

# RELATÓRIO FINAL



## DIAGNÓSTICO SOCIAL DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DA CIDADE DE HORTOLÂNDIA-SP

Março/2021

Patrocínio



Realização



Assessoria



## **FICHA TÉCNICA**

### **Coordenação geral**

Aline Conegundes Riba

José Carlos Bimbatte Junior

### **Pesquisa de campo**

Danielli Pallini

Eliana Barsotti

### **Dados secundários**

Maria Angela Leal Rudge

### **Edição e Revisão**

Ricardo Marques

### **Editoração**

Alba Cerdeira

### **Comissão Municipal de Diagnóstico**

Alessandra de Oliveira Silva (relatora)

Ana Lucia Denadai Schmidt

Átila Paz

Isabel Cristina Leite da Silva

Jane Aparecida Nery de Carvalho (coordenadora)

Leici Santana Alves dos Santos

Luciane Ponce Pastana

Regina Celia Almeida Dias Shigemoto

# RELATÓRIO FINAL



## DIAGNÓSTICO SOCIAL DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DA CIDADE DE HORTOLÂNDIA-SP

Março/2021

Patrocínio



Realização



Assessoria



# Sumário

1. INTRODUÇÃO	6
2. OBJETIVOS	7
3. ASPECTOS METODOLÓGICOS	8
4. PERFIL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE HORTOLÂNDIA	13
Caracterização geral do território	13
Organizações da Sociedade Civil	15
Desenvolvimento humano	16
População	17
Infraestrutura urbana e moradia	20
Renda, pobreza e desigualdade	22
5. DO DIREITO À EDUCAÇÃO, À CULTURA, AO ESPORTE E LAZER	27
Educação	27
Alfabetização	28
Expectativa de anos de estudo	31
Adolescentes e jovens que não estudam nem trabalham	32
Educação básica	32
Educação infantil - Creches e pré-escolas	34
Ensino fundamental – Anos iniciais (1º ao 5º) e anos finais (6º ao 9º)	39
Ensino fundamental integral	44
Ensino médio	45
Educação profissional e tecnológica (EPT)	48
Educação de jovens e adultos (EJA)	49
Educação especial	50
Cultura, esporte e lazer	55
6. DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE	57
Saúde	57
Natalidade e mortalidade	58
Nascidos vivos	61
Nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal	63
Óbitos	65
Gravidez na adolescência	69
Nutrição	70

Imunização	72
Aleitamento materno	73
Criança e adolescente com deficiência	75
<b>7. DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE</b>	<b>77</b>
Registro civil de nascimento	77
Casamento infantil e na adolescência	78
Adolescentes em conflito com a lei	79
Violência contra a criança e o adolescente	82
Negligência e abandono	90
Violência física	95
Violência psicológica	101
Violência sexual	105
Abuso sexual	112
Exploração sexual	117
Pornografia infantil	119
Violência autoprovocada	120
Suicídio	124
Homicídios	125
Homicídios por arma de fogo	128
Óbitos por acidentes de transporte	130
<b>8. DO DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA</b>	<b>131</b>
<b>9. DO DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E À PROTEÇÃO NO TRABALHO</b>	<b>137</b>
Trabalho infantil e proteção ao jovem trabalhador	137
<b>10. SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS E A RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E À JUVENTUDE</b>	<b>143</b>
<b>CONCLUSÕES</b>	<b>150</b>
<b>11. INSTALAÇÃO DO NOVO CONSELHO</b>	<b>160</b>
<b>12. FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ENTRE MARÇO E AGOSTO DE 2020, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19</b>	<b>161</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) de Hortolândia, a Prefeitura de Hortolândia e a Associação de Pesquisadores e Formadores da Área da Criança e do Adolescente (NECA), com o apoio da CPFL Energia e o patrocínio do Instituto CPFL, estabeleceram parceria para a proteção da criança e do adolescente em Hortolândia, e para isso foi lançado o projeto Conhecer para Proteger. O objetivo primordial do projeto é produzir um diagnóstico da realidade social da infância e da juventude no município de Hortolândia, a fim de subsidiar o Sistema de Garantia de Direitos, o CMDCA, as instâncias governamentais e não governamentais e o Legislativo Municipal na formulação de políticas e programas dedicados a crianças e adolescentes.

