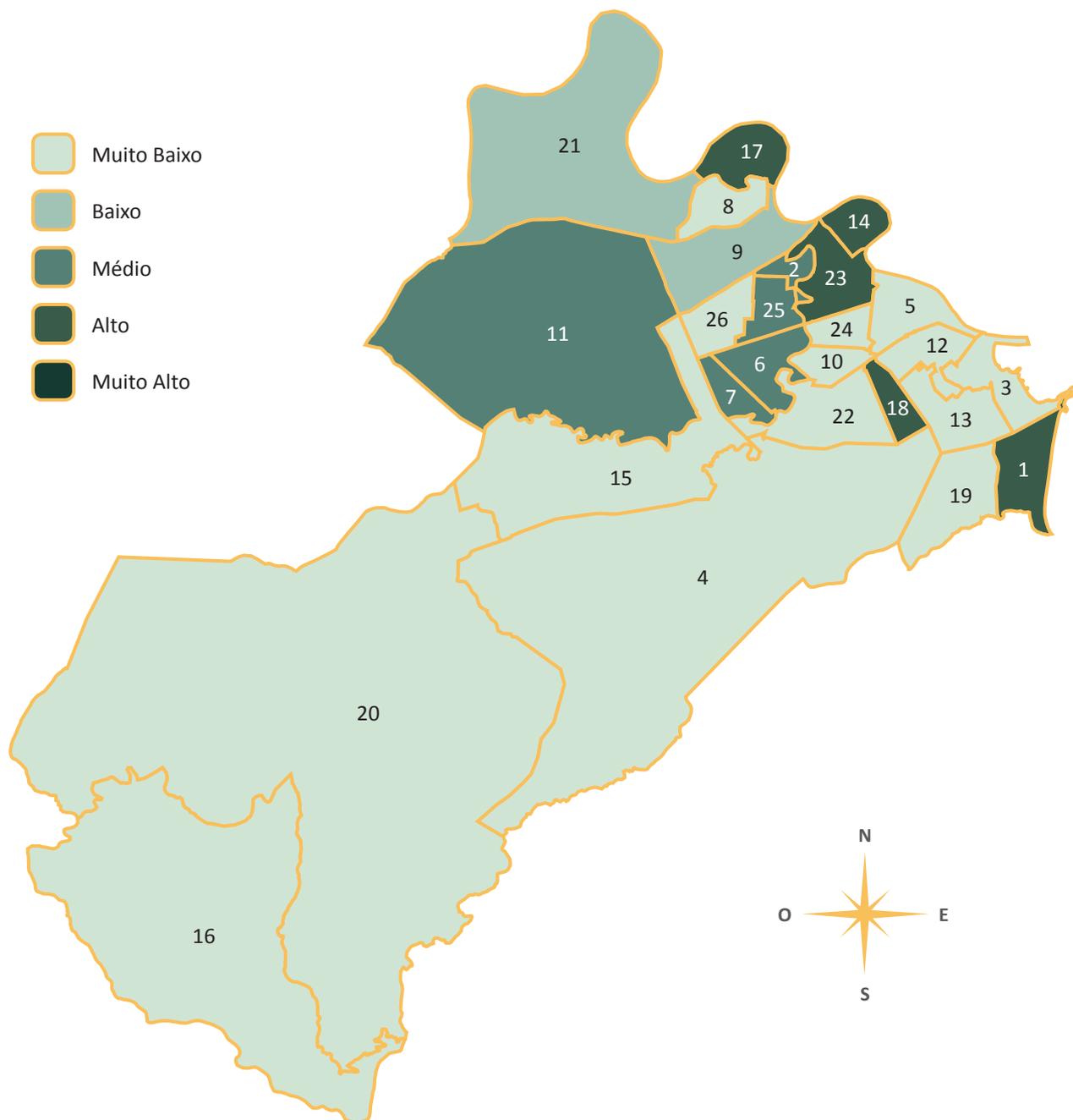
Menor valor	Cordeiros II	3,0
Média	Itajaí	4,2
Maior valor	Murta	29,6

#### DIFERENÇA: 8,9 vezes

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

## Representação gráfica do indicador mortalidade neonatal por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A taxa de mortalidade neonatal precoce que ocorre até seis dias completos de vida teve 15 casos em Itajaí no ano de 2017 e a média do município foi de 4,2 óbitos a cada mil nascidos vivos. Neste componente do óbito infantil, a região Praia Brava teve a maior taxa, 25,6 casos a cada mil nascidos vivos. Os óbitos de 0 a 6 dias de vida são os que mais contribuem na taxa de mortalidade infantil e mais difíceis de reduzir, pois envolvem fatores endógenos e biológicos associados à gestação e ao parto da mesma forma que são influenciados pela qualidade da assistência no pré-natal, parto e puerpério. Destaca-se que, mesmo sendo o componente que mais contribui na taxa de mortalidade infantil, foi também o que apresentou a maior redução em relação ao ano anterior. A principal causa de mortes neste período são as afecções perinatais cuja evitabilidade concentra-se na atenção adequada na gravidez.

**Tabela 12 – Taxa de mortalidade neonatal precoce**

Região	Nascidos vivos	Mortalidade precoce	Taxa de mortalidade neonatal precoce (1.000 nascidos vivos)
19 Ariribá	54	0	0,0
3 Cabeçudas/Beira Rio	34	0	0,0
4 Canhanduba/Rio do Meio	26	0	0,0
5 Centro	132	0	0,0
7 Cidade Nova II	173	0	0,0
8 Cordeiros I	243	0	0,0
10 Dom Bosco	122	0	0,0
11 Espinheiros I	197	0	0,0
12 Fazenda	65	0	0,0
13 Fazendinha	123	0	0,0
15 Itaipava	136	0	0,0
16 Limoeiro	31	0	0,0
20 Região Rural	55	0	0,0
22 Ressacada	69	0	0,0
24 São Judas/Vila Operária	147	0	0,0
26 São Vicente II	285	0	0,0
9 Cordeiros II	330	1	3,0
6 Cidade Nova I	312	1	3,2
21 Espinheiros II	269	1	3,7
25 São Vicente I	171	1	5,8
2 Bambuzal	98	1	10,2
14 Imaruí	82	1	12,2
23 São João/Barra do Rio	184	3	16,3
18 Nossa Senhora das Graças	50	1	20,0
17 Murta	169	4	23,7
1 Praia Brava	39	1	25,6
Não informado	1	0	-
<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>15</b>	<b>4,2</b>

## Indicador 12 Mortalidade neonatal precoce

### Definição:

número de óbitos com até 6 dias de vida completos sobre o total de nascidos vivos por região.

Menor valor	Cordeiros II	3,0
Média	Itajaí	4,2
Maior valor	Praia Brava	25,6

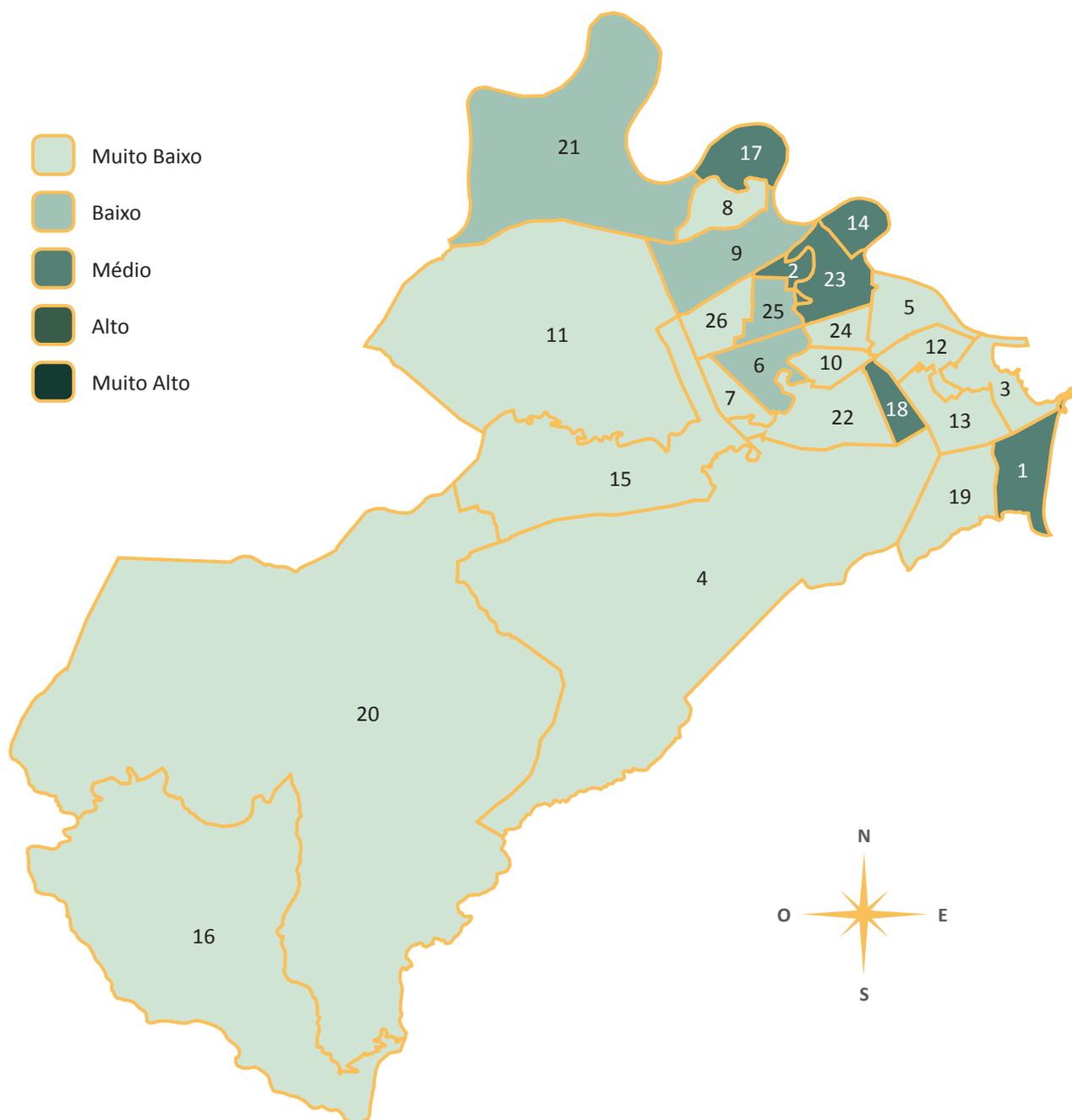
### DIFERENÇA: 7,5 vezes

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade neonatal precoce por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A taxa de mortalidade neonatal tardia, a que ocorre entre 7 e 27 dias completos, teve quatro casos em Itajaí, e gerou uma taxa de 1,1 óbitos a cada mil nascidos vivos. Para este componente do óbito, a região de Murta teve a maior taxa de 5,9.

**Tabela 13 – Taxa de mortalidade neonatal tardia**

Região	Nascidos vivos	Mortalidade precoce	Taxa de mortalidade neonatal tardia (1.000 nascidos vivos)
19 Ariribá	54	0	0,0
2 Bambuzal	98	0	0,0
3 Cabeçudas/Beira Rio	34	0	0,0
4 Canhanduba/Rio do Meio	26	0	0,0
5 Centro	132	0	0,0
8 Cordeiros I	243	0	0,0
9 Cordeiros II	330	0	0,0
10 Dom Bosco	122	0	0,0
12 Fazenda	65	0	0,0
13 Fazendinha	123	0	0,0
14 Imaruí	82	0	0,0
15 Itaipava	136	0	0,0
16 Limoeiro	31	0	0,0
18 Nossa Senhora das Graças	50	0	0,0
1 Praia Brava	39	0	0,0
20 Região Rural	55	0	0,0
21 Espinheiros II	269	0	0,0
22 Ressacada	69	0	0,0
23 São João/Barra do Rio	184	0	0,0
24 São Judas/Vila Operária	147	0	0,0
25 São Vicente I	171	0	0,0
26 São Vicente II	285	0	0,0
6 Cidade Nova I	312	1	3,2
11 Espinheiros I	197	1	5,1
7 Cidade Nova II	173	1	5,8
17 Murta	169	1	5,9
Não informado	1	0	-
<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>4</b>	<b>1,1</b>

Fonte: SIM, 2017.

### Indicador 13 Mortalidade neonatal tardia

#### Definição:

número de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida sobre o total de nascidos vivos por região.

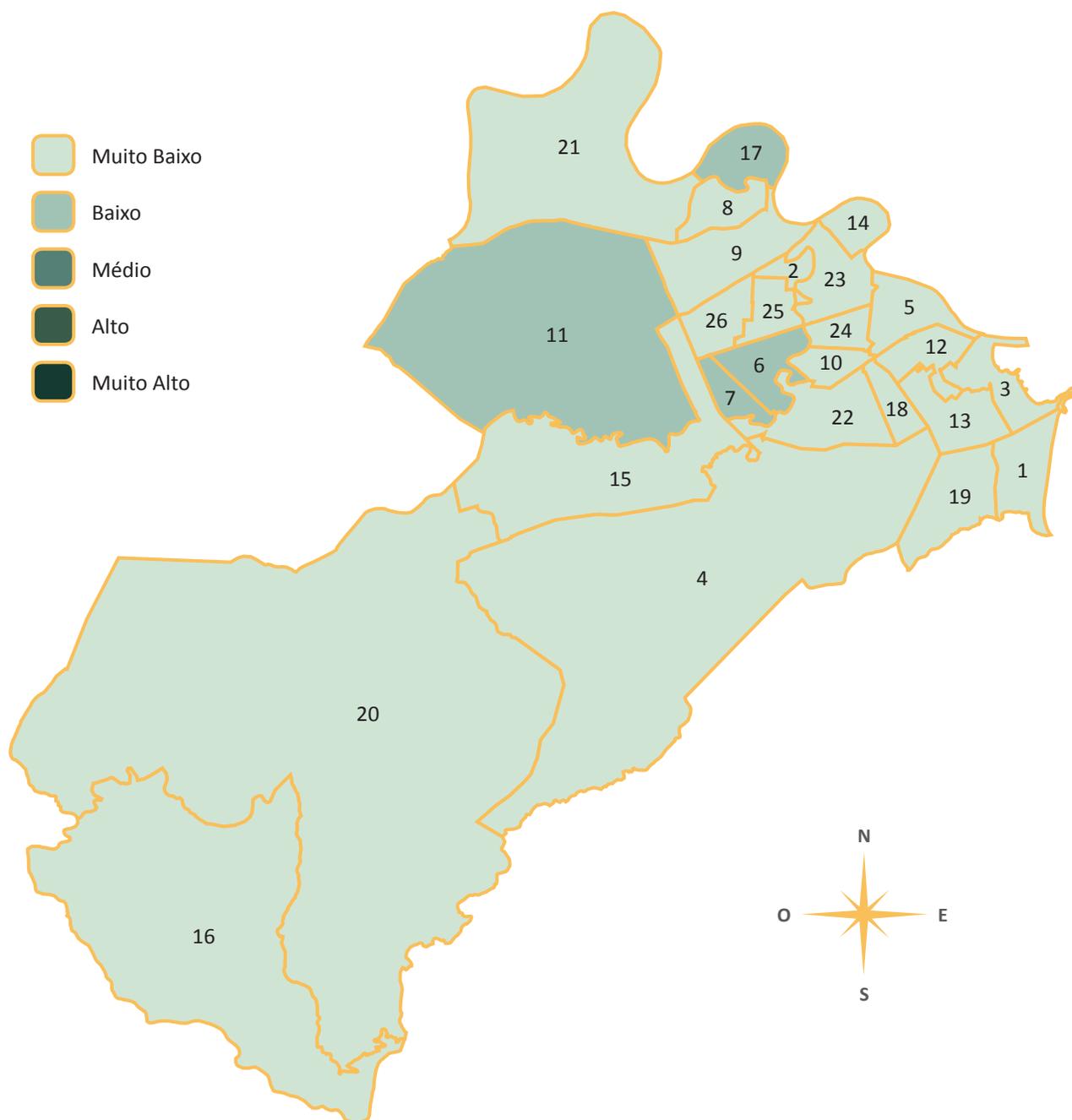
Menor valor	Cidade Nova I	3,2
Média	Itajaí	1,1
Maior valor	Murta	5,9

#### DIFERENÇA: 0,8 vezes

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

## Representação gráfica do indicador mortalidade neonatal tardia por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



Apenas seis regiões apresentaram indicadores de taxa de mortalidade pós-neonatal, com diferença de 4,8 vezes entre a menor taxa de 3,2 óbitos na região Cidade Nova I, e a maior taxa de 18,5 óbitos na região Ariribá. A média do município foi de 2,2 óbitos a cada mil nascidos vivos. Considerando a redução importante na TMI do município, chama atenção a elevação no número de óbitos de 28 dias a um ano em relação ao ano anterior (25%). Sendo os óbitos no período pós-neonatal mais sensíveis às questões socioeconômicas, este aumento pode estar associado ao momento econômico que o país enfrenta com redução de beneficiários de planos de saúde, assim como, baixos investimentos nos programas do SUS.

**Tabela 14 – Taxa de mortalidade pós-neonatal**

	Região	Nascidos vivos	Mortalidade precoce	Taxa de mortalidade pós-neonatal (1.000 nascidos vivos)	
Muito Baixo	2 Bambuzal	98	0	0,0	
	3 Cabeçudas/Beira Rio	34	0	0,0	
	4 Canhanduba/Rio do Meio	26	0	0,0	
	7 Cidade Nova II	173	0	0,0	
	8 Cordeiros I	243	0	0,0	
	9 Cordeiros II	330	0	0,0	
	10 Dom Bosco	122	0	0,0	
	11 Espinheiros I	197	0	0,0	
	12 Fazenda	65	0	0,0	
	13 Fazendinha	123	0	0,0	
	14 Imaruí	82	0	0,0	
	15 Itaipava	136	0	0,0	
	16 Limoeiro	31	0	0,0	
	18 Nossa Senhora das Graças	50	0	0,0	
	1 Praia Brava	39	0	0,0	
	20 Região Rural	55	0	0,0	
	22 Ressacada	69	0	0,0	
	23 São João/Barra do Rio	184	0	0,0	
	25 São Vicente I	171	0	0,0	
	Baixo	6 Cidade Nova I	312	1	3,2
		21 Espinheiros II	269	1	3,7
		17 Murta	169	1	5,9
		24 São Judas/Vila Operária	147	1	6,8
		26 São Vicente II	285	2	7,0
		5 Centro	132	1	7,6
19 Ariribá		54	1	18,5	
	Não informado	1	0	-	
	<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>8</b>	<b>2,2</b>	

## Indicador 14 Mortalidade pós-neonatal

### Definição:

número de óbitos de crianças de 28 dias a 1 ano de idade sobre o total de nascidos vivos por região.

Menor valor	Cidade Nova I	3,2
Média	Itajaí	2,2
Maior valor	Ariribá	18,5

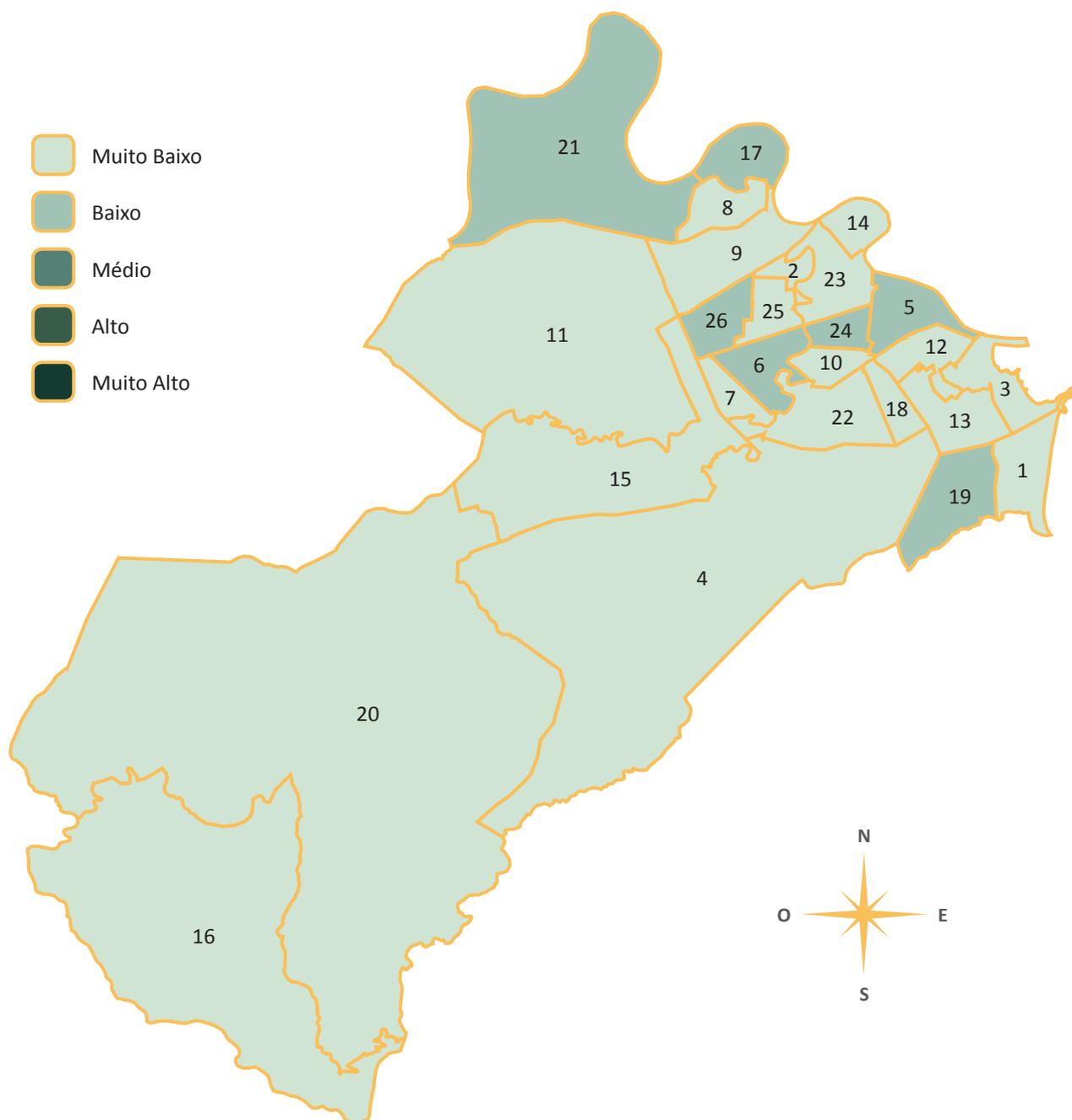
### DIFERENÇA: 4,8 vezes

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade pós-neonatal por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A taxa de mortalidade infantil de Itajaí é de 7,5 óbitos a cada mil nascidos vivos. A região Murta apresentou uma taxa de 35,5 óbitos a cada mil nascidos vivos. Das 26 regiões, 10 não apresentaram nenhum óbito infantil. A principal causa de óbito são algumas afecções originadas no período perinatal em 70,3% dos casos. Itajaí apresentou uma redução significativa na TMI em 2017 em relação a anos anteriores (Tabela 30). Observa-se que a redução da taxa foi maior no componente neonatal precoce que no panorama estadual e nacional, que concentra o maior número de óbitos em menores de um ano e é apontado, em diversas literaturas especializadas, como o de mais difícil redução. Uma das possíveis explicações é a redução das malformações na coorte de nascimentos de 2017 em relação ao ano anterior, considerando que a morte por malformações foi a segunda causa dos óbitos de 0 a 6 dias de vida em 2016 e reduziu em 50% em 2017. Quanto à evitabilidade dos óbitos, 48,1% foram classificados como reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoce e 25,9%, reduzíveis por adequado controle na gravidez.

**Tabela 15 – Taxa de mortalidade infantil**

	Região	Nascidos vivos	Óbitos de menores de um ano	Taxa de mortalidade infantil (1.000 hab.)
Muito Baixo	3 Cabeçudas/Beira Rio	34	0	0,0
	4 Canhanduba/Rio do Meio	26	0	0,0
	8 Cordeiros I	243	0	0,0
	10 Dom Bosco	122	0	0,0
	12 Fazenda	65	0	0,0
	13 Fazendinha	123	0	0,0
	15 Itaipava	136	0	0,0
	16 Limoeiro	31	0	0,0
	20 Região Rural	55	0	0,0
	22 Ressacada	69	0	0,0
Baixo	9 Cordeiros II	330	1	3,0
	11 Espinheiros I	197	1	5,1
	7 Cidade Nova II	173	1	5,8
	25 São Vicente I	171	1	5,8
	24 São Judas/Vila Operária	147	1	6,8
Médio	26 São Vicente II	285	2	7,0
	21 Espinheiros II	269	2	7,4
	5 Centro	132	1	7,6
	6 Cidade Nova I	312	3	9,6
	2 Bambuzal	98	1	10,2
Alto	14 Imaruí	82	1	12,2
	23 São João/Barra do Rio	184	3	16,3
	19 Arribá	54	1	18,5
	18 Nossa Senhora das Graças	50	1	20,0
	1 Praia Brava	39	1	25,6
	17 Murta	169	6	35,5
	Não informado	1	-	-
	<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>27</b>	<b>7,5</b>

## Indicador 15 Mortalidade infantil

### Definição:

número de óbitos de crianças menores de um ano sobre o total de nascidos vivos por região.