O CMDCA uniu esforços com a gestão municipal e organizações sociais e, a partir do presente estudo, propôs outros desafios: a elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Contra Crianças e Adolescentes e os devidos fluxos de atendimento a esse público no Sistema de Garantia de Direitos.

Outro importante desafio foi a necessidade de adaptação da metodologia do estudo, para que pudessemos trabalhar à distância, de acordo

com os protocolos da pandemia de covid-19. As tratativas finais para iniciar as ações do diagnóstico ocorreram exatamente na antevéspera das determinações do Governo do Estado de São Paulo relacionadas às normas sanitárias de distanciamento social. Isso aconteceu em março de 2020, e entre maio e junho houve a retomada de conversas e ajustes com o CMDCA, para que tivéssemos condições técnicas de realizar o trabalho.

Após a readequação metodológica às condições tecnológicas e às ações possíveis para a realização de entrevistas e trabalho de campo, avaliamos conjuntamente que conseguiríamos prosseguir sem grande perda metodológica nem prejuízo dos resultados técnicos e do conteúdo.

Independentemente da crise sanitária, concluímos que seria possível produzir um diagnóstico capaz de proporcionar ações concretas para que os próximos dez anos sejam de construção e efetivação dos direitos das crianças, dos adolescentes e dos jovens de Hortolândia.

## 2. OBJETIVOS

### Objetivo geral

Produzir um diagnóstico da realidade social da infância e da juventude no município de Hortolândia para subsidiar o CMDCA e as instâncias governamentais e não governamentais na

formulação e execução de suas políticas e programas e contribuir para elevar a qualidade do atendimento à população nessa faixa etária.

### Objetivos específicos

- a) Caracterizar a população infanto-juvenil e suas famílias no município de Hortolândia nos aspectos demográfico, socioeconômico e de violação de direitos.
- b) Identificar e envolver no diagnóstico a rede de atendimento (governamental e não governamental) existente no município, dirigida a esse segmento populacional, segundo capacidade, abrangência geográfica e tipo de atendimento, e identificar lacunas institucionais, operacionais e de abrangência dos serviços disponíveis, por meio da relação com a demanda.
- c) Analisar a estruturação da rede de atendimento, verificando aspectos de intersectorialidade, cobertura, financiamento e controle social.
- d) Identificar as condições gerais do atendimento, os principais problemas e os limites dos serviços que compõem a rede de atendimento, assim como suas potencialidades, avanços, desafios e demandas.
- e) Coletar informações a respeito da percepção das crianças e dos adolescentes e de seus responsáveis acerca da realidade vivida, dos serviços acessados, da qualidade de vida e das perspectivas para o futuro.
- f) Mapear as violações de direito incidentes no município e a capacidade de atendimento da rede local.
- g) Finalizar e publicar o Relatório do Diagnóstico e Planejamento, contendo as propostas que integrarão o Plano de Ação Municipal e o Plano de Aplicação do Fundo nos anos subsequentes.
- h) Elaborar o Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Contra Crianças e Adolescentes.

### 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Segundo o último levantamento de estimativa demográfica<sup>1</sup>, Hortolândia tem uma população de 70.694 crianças e adolescentes menores de 18 anos. É desafiadora a proposta de realização de um diagnóstico social que abranja não só o conjunto dessa parcela populacional, mas que também aponte caminhos, diretrizes, e ações para a efetivação de garantia de direitos.

Para superar esse desafio, o município elaborou um Termo de Referência (TOR) em que foram delineados sete eixos temáticos:

1. perfil da criança e do adolescente de Hortolândia;
2. do direito à convivência familiar e comunitária;
3. do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade;
4. do direito à vida e à saúde;
5. do direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer;
6. do direito à profissionalização e à proteção no trabalho; Sistema de Garantia de Direitos e a relação com as políticas de atendimento à infância e à juventude. Para a execução do diagnóstico e do atendimento ao TOR, entendemos que serão necessárias várias estratégias metodológicas, considerando as complexidades, multicausalidades e especificidades de vários dos fenômenos analisados, entre os quais situações de violência intrafamiliar, evasão escolar, falta de creches e mortalidade infantil. Embora ocorram na mesma faixa populacional, como veremos, esses fenômenos têm causas, tipologias e características distintas, o que requer múltiplas fontes de informação.

Para tanto, aliamos metodologicamente as métricas qualitativas<sup>2</sup> e quantitativas<sup>3</sup>, de forma ordenada, complementar e amostral, recorrendo às seguintes ações metodológicas:

#### Dados secundários

No Brasil a escolha e a seleção de dados secundários para pesquisa sempre representam uma tarefa complexa, pela inexistência de informações específicas,

pela falta de confiabilidade da fonte ou pela dificuldade de acesso às informações. Na tradição brasileira, os estudos populacionais e epidemiológicos são

<sup>1</sup> IBGE - Censo demográfico 2010 e estimativa populacional 2019.

<sup>2</sup> Qualitativa: entrevistas com participantes do Sistema de Garantia de Direitos, grupos focais com adolescentes e representantes do SGCA.

<sup>3</sup> Quantitativas: dados secundários de bases oficiais, dados primários e planos setoriais.

relativamente recentes, quando comparados com os de outros países.

Isso tem mudado nos últimos anos, embora determinadas áreas públicas produzam mais informações em séries históricas do que outras. É o caso das políticas de saúde, que vêm produzindo e aprimorando os dados e as informações da área. Já no caso das políticas de assistência social, essa produção é ainda tímida, limitada e recente. Essa realidade vem mudando desde a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e o Plano Nacional de Assistência Social e, mais recentemente, com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e a instalação nos municípios, estados e União das ações de vigilância socioassistencial.

Fizemos levantamentos prévios para escolha dos indicadores secundários mais úteis e significativos para a empreitada. Chegamos aos 92 indicadores que compõem este relatório, extraídos de um conjunto de dados secundários de bases oficiais sobre

temáticas que pudessem se articular com as diversas políticas intersetoriais de garantia de direitos de crianças e adolescentes.

Com o objetivo de induzir análises comparativas, utilizamos o mesmo indicador na tabela e no gráfico, co-tejando o município de Hortolândia com o estado de São Paulo e o Brasil. As análises e problematizações a partir de cada indicador serão, sempre que necessário, articuladas com os outros dispositivos metodológicos.

**Nota técnica:** em análises deste diagnóstico usaremos o conceito de população negra, segundo o preconizado pelo inciso IV do parágrafo único do Estatuto da Igualdade Racial: "Parágrafo único. Para efeito deste Estatuto, considera-se: IV - População negra: o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga."<sup>4</sup>

## Entrevistas com representantes do Sistema de Garantia de Direitos

A fim de atingir nossos objetivos, consideramos e estabelecemos critérios para a seleção das instituições, serviços e pessoas a serem entrevistadas:

- **amostragem:** considerando a abrangência e as especificidades de cada uma das políticas públicas, selecionamos equipamentos e pessoas que pudessem ser representativas daquele segmento;
- **intersectorialidade:** consideramos importante ter o maior número possível de serviços representativos do sistema de garantia de direitos, educação, saúde, assistência social, conselhos tutelares, CMDCA, VEIJ etc.;

<sup>4</sup> Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010- Estatuto da Igualdade Racial.