Menor valor	Cordeiros II	3,0
Média	Itajaí	7,5
Maior valor	Murta	35,5

### DIFERENÇA:

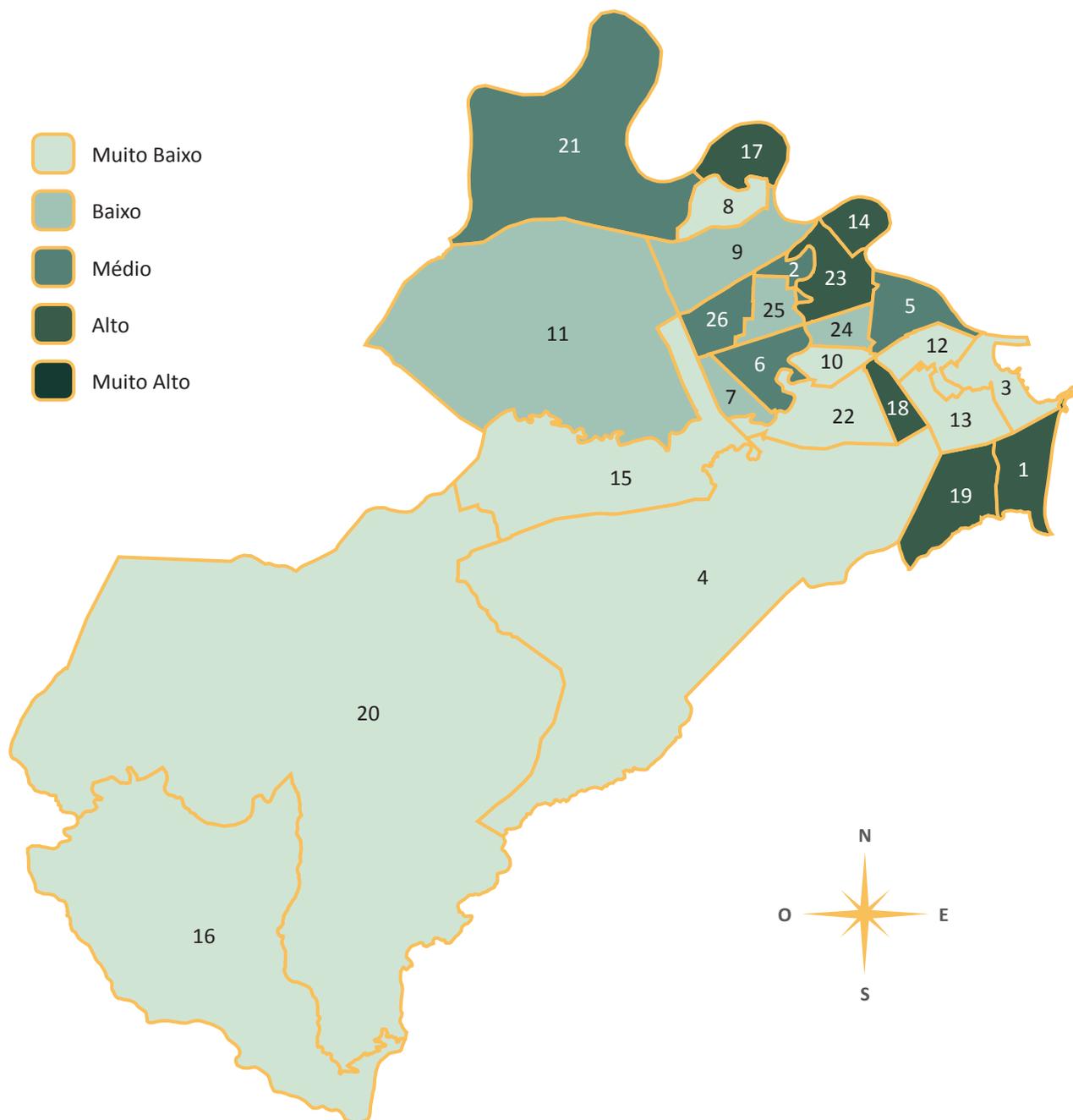
**10,8 vezes**

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade infantil por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município, conforme a escala de cores.



A mortalidade até cinco anos é calculada sobre o total de nascidos vivos e foram 32 óbitos para 3.597 nascidos vivos, o que gerou uma taxa de 8,9 óbitos a cada mil nascidos vivos. A maior taxa foi na região de Nossa Senhora das Graças com 60 óbitos a cada mil nascidos vivos. A taxa de mortalidade na infância representa o risco de uma criança morrer antes de completar cinco anos de idade. A atenção deve ser dada às mortes de 0 a 5 anos por causas externas (38,3%), provavelmente relacionada às altas taxas de notificação de violência tipo negligências notificadas no SINAN e no Conselho Tutelar.

**Tabela 16 – Taxa de mortalidade de menores de cinco anos**

	Região	Nascidos vivos	Mortalidade menores que cinco anos	Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (1.000 nascidos vivos)
Muito Baixo	3 Cabeçadas/Beira Rio	34	0	0,0
	8 Cordeiros I	243	0	0,0
	10 Dom Bosco	122	0	0,0
	12 Fazenda	65	0	0,0
	15 Itaipava	136	0	0,0
Baixo	16 Limoeiro	31	0	0,0
	22 Ressacada	69	0	0,0
	9 Cordeiros II	330	1	3,0
	11 Espinheiros I	197	1	5,1
	7 Cidade Nova II	173	1	5,8
Médio	25 São Vicente I	171	1	5,8
	24 São Judas/Vila Operária	147	1	6,8
	26 São Vicente II	285	2	7,0
	21 Espinheiros II	269	2	7,4
	5 Centro	132	1	7,6
Alto	13 Fazendinha	123	1	8,1
	6 Cidade Nova I	312	3	9,6
	2 Bambuzal	98	1	10,2
	14 Imaruí	82	1	12,2
	23 São João/Barra do Rio	184	3	16,3
Muito Alto	20 Região Rural	55	1	18,2
	19 Ariribá	54	1	18,5
	1 Praia Brava	39	1	25,6
	17 Murta	169	6	35,5
	4 Canhanduba/Rio do Meio	26	1	38,5
	18 Nossa Senhora das Graças	50	3	60,0
	Não informado	1	0	-
	<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>32</b>	<b>8,9</b>

### Indicador 16 Mortalidade menor de 5 anos

#### Definição:

taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos sobre o total de nascidos vivos por região.

Menor valor	Cordeiros II	3,0
Média	Itajaí	8,9
Maior valor	Nossa Senhora das Graças	60,0

#### DIFERENÇA:

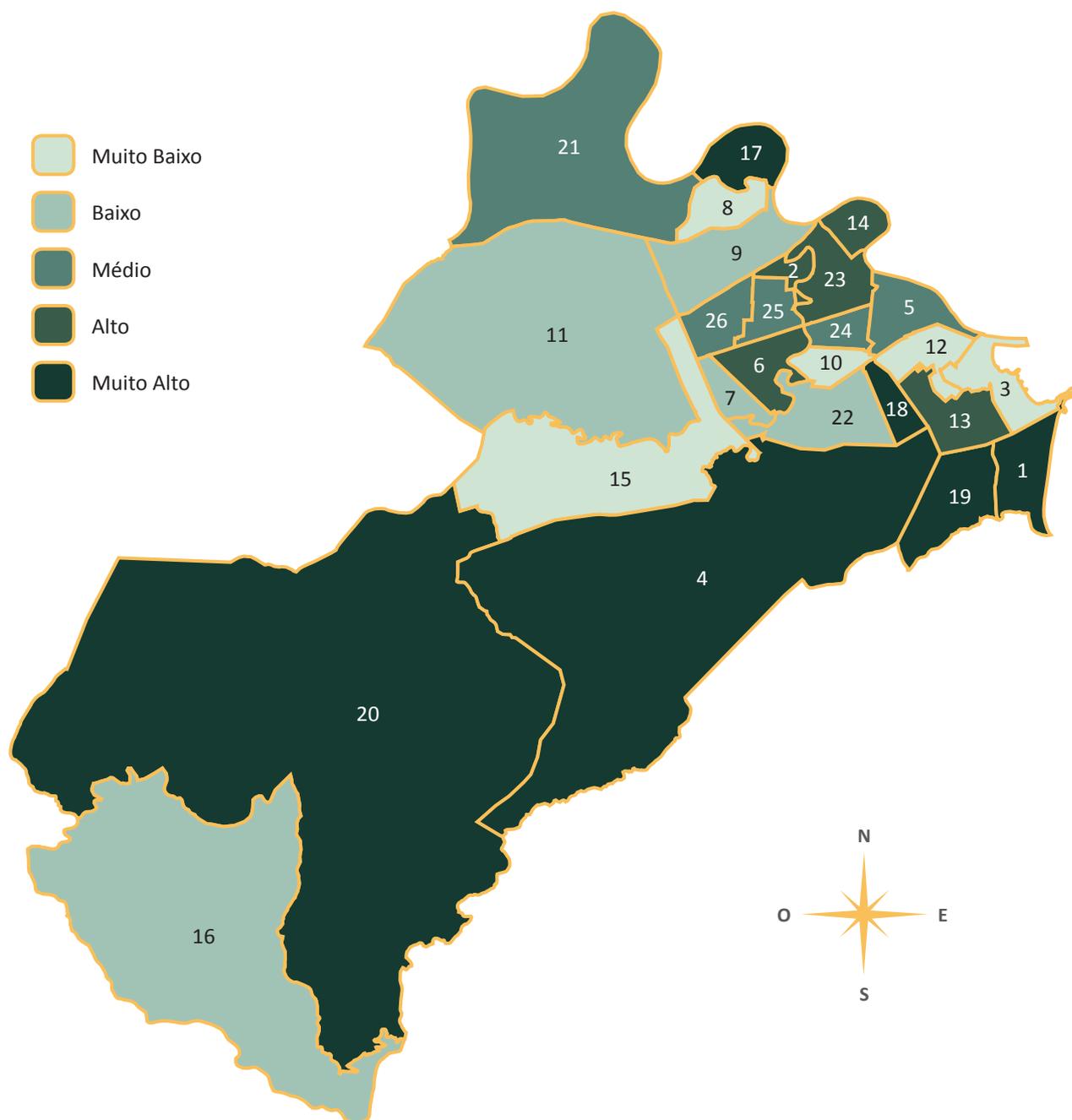
**19,0 vezes**

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade menor de 5 anos por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



Em Itajaí houve três óbitos na faixa etária de 6 a 11 anos e em apenas três regiões. A média do município foi de aproximadamente 18 óbitos por 100 mil habitantes. As três regiões que apresentaram óbitos foram São João/Barra do Rio, Fazenda e Nossa Senhora das Graças, todas com taxas acima de 100 óbitos a cada 100 mil habitantes da região na mesma faixa etária.

**Tabela 17 – Taxa de mortalidade de 6 a 11 anos**

Região	População de 6 a 11 anos	Mortalidade de 6 a 11 anos	Taxa de mortalidade de 6 a 11 anos (100.000 hab.)
19 Ariribá	227	0	0,0
2 Bambuzal	530	0	0,0
3 Cabeçudas/Beira Rio	212	0	0,0
4 Canhanduba/Rio do Meio	249	0	0,0
5 Centro	608	0	0,0
6 Cidade Nova I	1.510	0	0,0
7 Cidade Nova II	775	0	0,0
8 Cordeiros I	1.406	0	0,0
9 Cordeiros II	1.524	0	0,0
10 Dom Bosco	472	0	0,0
11 Espinheiros I	565	0	0,0
13 Fazendinha	577	0	0,0
14 Imaruí	548	0	0,0
15 Itaipava	481	0	0,0
16 Limoeiro	359	0	0,0
17 Murta	620	0	0,0
1 Praia Brava	154	0	0,0
20 Região Rural	290	0	0,0
21 Espinheiros II	535	0	0,0
22 Ressacada	257	0	0,0
24 São Judas/Vila Operária	484	0	0,0
25 São Vicente I	951	0	0,0
26 São Vicente II	1.583	0	0,0
23 São João/Barra do Rio	963	1	103,8
12 Fazenda	400	1	250,0
18 Nossa Senhora das Graças	275	1	363,6
<b>Itajaí</b>	<b>16.555</b>	<b>3</b>	<b>18,1</b>

Muito Baixo

Baixo

**Indicador 17**  
**Mortalidade menor de 6 a 11 anos**

**Definição:**  
taxa de mortalidade de crianças de 6 a 11 anos sobre o total da população desse grupo por região.

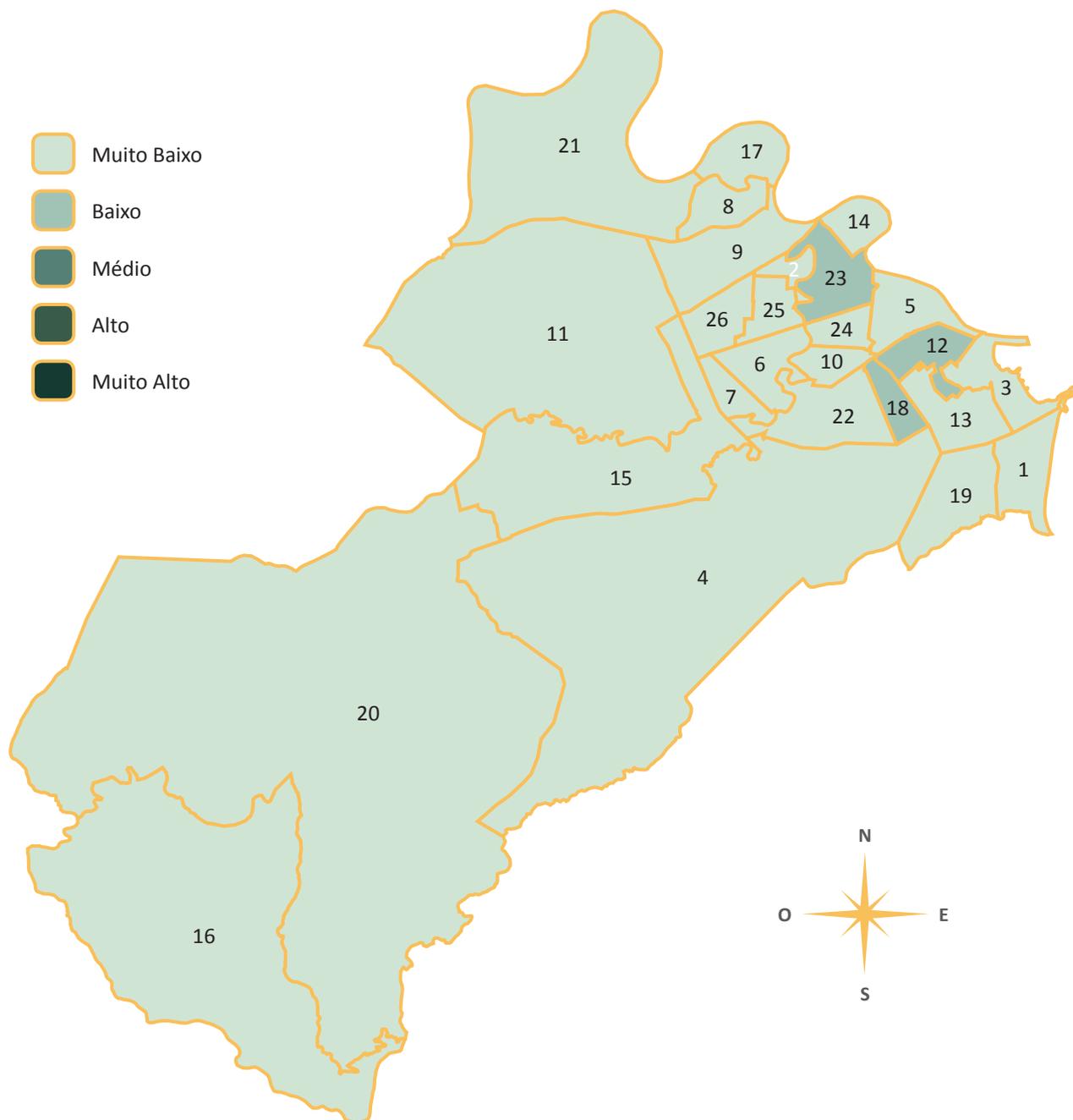
Menor valor	São João/Barra do Rio	103,8
Média	Itajaí	18,1
Maior valor	Nossa Senhora das Graças	363,6

**DIFERENÇA:**  
**2,5 vezes**  
É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade menor de 6 a 11 anos por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



A mortalidade geral de adolescentes em Itajaí é de 47,8 óbitos a cada cem mil habitantes de 12 a 17 anos. Nossa Senhora das Graças apresenta a maior taxa com 377,4 óbitos a cada cem mil habitantes da mesma faixa etária. Das 26 regiões, 20 delas não registraram nenhum óbito. Nesta faixa etária as causas externas aparecem como principais e merecem atenção especial por se tratar de mortes evitáveis por ações intersetoriais na prevenção de violências, acidentes de trânsito e suicídio.

**Tabela 18 – Taxa de mortalidade na adolescência**

Região	População de 12 a 17 anos	Mortalidade na adolescência	Taxa de mortalidade na adolescência (100.000 Hab.)
19 Ariribá	273	0	0,0
2 Bambuzal	634	0	0,0
3 Cabeçudas/Beira Rio	264	0	0,0
4 Canhanduba/Rio do Meio	253	0	0,0
5 Centro	864	0	0,0
6 Cidade Nova I	1.698	0	0,0
7 Cidade Nova II	857	0	0,0
8 Cordeiros I	1.546	0	0,0
9 Cordeiros II	1.895	0	0,0
10 Dom Bosco	621	0	0,0
11 Espinheiros I	635	0	0,0
13 Fazendinha	637	0	0,0
14 Imaruí	528	0	0,0
15 Itaipava	539	0	0,0
16 Limoeiro	385	0	0,0
1 Praia Brava	141	0	0,0
20 Região Rural	317	0	0,0
21 Espinheiros II	511	0	0,0
22 Ressacada	244	0	0,0
24 São Judas/Vila Operária	673	0	0,0
25 São Vicente I	1.021	1	97,9
23 São João/Barra do Rio	1.223	2	163,5
17 Murta	609	1	164,2
26 São Vicente II	1.673	3	179,3
12 Fazenda	509	1	196,5
18 Nossa Senhora das Graças	265	1	377,4
<b>Itajaí</b>	<b>18.815</b>	<b>9</b>	<b>47,8</b>

**Indicador 18**  
**Mortalidade na adolescência**

**Definição:**  
número de óbitos de adolescentes sobre o total da população desse grupo por região.

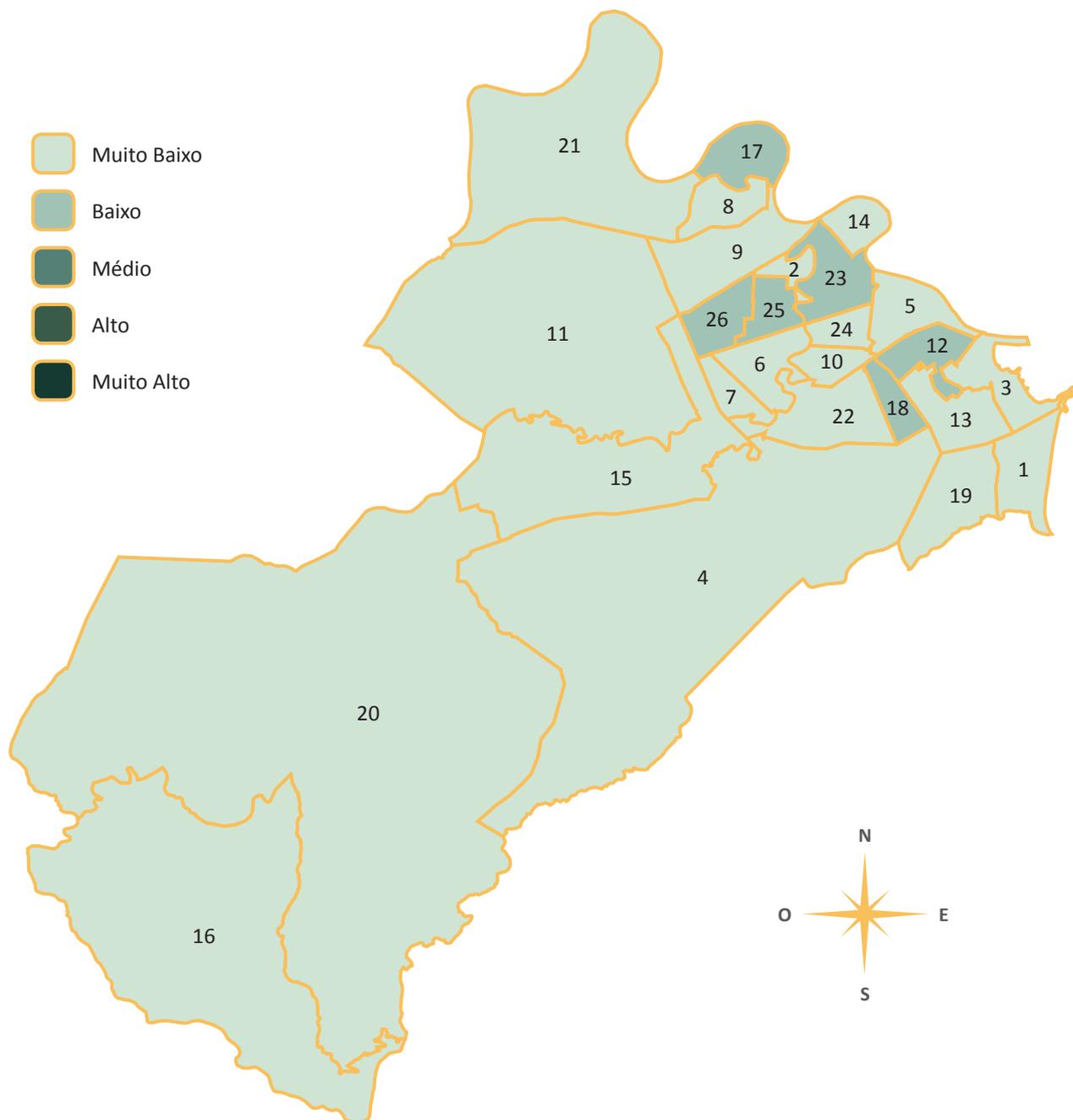
Menor valor	São Vicente I	97,9
Média	Itajaí	47,8
Maior valor	Nossa Senhora das Graças	377,4

**DIFERENÇA:**  
**2,9 vezes**  
É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade na adolescência por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



No caso da morte por lesões autoprovocadas, Itajaí registrou um caso, e este também na região de São Vicente I. A taxa de lesão autoprovocada de Itajaí é de quatro óbitos a cada cem mil habitantes. O registro de um caso de suicídio nesta faixa etária é potencialmente evitável, e deve servir de alerta pois seus fatores determinantes e condicionantes são passíveis de identificação e intervenção.

**Tabela 19 – Taxa de mortalidade autoprovocada**

Região	População de 10 a 17 anos	Mortalidade autoprovocada	Taxa de mortalidade autoprovocada (100.000 Hab.)
19 Ariribá	360	0	0,0
2 Bambuzal	835	0	0,0
3 Cabeçudas/Beira Rio	339	0	0,0
4 Canhanduba/Rio do Meio	346	0	0,0
5 Centro	1.075	0	0,0
6 Cidade Nova I	2.281	0	0,0
7 Cidade Nova II	1.159	0	0,0
8 Cordeiros I	2.067	0	0,0
9 Cordeiros II	2.434	0	0,0
10 Dom Bosco	788	0	0,0
11 Espinheiros I	856	0	0,0
12 Fazenda	654	0	0,0
13 Fazendinha	833	0	0,0
14 Imaruí	715	0	0,0
15 Itaipava	721	0	0,0
16 Limoeiro	507	0	0,0
17 Murta	814	0	0,0
18 Nossa Senhora das Graças	362	0	0,0
1 Praia Brava	203	0	0,0
20 Região Rural	420	0	0,0
21 Espinheiros II	694	0	0,0
22 Ressacada	332	0	0,0
23 São João/Barra do Rio	1.563	0	0,0
24 São Judas/Vila Operária	845	0	0,0
26 São Vicente II	2.232	0	0,0
<b>Baixo</b> 25 São Vicente I	1.388	1	72,0
<b>Itajaí</b>	<b>24.823</b>	<b>1</b>	<b>4,0</b>

### Indicador 19 Mortalidade autoprovocada

**Definição:**

número de óbitos na faixa etária de 10 a 17 anos sobre o total da população desse grupo por região.

Média

Itajaí

4,0

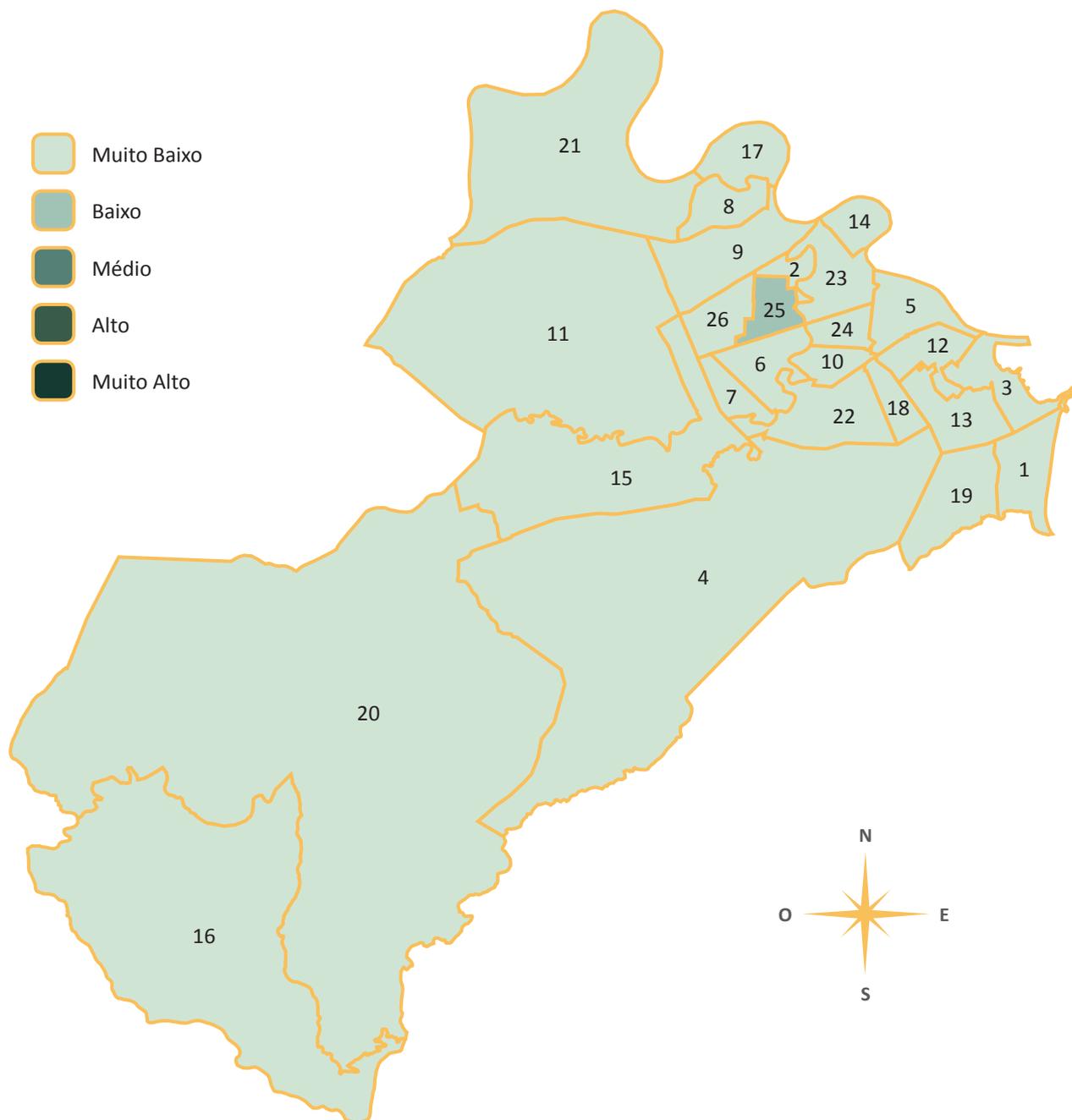
**DIFERENÇA:  
0,0 vezes**

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.

## Representação gráfica do indicador mortalidade autoprovocada por região geográfica

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quintil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



Foram cinco das 26 regiões de Itajaí que apresentaram notificações de mortalidade de 0 a 17 anos por causas externas. A taxa do município foi de 15,8 óbitos a cada cem mil habitante da mesma faixa etária. Nas cinco regiões com registros de mortalidade por causas externas, as taxas foram superiores à média do município. A maior taxa foi na região Nossa Senhora das Graças com 389 óbitos a cada cem mil habitantes de 0 a 17 anos e 10 vezes maior que a taxa de São Vicente I, que apresentou a menor taxa diferente de zero.

**Tabela 20 – Taxa de mortalidade por causas externas na adolescência**

Região	População de 0 a 17 anos	Causas externas na adolescência	Taxa de mortalidade por causas externas de 0 a 17 anos (100.000 Hab.)
19 Ariribá	735	0	0,0
2 Bambuzal	1.656	0	0,0
3 Cabeçudas/Beira Rio	652	0	0,0
4 Canhanduba/Rio do Meio	727	0	0,0
5 Centro	1.982	0	0,0
6 Cidade Nova I	4.546	0	0,0
7 Cidade Nova II	2.402	0	0,0
8 Cordeiros I	4.186	0	0,0
9 Cordeiros II	4.990	0	0,0
10 Dom Bosco	1.592	0	0,0
11 Espinheiros I	1.720	0	0,0
12 Fazenda	1.296	0	0,0
14 Imaruí	1.550	0	0,0
15 Itaipava	1.439	0	0,0
16 Limoeiro	1.104	0	0,0
17 Murta	1.825	0	0,0
1 Praia Brava	440	0	0,0
21 Espinheiros II	1.595	0	0,0
22 Ressacada	754	0	0,0
23 São João/Barra do Rio	2.992	0	0,0
24 São Judas/Vila Operária	1.627	0	0,0
25 São Vicente I	2.837	1	35,2
26 São Vicente II	4.618	2	43,3
13 Fazendinha	1.763	1	56,7
20 Região Rural	888	1	112,6
18 Nossa Senhora das Graças	771	3	389,1
<b>Itajaí</b>	<b>50.687</b>	<b>8</b>	<b>15,8</b>

## Indicador 20 Mortalidade por causas externas

### Definição:

número de óbitos de adolescentes por causas externas sobre o total desse grupo por região.

Menor valor	São Vicente I	35,2
Média	Itajaí	15,8
Maior valor	Nossa Senhora das Graças	389,1

### DIFERENÇA:

**10,1 vezes**

É a diferença proporcional entre o maior e o menor valor para este indicador entre as regiões.

Fonte: SIM, 2017.



## 5. MAPA SOCIAL

A seguir, a Tabela 22 apresenta as regiões com mais indicadores acima da média do município. Foram avaliados 20 indicadores dentro do direito à vida e saúde, sendo que a região de Nossa Senhora das Graças apresentou 13 indicadores acima da média do município, se destacando como uma das regiões mais carentes da garantia deste direito. Em seguida temos três regiões, todas com 10 ou mais indicadores acima da média (São João/Barra do Rio, Cidade Nova I e Murta).

**Tabela 21 – Mapa Social de vulnerabilidade no direito à vida e à saúde de Itajaí (Parte 1)**

Região	Violação do direito à vida e à saúde	Natalidade	Gravidez na adolescência	Pré-natal insuficiente	Baixo peso ao nascer	Nascidos vivos com má formação congênita	Agravos de doenças e outros	Agravos de violência	Mortalidade na faixa etária de 0 a 17 anos	Mortalidade perinatal	Mortalidade neonatal	
<b>Muito Baixo</b>	3 Cabeçadas/Beira Rio	3,1	11,3	0,0	0,2	0,1	0,0	6,1	9,2	0,0	0,0	0,0
	16 Limoeiro	0,9	9,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,9	10,0	0,0	0,0	0,0
	22 Ressacada	0,0	23,5	0,0	0,2	0,0	0,0	6,6	5,3	0,0	0,0	0,0
	9 Cordeiros II	1,8	16,8	0,0	0,2	0,1	3,0	8,4	8,6	180,4	26,6	3,0
	10 Dom Bosco	0,6	17,8	0,0	0,2	0,1	16,4	9,4	11,9	62,8	8,1	0,0
<b>Baixo</b>	4 Canhanduba/Rio do Meio	6,9	12,0	0,0	0,2	0,1	0,0	8,3	13,8	137,6	0,0	0,0
	5 Centro	3,0	12,0	0,0	0,2	0,0	0,0	5,0	13,6	100,9	7,5	0,0
	7 Cidade Nova II	2,9	26,8	0,1	0,2	0,1	0,0	4,2	8,7	83,3	5,7	5,8
	8 Cordeiros I	2,4	19,2	0,0	0,1	0,1	8,2	12,9	11,0	0,0	0,0	0,0
	13 Fazendinha	2,3	18,5	0,0	0,1	0,1	8,1	7,4	9,6	170,2	16,0	0,0
<b>Médio</b>	12 Fazenda	3,1	9,4	0,0	0,2	0,0	0,0	8,5	6,9	231,5	15,2	0,0
	24 São Judas/Vila Operária	2,5	17,4	0,0	0,2	0,1	13,6	6,8	12,3	61,5	0,0	0,0
	15 Itaipava	1,4	27,1	0,1	0,1	0,1	22,1	15,3	12,5	0,0	0,0	0,0
	20 Região Rural	4,5	18,4	0,0	0,3	0,1	0,0	2,3	9,0	225,2	17,9	0,0
	25 São Vicente I	1,4	15,3	0,0	0,2	0,0	0,0	11,6	4,9	141,0	17,3	5,8
<b>Alto</b>	19 Ariribá	1,4	22,4	0,0	0,2	0,1	0,0	15,0	6,8	136,1	0,0	0,0
	2 Bambuzal	0,6	16,1	0,0	0,2	0,1	10,2	7,9	18,1	120,8	20,2	10,2
	21 Espinheiros II	1,3	53,9	0,1	0,1	0,1	7,4	22,6	17,6	250,8	11,1	3,7
	11 Espinheiros I	4,7	35,6	0,1	0,2	0,1	10,2	11,6	13,4	174,4	10,1	5,1
	14 Imaruí	9,0	19,4	0,0	0,2	0,0	0,0	16,1	16,8	64,5	12,2	12,2
<b>Muito Alto</b>	1 Praia Brava	2,3	20,7	0,0	0,3	0,1	0,0	9,1	11,4	227,3	25,6	25,6
	26 São Vicente II	4,1	20,3	0,0	0,2	0,1	10,5	10,4	6,9	129,9	3,5	0,0
	23 São João/Barra do Rio	2,7	13,0	0,0	0,2	0,1	10,9	6,0	8,7	300,8	32,1	16,3
	6 Cidade Nova I	4,4	23,0	0,0	0,2	0,1	3,2	12,1	10,1	88,0	6,4	6,4
	17 Murta	1,1	33,8	0,0	0,1	0,1	5,9	16,4	6,0	438,4	29,4	29,6
	18 Nossa Senhora das Graças	1,3	24,1	0,1	0,3	0,1	40,0	13,0	9,1	648,5	20,0	20,0
<b>Itajaí</b>	<b>3,1</b>	<b>19,6</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,1</b>	<b>7,0</b>	<b>10,0</b>	<b>10,1</b>	<b>142,0</b>	<b>11,9</b>	<b>5,3</b>	

Esta tabela continua na próxima página.

**Legenda cor:**  
indicadores acima da  
média de Itajaí

**Tabela 21 – Mapa Social de vulnerabilidade no direito à vida e à saúde de Itajaí (Parte 2)**

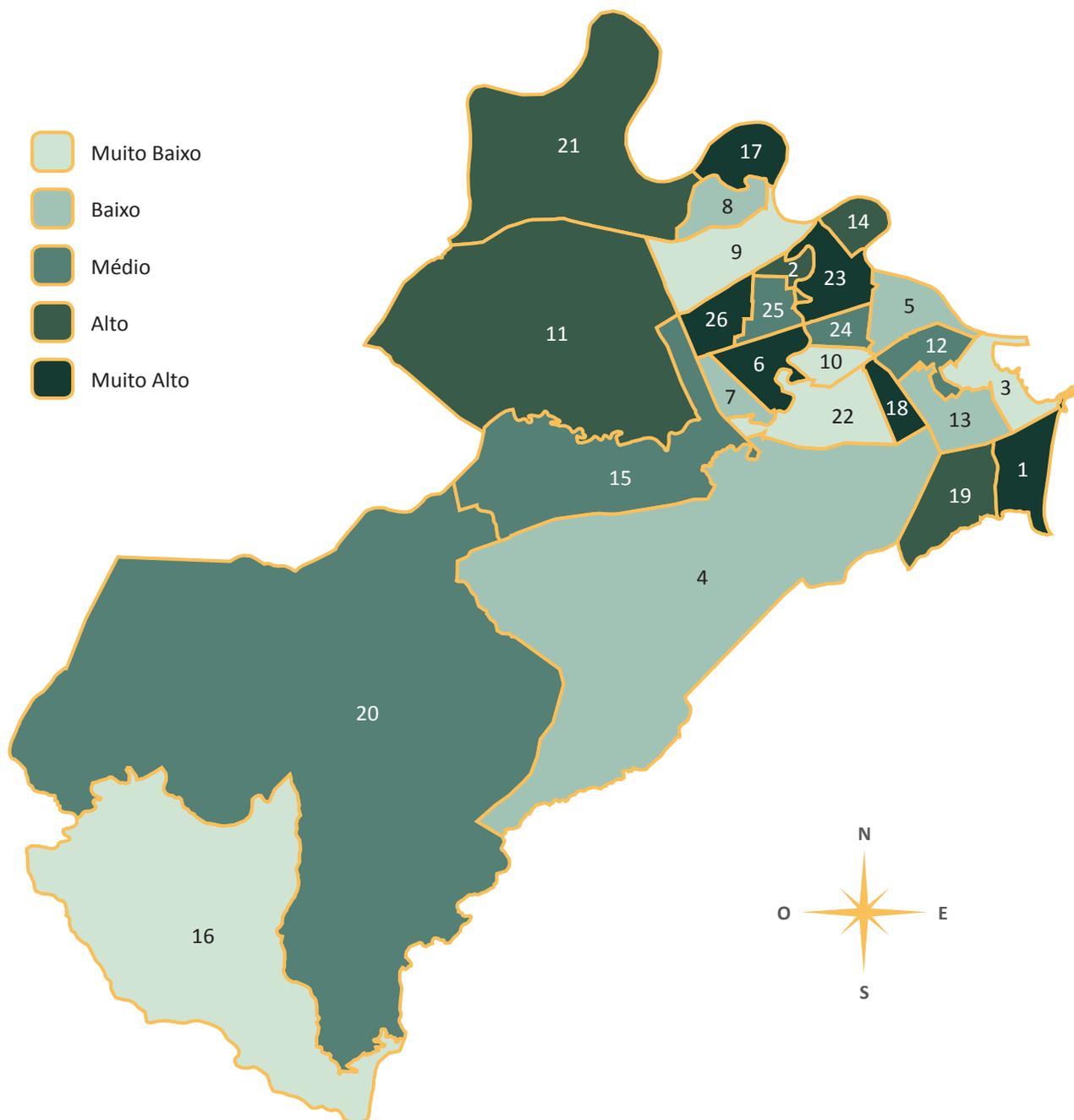
Região	Mortalidade neonatal precoce	Mortalidade neonatal tardia	Mortalidade pós-neonatal	Mortalidade infantil	Mortalidade em menores de cinco anos	Mortalidade de 6 a 11 anos	Mortalidade na adolescência	Mortalidade autoprovocada	Mortalidade por causas externas de 0 a 17 anos	Indicadores acima da média de Itajaí	(%) Destaque	
<b>Muito Baixo</b>	3 Cabeçadas/Beira Rio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	10,0%	
	16 Limoeiro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	10,0%	
	22 Ressacada	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2	10,0%	
	9 Cordeiros II	3,0	0,0	0,0	3,0	3,0	0,0	0,0	0,0	3	15,0%	
	10 Dom Bosco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3	15,0%	
<b>Baixo</b>	4 Canhanduba/Rio do Meio	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	0,0	0,0	0,0	4	20,0%	
	5 Centro	0,0	0,0	7,6	7,6	7,6	0,0	0,0	0,0	4	20,0%	
	7 Cidade Nova II	0,0	5,8	0,0	5,8	5,8	0,0	0,0	0,0	4	20,0%	
	8 Cordeiros I	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4	20,0%	
	13 Fazendinha	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	0,0	0,0	56,7	4	20,0%	
<b>Médio</b>	12 Fazenda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	250,0	196,5	0,0	5	25,0%	
	24 São Judas/Vila Operária	0,0	0,0	6,8	6,8	6,8	0,0	0,0	0,0	5	25,0%	
	15 Itaipava	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6	30,0%	
	20 Região Rural	0,0	0,0	0,0	0,0	18,2	0,0	0,0	112,6	7	35,0%	
	25 São Vicente I	5,8	0,0	0,0	5,8	5,8	0,0	97,9	72,0	35,2	7	35,0%
<b>Alto</b>	19 Ariribá	0,0	0,0	18,5	18,5	18,5	0,0	0,0	0,0	8	40,0%	
	2 Bambuzal	10,2	0,0	0,0	10,2	10,2	0,0	0,0	0,0	8	40,0%	
	21 Espinheiros II	3,7	0,0	3,7	7,4	7,4	0,0	0,0	0,0	8	40,0%	
	11 Espinheiros I	0,0	5,1	0,0	5,1	5,1	0,0	0,0	0,0	9	45,0%	
	14 Imaruí	12,2	0,0	0,0	12,2	12,2	0,0	0,0	0,0	9	45,0%	
<b>Muito Alto</b>	1 Praia Brava	25,6	0,0	0,0	25,6	25,6	0,0	0,0	0,0	9	45,0%	
	26 São Vicente II	0,0	0,0	7,0	7,0	7,0	0,0	179,3	0,0	43,3	9	45,0%
	23 São João/Barra do Rio	16,3	0,0	0,0	16,3	16,3	103,8	163,5	0,0	0,0	10	50,0%
	6 Cidade Nova I	3,2	3,2	3,2	9,6	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	11	55,0%
	17 Murta	23,7	5,9	5,9	35,5	35,5	0,0	164,2	0,0	0,0	12	60,0%
	18 Nossa Senhora das Graças	20,0	0,0	0,0	20,0	60,0	363,6	377,4	0,0	389,1	13	65,0%
<b>Itajaí</b>	<b>4,2</b>	<b>1,1</b>	<b>2,2</b>	<b>7,5</b>	<b>8,9</b>	<b>18,1</b>	<b>47,8</b>	<b>4,0</b>	<b>15,8</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	

\*Os destaques dos indicadores deste Mapa Social estão representados geograficamente na página 74 mostrando os bairros que necessitam de maior atenção no município de Itajaí.

**Legenda cor:**  
indicadores acima da  
média de Itajaí

## Representação gráfica do Mapa Social de vulnerabilidade no direito à vida e à saúde de Itajaí

O mapa a seguir, mostra a divisão das regiões do município de Itajaí em cinco categorias classificadas pelo método *quartil* indicando as regiões com maior e a menor incidência de taxas acima da média geral do município conforme a escala de cores.



### Legenda dos bairros

1	Praia Brava	8	Cordeiros I	15	Itaipava	22	Ressacada
2	Bambuzal	9	Cordeiros II	16	Limoeiro	23	São João/Barra do Rio
3	Cabeçudas/Beira Rio	10	Dom Bosco	17	Murta	24	São Judas/Vila Operária
4	Canhanduba/Rio do Meio	11	Espinheiros I	18	Nossa Senhora das Graças	25	São Vicente I
5	Centro	12	Fazenda	19	Ariribá	26	São Vicente II
6	Cidade Nova I	13	Fazendinha	20	Região Rural		
7	Cidade Nova II	14	Imaruí	21	Espinheiros II		

## 6. MATRIZ DE CORRELAÇÃO

A matriz de correlação consiste na sistematização dos indicadores apresentados neste volume, com o objetivo de identificar se existe relação entre os números por eles retratados. Para sua construção, primeiramente foi definida uma medida que permite avaliar o quanto duas variáveis<sup>7</sup> estão associadas uma com a outra, por meio do *coeficiente de correlação linear*, cuja interpretação é realizada com base no critério de variação de +100% até -100%, sendo que:

- a) Quanto mais próximo de 0% menor é a relação entre as variáveis, sendo que quando for 0% pode-se assumir que não existe relação;
- b) Quanto mais próximo de +/-100% mais forte a relação entre as variáveis. Esta relação pode ser positiva (+100%) ou negativa (-100%). Na relação positiva entende-se que quanto maior o número que uma variável assume, maior também será o número assumido pela outra variável. Já na relação negativa (-100%), quanto maior o número que uma variável assume, menor será o número assumido pela outra variável.

O Quadro 5 mostra a intensidade das relações assumidas para a análise.

**Quadro 5 – Interpretação do coeficiente de correlação.**

Valor da correlação positiva ou negativa	Interpretação
0% a 19%	Sem correlação
20% a 39%	Correlação fraca
40% a 59%	Correlação moderada
60% a 79%	Correlação forte
80% a 100%	Correlação bem forte

Dos 20 indicadores apresentados, chamou a atenção a correlação entre a gravidez na adolescência, a taxa de natalidade e a taxa de Agravos, sugerindo que nas regiões onde se tem maiores números de adolescentes grávidas, são também as regiões com maior taxa de natalidade e também as que apresentam maiores números de notificações de agravos de doença. Outras correlações são apontadas no quadro, as quais devem ser analisadas e interpretadas pela rede, para que seja possível identificar se existe uma relação pertinente e de fato, ou apenas numérica.

<sup>7</sup> Entende-se por variável um conjunto de números de um estudo, por exemplo: número de notificações de violação de direito é uma variável.

Quadro 6 – Matriz de correlação entre os indicadores

	Agravos de doenças e outros	Agravos de violências	Mortalidade infantil	Mortalidade perinatal	Pré-natal insuficiente	Baixo peso ao nascer	Gravidez na adolescência	Natalidade	Má formação congênita	Mortalidade por causas externas
Agravos de violências	23,7%									
Mortalidade infantil	38,4%	-9,5%								
Mortalidade perinatal	6,0%	-8,9%	56,1%							
Pré-natal insuficiente	-47,3%	-14,3%	16,8%	15,6%						
Baixo peso ao nascer	-19,2%	17,7%	5,1%	9,7%	11,8%					
Gravidez na adolescência	65,9%	25,8%	20,5%	4,7%	-19,0%	3,5%				
Natalidade	70,6%	23,7%	29,1%	6,0%	-34,1%	-9,4%	71,9%			
Má formação congênita	28,1%	12,8%	15,3%	10,8%	10,8%	8,4%	41,2%	22,9%		
Mortalidade por causas externas	3,7%	-15,6%	19,3%	22,2%	47,3%	-6,0%	29,1%	4,2%	68,1%	
Mortalidade de 0 a 17 anos	26,6%	-16,4%	63,8%	68,9%	19,9%	-5,8%	32,0%	27,7%	48,2%	69,9%
Mortalidade na adolescência	15,2%	-40,5%	41,4%	41,3%	23,8%	-23,6%	18,5%	-2,6%	55,5%	69,5%
Mortalidade autoprovocada	7,9%	-31,6%	-3,8%	12,7%	1,0%	-22,4%	-0,1%	-11,4%	-14,5%	2,7%
Mortalidade menor de cinco anos	19,5%	-3,1%	63,9%	38,5%	31,9%	5,0%	26,4%	11,2%	39,4%	67,1%
Mortalidade neonatal precoce	27,0%	0,4%	86,0%	73,6%	33,0%	2,5%	15,8%	15,0%	24,9%	31,4%
Mortalidade neonatal tardia	10,5%	-13,5%	34,5%	12,4%	-13,1%	-1,8%	44,6%	43,7%	-7,7%	-13,2%
Mortalidade pós neonatal	27,1%	-15,3%	37,7%	-24,0%	-20,4%	7,1%	-5,4%	15,0%	-10,8%	-11,9%
Mortalidade de 6 a 11 anos	4,4%	-20,4%	17,9%	29,5%	40,0%	-22,0%	13,0%	-11,4%	55,5%	73,1%
Mortalidade neonatal	27,8%	-2,6%	88,8%	72,2%	28,2%	1,9%	24,8%	23,8%	21,8%	26,7%
Denúncia de violação do direito à vida e à saúde	2,3%	30,3%	-9,2%	-10,2%	5,1%	-5,7%	14,3%	-14,3%	-27,5%	-8,5%

Legenda:

Sem Correlação  
0% a 19%

Correlação Fraca  
20% a 39%

Correlação Moderada  
40% a 59%

Correlação Forte  
60% a 79%

Correlação Bem Forte  
80% a 100%

	Mortalidade de 0 a 17 anos	Mortalidade na adolescência	Mortalidade autoprovocada	Mortalidade menor de cinco anos	Mortalidade neonatal precoce	Mortalidade neonatal tardia	Mortalidade pós-neonatal	Mortalidade de 6 a 11 anos	Mortalidade neonatal
Agravos de violências									
Mortalidade infantil									
Mortalidade perinatal									
Pré-natal insuficiente									
Baixo peso ao nascer									
Gravidez na adolescência									
Natalidade									
Má formação congênita									
Mortalidade por causas externas									
Mortalidade de 0 a 17 anos									
Mortalidade na adolescência	77,9%								
Mortalidade autoprovocada	-1,7%	11,4%							
Mortalidade menor de cinco anos	80,1%	56,8%	-8,2%						
Mortalidade neonatal precoce	67,4%	47,7%	2,7%	65,2%					
Mortalidade neonatal tardia	17,2%	1,5%	-8,2%	10,0%	14,5%				
Mortalidade pós neonatal	2,3%	-1,6%	-9,8%	10,0%	-10,3%	2,4%			
Mortalidade de 6 a 11 anos	68,5%	83,9%	-6,6%	49,1%	32,1%	-13,6%	-16,0%		
Mortalidade neonatal	67,4%	45,4%	0,8%	63,7%	97,6%	35,8%	-9,1%	27,2%	
Denúncia de violação do direito à vida e à saúde	-10,4%	-11,7%	-12,6%	12,8%	-7,0%	8,1%	-10,2%	-9,2%	-4,8%