- **territorialidade:** para a identificação dos serviços e das pessoas a serem entrevistadas, subdividimos geograficamente e territorialmente o município, considerando a divisão dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

As instituições e pessoas entrevistadas foram selecionadas a partir desses critérios. Ressaltamos que a indicação dos serviços e das pessoas foi feita pela Comissão de Diagnóstico.

Contatamos 91 pessoas de serviços diretamente envolvidos nos três eixos do Sistema de Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes: Promoção, Defesa e Controle. Nesse universo, foram realizadas 84<sup>5</sup> entrevistas com gestores, técnicos, educadores e conselheiros tutelares e de direitos.

A partir de questionários semidirigidos, considerando as especificidades de cada serviço e de cada política de atenção, um membro da equipe

## **Dados primários**<sup>7</sup>

Neste relatório, chamamos de dados primários as informações necessárias para o cruzamento com outros dados e informações de uma ou mais fontes, com o objetivo de realizar uma análise de determinado indicador, fenômeno ou processo de trabalho.

NECA agendou as entrevistas, cada uma de até 60 minutos, em média, por telefone, WhatsApp ou plataforma Zoom, de acordo com a escolha do entrevistado – e adaptadas aos protocolos da pandemia.

Os questionários tinham duas questões específicas para a identificação da melhor e mais adequada localização do novo Conselho Tutelar e para possibilitar a compreensão da rotina dos serviços no período da pandemia de covid-19.

As entrevistas foram tabuladas<sup>6</sup> de acordo com o serviço e a área do entrevistado.

As tabulações e as informações das entrevistas, quando necessário, serão analisadas e articuladas em conjunto com os outros dispositivos metodológicos: dados secundários, primários e grupo focal.

Foram solicitados dados primários para as políticas de educação, saúde e assistência. Também solicitamos ao Conselho Tutelar, dados gerais do perfil dos atendimentos e, ao CMDCA, as organizações ali registradas.

Trabalhamos, igualmente, como outra fonte de dados primários, com os

<sup>5</sup> A tabela com as instituições contatadas e entrevistadas consta como um anexo deste relatório.

<sup>6</sup> A tabulação do conjunto das entrevistas consta como um anexo deste relatório.

<sup>7</sup> Todos os dados coletados e os respectivos planos setoriais estão nos anexos deste relatório.

planos setoriais de assistência, cultura, educação e saúde.

Tanto os dados referentes aos planos como os dados de atendimento e perfil das organizações, quando ne-

## **Grupo focal<sup>8</sup>**

O grupo focal é um instrumento de diagnóstico participativo que tem o objetivo de mensurar qualitativamente, por meio de uma dinâmica interativa, a apreensão das perspectivas dos grupos estudados sobre determinados fenômenos, expectativas, impressões e aspirações. Realizamos dois grupos focais, um com adultos e outro com crianças e adolescentes.

Denominamos o grupo de crianças e adolescentes de “Fala, garota/Fala, garoto”. Foram ao todo 34<sup>9</sup> participantes, entre 11 e 18 anos. O grupo teve como objetivo viabilizar a contribuição das crianças e adolescentes para o diagnóstico social da infância e da juventude, enquanto os educadores sociais atuaram como facilitadores das atividades. Houve reuniões com os educadores, para orientá-los a respeito da dinâmica das atividades, e em seguida encaminhamos aos profissionais um texto com o passo a passo da execução.

A atividade com os adolescentes envolveu a apresentação do curta

cessário, foram analisados e articulados em conjunto com os outros dispositivos metodológicos: dados secundários, entrevistas e grupo focal.

metragem “Ser adolescente – Escola de cidadania para adolescentes”<sup>10</sup>, e depois os educadores solicitaram aos participantes que refletissem sobre a Hortolândia que temos e a que queremos. Dessa forma, obtivemos um painel de percepções, vivências e aspirações que refletiu a visão dos jovens sobre a cidade.

Em seguida, promovemos encontros virtuais pela manhã e à tarde, quando os adolescentes compartilharam as questões que consideram importantes e interagiram com grupos da mesma idade de outras instituições.