Legenda:

Sem Correlação  
0% a 19%

Correlação Fraca  
20% a 39%

Correlação Moderada  
40% a 59%

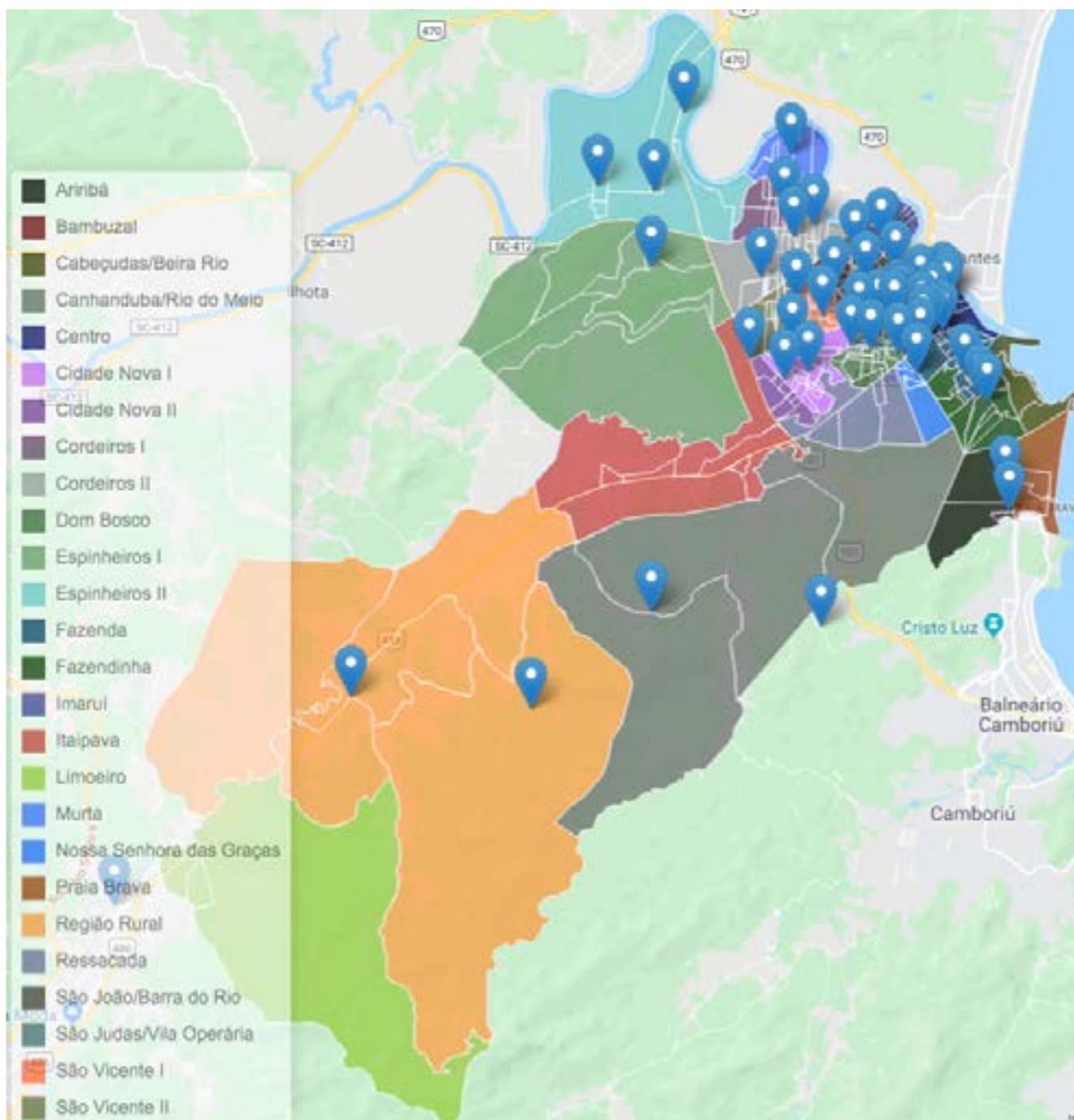
Correlação Forte  
60% a 79%

Correlação Bem Forte  
80% a 100%

## 7. ESTATÍSTICAS COMPLEMENTARES

Neste capítulo serão apresentados o mapa com a localização dos equipamentos, informações estatísticas complementares sobre os atendimentos realizados, o perfil dos atendidos e outros dados pertinentes a este eixo de direito.

**Mapa 2 – Localização dos equipamentos dos serviços de atendimento de direitos à vida e à saúde**

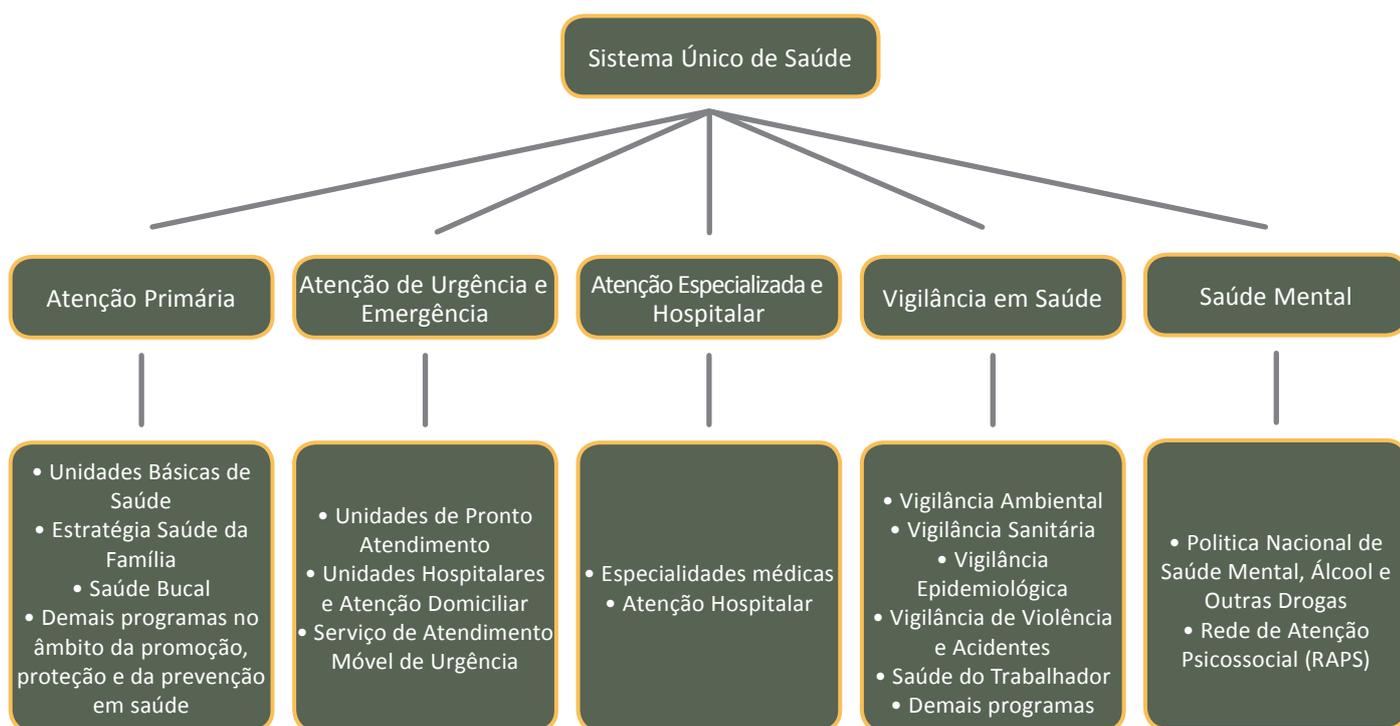


## 7.1. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Lei nº 8.080/1990 para efetivação do princípio constitucional da saúde como política pública – enquanto direito de todos e dever do Estado – de acordo com as diretrizes e princípios previstos no artigo 198 e seguintes da Constituição Federal, dentre os quais destacam-se a universalidade de acesso, a integralidade e igualdade de assistência, a participação da comunidade, a descentralização, regionalização e integração dos serviços de saúde a todos os que dela necessitarem, como competência comum das três esferas de governo federal, estadual/distrital e municipal.

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange ações e serviços com foco na qualidade de vida, na promoção da saúde e prevenção de doenças, conforme a representação do Quadro 7.

**Quadro 7 – Fluxograma da política nacional de saúde**



Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

8 Considerando a competência de atuação triplíce Estatal (União, estado e município) os dados não serão apresentados por instituição, equipamento ou por base de dados, e sim pela organização da política pública da saúde.

No âmbito da temática da criança e do adolescente, objeto de estudo deste diagnóstico, O município de Itajaí possui um “Protocolo de Atenção à Saúde da Criança” com objetivo de organizar os fluxos de atendimento e capacitar os profissionais da rede de atendimento, o qual servirá de norte para organizar e apresentar os dados nos itens seguintes.

### 7.1.1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

---

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), envolvendo iniciativas e programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>9</sup>, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Programa Brasil Sorridente, dentre outros.

O município de Itajaí possui trinta e quatro UBSs e dois NASFs, representados no mapeamento da rede, com cinquenta equipes do ESF, com abrangência e geoprocessamento definidos por região territorial, registraram um índice de cobertura de 71,78%<sup>10</sup>. O NASF-AB<sup>11</sup> tem por objetivo ampliar e aperfeiçoar a gestão da saúde na atenção primária e dispõe de uma equipe multidisciplinar com os seguintes profissionais: educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

O Protocolo de Atendimento de Saúde do Município referencia o acompanhamento de crianças e adolescentes para ser realizado dentro da UBS pela equipe da ESF, sendo que as consultas serão intercaladas com médico(a) e enfermeiro(a). O médico(a) da família ou pediatra é o responsável pelo acompanhamento dos pacientes referenciados pela ESF que apresentem algum fator de risco, alteração de exame físico ou falha de crescimento ou no seu desenvolvimento, ou qualquer outro problema de saúde que requeira atendimento específico e especializado.

---

9 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.

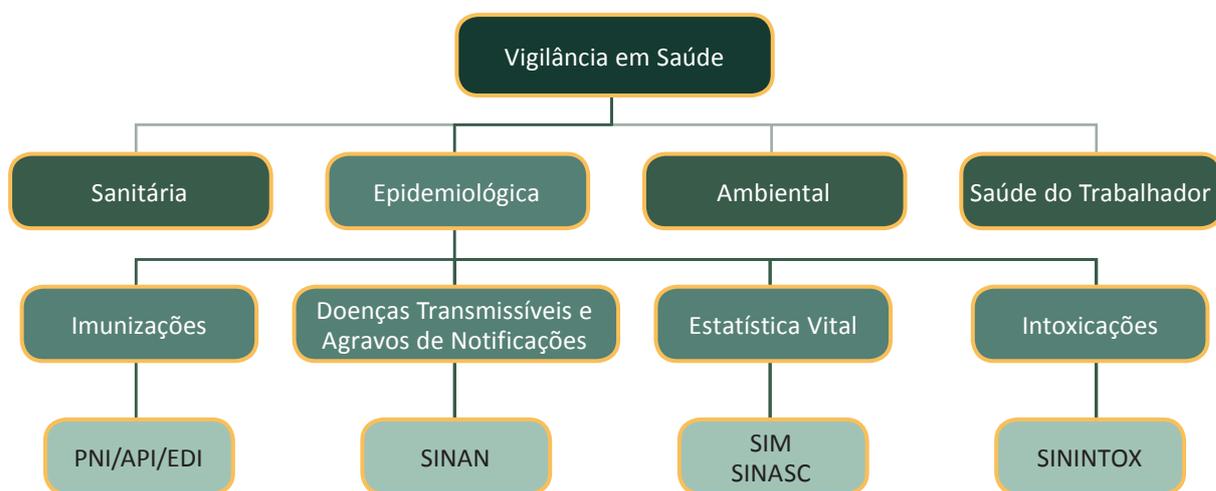
10 Dados do Plano Municipal de Saúde de Itajaí 2018-2021, calculado com base na estimativa populacional de 208.958 (IBGE, 2016).

11 Ressalta-se que o NASF não é porta de entrada da saúde e nem ambulatório de especialidades.

## 7.1.2. POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

A Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) foi instituída pela Resolução CNS nº 588/2028 e está alicerçada no direito à proteção da saúde, compreende o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, e de processos e práticas relativos à vigilância epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e saúde do trabalhador (conforme quadro x). Visa o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública – incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde – para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças.

**Quadro 8 – Fluxograma da política de vigilância em saúde**



A gestão municipal dos bancos de dados epidemiológicos nacionais - com destaque ao de nascidos vivos (SINASC), de mortalidade (SIM) e o de agravos de notificação (SINAN) – garantem o acompanhamento do perfil de saúde e epidemiológico do município de modo global, e não apenas dos usuários do SUS. Assim, as informações abaixo se propõem a complementar e a traçar o perfil dos dados apresentados na forma de indicadores sociais, no Capítulo 4.

## Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

O SINASC foi 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 parto<sup>12</sup>. 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 cesários, percentual de prematuridade, de baixo peso, dentre outros.

Assim, as informações do SINASC serão utilizadas para traçar um perfil da mãe, e posteriormente será apresentado o perfil dos nascidos vivos com fatores de risco com base nos dados da pesquisa realizada pelo Centro de Intervenção e Estimulação Precoce (CIEP) Vovó Biquinha.

Primeiramente é importante esclarecer que a Organização Mundial da Saúde considera como gravidez na adolescência a idade de 10 a 19 anos. Todavia, para fins do diagnóstico será considerada a faixa etária do Estatuto da Criança e do Adolescente, de 12 a 17 anos<sup>13</sup>.

A análise da idade da mãe no momento do parto revela um percentual significativo de nascimentos em mulheres com 35 anos ou mais (16,2%) e de mães adolescentes (7,6%). Como características maternas predominam gestantes com companheiros (75,8%), boa escolaridade (90,4%), com trabalho remunerado (62,4%), pré-natal mais que adequado (82,4%), com gestações anteriores (60,6%), sem histórico de abortos/ filhos mortos (82,4%), e pouco mais da metade com parto via cesárea (52,3%). Como características dos recém-nascidos: 91,4% foram a termo, 92,5% com peso adequado ao nascer, índice de Apgar no primeiro e quinto minutos adequados (94,2%; 98,8%) e em sua maioria sem anomalias ou malformações congênitas. Quanto ao perfil das mães adolescentes em relação às outras faixas etárias, observa-se uma maior proporção de baixa escolaridade (16,9%), dependência econômica (91%), pré-natal inadequado (25%), Apgar < 7 no quinto minuto, e anomalias congênitas (1,5%). Chama atenção que o tipo de parto nas adolescentes predomina o vaginal (69,5%) e nas mães com 35 ou mais a cesárea (63,4%).

---

12 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.

13 Para cálculo do indicador, e também da análise complementar de gravidez na adolescência, foram consideradas as mulheres com filhos nascidos vivos na faixa etária de 12 a 18 anos, em virtude da probabilidade da gestação ter iniciado ainda na adolescência. Ressalta-se ainda que pelo mesmo motivo o indicador foi calculado sobre a população de 12 a 17 anos.

Tabela 22 – Perfil de nascimentos SINASC - Itajaí 2017

	De 12 a 18 anos		De 19 a 34 anos		Mais de 35 anos		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
<b>Total</b>	272	7,60%	2740	76,20%	585	16,20%	3597	100%
<b>Situação conjugal</b>								
Com companheiro	151	4,20%	2097	58,30%	477	13,26%	2725	75,76%
Sem companheiro	121	3,36%	641	17,82%	108	3,00%	870	24,19%
Não informado	0	0	2	0,06%	0	0	2	0,06%
<b>Escolaridade</b>								
< 8 anos de estudo	46	1,28%	230	6,39%	68	1,89%	344	9,56%
>= 8 anos estudo	226	6,28%	2510	69,78%	516	14,35%	3252	90,41%
Não informado	0	0,00%	0	0,00%	1	0,03%	1	0,03%
<b>Ocupação</b>								
Dona de Casa	172	4,78%	925	25,72%	138	3,84%	1235	34,33%
Estudante	76	2,11%	32	0,89%	1	0,03%	109	3,03%
Desempregada	0	0,00%	6	0,17%	3	0,08%	9	0,25%
Trabalho remunerado	23	0,64%	1778	49,43%	443	12,32%	2244	62,39%
<b>Consulta pré-natal</b>								
< 7 consultas	68	1,89%	469	13,04%	96	2,67%	633	17,60%
7 e + consultas	203	5,64%	2271	63,14%	489	13,59%	2963	82,37%
Não informado	1	0,03%	0	0,00%	0	0,00%	1	0,03%
<b>Gestações anteriores</b>								
Nulípara <sup>14</sup>	228	6,34%	1100	30,58%	91	2,53%	1419	39,40%
Múltipara	44	1,22%	1640	45,59%	494	13,73%	2178	60,60%
<b>Filhos mortos ou abortos</b>								
Sim	13	0,36%	448	12,45%	171	4,75%	632	17,57%
Não	259	7,20%	2291	63,69%	414	11,51%	2964	82,40%
Não informado	0	0,00%	1	0,03%	0	0,00%	1	0,03%
<b>Tipo de parto</b>								
Cesárea	83	2,31%	1427	39,67%	371	10,31%	1881	52,29%
Vaginal	189	5,25%	1313	36,50%	214	5,95%	1716	47,71%
<b>Peso ao nascer</b>								
Baixo Peso (< 2500Kg)	28	0,78%	209	5,81%	32	0,89%	269	7,50%
Peso Normal (>=2.500Kg)	244	6,78%	2531	70,36%	553	15,37%	3328	92,50%
<b>Apgar 1º minuto</b>								
< 7	19	0,53%	147	4,09%	38	1,06%	204	5,67%
7 ou Mais	253	7,03%	2589	71,98%	546	15,18%	3388	94,19%
Não informado	0	0,00%	4	0,11%	1	0,03%	5	0,14%
<b>Apgar 5º minuto</b>								
< 7	5	0,14%	26	0,72%	5	0,14%	36	1,00%
7 ou Mais	267	7,42%	2709	75,31%	579	16,10%	3555	98,80%
Não informado	0	0,00%	5	0,14%	1	0,03%	6	0,20%
<b>Duração da gestação</b>								
< 37 semanas	24	0,67%	241	6,70%	46	1,28%	311	8,60%
37 semanas ou mais	248	6,89%	2499	69,47%	539	14,98%	3286	91,40%
<b>Anomalia congênita</b>								
Sim	4	0,11%	15	0,42%	6	0,17%	25	0,70%
Não	268	7,45%	2725	75,76%	579	16,10%	3572	99,30%

Fonte: SINASC, 2017.

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

## Pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil

Realizada desde 2006 pelo Centro de Intervenção e Estimulação Precoce (CIEP) Vovó Biquinha, tem como objetivo verificar a incidência territorial de fatores sociais e biológicos de risco ao desenvolvimento infantil, a partir das Declarações de Nascidos Vivos (DNV)<sup>15</sup> de Itajaí.

A classificação de risco a partir da DNV ocorre quando os dados coletados sobre o recém-nascido apresentam um ou mais fatores de risco, conforme apresentados abaixo. Nas últimas edições da pesquisa têm-se incluído a análise de outras variáveis como o tipo de parto e a naturalidade da genitora.

### Quadro 10 – Classificação dos fatores de risco

- **Fatores relativos às condições de nascimento da criança:** peso, idade gestacional, índice Apgar e presença ou não de alguma malformação ou anomalia congênita;
- **Fatores relativos à gestação:** acompanhamento pré-natal;
- **Fatores relativos à condição social (mães):** idade da mãe, anos de escolaridade.

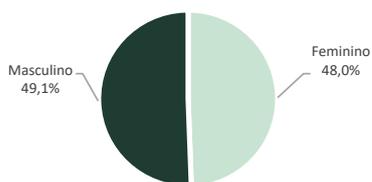
Em 2017, dos 3.599 registros de nascimento (DNV) em Itajaí, foram tiradas 1.747 declarações classificadas com risco. O Quadro 8 traça um comparativo entre o total de nascidos vivos e o total de nascidos vivos com pelo menos um fator de risco por sexo, em que apesar da maior representatividade ser do perfil masculino, não há tendências de um sexo ou outro apresentar mais fatores de risco.

### Quadro 9 – Comparativo de nascidos vivos com nascidos vivos com pelo menos 1 fator de risco por sexo

#### Risco dentro de cada sexo

Sexo	Total de nascidos vivos	(%) de risco dentro de cada sexo
Feminino	1.668	48,0%
Masculino	1.929	49,1%
<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>48,6%</b>

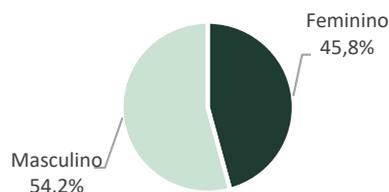
Fonte: CIEP Vovó Biquinha, 2017.



#### Pelo menos um fator de risco

Sexo	Nascidos vivos com pelo menos 1 fator de risco	(%) sexo
Feminino	800	45,8%
Masculino	947	54,2%
<b>Itajaí</b>	<b>1.747</b>	<b>100,0%</b>

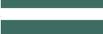
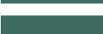
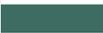
Fonte: CIEP Vovó Biquinha, 2017.



15 A fonte de dados para a elaboração da pesquisa é o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, cujo documento de entrada é a DNV, padronizada em todo o país.

Os dados da Pesquisa Fatores de Risco ao Desenvolvimento Infantil no ano de 2017 apresentaram um total de 1.747 nascidos vivos com pelo menos um fator de risco. Se comparado esse número com o total de nascidos vivos do mesmo ano (3.597), tem-se que 48,5% apresentam pelo menos um fator de risco; Sendo na região Rural o maior percentual, 72,7% dos nascidos vivos da região. A região com o menor percentual é a Ariribá com 37,0% dos nascidos vivos com fatores de risco.

**Tabela 23 – Percentual de nascidos vivos com pelo menos um fator de risco**

Região geográfica	Nascidos vivos	Nascidos vivos com risco	(%) Risco	
19 Ariribá	54	20	37,0%	
11 Espinheiros I	197	75	38,1%	
1 Praia Brava	39	16	41,0%	
10 Dom Bosco	122	48	39,3%	
12 Fazenda	65	26	40,0%	
22 Ressacada	69	29	42,0%	
4 Canhanduba/Rio do Meio	26	11	42,3%	
5 Centro	132	56	42,4%	
25 São Vicente I	171	74	43,3%	
7 Cidade Nova II	173	76	43,9%	
9 Cordeiros II	330	148	44,8%	
15 Itaipava	136	63	46,3%	
13 Fazendinha	123	58	47,2%	
17 Murta	169	80	47,3%	
21 Espinheiros II	269	137	50,9%	
23 São João/Barra do Rio	184	94	51,1%	
24 São Judas/Vila Operária	147	76	51,7%	
26 São Vicente II	285	149	52,3%	
3 Cabeçudas/Beira Rio	34	18	52,9%	
14 Imaruí	82	44	53,7%	
8 Cordeiros I	243	132	54,3%	
6 Cidade Nova I	312	171	54,8%	
18 Nossa Senhora das Graças	50	28	56,0%	
16 Limoeiro	31	18	58,1%	
2 Bambuzal	98	58	59,2%	
20 Região Rural	55	40	72,7%	
Não informado	1	2	-	
<b>Itajaí</b>	<b>3.597</b>	<b>1.747</b>	<b>48,5%</b>	

Fonte: CIEP Vovó Biquinha, 2017.

Uma outra comparação que traz informações sobre essa evolução de risco, é em relação ao total de óbitos de menores de um ano com o total de nascidos vivos com pelo menos um fator de risco. Esta comparação gera uma taxa de 15,5 óbitos a cada mil nascidos vivos com pelo menos um fator de risco. A região Murta apresentou a maior taxa, de 75 óbitos a cada mil nascidos vivos com pelo menos um fator de risco.

**Tabela 24 – Percentual de óbitos de nascidos vivos com pelo menos um fator de risco**

Região geográfica	Óbitos de menores de um ano	Nascidos vivos com risco	Taxa de risco (1.000 óbitos infantis)
10 Dom Bosco	0	48	0,0
12 Fazenda	0	26	0,0
22 Ressacada	0	29	0,0
4 Canhanduba/Rio do Meio	0	11	0,0
15 Itaipava	0	63	0,0
13 Fazendinha	0	58	0,0
3 Cabeçudas/Beira Rio	0	18	0,0
8 Cordeiros I	0	132	0,0
16 Limoeiro	0	18	0,0
20 Região Rural	0	40	0,0
9 Cordeiros II	1	148	6,8
7 Cidade Nova II	1	76	13,2
24 São Judas/Vila Operária	1	76	13,2
11 Espinheiros I	1	75	13,3
26 São Vicente II	2	149	13,4
25 São Vicente I	1	74	13,5
21 Espinheiros II	2	137	14,6
2 Bambuzal	1	58	17,2
6 Cidade Nova I	3	171	17,5
5 Centro	1	56	17,9
14 Imaruí	1	44	22,7
23 São João/Barra do Rio	3	94	31,9
18 Nossa Senhora das Graças	1	28	35,7
19 Ariribá	1	20	50,0
1 Praia Brava	1	16	62,5
17 Murta	6	80	75,0
Não informado	-	2	-
<b>Itajaí</b>	<b>27</b>	<b>1.747</b>	<b>15,5</b>

Fonte: CIEP Vovó Biquinha, 2017.

Considerando a faixa etária da genitora, percebe-se que a maior concentração está na faixa dos 19 a 34 anos (64,2%). Alguns estudos destacam adolescentes e mulheres acima de 35 anos como faixa etária de risco, cujo percentual é de respectivamente 11,8% e 23,8%. Destaca-se ainda a ocorrência de um caso de nascimento registrado na faixa etária de 6 a 11 anos.

**Tabela 25 – Faixa etária da genitora**

Faixa etária da mãe	Nascidos Vivos com pelo menos um fator de risco	(%) Faixa etária
De 6 a 11 anos	1	0,1%
De 12 a 18 anos	207	11,8%
De 19 a 34 anos	1.122	64,2%
Acima de 35 anos	416	23,8%
Não informado	1	0,1%
<b>Total</b>	<b>1.747</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: CIEP Vovó Biquinha, 2017.

### Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O 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 que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Das 1.207 notificações registradas em 2017, apenas 1.022 foram confirmadas, das quais 509 eram referentes a doenças e 513 por violências ou acidentes.



Considerando as doenças e agravos notificados confirmados, 40,7% deles ocorreram em menores de 5 anos de idade, 28,3% de 6 a 11 anos e 31% de 12 a 17 anos. Em todas as faixas de o atendimento antirrábico chama a atenção, com 61,9% do total de doenças e agravos. Em seguida, as intoxicações exógenas, segunda causa notificação (14,1%), com mais da metade dos casos acometendo crianças até cinco anos. Em terceiro lugar as meningites, em sua maioria virais, também atingem em maior frequência crianças até cinco anos (61%). As sífilis congênita (4,1%), gestante (2%) e adquirida (2,6%), considerando o potencial de evitabilidade, merecem destaque mesmo não sendo proporcionalmente expressivas no todo. Da mesma forma os dois casos de AIDS e a gestante com HIV chamam atenção.

**Tabela 26 – Agravos e doenças notificados e confirmados no SINAN por tipo e faixa etária**

Tipo de doença ou agravo	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Atendimento Antirrábico	105	50,7%	125	86,8%	85	53,8%	315	61,9%
Intoxicação	43	20,8%	3	2,1%	26	16,5%	72	14,1%
Meningite	28	13,5%	11	7,6%	7	4,4%	46	9,0%
Sífilis congênita	20	9,7%		0,0%	1	0,6%	21	4,1%
Sífilis adquirida		0,0%		0,0%	13	8,2%	13	2,6%
Animais peçonhentos	5	2,4%	3	2,1%	2	1,3%	10	2,0%
Sífilis gestante		0,0%		0,0%	10	6,3%	10	2,0%
Condiloma	1	0,5%		0,0%	4	2,5%	5	1,0%
Rotavírus	3	1,4%		0,0%		0,0%	3	0,6%
Tuberculose		0,0%		0,0%	3	1,9%	3	0,6%
AIDS	1	0,5%	1	0,7%		0,0%	2	0,4%
Corrimento Uretral		0,0%		0,0%	2	1,3%	2	0,4%
Herpes		0,0%		0,0%	2	1,3%	2	0,4%
Coqueluche	1	0,5%		0,0%		0,0%	1	0,2%
Corrimento cervical		0,0%		0,0%	1	0,6%	1	0,2%
Dengue		0,0%	1	0,7%		0,0%	1	0,2%
Gestante HIV		0,0%		0,0%	1	0,6%	1	0,2%
Leptospirose		0,0%		0,0%	1	0,6%	1	0,2%
<b>Total Geral</b>	<b>207</b>	<b>100,0%</b>	<b>144</b>	<b>100,0%</b>	<b>158</b>	<b>100,0%</b>	<b>509</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SINAN, 2017.

## Vigilância de Violências e Acidentes

Em Itajaí são previstas pelo Protocolo de Saúde ações intersetoriais para abordagem de situações que envolvam qualquer tipo de violência, abuso, acidentes domésticos e de trânsito, trabalho infantil como forma de promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis e prevenção de agravos, na detecção oportuna dos problemas e abordagem multiprofissionais e intersetoriais. Assim, têm-se como definição que sempre que houver suspeita de maus-tratos ou de qualquer uma das situações acima elencadas contra a criança ou adolescente, o caso deverá ser notificado por qualquer pessoa (SINAN) e encaminhado ao Conselho Tutelar do município.

Na análise da tabela 27 observa-se que a notificação por negligência/abandono é o tipo de violência mais frequente em todas as idades, representando 63,9% das notificações em crianças até cinco anos. Com relação à natureza da lesão, os entorses/luxação somam 77,5% das notificações. Destaca-se também a vulnerabilidade em todas as faixas etárias para a violência sexual (37 casos), assim como as tentativas de suicídio entre os adolescentes (29 casos).

**Tabela 27 – Agravos de violências notificados no SINAN por tipo e faixa etária**

Tipo de notificação	De 0 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Negligência	328	63,9%	50	9,7%	30	5,8%	408	79,5%
Violência física	32	6,2%	45	8,8%	6	1,2%	83	16,2%
Violência sexual	12	2,3%	10	1,9%	15	2,9%	37	7,2%
Tentativa de suicídio	1	0,2%	1	0,2%	29	5,7%	31	6,0%
Violência psicológica	7	1,4%	4	0,8%	9	1,8%	20	3,9%
Violência financeira/ Econômica	1	0,2%			1	0,2%	2	0,4%
Tortura			1	0,2%			1	0,2%
Trabalho infantil			1	0,2%			1	0,2%
Intervenção legal			1	0,2%			1	0,2%
Autoagressão					1	0,2%	1	0,2%
Autointoxicação intencional					1	0,2%	1	0,2%
Automutilação					1	0,2%	1	0,2%
<b>Total</b>	<b>381</b>		<b>113</b>		<b>93</b>		<b>513</b>	

\*Uma notificação pode ter mais de uma violência, por isso a soma ultrapassa 100%

Nota: As análises pertinentes as situações de violência e violações de direito são aprofundadas no Volume 03, que tratado do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade.

## Sistema de Informações sobre Mortalidade

O 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 criação foi possível a captação e reunião das informações sobre mortalidade, de forma abrangente e padronizada, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública.

A distribuição da mortalidade infantil por seus componentes no município segue o mesmo padrão estadual e nacional. Ao longo dos anos tem apresentado variações com tendência a manter-se abaixo de um dígito, sendo que em 2017 alcançou o seu menor índice.

**Tabela 28 – Série histórica de taxa de mortalidade infantil e seus componentes**

Taxa de mortalidade	2014	2015	2016	2017
Mortalidade infantil	9,6	14,0	9,5	7,5
Mortalidade neonatal precoce (de 0 a 6 dias)	5,1	7,3	6,3	4,2
Mortalidade neonatal tardia (de 7 a 27 dias)	0,9	3,1	1,4	1,1
Mortalidade pós-neonatal (de 28 dias a 1 ano)	3,6	3,6	1,7	2,2

Fonte: SIM/SINASC, 2017.

A tabela 29 mostra que no óbito fetal 85,7% ocorreu por afecções originadas no período perinatal<sup>16</sup>. No componente neonatal (0 a 27 dias de vida) a principal causa de morte também recaí sobre as afecções originadas no período perinatal (17 mortes). No componente pós-neonatal (28 dias até 1 ano) não há uma causa da mortalidade que se sobressaia.

**Tabela 29 – Mortalidade fetal e em menores de um ano segundo componente e causa da CID-10**

Causas da mortalidade	Óbito fetal		De 0 a 6 dias completos		De 7 a 27 dias completos		De 28 dias a 1 ano		Total	
	Quant.	(%) Causas	Quant.	(%) Causas	Quant.	(%) Causas	Quant.	(%) Causas	Quant.	(%) Causas
Algumas afecções originadas no período perinatal	24	85,7%	14	93,3%	3	75,0%	2	25,0%	43	78,2%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	3,6%		0,0%		0,0%	2	25,0%	3	5,5%
Doenças do aparelho digestivo				0,0%		0,0%	1	12,5%	1	1,8%
Malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	10,7%	1	6,7%	1	25,0%	2	25,0%	7	12,7%
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte				0,0%		0,0%	1	12,5%	1	1,8%
<b>Itajaí</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>	<b>15</b>	<b>100,0%</b>	<b>4</b>	<b>100,0%</b>	<b>8</b>	<b>100,0%</b>	<b>55</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SIM, 2017

16 O período perinatal é aquele compreendido entre a vigésima segunda semana de gestação e a primeira semana de vida da criança.

A classificação de evitabilidade dos óbitos de menores de um ano leva em conta as situações que podem ser prevenidas pela atuação dos serviços de saúde. Segundo a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis do SUS, apenas um óbito foi classificado como não evitável. O que mais se destacou foram as mortes reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces.

**Tabela 30 – Óbito de menores de um ano segundo classificação de evitabilidade**

Causa evitabilidade	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 dias a 1 ano	Total
Reduzíveis por adequado controle na gravidez	6	1	0	7
Reduzíveis por adequada atenção ao parto	3	0	1	4
Reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces	5	3	5	13
Parcialmente reduzíveis por diagnóstico e tratamento precoces	0	0	1	1
Nao evitáveis	0	0	1	1
Mal definidas	1	0	0	1
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>27</b>

Fonte: SIM, 2017.

Nos óbitos em menores de um ano tem como perfil mães com boa escolaridade, maiores de 18 anos, com companheiro, e ocupação remunerada. Quanto ao pré-natal, mais da metade foi insuficiente, o que pode estar relacionado ao número de partos prematuros. Como características do recém-nascido, observa-se a maioria prematuros, com baixo peso, e mais da metade teve índice de Apgar adequado no quinto minuto. O parto vaginal ocorreu em pouco mais da metade dos óbitos registrados.

**Tabela 31 – Perfil dos óbitos em menores de um ano**

Perfil	Variáveis	0 a 6 dias	7 a 27 dias	28 dias a 1 ano	Total
Escolaridade mãe	até 6 anos	3	0	0	3
	7 anos ou mais	11	4	8	23
	Não informado	1	0	0	1
Idade materna	até 17 anos	0	0	3	3
	18 anos ou mais	15	4	5	24
Duração da gestação	até 27 semanas	8	2	1	11
	de 28 a 36 sem	2	1	2	5
	37 sem ou mais	5	1	5	11
Peso ao nascer	até 99 gramas	7	2	1	10
	de 1 a 2,499 Kg	3	1	2	6
	2,5 Kg ou mais	5	1	5	11
Tipo de parto	Vaginal	8	1	5	14
	Cesárea	7	3	3	13
Situação conjugal mãe	Solteira	4	1	3	8
	Casada	3	2	0	5
	União estável	7	1	2	10
	Não informado	1	0	3	4
Ocupação remunerada	Sim	8	3	3	14
	Não	7	5	1	13
Consulta de pré-natal	até 6 consultas	9	1	3	13
	7 consultas ou mais	5	3	2	10
	Não informado	1	0	3	4
Apgar 5º minuto	até 6	8	1	1	10
	7 ou mais	5	3	4	12
	Não informado	2	0	3	5
<b>Total Óbitos</b>		<b>15</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>27</b>

Fonte: SIM, 2017.

A tabela 32 mostra que as causas externas de morbidade e de mortalidade é a principal causa de morte na faixa etária de 1 a 17 anos (47,1%), seguido pelas doenças do sistema nervoso (23,5%) e doenças infecciosas e parasitárias (11,8%). As causas externas também aparecem como segunda causa de internações no município (Tabela 32).

**Tabela 32 – Causas da mortalidade de 1 a 17 anos**

Causas da Mortalidade	De 1 a 5 anos		De 6 a 11 anos		De 12 a 17 anos		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	20,0%			1	11,1%	2	11,8%
Causas externas de morbidade e de mortalidade	3	60,0%	1	33,3%	4	44,4%	8	47,1%
Doenças do aparelho respiratório					1	11,1%	1	5,9%
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários			1	33,3%			1	5,9%
Doenças do sistema nervoso	1	20,0%	1	33,3%	2	22,2%	4	23,5%
Neoplasias [tumores]					1	11,1%	1	5,9%
<b>Total</b>	<b>5</b>		<b>3</b>		<b>9</b>		<b>17</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SIM, 2017

Em 2017, 13,5% dos óbitos foram por causas externas. No grupo de 18 anos ou mais esse percentual foi de 13,7% e no grupo de 12 a 17 anos foi 44,4%, aproximadamente três vezes maior.

**Tabela 33 – Comparação de óbitos por causas externas por faixa etária**

Faixa etária	Óbitos por causas externas				Total geral	
	Não		Sim			
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Óbito fetal	28	100,0%			28	44,4%
De 0 dias a 1 ano	27	100,0%			27	
De 1 a 5 anos	2	40,0%	3	60,0%	5	4,8%
De 6 a 11 anos	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
De 12 a 17 anos	5	55,6%	4	44,4%	9	100,0%
Acima de 18 anos	1.003	86,3%	159	13,7%	1.162	100,0%
<b>Total geral</b>	<b>1.067</b>	<b>86,5%</b>	<b>167</b>	<b>13,5%</b>	<b>1.234</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SIM, 2017

### 7.1.3. POLÍTICA NACIONAL DE 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 provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS.

As três principais causas de internação na faixa etária de 0 a 19 anos, segundo causa capítulo da CID-10, no período avaliado foram: doenças do aparelho respiratório (18,6%); gravidez, parto e puerpério (15,9%) e lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas (12,3%). Em relação à faixa etária, 46,3% das internações ocorreram em crianças de até cinco anos com destaque para as pneumonias (223 casos). No capítulo gravidez parto e puerpério, 24 internações ocorreram por aborto e nas causas externas as fraturas de membros (124 casos) e traumatismo intracraniano (50 casos) foram os principais motivos. Em se tratando de crianças e adolescentes, as causas externas estão diretamente relacionadas as notificações de violência no SINAN e Conselho Tutelar especialmente por negligência/abandono.

**Tabela 34 – Frequência de internações segundo morbidade hospitalar do SUS por faixa etária**

Lista morbidade CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	89	94	37	19	13	252
Neoplasias (tumores)	3	20	33	7	13	76
Doenças de sangue órgãos hematopoéticos e transtornos imunitários	1	11	16	11	-	39
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	6	3	9	4	3	25
Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	-	3	3
Doenças do sistema nervoso	6	13	9	12	2	42
Doenças do olho e anexos	-	-	3	1	2	6
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	1	7	4	9	5	26
Doenças do aparelho circulatório	4	4	2	1	4	15
Doenças do aparelho respiratório	180	182	91	32	11	496
Doenças do aparelho digestivo	33	64	88	84	34	303
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	40	13	12	10	87
Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1	9	14	13	3	40
Doenças do aparelho geniturinário	23	18	30	23	21	115
Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	15	410	425
Algumas afecções originadas no período perinatal	277	-	-	-	1	278
Malformação congênita, deformidade e anomalias cromossômicas	15	23	14	10	5	67
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	5	9	5	5	4	28
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências por causas externas	22	56	77	62	111	328
Contatos com serviços de saúde	1	5	2	3	6	17
<b>Total</b>	<b>679</b>	<b>558</b>	<b>447</b>	<b>323</b>	<b>661</b>	<b>2668</b>

Fonte: SIH, 2017.

Nota: Utilizada como referência a situação da base de dados nacional em 29/04/2016. em virtude de não ter sido disponibilizados dados pelo município por esse motivo a faixa etária ultrapassa os 17 anos

#### 7.1.4. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

---

A promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva, por meio do desenvolvimento de estratégias direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso à água tratada, incentive a fluoretação das águas, o uso de dentifrício fluoretado e assegurem a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados. As ações de promoção da saúde bucal incluem também abordar fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabetes, hipertensão, obesidade, trauma e câncer) tais como: políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagem comunitária para aumentar o autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes.

Em Itajaí o Protocolo da Saúde da Criança estabelece que a saúde bucal tem início com o cuidado na gestação, já que condições favoráveis antes e durante, promovem a saúde bucal e previnem problemas ortodônticos e da fala. Após o nascimento são destacados aspectos como a importância do aleitamento materno, uso de chupetas, de hábitos alimentares saudáveis, de doenças que afetam a boca, a estrutura dentária, a cronologia e fenômenos relacionados à erupção dos dentes (incômodos, febre, irritação), e outros.

As consultas odontológicas de rotina são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e encaminhadas ao Odontopediatra do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) nas situações elencadas pelo referido protocolo, cujo agendamento deverá ser feito pela própria UBS de origem, com a recepção pelo CEO com a guia de referência ou de contrarreferência.

Assim, com base na política pública do município, os dados disponibilizados serão apresentados por região territorial da Unidade Básica de Saúde de referência e por faixa etária. Salienta-se que os números apresentados referem-se a procedimentos realizados e não ao número de crianças ou adolescentes atendidos, já que em um atendimento pode ser realizado mais de um procedimento.

Considerando a faixa etária da população atendida, observa-se que a concentração está na faixa etária dos 6 a 11, que representa cerca de 43,9% do total de procedimentos. As outras duas classes de idade – de 0 a 5 anos e de 12 a 17 anos – tiveram praticamente o mesmo percentual, aproximadamente 28%.

**Tabela 35 – Procedimentos odontológicos por faixa etária**

Faixa etária	Quant.	(%)	
De 0 a 5 anos	11.623	27,8%	
De 6 a 11 anos	18.372	43,9%	
De 12 a 17 anos	11.859	28,3%	
<b>Itajaí</b>	<b>41.854</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

O Cordeiros II é a região que mais destaca-se em relação ao número de procedimentos odontológicos, representando 15,8% do total de procedimentos realizados no município, seguida da região do São Vicente II, com 13,7% dos procedimentos odontológicos. Somadas, estas duas regiões são responsáveis por quase 30% do total de procedimentos de todo o Município de Itajaí.

**Tabela 36 – Procedimentos odontológicos por região**

Região geográfica	Quant.	(%)	
9 Cordeiros II	6.605	15,8%	
26 São Vicente II	5.725	13,7%	
6 Cidade Nova I	3.759	9,0%	
7 Cidade Nova II	3.279	7,8%	
14 Imaruí	3.103	7,4%	
2 Bambuzal	2.999	7,2%	
8 Cordeiros I	2.751	6,6%	
21 Espinheiros II	2.648	6,3%	
23 São João/Barra do Rio	2.475	5,9%	
25 São Vicente I	1.378	3,3%	
10 Dom Bosco	1.225	2,9%	
12 Fazenda	1.004	2,4%	
15 Itaipava	968	2,3%	
4 Canhanduba/Rio do Meio	960	2,3%	
11 Espinheiros I	888	2,1%	
24 São Judas/Vila Operária	637	1,5%	
1 Ariribá	513	1,2%	
16 Limoeiro	407	1,0%	
20 Região Rural	390	0,9%	
17 Murta	90	0,2%	
5 Centro	50	0,1%	
3 Cabeçudas/Beira Rio	0	0,0%	
13 Fazendinha	0	0,0%	
18 Nossa Senhora das Graças	0	0,0%	
19 Praia Brava	0	0,0%	
22 Ressacada	0	0,0%	
<b>Itajaí</b>	<b>41.854</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

## 7.1.5. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Compreende ações estratégicas e diretrizes voltadas para a assistência e atendimento de pessoas com necessidade de tratamento e cuidados específicos em saúde mental, abrangendo distúrbios mentais - como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo - e transtornos devido ao uso e dependência de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas.

Tal política preconiza a assistência segura, eficaz e humanizada aos indivíduos que dela necessitarem, com base na integração e participação social, no fortalecimento da autonomia, e no protagonismo do indivíduo, por meio do atendimento em pontos de atenção formados a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme Quadro 11.

Em Itajaí o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança responsabiliza ainda a todos os profissionais que compõem a rede de atendimento que atuam na atenção à família e à criança e ao adolescente – incluindo a escola, a assistência social, a saúde e outros – a zelar pelo seu acompanhamento, crescimento e desenvolvimento e por sua saúde mental.

**Quadro 11 – Fluxograma da Política Nacional de Saúde**



Fonte: Ministério da Saúde, 2019.

Designa ainda o referido protocolo, que no âmbito da saúde, cabe à equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e ao médico, sempre que notarem algum tipo de demanda para avaliação psicológica ou psiquiátrica, tratar com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) de sua área de abrangência, cujo acompanhamento – conforme avaliação e necessidade de cada caso – poderá ser realizado no CAPS Infantil ou nos Pólos de Atendimento Psicológico, localizados na UBS Bambuzal e UBS Nossa Senhora das Graças. Também é disponibilizado o serviço de psicologia gratuito no Centro de Referência da Saúde da Mulher e da Criança (CRESCEM) e no Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER) da Univali. Em caso de suspeita de Transtorno de Espectro Autista (TEA) a criança ou adolescente deverá ser encaminhada ao CER.

No ano de 2017 foram registrados 521 crianças e adolescentes alcançadas pela Política de Saúde Mental no município de Itajaí<sup>17</sup>, cuja maior concentração está no CAPS Infantil.

**Tabela 37 – Número de atendimento em psicologia e saúde mental por equipamento**

Equipamento	Quant.	(%)
Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	98	18,8%
Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)	260	49,9%
Centro de Referência da Saúde da Mulher e da Criança (CRESCEM)	101	19,4%
Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER-Univali)	62	11,9%
<b>Itajaí</b>	<b>521</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

A análise do perfil dos atendimentos foi realizada a partir dos atendimentos do CAPSi, com a predominância do sexo masculino (60,8%) e da faixa etária de 12 a 17 anos (58,1%).

**Quadro 12 – Atendimento no CAPSi por perfil**

**Faixa etária**

Faixa etária	Quant.	(%)
De 0 a 5 anos	10	3,8%
De 6 a 11 anos	99	38,1%
De 12 a 17 anos	151	58,1%
<b>Itajaí</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: CAPS Infantil, 2017.

**Sexo**

Sexo	Quant.	(%)
Feminino	102	39,2%
Masculino	158	60,8%
<b>Itajaí</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: CAPS Infantil, 2017.



17 Foi computado o número de crianças e adolescentes alcançados pela Política de Saúde Mental, e não o número de atendimentos, já que por tratar-se de um acompanhamento, a mesma criança ou adolescente pode ter realizado mais de um atendimento no ano.

Para a análise da região territorial foi considerado o endereço da Unidade Básica de Saúde que realizou o encaminhamento, pois não foram disponibilizados dados individualizados das crianças e dos adolescentes atendidos. Assim, também não foi possível identificar as principais demandas e motivos de atendimento e acompanhamento.

Dos total de atendidos, 10,8% são da região do Cidade Nova I, 10% do Cordeiros II e 9,2% do São Vicente I.

**Tabela 38 – Atendimento no CAPSi por região**

Região geográfica	Quant.	(%)	
6 Cidade Nova I	28	10,8%	
9 Cordeiros II	26	10,0%	
25 São Vicente I	24	9,2%	
21 Espinheiros II	19	7,3%	
26 São Vicente II	19	7,3%	
12 Fazenda	17	6,5%	
11 Espinheiros I	16	6,2%	
24 São Judas/Vila Operária	14	5,4%	
7 Cidade Nova II	13	5,0%	
8 Cordeiros I	13	5,0%	
14 Imaruí	12	4,6%	
15 Itaipava	11	4,2%	
17 Murta	8	3,1%	
23 São João/Barra do Rio	8	3,1%	
1 Ariribá	7	2,7%	
5 Centro	6	2,3%	
10 Dom Bosco	5	1,9%	
20 Região Rural	4	1,5%	
2 Bambuzal	3	1,2%	
16 Limoeiro	2	0,8%	
18 Nossa Senhora das Graças	2	0,8%	
4 Canhanduba/Rio do Meio	1	0,4%	
3 Cabeçadas/Beira Rio	0	0,0%	
13 Fazendinha	0	0,0%	
19 Praia Brava	0	0,0%	
22 Ressacada	0	0,0%	
Não informado	2	0,8%	
<b>Itajaí</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: CAPS Infantil, 2017.

## 7.1.6. SERVIÇOS COMPLEMENTARES EM SAÚDE

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 Itajaí tais serviços são ofertados em diferentes equipamentos como em algumas Unidades de Saúde, nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), no Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CEPICS), no Centro de Referência de Doenças Infecciosas (CEREDI), no Centro de Referência da Saúde da Criança e da Mulher (CRESCEM) e no Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER) da Univali (Apêndice), e do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi).

Destaca-se que nem todos os equipamentos tinham os registros de atendimento completos, nos moldes do diagnóstico, com informações detalhadas para compor o perfil, o motivo de atendimento e seu georreferenciamento. Por este motivo, os dados abaixo não retratam o universo de crianças e adolescentes atendidos no ano de 2017 (já que este número é muito maior), todavia, a partir dos dados coletados foi possível traçar um retrato do município.

Os dados coletados contabilizaram 577 crianças e adolescentes atendidos no município, cujo serviço mais acessado foi o de nutrição, com 46,8% do total de atendimentos<sup>18</sup>.