A síntese e a análise desse dispositivo metodológico serão apresentadas de forma didática no item “Sistema de Garantia de Direitos e a relação com as políticas de atendimento da infância, da juventude e do adolescente de Hortolândia”. Contudo, ao longo deste relatório, quando necessário, retomaremos o que foi observado nas manifestações dos adolescentes.

<sup>8</sup> A relatoria dos dois grupos focais – adolescentes e adultos – e a relação de adolescentes e organizações que participaram constam em sua totalidade como anexo deste relatório.

<sup>9</sup> Os encontros virtuais e presenciais foram realizados pelas organizações sociais, respeitando os protocolos sanitários da pandemia.

<sup>10</sup> Ser adolescente: [https://www.youtube.com/watch?v=U2\\_JYgyVGlg&t=1s](https://www.youtube.com/watch?v=U2_JYgyVGlg&t=1s); realizado pela Viração.

Com os profissionais, houve um encontro de aproximadamente duas horas com 25 representantes do Sistema de Garantia de Direitos, todos integrantes do comitê de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes.

A partir do que havíamos colhido do grupo focal com os adolescentes, selecionamos cinco frases que sintetizavam, na percepção dos jovens, os principais problemas da cidade e o que precisaria ser aperfeiçoado. Apresentamos as frases aos profissionais e solicitamos que, a partir de cada uma, eles teriam 10 minutos para uma resposta direta aos jovens.

No final do relatório, especificamente no item “Sistema de Garantia de Direitos e a relação com as políticas de atendimento da infância e da juventude”, estão elencadas as proposições e sugestões para a superação dos desafios apontados.

Também neste item consta a sugestão para o local de instalação do novo Conselho Tutelar e a síntese do funcionamento dos serviços pesquisados no período de isolamento social determinado pela pandemia de covid-19.

## 4. PERFIL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE HORTOLÂNDIA

### Caracterização geral do território

Hortolândia é um município brasileiro no interior do estado de São Paulo, pertencente à Região Metropolitana de Campinas, 109 km a noroeste da capital. Ocupa uma área de 62,42 km<sup>2</sup>, o que o torna o menor município da região em área total, porém com grande densidade demográfica: 3.689 habitantes por km<sup>2</sup>.

Apresenta uma taxa de urbanização de 100%, com toda a sua população vivendo na zona urbana. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Hortolândia é classificada como município de grande porte, considerando a população residente acima de 100.000 habitantes.

Em dezembro de 1991, Hortolândia foi elevada à condição de município, desmembrando-se de Sumaré por meio de ato da Assembleia Legislativa e do governador do estado de São Paulo, e seu primeiro prefeito tomou posse em janeiro de 1993.<sup>11</sup>

Em 2000, com a criação da Região Metropolitana de Campinas, passou a fazer parte desse complexo metropolitano que reúne 20 municípios. É a segunda maior região metropolitana do estado de São Paulo em população, com mais de 3,2 milhões de ha-

bitantes, de acordo com estimativa do IBGE para 2018, e respondeu por 8,75% do Produto Interno Bruto (PIB) estadual em 2016<sup>12</sup>.

O fato de se localizar em uma região privilegiada, próxima de grandes polos industriais, permitiu que o município passasse por um rápido desenvolvimento demográfico e industrial, que já ocorria antes de sua emancipação.

Atualmente é um polo tecnológico significativo, com a presença de diversas empresas desse segmento. As atividades econômicas fazem que Hortolândia apresente o 27º maior PIB municipal do estado de São Paulo, segundo dados do IBGE (2017). No entanto, o crescimento acelerado e sem planejamento gerou especulação imobiliária e aumento da desigualdade social. Muitas famílias de baixa renda migraram para Hortolândia em busca de trabalho e emprego, e entre as consequências registraram-se déficits na infraestrutura urbana e social.