**Tabela 39 – Números de atendimentos por tipo de serviço**

Atendimento	Quant.	(%)	
Serviço de nutrição	270	46,8%	
Atendimento com fonoaudiólogo	100	17,3%	
Serviço de psicologia	98	17,0%	
Atendimento com educador físico	41	7,1%	
Atendimento com fisioterapeuta	32	5,5%	
Atendimento com farmacêutico	27	4,7%	
Atendimento com terapeuta ocupacional	9	1,6%	
<b>Itajaí</b>	<b>577</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

18 Ressalta-se que este número não retrata a demanda pelo serviço e sim os atendimentos realizados no ano de 2017, considerando apenas os equipamentos que enviaram as informações. NASF-AB Jardim Esperança; NASF-AB Cidade Nova, CEPICS/CRESCEM, Unidade de Saúde Imaruí, Unidade de Saúde Dom Bosco. Os dados do CAPSi foram apresentados isoladas no item de que trata especificamente da Saúde Mental.

Analisando o perfil, destaca-se que a faixa etária com o maior número de atendimentos foi a de 0 a 5 anos (40,6%), seguida da de 6 a 11 anos (35,5%). Em relação ao sexo, o masculino foi o que registrou maior número de atendidos, com 54,2%.

### Quadro 13 – Perfil dos atendidos

#### Faixa etária

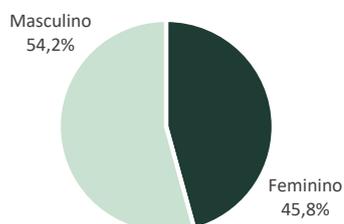
Faixa etária	Quant.	(%)
De 0 a 5 anos	234	40,6%
De 6 a 11 anos	205	35,5%
De 12 a 17 anos	138	23,9%
<b>Total</b>	<b>577</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

#### Sexo

Sexo	Quant.	(%)
Feminino	264	45,8%
Masculino	313	54,2%
<b>Total</b>	<b>577</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.



Em relação aos motivos, três foram os principais: processo alérgico alimentar (13,7%); seguido de dificuldade ou atraso de fala ou linguagem (11,1%); e, obesidade (10,7%).

### Tabela 40 – Motivo do atendimento

Motivo	Quant.	(%)
Processo alérgico alimentar	79	13,7%
Dificuldade ou atraso de fala ou linguagem	64	11,1%
Obesidade	62	10,7%
Déficit de atenção	46	8,0%
Sobrepeso	37	6,4%
Desnutrição	32	5,5%
Agressividade	30	5,2%
Baixo peso	23	4,0%
Aumento dos níveis de glicose ou lipídios no sangue	16	2,8%
Saúde Mental	16	2,8%
Atraso ou dificuldade no crescimento	13	2,3%
Hiperatividade	13	2,3%
Autismo	12	2,1%
Luto	12	2,1%
Outros	195	33,8%
<b>Itajaí</b>	<b>577</b>	<b>-</b>

Fonte: Secretaria Municipl da Saúde, 2017.

E por último, analisando os dados sob a perspectiva territorial, as regiões de Cidade Nova I e Cordeiros I, juntas somaram mais de 50% dos atendimentos.

**Tabela 41 – Total de atendimentos por região**

Região geográfica	Quant.	(%)
6 Cidade Nova I	160	27,7%
8 Cordeiros I	152	26,3%
9 Cordeiros II	97	16,8%
14 Imaruí	40	6,9%
13 Fazendinha	15	2,6%
11 Espinheiros I	13	2,3%
24 São Judas/Vila Operária	11	1,9%
10 Dom Bosco	10	1,7%
23 São João/Barra do Rio	10	1,7%
17 Murta	9	1,6%
5 Centro	8	1,4%
19 Praia Brava	8	1,4%
21 Espinheiros II	8	1,4%
26 São Vicente II	6	1,0%
4 Canhanduba/Rio do Meio	5	0,9%
18 Nossa Senhora das Graças	5	0,9%
2 Bambuzal	4	0,7%
3 Cabeçadas/Beira Rio	4	0,7%
25 São Vicente I	4	0,7%
1 Ariribá	2	0,3%
22 Ressacada	2	0,3%
7 Cidade Nova II	1	0,2%
12 Fazenda	1	0,2%
15 Itaipava	1	0,2%
20 Região Rural	1	0,2%
16 Limoeiro	0	0,0%
<b>Itajaí</b>	<b>577</b>	<b>100,0%</b>

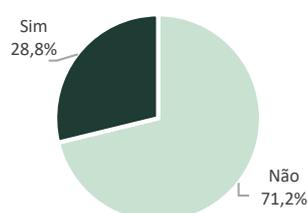
Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.

Destaca-se que do total de crianças e adolescentes alcançados pelos serviços, cerca de 28,8% buscou atendimento para mais de um tipo de especialidade.

**Quadro 14 – Repetidos**

Repetidos	Quant.	(%)
Não	411	71,2%
Sim	166	28,8%
<b>Total</b>	<b>577</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2017.



## 7.1.7. PROGRAMAS DE SAÚDE

---

### **Programa Nascer Itajaiense**

O Programa Nascer Itajaiense foi implantado a partir do Protocolo de Atendimento à Criança de 2007, e reestruturado em 2014 visando diminuir a morbimortalidade na infância. É desenvolvido no Alojamento Conjunto e UTI Neonatal do Hospital e Maternidade Marieta Konder Borhausen (HMMKB), por meio da atuação de enfermeiros do quadro de servidores municipal, que realizam o acolhimento as puérperas logo após o nascimento dos bebês

para orientações dos primeiros cuidados, de Aleitamento materno, e do teste de triagem neonatal (teste do pezinho). Além disso, é realizado o agendamento da primeira visita domiciliar (VD) da equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou primeira consulta na UBS de referência para o recém-nascido e puérpera. O programa também prevê a entrega de um kit para todos os recém-nascidos e a entrega de uma cartilha com orientações no momento da alta hospitalar.

### **Programa de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)**

O diagnóstico e tratamento em alergia à proteína do leite de vaca, assim como as inúmeras situações de alergia alimentar, requerem um

cuidado especializado e interdisciplinar. Em Itajaí este acompanhamento é realizado pelo Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CEPICS), cujo encaminhamento e agendamento da primeira consulta deverá ser realizado pela UBS de referência.

### **Programa de Fórmula Infantil Especializada**

O programa faz parte do serviço de nutrição do município, abrangendo desde a atenção básica à atenção especializada, e conta com equipe interdisciplinar. Tem como finalidade a dispensação

de fórmulas infantil especial às crianças com receita ou indicação de uso, em virtude de alergia alimentar ou da impossibilidade de aleitamento materno. Faz parte do programa a orientação nutricional e acompanhamento interdisciplinar adequada à mãe.

## Programa Saúde na Escola (PSE)

É uma estratégia de integração da saúde e educação, para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras, instituído em 2007 com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Em 2013 Itajaí aderiu ao PSE, ao qual inclui as seguintes ações:

- Combate ao mosquito *Aedes Aegypti*;
- Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- Promoção da Cultura de Paz, Cidadania e Direitos Humanos;

- Prevenção das violências e dos acidentes;
- Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- Verificação da situação vacinal;
- Promoção da segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS;
- Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

## Estratégia Amamenta Brasil

A “Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil”, lançada em 2012, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em Itajaí, o “Protocolo Saúde da Criança” prevê que a avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte do calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, assim como de todos os atendimentos da criança. Prevê ainda a realização de oficinas educativas nas Unidades Básicas de Saúde partidas para o desenvolvimento de ações com o objetivo de promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno e alimentação complementar saudável.

## 7.2. VIOLAÇÕES DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

Recapitulando os dados já apresentados no Volume III – que trata do Eixo de Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, em que estão concentrados os dados do Conselho Tutelar<sup>19</sup> – têm-se que tal instituição computou um total de 1.394 denúncias envolvendo crianças e adolescentes das mais diversas situações, as quais somam cerca de 1.987 tipos de violações<sup>20</sup>, dos quais 155 referem-se ao Eixo de Direito de Vida e Saúde (apresentado no Indicador 1), o que corresponde a 7,8% do total dos fatos comunicados.

Destes, os dois principais estão relacionados ao uso de álcool ou drogas – tanto dos pais, responsáveis e pessoas de convívio familiar como da criança ou adolescente – com respectivamente 87 (56,10%) e 23 (14,8%) de citações. A falta de vaga ou ausência de serviços públicos direcionados às crianças ou adolescentes com deficiência é o terceiro principal motivo, com 7,7%, seguida da gravidez na adolescência, com 6,5%.

**Tabela 42 – Principais fatos comunicados relacionados ao direito à vida e saúde**

Fato Comunicado	Quant.	(%)
Uso de álcool ou drogas dos pais ou responsáveis	85	54,8%
Posse ou uso de álcool e/ou drogas pela criança ou adolescente	23	14,8%
Falta de vaga ou ausência de serviços públicos direcionados às crianças ou adolescentes com deficiência	12	7,7%
Gravidez na adolescência	10	6,5%
Necessita de tratamento ou acompanhamento psicossocial	6	3,9%
Falta de medicação	3	1,9%
Automutilação	3	1,9%
Comunicação de morte de criança ou adolescente	3	1,9%
Deixar de frequentar serviço de assistência ou de saúde	2	1,3%
Uso de álcool ou drogas de pessoas que fazem parte do convívio familiar	2	1,3%
Não atendimento ou atendimento inadequado em saúde	1	0,6%
Tentativa de suicídio	1	0,6%
Outros	4	2,6%
<b>Total*</b>	<b>155</b>	<b>-</b>

Fonte: Conselho Tutelar, 2017.

19 Considerando a competência de atuação triplíce Estatal (União, estados e municípios) os dados não serão apresentados por instituição, equipamento ou por base de dados, e sim pela organização da política pública da saúde.

20 Ressalta-se que uma criança ou adolescente pode ter mais de um fato comunicado e, portanto, mais de uma violação de direitos.

### 7.3. CRIANÇA E ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA

---

A promulgação da Constituição Federal no Brasil em 1988 foi um marco na garantia de direitos fundamentais e sociais para todos os cidadãos brasileiros, incluindo no artigo 23 a proteção e a garantia das pessoas com deficiência. Para regulamentar tais ditames constitucionais outros instrumentos normativos têm sido incorporados ao ordenamento jurídico brasileiro, sobre sua integração, inclusão social e acessibilidade (Lei nº 7.853/1989, Decreto nº 3.298/1999, 5.294/2004 e Lei nº 10.098/2000), atendimento prioritário em locais públicos e políticas de educação e serviço de saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 10.048/2000), com destaque as ratificações internacionais sobre o tema (Convenção Interamericana de 1999, e Convenção Internacional em 2006) e ao Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015).

O conceito de pessoa com deficiência vem evoluindo em todo o mundo, principalmente após 1981, declarado pela ONU como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente e aprovação em 1982 do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência. Em 2001 a ONU aprovou a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF), cujos princípios enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, ao invés de valorizar suas incapacidades e limitações. Para fins de conceito, segundo o art. 2º do Estatuto da Pessoa com Deficiência, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Veja-se, que este conceito é amplo, possibilitando a inserção de vários tipos e níveis de deficiência, confirmando a preocupação legal com a sua inclusão na sociedade.

Em termos de dados estatísticos e oficiais sobre a pessoa com deficiência o Brasil e o mundo vêm ainda se organizando. Segundo o Centro Regional de Informação das Nações Unidas (UNRIC), cerca de 10% da população mundial tem algum tipo de deficiência. No Brasil, segundo dados do último Censo (IBGE, 2010) esse número equivale a 23,9% da população brasileira e 7,29% da população do Estado de São Paulo.

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

No Censo Demográfico foi analisada a existência dos tipos de deficiência permanente, de acordo com o seu grau de severidade, conforme Quadro 16.

#### Quadro 16 – Avaliação de deficiência por tipo segundo IBGE

- **Deficiência visual:** se a pessoa tinha dificuldade permanente de enxergar (avaliada com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso de utilizá-los);
- **Deficiência auditiva:** se a pessoa tinha dificuldade permanente de ouvir (avaliada com o uso de aparelho auditivo, no caso de utilizá-lo);
- **Deficiência motora:** se a pessoa tinha dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas (avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar no caso de utilizá-lo);
- **Deficiência intelectual:** se a pessoa tinha alguma deficiência ou dificuldade permanente que evitasse as atividades habituais como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.

Dos dados obtidos, no Quadro 15 são apresentadas as categorias de severidade de investigação de cada deficiência:

#### Quadro 15 – Definições dos graus de deficiência utilizados pelo IBGE na coleta da informação

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

Fonte: IBGE, 2010.

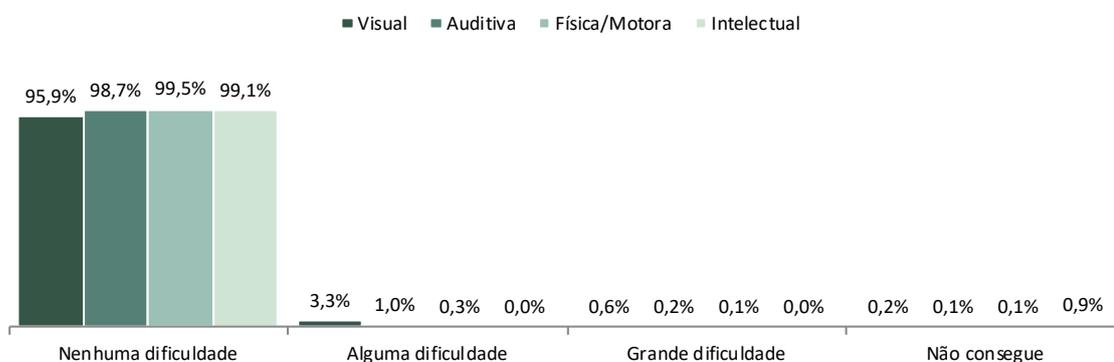
A seguir, conforme definição do IBGE, apresentam-se as deficiências e o grau em que elas acontecem na faixa etária de 0 a 17 anos. A deficiência intelectual é a mais presente na faixa etária, 0,9% das crianças e adolescentes têm alguma deficiência intelectual; seguida da deficiência visual, na qual a cegueira atinge 0,2% (não consegue).

**Tabela 43 – Grau de deficiência de crianças e adolescentes**

Regional	De 0 a 17 anos							
	Visual		Auditiva		Física/Motora		Intelectual	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Nenhuma dificuldade	48.768	95,9%	50.213	98,7%	50.603	99,5%	50.395	99,1%
Alguma dificuldade	1.702	3,3%	522	1,0%	158	0,3%		0,0%
Grande dificuldade	299	0,6%	96	0,2%	45	0,1%		0,0%
Não consegue*	94	0,2%	32	0,1%	57	0,1%	468	0,9%
<b>Itajaí</b>	<b>50.863</b>	<b>100,0%</b>	<b>50.863</b>	<b>100,0%</b>	<b>50.863</b>	<b>100,0%</b>	<b>50.863</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: IBGE (Microdados), 2010.

\*Terminologia utilizada pelo IBGE para categorizar pessoas com deficiência total (cegueira, surdez, etc.).

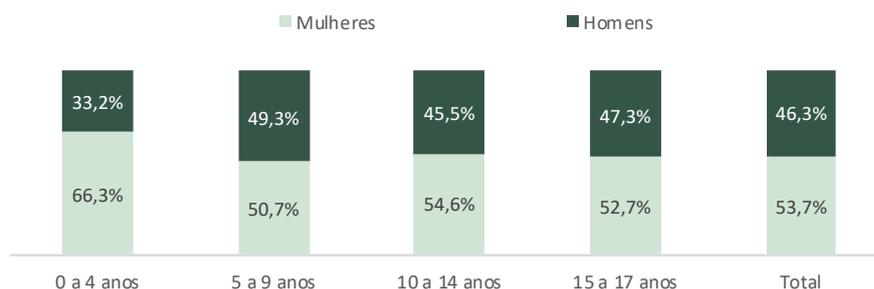


No geral, 53,7% das pessoas de 0 a 17 anos com pelo menos uma deficiência identificada são do sexo feminino. Esse percentual é ainda maior na faixa etária de 0 a 4 anos, 66,3%.

**Tabela 44 – Pessoas com pelos menos uma deficiência declarada por sexo**

Faixa etária	Mulheres		Homens		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
0 a 4 anos	134	66,3%	67	33,2%	202	100,0%
5 a 9 anos	488	50,7%	475	49,3%	963	100,0%
10 a 14 anos	674	54,6%	562	45,5%	1.235	100,0%
15 a 17 anos	437	52,7%	393	47,3%	830	100,0%
<b>Total</b>	<b>1.733</b>	<b>53,7%</b>	<b>1.497</b>	<b>46,3%</b>	<b>3.230</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: IBGE, 2010.

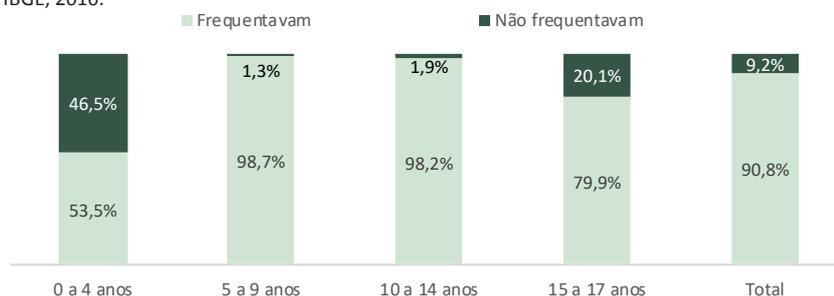


Entre as pessoas de 0 a 17 anos com pelo menos uma deficiência identificada, as faixas etárias que menos frequentam a escola são a de 0 a 4 anos, na qual 46,5% não frequenta e de 15 a 17 anos, 20,1%.

**Tabela 45 – Pessoas com pelos menos uma deficiência declarada que frequentam a escola por faixa etária**

Faixa etária	Frequentavam		Não frequentavam		Total	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
0 a 4 anos	108	53,5%	94	46,5%	202	100,0%
5 a 9 anos	950	98,7%	13	1,3%	963	100,0%
10 a 14 anos	1.213	98,2%	23	1,9%	1.235	100,0%
15 a 17 anos	663	79,9%	167	20,1%	830	100,0%
<b>Total</b>	<b>2.934</b>	<b>90,8%</b>	<b>297</b>	<b>9,2%</b>	<b>3.230</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: IBGE, 2010.



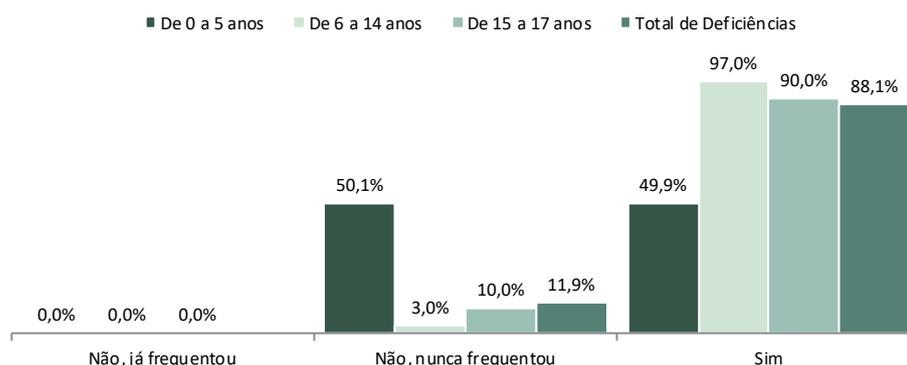
Com o objetivo de verificar a inclusão nas escolas, a tabela a seguir mostra o percentual de crianças e adolescentes por faixa etária que apresentam algum grau de deficiência, em relação a frequência escolar. Tem-se que de 0 a 5 anos é o menor percentual de participação na escola, 50,1%, já de 6 a 14, tem-se 97% frequentando a escola e de 15 a 17 anos, 90%.

**Tabela 46 – Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos com deficiência que frequentavam a escola**

Regional	Deficiência*							
	De 0 a 5 anos		De 6 a 14 anos		De 15 a 17 anos		Total de Deficiências	
	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)	Quant.	(%)
Não, já frequentou	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Não, nunca frequentou	51	50,1%	12	3,0%	14	10,0%	78	11,9%
Sim	51	49,9%	393	97,0%	130	90,0%	573	88,1%
<b>Itajaí</b>	<b>102</b>	<b>100,0%</b>	<b>405</b>	<b>100,0%</b>	<b>144</b>	<b>100,0%</b>	<b>651</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Censo Escolar, 2018 (Preliminar).

\*Deficiência = Auditiva, Visual e Física/Motora classificadas como "Sim, não consegue de modo algum" e Intelectual.



## 7.4. INSTITUIÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

---

A seguir apresenta-se alguns dados quantitativos de crianças e adolescentes atendidos pelas instituições não governamentais com foco em crianças e adolescentes com deficiência. Itajaí tem 10 instituições de atendimentos a crianças e adolescentes com deficiência, a faixa etária com menos procedimentos foi entre 12 e 17 anos com 14,3%. As outras duas faixas etárias de 0 a 5 anos e de 6 a 11 anos tiveram praticamente o mesmo percentual de procedimentos, aproximadamente 28%.

### Quadro 19 – Descrição das instituições não governamentais

#### Adaco/Ofearte

“A Adaco/Ofearte é uma associação que visa o desenvolvimento artístico, cultural e ocupacional da pessoa com necessidades especiais. Dentre seus objetivos destacam-se:

- A oferta de serviço de promoção e garantia de direitos à pessoa com ou sem deficiência, a partir de um espaço que possibilite a expressão artística nas suas linguagens, o alcance do desenvolvimento biopsicossocial e a identificação com a arte como forma de manifestação individual, pessoal e coletiva viabilizando o protagonismo na sociedade através das oficinas nas quatro linguagens da arte.
- Propiciar, através da dança ao usuário, o reconhecimento e a identificação das qualidades individuais do movimento, observando os outros usuários, respeitando as diferenças e o desempenho motor de cada um.
- Promover, através da musicalização, a socialização usuário x usuário e dele com as pessoas que conviver.
- Desenvolver, através da expressão corporal, o facilitamento dos movimentos em sua amplitude, minimizando a dor.

- O desenvolvimento das potencialidades, percepções, reflexão, sensibilidade, imaginação, intuição, curiosidade e flexibilidade através do fazer artístico nas artes visuais.

A realização dos projetos e atividades da Adaco/Ofearte possibilita a inclusão social transformando e emancipando o usuário no momento que ele percebe suas possibilidades reais, em uma sociedade que o considera incapaz. Por isso, configura-se como modelo de instituição inclusiva e com a finalidade de integrar a pessoa com deficiência socializando e oportunizando o relacionamento interpessoal, estimulando a sua autoestima através do fazer artístico, consolidando sua participação como primeiro passo na inclusão prática e não teórica. Desta forma, a promoção e legitimação da pessoa com deficiência passa a ser percebida como um ser potencial, respeitando suas diferenças individuais e suas múltiplas possibilidades de representação pela arte.”

**Público-alvo:** Pessoas com deficiência.

**Tipo de deficiência:** Todos os tipos.

**Projeto:** Oficinas de arte, dança, musicalização e afins.

## Adequo

A Associação de Equoterapia do Vale do Itajaí e Litoral está situada na Zona Rural do município de Itajaí e tem como missão prestar atendimento especializado em equoterapia para pessoas com necessidades especiais e/ou deficiência de diversas regiões do estado, sendo elas crianças, adolescentes, adultos ou idosos. A equoterapia é um método terapêutico educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação, equitação e social, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiências e/ou com necessidades especiais. Este método utiliza-se do movimento do cavalo como um recurso cinesioterapêutico, pois a marcha do cavalo a quatro tempos gera ajustes contínuos do corpo do cavaleiro constituindo uma estimulação sensório-motora com facilitação proprioceptiva e neuromuscular. O movimento do cavalo desloca o centro de gravidade nos planos sagital, transversal e frontal provocando oscilações no centro de gravidade do cavaleiro estimulando reflexos posturais resultando em treinamento de equilíbrio e coordenação ao induzir reações. O praticante é desafiado durante toda sessão, o qual responde com reações posturais automáticas e antecipatórias, reações de equilíbrio, melhora da contração e estabilidade articular. Por meio desse método terapêutico há estímulos constantes de sistema vestibular, somatossensorial e visual, aumentando a consciência do praticante referente à sua base de apoio, alinhamento do corpo e centro de gravidade. A criança aprende a produzir movimentos compensatórios que reduzem o deslocamento do seu centro de gravidade ou consegue mantê-lo com maior eficiência. Sendo

assim essa prática gera neuroplasticidades podendo levar à modificação e reorganização do Sistema Nervoso Central. O contato com o cavalo permite a vivência de diversas experiências sensoriais. A comunicação entre a pessoa e o cavalo é, antes de tudo, uma comunicação sensório-motora e tônico-emocional, o que ajuda a construir experiências corporais contentoras e a melhorar a consciência do seu próprio corpo e, assim, a consolidação do Eu. A Adequo utiliza-se de uma conduta interdisciplinar, da qual fazem parte as áreas da saúde, educação e equitação e conta com uma médica pediatra responsável técnica, uma instrutora de equitação coordenadora da equipe, três psicólogos, um fisioterapeuta e uma farmacêutica compondo seu quadro de terapeutas, capacitados para função pela Associação Nacional de Equoterapia ANDE-Brasil. Conta ainda com três auxiliares guias que conduzem os cavalos, um tratador para os animais, uma auxiliar administrativa, além de corpo diretor e conselho fiscal. Possui em seu plantel sete cavalos, sendo cinco aptos à função e dois em treinamento. Vale salientar ainda que o corpo técnico de profissionais está realizando junto à ANDE – Brasil e a Universidade de Brasília – UNB curso de pós-graduação em Equoterapia a ser finalizado no ano de 2018, sempre com intuito de fomentar os achados científicos na área e assim promover melhores práticas baseadas em evidências, colocando o estado de Santa Catarina no cenário nacional e internacional de pesquisas e publicações científicas no âmbito da equoterapia.

**Público-alvo:** Pessoas com deficiência.

**Tipo de deficiência:** Deficiência física, motora e intelectual.

**Projeto:** Equoterapia.

## AFH – Hanseníase

“A AFH é uma associação civil sem fins lucrativos, com sede administrativa na cidade de Curitiba e com regionais nas cidades de Itajaí – SC e Guarapuava – PR, com a missão de prestar atendimento às famílias que possuem em sua constituição pessoas acometidas por patologias graves e/ou degenerativas, com sequelas neurológicas e/ou motoras, desprotegidas da rede de atendimento do seu município no que se refere a programas de transferência de baixa renda, como forma de garantir o acesso à alimentação, bem como criar possibilidades para sua emancipação, cidadania, autoestima e alternativa de geração de renda, além de oferecer um espaço de reflexão, incentivo e apoio psicossocial e o suporte necessário para a organização do núcleo familiar. São oferecidos pela instituição cursos profissionalizantes como corte e costura, pintura em tecido, informática, manicure, artesanato sustentável, dança e grupo de convivência para idosos. Dentre seus principais objetivos estão:

- Atendimento às necessidades fundamentais, através de cestas básicas, fraldas, leite, cereais às famílias de baixa renda, principalmente aos portadores de hanseníase, câncer, HIV, como também assistência aos pacientes vitimados por sequelas neurológicas, psicológicas e/ou motoras;
- Desenvolver programas de autoajuda, culturais, recreativos, desportivos e informativos, visando o resgate de autoestima

para proporcionar a inclusão ao meio social, através do fortalecimento da pessoa e sua rede de relacionamentos, construindo uma consciência refletiva empregada de autonomia e potencial;

- Reinserção ao mercado de trabalho e geração de renda alternativa, através de cursos e oficinas desenvolvidos dentro da própria associação;
- Atendimento psicossocial desenvolvido através de ações ou serviços oferecidos individualmente e em grupo, incluindo toda a família. Trabalhar preventivamente a promoção da saúde mental e do bem-estar, emocional e social, com uma atuação mais próxima, acolhedora e compreensiva, promovendo a escuta e o acolhimento na associação;
- Atendimento odontológico gratuito às famílias cadastradas na associação;
- Assessoria jurídica às famílias atendidas;
- Atividades exclusivas ao idoso através de grupo de convivência.”

**Público-alvo:** Famílias em situação de vulnerabilidade social e com membros portadores ou com sequela de doenças como hanseníase, tuberculose, câncer e HIV.

**Tipo de deficiência:** Deficiência física ou motora.

**Projeto:** Curso de informática básica e oficina de dança.

## Amor para Down

“É uma Organização da Sociedade Civil (OSC) composta por pais de pessoas com Síndrome de Down (SD), que informalmente começaram a reunir-se para trocar experiências e unir outros pais à causa, e posteriormente passou a prestar atendimento às crianças com Síndrome de Down. Tem como missão promover a assistência, integração e desenvolvimento dentro dos aspectos afetivo, social e cognitivo das pessoas com Síndrome de Down e suporte a suas famílias, oferecendo atendimento especializado, criando ações para a sua independência, autonomia e inclusão na sociedade, e defendendo seus direitos em todas as etapas de suas vidas. Alguns de seus principais objetivos são:

- Desenvolver programas de atenção, apoio e participação social integral de pessoas com SD em seus diversos contextos, desde a família,

o ensino regular e o mundo do trabalho, bem como oferecer atendimentos especializados para a qualidade de vida e a ampliação de suas capacidades;

- Prestar atendimentos nas áreas de Pedagogia, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Assistência Social e Psiquiatria. Também mantemos grupos de desenvolvimento pessoal para nossos adolescentes e adultos e grupos de acolhimento aos familiares.”

**Público-alvo:** Pessoas com Síndrome de Down.

**Tipo de deficiência:** Deficiência intelectual (Síndrome de Down).

**Projeto:** Atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, pedagogia e psicologia.

## APAE

“A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE é uma 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 à administração pública e às entidades privadas, sendo vedada qualquer forma de vinculação que comprometa a filosofia e os objetivos do movimento.”

**Público-alvo:** “A APAE 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.”

**Tipo de deficiência:** Pessoas com deficiência intelectual associada ou não a outras deficiências e seus familiares.

**Projeto:** Deficiência intelectual.

## **CER II – Centro Especializado em Reabilitação Física (Univali)**

O CER II, localizado no campus da Univali em Itajaí, oferta serviços de tratamento de saúde, estímulo, orientação de cuidados e inserção social a pessoas com deficiência. Possui equipe multidisciplinar com assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico neurologista, nutricionista, pedagogo, psicólogo, e terapeuta ocupacional vinculados aos cursos e à Escola de Ciências da Saúde da universidade. Seu objetivo é assistir às pessoas com deficiência na integralidade de atenção à saúde a fim de desenvolver o seu potencial físico, psicossocial, profissional e educacional. O serviço de reabilitação/habilitação intelectual e Transtornos do Espectro Autista (TEA) tem como responsabilidade garantir linhas de cuidado em saúde nas quais sejam desenvolvidas

ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade. Nas deficiências intelectuais a assistência ocorre somente nos TEA em crianças com idade até 12 anos (TEA) e na deficiência física não tem limite (compactuado com grupo condutor e regulado pelo CIR. 2014). Nas deficiências físicas assistem toda faixa e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, paralisia cerebral, mielomenigecele, acidente vascular cerebral, TRM, TCE, amputados, entre outras patologias que levam algum tipo de deficiência física.

**Público-alvo:** Pessoas com deficiência.

**Tipo de deficiência:** Deficiência física ou motora e intelectual.

**Projeto:** Fisioterapia/Psicologia.

## **Centro de Intervenção e Estimulação Precoce Vovó Biquinha**

O CIEP Vovó Biquinha, fundado na década de 80, é uma instituição sem fins lucrativos, reconhecida como a primeira escola de educação infantil inclusiva de SC, e que busca oferecer para todas as crianças, principalmente crianças com deficiência e em situação de vulnerabilidade, um espaço em que possam ter assegurados os seus direitos fundamentais. Tem como missão promover a inclusão buscando o desenvolvimento integral da criança de 0 a 6 anos envolvendo a família e a sociedade como agentes neste processo. Portanto, realiza atendimento educacional, social, nutricional, psicopedagógico; estudo e pesquisa

para a clientela de alto-risco e necessidades educacionais especiais; capacitação de recursos humanos através de cursos e treinamentos para professores e campo de estágio; grupo de pais para troca de experiência e orientações específicas. A equipe multiprofissional da instituição é composta por: orientação educacional e pedagógica, fisioterapia e fonoaudiologia.

**Público-alvo:** Crianças de 0 a 6 anos, principalmente as que possuem deficiência e estão em situação de vulnerabilidade.

**Tipo de deficiência:** Todos os tipos.

**Projeto:** Estimulação Precoce – Programa “Uma conversa salva uma vida.”

## **Pássaros de Luz**

“O Centro de Pesquisa e Desenvolvimento de Educação Conduativa Pássaros de Luz, é uma entidade de direito privado reconhecida como de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, considerada apta para a realização de atividades educacionais segundo o Parecer nº 013/2015 emitido pelo Conselho Municipal de Educação – COMED.

Atua desde 2006 para a promoção da inclusão social e dos direitos das pessoas com deficiência, tendo como objeto social, o atendimento especializado chamado Educação Conduativa, dedicado às pessoas com sequelas de lesão cerebral e alterações neuromotoras, contribuindo ao máximo para o desenvolvimento destas pessoas, respeitando suas características, necessidades e interesses, oferecendo alternativas de maior autonomia e inclusão familiar, escolar e social.

A instituição trabalha com a proposta da Educação Conduativa, sendo um método único de reabilitação com visão educacional. Sua missão é a de implantar, difundir e desenvolver a Educação Conduativa sendo referência no atendimento especializado às pessoas com sequelas neuromotoras de lesão cerebral e seus familiares, visando à garantia de seus direitos e buscando qualificação constante dos profissionais e o envolvimento da comunidade.”

**Público-alvo:** Pessoas com deficiência, com sequelas de lesão cerebral e alterações neuromotoras.

**Tipo de deficiência:** Deficiência física ou motora.

**Projeto:** Educação Conduativa.

## **ADVIR – Associação de Deficientes Visuais de Itajaí e Região**

É uma entidade sem fins lucrativos que proporciona a inclusão social dos deficientes visuais de Itajaí e região, por meio de atividade de ensino especial, cultural, paradesportiva e previdenciária. Tem como objetivo promover atividades para crianças e adolescentes com deficiência visual, regularmente matriculados na Rede Municipal de Ensino, favorecendo a sua reabilitação física, seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e social,

conduzindo a conquista de sua autonomia e independência por meio de metodologias alternativas visando melhorias na sua qualidade de vida.

**Público-alvo:** Crianças e adolescentes de 0 a 17 anos, cegas ou com baixa visão e/ou deficiência múltipla.

**Tipo de deficiência:** Deficiência visual.

**Projeto:** Reabilitação Visual – Apreendendo e Reaprendendo.

## **AMA – Associação de Amigos do Autista de Itajaí**

É uma associação sem fins lucrativos que objetiva contribuir para o desenvolvimento pessoal, emocional e social, para a autonomia e para a reabilitação das crianças e jovens com Perturbação do Espectro Autista (PEA) da região do Vale do Itajaí, através: da promoção de serviços de caráter multidisciplinar que lhes permitam a obtenção de uma melhor qualidade de vida; da defesa dos seus direitos com intuito de tornar a sociedade mais consciente acerca da necessidade de existir uma

solidariedade inclusiva e o respeito pela diferença; da promoção de apoios e de instrumentos aos familiares e amigos das pessoas com PEA de modo a permitir-lhes compreender e lidar melhor com a especificidade da problemática do autismo; e da realização de eventos junto à comunidade que contribuem para aumentar o conhecimento dos cidadãos sobre a PEA.

**Público-alvo:** Sem informação.

**Tipo de deficiência:** Autismo.

**Projeto:** Sem informação.

Duas destas instituições têm demanda reprimida de atendimento, são elas: a APAE com 130 crianças e adolescentes na fila para atendimento de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, pedagogia ou psicologia, e o Centro de Educação Conduativa Pássaros de luz com 12 crianças e adolescentes na fila para atendimento para Educação Conduativa<sup>21</sup>.

**Tabela 47 – Total de procedimentos por faixa etária**

Faixa etária	Quant.	(%)	
De 0 a 5 anos	218	27,8%	
De 6 a 11 anos	233	29,7%	
De 12 a 17 anos	112	14,3%	
Não informado	222	28,3%	
<b>Itajaí</b>	<b>785</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: Intituições não governamentais, 2017.

Segundo os dados fornecidos pelas instituições, os bairros com o maior número de crianças e adolescentes atendidos são da: Vila Operária, Espinheiros, Cidade Nova, São João, São Judas, Cordeiros, São Vicente, Fazenda, Centro e Dom Bosco.

21 Não foram considerados os dados da AMA, pois ela iniciou os atendimentos em Itajaí no ano de 2018

## 8. PESQUISA DE PERCEPÇÃO EM PROFUNDIDADE

Utilizou-se como metodologia de pesquisa o critério de investigação qualitativo, cuja amostragem em relação ao número de grupos ou de entrevistados não é o foco principal, em virtude do cunho essencialmente valorativo desta abordagem, que se preocupa em estudar e compreender de modo subjetivo as particularidades e experiências individuais que traçam a visão de mundo dos entrevistados em relação aos pontos pesquisados.

A justificativa da escolha desta metodologia fundamenta-se no objetivo proposto por este diagnóstico, o de conhecer a realidade da criança, do adolescente e das políticas públicas a eles direcionadas no município, todavia sem limitar-se aos números e dados quantitativos e nem contrapor-se a eles, mas como forma de complementar e enriquecer este estudo, uma vez que este método permite ao pesquisador adentrar no mundo vivido pelos sujeitos, para que a partir de seus discursos possa compreender os sentimentos, valores, ideologias e motivações que o permeiam (MINAYO, 2004).

Assim, para o Eixo de Vida e Saúde optou-se por aprofundar-se na temática de saúde mental, com objetivo de investigar quais os principais desafios, dificuldades e fragilidades enfrentados pelo Sistema de Garantia de Direitos, em que foram convidados alguns membros que compõem o corpo técnico da rede de atendimento para uma roda de conversa.

### 8.1. A PERCEPÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO

---

Participaram da roda de conversa profissionais dos seguintes serviços: Centro de Referência Especializado de Assistência Social, da Secretaria Municipal de Educação, Unidade Básica de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil, Saúde da Criança. Foram convidados Conselho Tutelar e Centro de Referência de Assistência Social, mas não compareceram.

Neste momento não foi possível traçar um perfil das crianças e adolescentes que utilizam o serviço de saúde mental do município. Apesar de ter sido tentado, os profissionais falaram de forma genérica os principais motivos de atendimento, como: déficit de atenção, dificuldade de aprendizagem, transtornos comportamentais, entre outros. Quando perguntado sobre as taxas de violências autoprovocadas, ou seja, tanto tentativa de suicídio como óbitos por suicídio, falaram que há notificação, mas para ciência e busca ativa, não relataram intervenções feitas nestes casos. Quanto a esses números também não sabem especificar o quanto e se há crescimento de notificações ou não.

Um dos NASF-AB tem como objetivo levantar alguns indicadores de saúde mental de seu território, entre eles haverá indicadores relacionados a criança e adolescente. Estes indicadores seriam fundamentais para todo o município. Os indicadores levantados serão: violência autoprovocada, transtorno mental comum, dificuldade de aprendizagem, uso de medicamento para saúde mental, transtorno mental infantil e adulto.

Mesmo assim, os diferentes serviços realizam atividades referentes a saúde mental para crianças e adolescentes, por exemplo, grupo de adolescentes em parceria com escola e com UBS e NASF. Mas relatam que há mais facilidades em realizar atendimentos para os adultos. No momento não há muita adesão dos adolescentes ao grupo, mas tentarão modificar a estratégia para melhorar a participação deste público, pois alguns adolescentes que participaram apresentaram melhora dos problemas apresentados. Também, fica evidente que onde não tem NASF-AB as atividades relacionadas à prevenção ou atendimento em saúde mental, não existe ou são bem limitadas. Além disso, as ações ainda são muito médico-centradas, dificultando ou minimizando as ações de outras categorias.

No CREAS não há um trabalho específico de prevenção em saúde mental, pois o foco deste é atender pessoas com direito violado, mesmo assim, realizam atividades com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, que contribui para a saúde mental destes, como oficinas de cultura.

CREAS iniciou um trabalho de prevenção de violência com os professores, mas que não avançou. Houve tentativa pontual de uma escola sobre prevenção de abuso sexual, mas queriam falar com os professores, e também não houve avanço. Existe um fluxo de atendimento a crianças e adolescentes, mas não sabem se foi validado. No CREAS, a demanda reprimida pode levar quase um ano para iniciar seu atendimento.

Eles referem que o CRAS deve fazer algo referente a saúde mental no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo, e que este é um serviço terceirizado do município.

Na educação cerca de 30% dos alunos de uma escola que havia representante na reunião conseguem ter acesso a algum esporte no contraturno: patinação, handebol, futebol, remo, e estes apresentam melhor comportamento quando comparado aos alunos que continuam em atividade no contraturno, mas que têm acesso somente a atividades acadêmicas, semelhantes a que eles já participam em sua rotina.

A escola exemplificada trabalha com a prevenção em saúde mental, além das parcerias para o acesso ao esporte, com palestras, fortalecimento das relações, prevenção do uso de drogas. Mas percebem que há necessidade de que seja realizado um trabalho efetivo com os professores sobre saúde mental na infância e adolescência, “para que não queiram ou achem que toda criança precisa de um neuropediatra.” Como já houve muita queixa de uma determinada

escola, teve uma profissional do CREAS que realizou trabalho de terapia comunitária na escola, mas foi algo pontual de iniciativa desta profissional, não tendo continuidade.

O CAPSi atende demanda tanto encaminhada quanto espontânea, principais queixas são: uso ou abuso de álcool e outras drogas, déficit de atenção com algum outro comprometimento, problemas comportamentais, dificuldade com habilidades sociais. Além do CAPSi o município também oferece serviço de atendimento em psicologia infantil, que atende somente usuários referenciados, mas pelo relato não existe um trabalho em conjunto, sendo basicamente referência e contrarreferência, não há demanda reprimida no território exemplificado.

Reuniões intersetoriais são motivadas pela necessidade de discussão de casos, não há uma rotina de encontros para discussão e construção de fluxos que possam melhorar a comunicação da rede de atenção à criança e ao adolescente.

Matriciamento é uma importante ferramenta de educação permanente, e ocorre neste município há muitos anos, mas mesmo sendo um indicador do Ministério da Saúde não ocorre em todos os locais. Inicialmente o matriciamento teve como objetivo a melhora da comunicação entre profissionais. Os pontos positivos levantados foram: melhora da transferência de cuidado, melhora da comunicação, ampliação das possibilidades de ação, construção do PTS, melhora da qualidade de relatórios, melhora da resolutividade da ESF, melhor vinculação do usuário do Serviço de Referência com a Atenção Primária. Isso tanto dos matriciamentos realizados pelo CAPSi como pelo NASF-AB. Pontos a melhorar: maior responsabilidade de todos os envolvidos, ou seja, dos Serviços de Referência como da Atenção Primária em Saúde. A queixa principal foi de que deveria ser feito em todo território, inclusive pelos pólos de psicologia infantil. Mas para que isso seja possível, é necessário melhorar a comunicação entre os pontos de atenção, ter transporte disponível e mais profissionais para que seja possível dar conta de todo território.

Também foi enfatizado que uma das dificuldades para realização do atendimento de crianças e adolescentes é a falta de material. Pois além de material gráfico também são necessário jogos, brinquedos, bonecos. Os profissionais presentes pontuam que seria fundamental que o CAPSi sempre informassem à APS que estão dando alta para a criança e adolescente, pois muitas vezes eles nem sabem que estes usuários estavam em atendimento no Serviço de Referência.

Foi informado que a rede de atendimento do município conta com serviço chamado PAMI – Programa de Avaliação Municipal Infantil e é um acesso a mais, porém, não há um fluxo definido e de conhecimento de todos, e por isso sabem que há crianças que são atendidas neste serviço e em outros locais, muitas vezes pelo mesmo motivo. É fundamental que seja feito um fluxo de acesso para otimizar o acesso a este serviço.

Ao serem questionados sobre o relacionamento das unidades com Conselho Tutelar,

primeiramente informam que há necessidade de dois conselhos, mas atualmente só tem um. Mesmo o Conselho Tutelar do município sendo considerado modelo para todo o Brasil, muitas vezes a atuação deles dificulta a relação dos profissionais das unidades com os moradores do território, porque contribuem para quebra do vínculo, pois acabam quebrando o sigilo da informação e os profissionais se sentem inseguros em realizarem as denúncias. Em relação ao plano de educação permanente, que poderia melhorar a capacidade de toda a rede para atender crianças e adolescentes, no momento não tem ninguém responsável, referem que há muita descontinuidade. Lembram do Percurso Formativo em 2015 em Recife em que as pessoas puderam vivenciar uma formação de qualidade, mas que não conseguem perceber se todos os participantes estão utilizando seu conhecimento para a melhora do atendimento a população em geral.

Informaram que o município propiciou a Formação em Terapia Comunitária para 100 profissionais e que cerca de 60 devem ter concluído, e ressaltam a importância de que essa abordagem seja utilizada por todos os profissionais formados, pois percebem que onde é utilizado há bons resultados. Conclusão: é uma rede potente, porém, há muita fragilidade principalmente na articulação e comunicação entre os profissionais dos diferentes pontos de atenção. Fica claro que as iniciativas de sucesso acabam não refletindo no processo de trabalho daquele serviço, ficando sempre o foco no profissional que realizou a ação que por ora, seria interessante ser avaliado se o que foi feito não poderia ser institucionalizado.

Apresentam grande satisfação com as equipes de NASF-AB, percebem a ampliação das possibilidades de atendimento, bem como encaminhamentos mais assertivos, desta forma é aumentada a resolubilidade das Equipes de ESF.

## PARTE IV

### 9. ANÁLISES CONCLUSIVAS

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 olhar sobre a taxa de ocorrências de violação ao direito à vida e à saúde nas crianças e adolescentes do município foi de 3,1 a cada mil habitantes de 0 a 17 anos e a região do Imaruí foi a que apresentou a maior taxa (9,0) (Tabela 2). Considerando que a sociedade tem o dever de assegurar a todas as crianças e adolescentes, direito a uma vida saudável, este indicador mesmo que expresso em números pequenos evidencia a violação deste direito.

Itajaí apresenta taxa bruta de natalidade de 19,6 nascimentos por mil habitantes com variação de 9,0 em Limoeiro e 53,2 em Espinheiros II. O perfil dos nascimentos mostra predomínio de mães brancas, com idade entre 12 e 45 anos (média de 27 anos), com companheiro, maioria com oito anos e mais de escolaridade, pouco mais da metade com trabalho remunerado, grande parte com pré-natal suficiente, múltiparas, sem histórico de perdas fetais ou abortos em sua maioria, assim como peso ao nascer e duração da gestação adequados. As anomalias congênitas somaram 26 e o tipo mais frequente foram as anomalias osteomusculares como pé torto e polidactilia. Devido à importância epidemiológica, 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 18 anos) representaram 7,6% dos nascimentos e mostram maior vulnerabilidade quando comparado a mães com 19 anos e mais. As vulnerabilidades evidenciadas foram: situação conjugal (44,5% solteiras), pouca escolaridade, economicamente

dependentes (91,1% donas de casa ou estudantes), maior percentual de pré-natal inadequado, recém-nascidos com baixo peso, Apgar menor de 7 no primeiro e no quinto minutos, e maior percentual de anomalias/malformações congênitas. Chama atenção a diferença no tipo de parto que nas mães adolescentes predomina o vaginal com 69,5% e nas com 19 a 34 anos parto vaginal representa 47,9%, e em menor percentual (36,6%) nas mães com 35 anos e mais. Quanto à prematuridade não há diferença entre os três grupos.

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. No período avaliado, Itajaí apresentou o seu menor coeficiente de mortalidade infantil (7,5/1000NV) com decréscimo maior no componente neonatal precoce. A mortalidade neonatal está relacionada a fatores endógenos e biológicos na gestação e no parto, bem como à qualidade da assistência ofertada no pré-natal, parto e puerpério. 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.

Entre os menores de um ano de idade, as causas de morte compreendem: afecções perinatais (19), malformações congênitas (4), doenças infecciosas (2), demais causas (2). Conhecer a causa do óbito infantil é importante para orientar as intervenções para a sua prevenção. As regiões com maiores TMI foram: São João/ Barra do Rio (32,1), Murta (29,4) e Cordeiros II (26,6). A 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.

Com a taxa de mortalidade na infância em 7,5 por mil nascidos vivos (2017), o município de Itajaí 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. Santa Catarina é o estado com a menor TMI desde 2003.

Na faixa etária de 1 a 17 anos ocorreram 17 mortes, com destaque para as causas externas (47% das mortes), 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.

Os dados relativos à saúde da criança e do adolescente do município mostram que em 2017 foram notificados no SINAN 21 casos de sífilis congênita, 13 casos de sífilis adquirida e 10 gestantes adolescentes com sífilis, o que mostra a falta de políticas públicas efetivas sobre prevenção no âmbito da sexualidade que contribuiu para elevação de IST nesta população. 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.

A violência é outro agravo com destaque no SINAN. Foram notificados 513 casos de violência, sendo a negligência/abandono o principal grupo atingindo principalmente as crianças menores de 5 anos, que também é a faixa etária mais suscetível às intoxicações exógenas. No que se refere às políticas públicas, destaca-se a necessidade de se trabalhar com as famílias - sobretudo aquelas que estão em situação de vulnerabilidade, buscando promover uma escuta qualificada, vinculando e compartilhando os problemas e alternativas para intervir nas causas geradoras dos maus-tratos, negligência e todo tipo de violências.

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 pneumonia em crianças menores de cinco anos (223 casos/ dados não apresentados) 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 Itajaí 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 percepção da rede de atendimento, ressalta-se o sentimento de que na rede de assistência à saúde há lacunas sobre o entendimento da problemática que envolve o adolescente, o que reflete na qualidade da assistência ofertada. Conforme se constatou nas rodas de conversa, o desenvolvimento de ações e programas voltados à população jovem requer um olhar diferenciado à dimensão social e coletiva que envolve o cotidiano dos adolescentes. As dificuldades encontradas estão relacionadas à capacitação de profissionais, infraestrutura física, recursos humanos, número de atendimentos, material didático, exames e consultas especializadas, médicos e a falta de intersectorialidade. Segundo a política nacional o cuidado

neste ciclo de vida parte de um acolhimento com uma abordagem diferenciada, sem juízo de valor, em espaços humanizados, de responsabilização e formação de vínculos que permitam incluir os adolescentes como sujeitos de direitos que necessitam de atenção, com fluxos de atendimento instituídos e reconhecidos para o manejo das ações em saúde ofertadas para essa população. O objetivo principal é garantir o acesso dessa população às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde.