<sup>11</sup> Metas do Plano Municipal de Cultura de Hortolândia (março de 2015).

<sup>12</sup> Divisão Regional do Brasil em Regiões Geográficas Imediatas e Regiões Geográficas Intermediárias, IBGE (2017).

# Hortolândia



**Área**  
(em km<sup>2</sup> – 2020)  
62,42



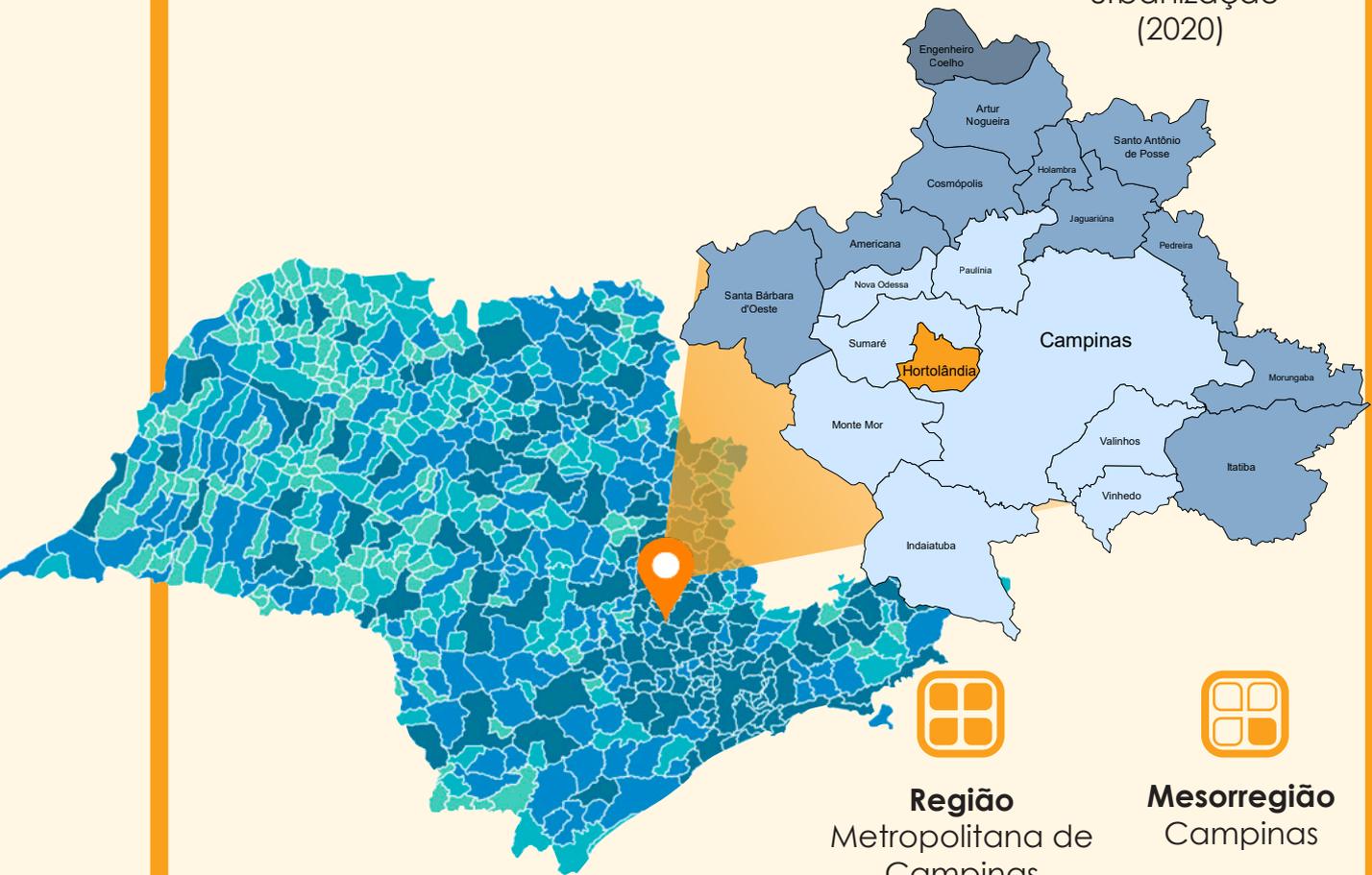
**Data de instalação**  
1991



**Porte**  
Grande



**100%**  
Grau de urbanização  
(2020)



**Região**  
Metropolitana de  
Campinas



**Mesorregião**  
Campinas



**230.851**  
**População estimada**  
(2019)



**3.689**  
**Densidade demográfica**  
(hab./km<sup>2</sup> – 2020)



**0,756**  
**IDHM**  
(2010)



**Faixa do IDHM**  
**Alto**  
(entre 0,700 e 0,799)

## Organizações da Sociedade Civil

O Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente de Hortolândia, tem registro de 15 organizações da sociedade civil que desenvolvem importantes ações na garantia de direitos de crianças, adolescentes e suas famílias:

**Tabela: Organizações** da Sociedade Civil, registradas no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Hortolândia.

Nome	convênio e parcerias com órgãos públicos	Público Alvo
Associação Batista Fruto da Esperança - ASBAFE	SIM	Crianças e Adolescentes
Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais – Núcleo Vinde a Mim	SIM	Crianças, Adolescente e Jovens
Associação Beneficente Pedra Viva - Centro Treinamento Integral Moriah	SIM	Crianças e Adolescentes
Associação Casa da Criança Feliz	SIM	Crianças e Adolescentes
Associação dos Patrulheiros e Guarda Mirim de Hortolândia - SP	SIM	Adolescentes e Jovens
Associação Instituto das Irmãs Missionárias da Imaculada Rainha da Paz – Casa Betânia da Paz	SIM	Crianças e Adolescentes
Centro Comunitário São Pedro	SIM	Crianças e Adolescentes
Centro de Apoio ao Deficiente Físico - CENDEFI	SIM	Crianças Adolescentes Jovens Adultos Idosos Famílias (grupo familiar ou indivíduo)
Centro de Convivência, Aprendizagem, Reabilitação e Trabalho - CCART	SIM	Crianças Adolescentes Jovens Adultos Idosos Famílias (grupo familiar ou indivíduo)
Centro de Integração Empresa-Escola - CIEE	NÃO	Adolescentes e Jovens
CONTATO Obras Sociais e Educacionais	SIM	
IE Projetos e Ações Sociais – Instituto Esperançar	SIM	Crianças Adolescentes, Jovens Adultos Idosos Famílias (grupo familiar ou indivíduo)
Instituto Educacional de Assistência Social dos Evangélicos de Hortolândia e Região - IESEHR	SIM	Crianças, Adolescentes e Adultos
Organização da Sociedade Amigos de Hortolândia - OSCAH	SIM	Crianças, Adolescentes, Jovens, Adultos e Idosos

## Desenvolvimento humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de Hortolândia era de 0,756 em 2010, o que situava o município na faixa de desenvolvimento humano alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribuiu para o IDHM do município foi a saúde (longevidade), com índice de 0,859, seguida de renda, com 0,716, e educação, com 0,703. Esta última dimensão é a que apresentava maior fragilidade no município. O IDHM estava próximo ao do estado de São Paulo (0,783) e acima do índice do país (0,727). Hortolândia ocupava, segundo o IDHM, a 440ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros existentes em 2010 e a 188ª posição entre os 645 municípios do estado de São Paulo.

**Tabela 1** – Índice de Desenvolvimento Humano do município, do estado e do país (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
IDHM	0,756	0,783	0,727
IDHM educação	0,703	0,719	0,637
IDHM saúde (longevidade)	0,859	0,845	0,816
IDHM renda	0,716	0,789	0,739

Fontes: PNUD, Ipea e FJP (2010).

### Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

É uma unidade de medida sintética utilizada para aferir, no longo prazo, o grau de desenvolvimento de países e comunidades. A cada ano, os países-membros da ONU são avaliados de acordo com essa medida, que permite classificar o estágio de desenvolvimento em que se encontram. O índice é extraído a partir de dados de três indicadores de desenvolvimento humano: saúde, educação e renda. O objetivo da criação do IDH foi oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. O IDH é uma referência numérica que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de zero, pior é o indicador para os quesitos de saúde, educação e renda. Quanto mais próximo de 1, melhores são as condições desses indicadores. No mundo, nenhum país tem IDH zero ou 1.

### Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)

Em 2012, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e a Fundação João Pinheiro (FJP) assumiram o desafio de adaptar a metodologia do IDH Global para calcular o IDH Municipal dos 5.565 municípios brasileiros então existentes. Esse cálculo foi realizado a partir das informações dos três últimos Censos Demográficos do IBGE – 1991, 2000 e 2010 – e da malha municipal existente em 2010. O IDHM brasileiro considera as mesmas três dimensões do IDH Global – saúde, educação e renda –, mas vai além: adequa a metodologia global ao contexto brasileiro e à disponibilidade de indicadores nacionais. Embora meçam os mesmos fenômenos, os indicadores levados em conta no IDHM são mais adequados para avaliar o desenvolvimento dos municípios e das regiões metropolitanas brasileiras.

#### Dimensões do IDHM

**Renda:** obtida a partir do indicador de renda per capita.

**Saúde (longevidade):** obtida a partir da expectativa de vida ao nascer

**Educação:** obtida pela média geométrica do subíndice de frequência de crianças e jovens à escola (com peso de 2/3) e pelo subíndice de escolaridade da população adulta (com peso de 1/3).

PNUD - Disponível em <https://www.br.undp.org/>, acessado em 15 de julho de 2010.

De 1991 a 2010, o IDHM do município passou de 0,493, em 1991, para 0,756, em 2010, enquanto o IDHM do estado de São Paulo foi de 0,578 para 0,783. Isso significa que houve uma taxa de crescimento de 53,35% para o município e de 35% para o estado. Em Hortolândia, a dimensão cujo índice mais cresceu foi educação, com aumento de 0,453, seguida de saúde e renda.

## População

O município de Hortolândia apresenta alta concentração populacional urbana, e o grupo infantojuvenil (0 a 19 anos) é bastante expressivo. Em 2010, segundo o censo demográfico, o município possuía uma população total de 192.692 habitantes. Em 2019, por meio da estimativa populacional elaborada pelo IBGE, Hortolândia já tinha 230.851 habitantes, o que representa um crescimento de aproximadamente 20% em nove anos. O município está em 39º lugar no ranking das cidades com maior contingente populacional do estado de São Paulo.

### Censo demográfico

A contagem populacional dos municípios é feita a cada dez anos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio do censo demográfico<sup>13</sup>.

### População residente

Conjunto de pessoas que, independentemente de estarem presentes ou ausentes em determinado lugar no momento de observação, viveram no seu local de residência habitual por um período contínuo de pelo menos 12 meses anteriores ao momento de observação, ou que chegaram a seu local de residência habitual durante o período correspondente aos 12 meses anteriores ao momento de observação, com a intenção de aí permanecer por um período mínimo de um ano.

### População estimada ou projetada

Refere-se à elaboração de projeções de populações com finalidades específicas, como base para cálculos de repartição das receitas tributárias para estados, Distrito Federal e municípios (artigos 157 a 161 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988). As projeções são realizadas todos os anos pelo IBGE para mensurar a dinâmica (crescimento ou diminuição) das populações. Têm fundamental importância para o cálculo de indicadores sociodemográficos, fornecendo subsídios para o planejamento e a implementação de políticas públicas e a posterior avaliação de seus respectivos programas.<sup>14</sup>