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.

## 10. 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 vida e à saúde.

- Georreferenciamento da população de crianças e adolescentes no território, para o adequado planejamento de ações, a partir das necessidades específicas;
- Promoção de saúde nos territórios, articulando e potencializando os diversos espaços e equipamentos comunitários, especialmente a escola;
- Articulação de canais junto à população adolescente que facilitem a sua expressão e o reconhecimento de suas potencialidades por meio de atividades artísticas, esportivas e culturais. Desenvolver ações de incentivo ao voluntariado para o desenvolvimento destas ações;
- Articulação de parcerias para promoção, junto às famílias, de atividades de educação e saúde relacionadas ao crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, à alimentação e hábitos de vida saudáveis, à saúde sexual e reprodutiva, à prevenção de violências e acidentes, à promoção da cultura de paz, à redução do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Desenvolver ações que busquem a participação das crianças e adolescentes na vida social e comunitária do município, nas quais os próprios adolescentes tenham sua visão contemplada;
- Otimização do Fluxo da Rede de Atendimento às Crianças e Adolescentes vítimas de violência doméstica e outras violências;
- Qualificação da rede de proteção para acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violências;
- Qualificação da rede de proteção para identificação de sinais, acolhimento e encaminhamento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual;
- Propor políticas intersetoriais de prevenção à violência em geral, especialmente à letalidade de adolescentes por causas externas;
- Expandir as ações preventivas (álcool, drogas e sexualidade) no âmbito da infância e adolescência, através do desenvolvimento de projetos mais contínuos, em diferentes espaços, especialmente: CRAS, CREAS, entidades não governamentais, escolas e UBS, envolvendo crianças, adolescentes e pais;

- Priorizar trabalhos preventivos no âmbito da sexualidade, incluindo a divulgação das ISTs de forma ampla;
- Implementar ações educativas sobre sexualidade, métodos contraceptivos e de prevenção aos riscos associados às infecções sexualmente transmissíveis para adolescentes e jovens;
- Ampliar os atendimentos em saúde para a infância e adolescência, especialmente atendimentos especializados e exames;
- Identificação e busca ativa de adolescentes grávidas no território, acolhendo-as e realizando atendimento pré-natal considerando as especificidades e necessidades deste grupo etário, envolvendo os parceiros e os familiares no atendimento;
- Articulação para o desenvolvimento de ambientes protetores às adolescentes grávidas, mães e pais adolescentes, na garantia da sua permanência na escola, do acesso à profissionalização e ao primeiro emprego e do fortalecimento dos laços familiares;
- Ampliar os cuidados durante o pré-natal, especialmente para evitar doenças congênitas como a sífilis;
- Ampliar as equipes de NASF-AB;
- Informar os equipamentos públicos sobre normativas que garantam ao adolescente o atendimento em saúde, independentemente do acompanhamento dos seus pais;
- Ampliar os serviços de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes, especialmente atendimentos individualizados;
- Divulgar melhor os serviços ofertados pelas redes de atendimento para pessoas com deficiência;
- Propor a inclusão da educação em Saúde Alimentar e Nutricional (SAN) como parte da matriz curricular nas escolas e nos ambientes socioeducativos;
- Fomentar a realização e publicação de estudos que identifiquem o perfil epidemiológico do município;
- Secretaria da Educação melhorar a formação, conscientização e sensibilização dos professores em relação aos alunos, para que o aluno que apresenta alguma dificuldade não seja excluído da sala;
- Ampliar reforço escolar para os alunos do 6º ao 9º ano também, visto que dificuldades escolares refletem na autoestima, no comportamento, no social e no emocional dos alunos;
- Unidade de Saúde informar às escolas as ações que são oferecidas para as crianças,

pois dependendo da queixa, além do médico, a Unidade oferece outras possibilidades, por exemplo o Grupo de Avaliação de Desenvolvimento Infantil;

- Determinar como as Unidades de Saúde podem contribuir na orientação dos pais e responsáveis de crianças e adolescentes, na educação emocional e psicossocial de seus filhos;
- Notificação da tentativa de suicídio de crianças e adolescentes, além da ciência e busca ativa importante realizar alguma intervenção para prevenção;
- Melhorar a articulação da rede para que experiências exitosas possam ser avaliadas e serem instituídas como processo de trabalho;
- Saúde mental é muito mais que atender automutilação e ideação suicida; prevenção e promoção da saúde mental é fundamental, acesso ao esporte, cultura e lazer;
- Ampliar a cobertura de NASF-AB para que sejam potencializadas as ações das Equipes de Saúde da Família;
- Equipe do CAPSi, importante que além de material para atender também possam ter a equipe adequada para o número de atendimentos realizados, e possam ampliar o número de matriciamentos no município;
- Adequação dos territórios das ESFs para que possam também realizar ações de prevenção. Uma das ações fundamentais para a prevenção de casos em saúde mental, é a realização de consultas de puericultura de qualidade;
- Criação e validação de fluxos intersetoriais, implementação de protocolos, para que cada um não trabalhe de uma forma;
- Maximizar quantidade e qualidade dos matriciamentos, visto que é responsabilidade tanto do matriciador quanto da equipe matriciada, melhorando a comunicação e potencializando as ações da rede de atendimento e conseqüentemente de quem é atendido;
- Fundamental a Saúde Mental fazer parte da rede informatizada do município com um dos objetivos de integrar melhor a rede;
- Além de recursos humanos é importante haver espaço físico e materiais para o atendimento de crianças e adolescentes;
- Sempre que possível, mesmo com a mudança de gestão, se algo teve aprovação e respaldo técnico, que seja dado continuidade para que os resultados reflitam na qualidade de vida da população e na motivação dos profissionais.

## 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração desta pesquisa social no município de Itajaí, 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 expostos 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 pais ou responsáveis e 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 Itajaí – 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 Itajaí 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 da Realidade Social da Infância e Adolescência do Município de Itajaí, 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.

## 12. GLOSSÁRIO DE TERMINOLOGIAS

Este glossário define as terminologias frequentemente utilizadas neste volume do Diagnóstico Social, compreendendo definição de termos estatísticos, bem como de atores, equipamentos e de programas relacionados ao eixo de direito à vida e à saúde.

**Cadastro Único ou CadÚnico** – O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. Nele são registradas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras.

**Censo demográfico do IBGE** – É a principal fonte de dados sobre a situação de vida da população nos municípios e localidades. São coletadas informações para a definição de políticas públicas em nível nacional, estadual e municipal. Os resultados do Censo também ajudam a iniciativa privada a tomar decisões sobre investimentos. Além disso, a partir deles, é possível acompanhar o crescimento, a distribuição geográfica e a evolução de outras características da população ao longo do tempo.

**Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)** – É um equipamento público, normalmente localizado em regiões com maior vulnerabilidade social, em que são prestados os serviços de proteção básica da Assistência Social, como o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Neste espaço os cidadãos também são orientados sobre os benefícios assistenciais e podem ser inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

**Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)** – É uma unidade pública da política da proteção especial da Assistência Social, onde são orientadas, encaminhadas e atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Nestas unidades são ofertados o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); o serviço de cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, e outros serviços como a Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias, orientação jurídica, medidas de apoio à família, apoio no acesso à documentação pessoal e estímulo da mobilização comunitária.

**Conselho Tutelar (CT)** – É um órgão permanente e autônomo, eleito pela sociedade para zelar pelos direitos das crianças e dos adolescentes. Os conselheiros acompanham os menores em situação de risco e decidem em conjunto sobre qual medida de proteção para cada caso. O exercício efetivo da função de conselheiro constitui serviço público relevante e quem o pratica deve ser pessoa idônea, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

**Domicílio** – De acordo com o IBGE é um local estruturalmente separado e independente, que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal. Os critérios essenciais desta definição são os de separação e independência. Entende-se por separação o local de habitação limitado por paredes, muros ou cercas, coberto por um teto, permitindo a uma ou mais pessoas que nele habitam isolar-se das demais, com a finalidade de dormir, preparar e/ou consumir seus alimentos e proteger-se do meio ambiente, arcando, total ou parcialmente, com suas despesas de alimentação ou moradia. Por independência se entende quando o local de habitação tem acesso direto, permitindo a seus moradores entrar e sair sem necessidade de passar por locais de moradia de outras pessoas. Só caracteriza-se corretamente domicílio quando forem atendidos simultaneamente os critérios de separação e independência.

**Microdados do IBGE** – Consistem no menor nível de desagregação dos dados de uma pesquisa, retratando, sob a forma de códigos numéricos, o conteúdo dos questionários, preservado o sigilo das informações. Os microdados possibilitam aos usuários, com conhecimento de linguagens de programação ou softwares de cálculo, criar suas próprias tabelas. Os arquivos de microdados são acompanhados de uma documentação que fornece os nomes e os respectivos códigos das variáveis e suas categorias, a metodologia da pesquisa, e o instrumento de coleta.

**Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI)** – É um serviço voltado para famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Oferece apoio, orientação e acompanhamento para a superação dessas situações por meio da promoção de direitos, da preservação e do fortalecimento das relações familiares e sociais. O serviço PAEFI integra o nível de Proteção Social Especial do SUAS e é ofertado pelo CREAS.

**Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF)** – Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva da família, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. O serviço PAIF integra o nível de Proteção Social Básica do SUAS e é ofertado pelo CRAS.

**Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)** – É um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI). É uma forma de intervenção social planejada, por meio de atendimentos em grupo, compreendendo atividades artísticas, culturais, de lazer e esportivas, dentre outras.

**Unidade de Acolhimento Institucional (UAI)** – São as unidades que executam os serviços especializados que oferecem acolhimento e proteção a indivíduos e famílias afastados temporária ou permanentemente do seu núcleo familiar ou comunitário por situação de abandono, ameaça ou violação de direitos. Esses serviços funcionam como moradia provisória até que a pessoa possa retornar à família, alcance sua autonomia ou seja encaminhado para família substituta.

### 13. 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acessado em: 15 de agosto de 2018.

\_\_\_\_. 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm)>. Acesso em 15 de agosto de 2018.

\_\_\_\_. 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>. Acessado em: 13 de agosto de 2018.

\_\_\_\_. 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm)>. Acessado em: 13 de julho de 2018.

\_\_\_\_. 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](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8625.htm)>. Acessado em 07 de agosto 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-conselho-tutelar>>. Acessado em: 30 de julho de 2018.

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.

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

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

LOBO, Paulo Luiz Netto. A repersonalização das relações de família. Abril de 2004.

LÔBO, Paulo. Famílias. São Paulo: Saraiva, 2008.

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.

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

MDS. 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 2018.

\_\_\_\_.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 2018.

\_\_\_\_.Convivência e Fortalecimento de Vínculos, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/servicos-de-convivencia-e-fortalecimento-de-vinculos>>. Acessado em: 20 de junho 2018.

\_\_\_\_.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 2018.

\_\_\_\_.Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protacao-social-basica/projetos-psb/servico-de-protacao-e-atendimento-integral-a-familia-2013-paif>>. Acessado em: 20 de junho 2018.

\_\_\_\_.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 2018.

MPSC. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/areas-de-atuacao/infancia-e-juventude>>. Acessado em: 14 de maio 2018.

\_\_\_\_.Conheça o Ministério Público. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/o-ministerio-publico-de-santa-catarina>>. Acessado em: 14 de maio 2018.

\_\_\_\_.Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude (CIJ), 1993. Disponível em: <<https://www.mpsc.mp.br/centros-de-apoio-operacional/infancia-e-juventude>>. Acessado em: 14 de maio 2018.

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). Ocuidado como Valor Jurídico. Rio de Janeiro: Forense, 2008.

SST/SC. A Diretoria de Assistência Social, 2016. Disponível em: <<http://www.sst.sc.gov.br/index.php/assistencia-social2/diretoria-dias>>. Acessado em: 14 de maio 2018.

\_\_\_\_.Visão, Valores, Objetivos Estratégicos e Grandes Escolhas, 2016. Disponível em: <<http://www.sst.sc.gov.br/index.php/institucional/visao>>. Acessado em: 14 de maio 2018.

TJSC. Infância e Juventude. Disponível em: <<https://www.tjsc.jus.br/web/infancia-e-juventude>>. Acessado em: 14 de maio 2018.

\_\_\_\_.Estrutura Judiciária. Disponível em: <<https://www.tjsc.jus.br/estrutura-judiciaria>>. Acessado em: 14 de maio 2018.

\_\_\_\_.Cadastro Único – CUIDA, 2005. Disponível em: <<https://www.tjsc.jus.br/web/infancia-e-juventude/adocao/cadastro-unico-cuida>>. Acessado em: 22 de maio 2018.

\_\_\_\_.Código de Normas. Corregedoria – Geral da Justiça do Estado de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<http://cgj.tjsc.jus.br/consultas/liberada/cncgj.pdf>>. Acessado em: 31 de agosto de 2018.

\_\_\_\_.TJSC – Conflito de Competência, 2013. Disponível em: <<https://tj-sc.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/24162234/conflito-de-competencia-cc-20130479683-sc-2013047968-3-acordao-tjsc/inteiro-teor-24162235?ref=juris-tabs>>. Acessado em: 14 de maio 2018.

\_\_\_\_.Regimento Interno da CEIJ, 2013. Disponível em: <<https://www.tjsc.jus.br/documents/10181/20523/Regimento+interno+da+CEIJ.pdf/262ab653-d2a8-44d8-a072-04093b0bd0ff>>. Acessado em: 10 de agosto de 2018.

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

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.

## 14. APÊNDICE 01 – UNIDADE DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde são conhecidas como a porta de entrada no Sistema Único de Saúde. Itajaí conta atualmente com 26 Unidades Básicas de Saúde, duas Policlínicas, duas Unidades de Pronto Atendimento, quatro Centros Especializados, três Centros de Atenção Psicossocial, uma Farmácia Municipal e um Laboratório Municipal. Unidades de Saúde e Policlínicas disponibilizam atendimento ambulatorial e estão distribuídas pelos bairros e localidades do município. A grande maioria possui equipes da Estratégia Saúde da Família, formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais. Já os Centros de Referência concentram os médicos especialistas e atendimentos específicos.

### Quadro 20 – Descrição das unidades de atendimento à população

#### Centro de Referência de Doenças Infecciosas (CEREDI)

**Serviços oferecidos:** pediatria, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem, planejamento familiar, preventivo do câncer, pneumologia, farmacêutico, infectologia, psicologia e fisioterapia. Local abriga também os Programas de Hanseníase, Tuberculose, Hepatites e HIV.

**Endereço:** Rua Samuel Heusi, 120 – bairro Centro

**Fone:** (47) 3908-5726 / 3908-5717

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** ceredi@itajai.sc.gov.br

#### Centro de Referência da Saúde da Criança e da Mulher (CRESCEM)

**Serviços oferecidos:** referência para gestação de alto risco, laqueaduras, vasectomias, mastologia, ginecologia, imunização (vacinas especiais), fisioterapia e psicologia, além de exames ecocardiograma adulto e pediátrico, doppler de carótida e ultrassonografia para pacientes acompanhadas pelo CRESCEM.

**Endereço:** Av. Marcos Konder, nº 740 – bairro Centro (atrás da Igreja Matriz)

**Telefone:** (47) 3908-5722

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** crescem@itajai.sc.gov.br

#### Centro Especializado em Odontologia (CEO)

**Serviços oferecidos:** atendimento e tratamento nas diversas áreas da odontologia, como endodontia, periodontia, cirurgia bucomaxilofacial, pacientes com necessidades especiais, radiologia, odontopediatria e prótese dentária.

**Endereço:** Avenida Adolfo Konder, 250 – bairro São Vicente – Centro Integrado de Saúde (CIS)

**Telefone:** (47) 3247-9778 / 3247-9777

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** ceo@itajai.sc.gov.br

#### Centro de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde (CEPICS)

**Serviços oferecidos:** atendimentos nas áreas de Homeopatia, Acupuntura, Práticas Corporais, Sítio, Do In, Lian Gong e Relaxamento, além de outras assistências em Neonatologia, Cardiopediatria, Psicologia, Fisioterapia, Fisioterapia Domiciliar, Nutrição e Gastropediatria.

**Endereço:** Rua Rubens de Almeida, s/nº, no Centro, ao lado do CRESCEM

**Telefone:** (47) 3908-6027 / 3908-6025

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** cepics@itajai.sc.gov.br

### **Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi)**

**Serviços oferecidos:** atende através de projeto terapêutico singular, crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, inclusive os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Salienta-se que nesse momento o CAPSi acolhe as crianças e adolescentes com demandas relativas à saúde mental e realiza os encaminhamentos necessários para atender as necessidades apresentadas.

**Endereço:** Rua Alfredo Trompowisky, 405 – Vila Operária

**Telefone:** (47) 3908-5861 / 3908-5862

**Horário de atendimento:** 7h às 18h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** capsj@itajai.sc.gov.br

### **Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS II)**

**Serviços oferecidos:** atende adultos com transtornos mentais graves e persistentes através de projeto terapêutico singular.

**Endereço:** Rua Silva, 628 – Centro – Itajai

**Telefone:** (47) 3908-5764 / 3908-5765

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** caps2@itajai.sc.gov.br

### **Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)**

**Serviços oferecidos:** atende, a partir de elaboração de projeto terapêutico singular, pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

**Endereço:** Rua Alberto Werner, 655 – bairro Vila Operária

**Telefone:** (47) 3908-5863 / 3908-5864

**Horário de atendimento:** 8h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** capsad@itajai.sc.gov.br

### **Unidade de Assistência Médica Especializada Dr. Carlos Alberto de Souza Brito**

**Serviços oferecidos:** consultas com especialistas em alergia, anestesista, cirurgia torácica, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, nefrologia, otorrinolaringologia, pneumologia, proctologia, reumatologia, urologia, neurologia, neurocirurgia, ortopedia, fonoaudiologia e oftalmologia. Conta

também com os programas de tabagismo, diabetes, ostomizados e oxigenoterapia. Abriga ainda os serviços de regulação de cirurgias, exames e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), além do setor de auditoria.

**Endereço:** Avenida Adolfo Konder, 250 – bairro São Vicente – Centro Integrado de Saúde (CIS)

**Telefone:** (47) 3247-9720

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** policlinicacentral@itajai.sc.gov.br

### **Centro Médico de Referência Affonso Celso Liberato (São Judas)**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico com clínico geral, pediatra e ginecologista, atendimento odontológico, enfermagem, imunização e dispensação de medicamentos. A unidade também é referência em especialidades médicas que atendem toda rede municipal: cirurgia geral, dermatologista, geriatria, cirurgia plástica, neuropediatria, cirurgia vascular, urologia, ortopedia e hebiatria. Além disso, realiza pequenas cirurgias e curativos especiais.

**Endereço:** Rua Carolina Vailatti, s/nº – São Judas (ao lado do Asilo Dom Bosco).

**Fone:** (47) 3908-5727 / 3908 5728

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** cmr.saojudas@itajai.sc.gov.br

### **Unidade de Saúde Miro Sedrez – Cordeiros**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, clínico geral, pediatria, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros.

**Endereço:** Rua Odílio Garcia s/nº, próximo à igreja de São Cristóvão – Cordeiros

**Telefone:** (47) 3908-5751

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.cordeiros@itajai.sc.gov.br

### **Unidade de Saúde Vinicius Ivan Alves Pedreira – Cidade Nova I**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros.

**Endereço:** Rua Agílio Cunha, s/nº – Cidade Nova

**Telefone:** (47) 3908-5735

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.cidadenova@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Evilásio Victorino – Cidade Nova II**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros.

**Endereço:** Rua Agílio Cunha, 475 – Cidade Nova

**Telefone:** (47)3908-5885

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.cidadenova2@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Promorar II**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, clínico geral, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros.

**Endereço:** Avenida Ministro Luiz Galloti, s/n – Promorar II – Cidade Nova

**Telefone:** (47) 3908-5766

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.promorar@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde São Vicente**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, clínico geral, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Padre Paulo Condla, 392 – bairro São Vicente

**Telefone:** (47) 3908-5762

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.saovicente@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Bernardino Miguel Peirão – Rio Bonito**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, clínico geral, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Nilson Edson dos Santos, s/nº – Rio Bonito

**Telefone:** (47) 3908-5746

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.riobonito@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Rotariano Agenor Krobel – Bambuzal**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, clínico geral, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Antônio Cirilo, 1 – bairro São Vicente

**Telefone:** (47) 3908-5714

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.bambuzal@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Costa Cavalcante**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, clínico geral, psicologia, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros.

**Endereço:** Rua Espírito Santo s/nº – Costa Cavalcante

**Telefone:** (47) 3908-5754

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.costacavalcante@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Jardim Esperança**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, clínico geral, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Sebastião Romeu Soares, s/nº, em frente ao colégio Melvin Jones – Cordeiros.

**Telefone:** (47) 3908-5730

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.jardimesperanca@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Bento Rampelotti – Murta**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Orlandina Amália Pires Correa, 300, Murta – Loteamento Jardim Itália

**Telefone:** (47) 3908-5632

**Horário de atendimento:** 8h às 12h e 13h às 17h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.murta@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade Saúde Votorantim**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), entre outros.

**Endereço:** Rua Selso Duarte Moreira, nº 1442 – Loteamento Votorantim – Bairro Cordeiros

**Telefone:** (47)3908-5749

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.votorantim@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Salseiros**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, psicologia, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua César Augusto Dalçoquio, s/nº – Salseiros

**Telefone:** (47) 3908-5747

**Horário de atendimento:** 7h às 18h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.salseiros@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Rachel Dalçoquio de Borba – Espinheiros**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Firmino Vieira Cordeiro, 1778 – Espinheiros

**Telefone:** (47) 3908-5737

**Horário de atendimento:** 7h às 18h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.espinheiros@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Santa Regina**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre

outros.

**Endereço:** Rua Domingos de Almeida s/n Loteamento Santa Regina – Bairro Espinheiros

**Telefone:** (47) 3908-5768

**Horário de atendimento:** 7h30 às 11h30 e 13h às 17h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.santaregina@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Elizabet Caetano Pacheco – Portal II**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Nono Emilio Dalçoquio, 760 – Loteamento Portal II – Bairro Espinheiros

**Telefone:** (47) 3908-6978

**Horário de atendimento:** 8h às 12h e 13h às 17h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.portal2@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Nossa Senhora das Graças**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Uruguai, nº 458, bloco F7 – Univali – Centro.

**Fone:** (47) 3908-5867

**Horário de atendimento:** 7h às 17h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.nossasenhordasgracas@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Manoel Amândio Vicente – Canhanduba**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, ginecologia, psicologia, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Estrada Geral da Canhanduba, s/nº – Canhanduba

**Telefone:** (47) 3908-5030

**Horário de atendimento:** 8h às 12h e 13h às 17h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.canhanduba@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Fernando Wippel – Itaipava**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Avenida Itaipava, s/nº – Itaipava

**Telefone:** (47) 3908-5755

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**Email:** us.itaipava@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Leopoldo Fischer – Brilhante**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, clínico geral, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua José Lana, nº 70 – Brilhante

**Telefone:** (47) 3908-5881

**Horário de atendimento:** 7h às 12h e 13h às 17h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.brilhante@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Ignácio Theodoro Pereira – Limoeiro**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Edmundo Leopoldo Merisio, s/nº – Limoeiro

**Telefone:** (47) 3908-5882

**Horário de atendimento:** 8h às 12h e 13h às 17h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.limoeiro@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Enfermeira Oswine Lorens – Imaruí**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Leodegário Pedro da Silva, s/nº – Imaruí

**Telefone:** (47) 3908-5631

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.imarui@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde São João**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, ginecologia, clínico geral, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Pedro Rangel, ao lado da igreja – São João

**Telefone:** (47) 3908-5760

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.saojoao@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Dom Bosco**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico com pediatria, ginecologia e clínico geral, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Brusque, 1333 – Dom Bosco

**Telefone:** (47) 3908-5865

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.dombosco@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Nancy Patino Reiser – Fazenda**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, clínico geral, enfermagem, psicologia, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Milton R. da Luz, 200 – Fazenda

**Telefone:** (47) 3908-5860

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.fazenda@itajai.sc.gov.br

#### **Unidade de Saúde Vivaldo João Linhares – Praia Brava**

**Serviços oferecidos:** atendimento médico, pediatria, clínico geral, psicologia, enfermagem, atendimento odontológico, imunização e dispensação de medicamentos, entre outros.

**Endereço:** Rua Bráulio Werner, 124 – Praia Brava

**Telefone:** (47) 3908-5740

**Horário de atendimento:** 7h às 19h, de 2ª a 6ª feira

**E-mail:** us.praibrava@itajai.sc.gov.br

**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde, 2019.



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

O Poder da Informação muda o Mundo.



[www.diagnosticossociais.com.br/itajai](http://www.diagnosticossociais.com.br/itajai)

IDEALIZAÇÃO:



REALIZAÇÃO:

**painel**  
Pesquisas e Consultoria  
*Uma empresa do grupo 3 Elemento.*

FINANCIAMENTO:



APOIO INSTITUCIONAL:

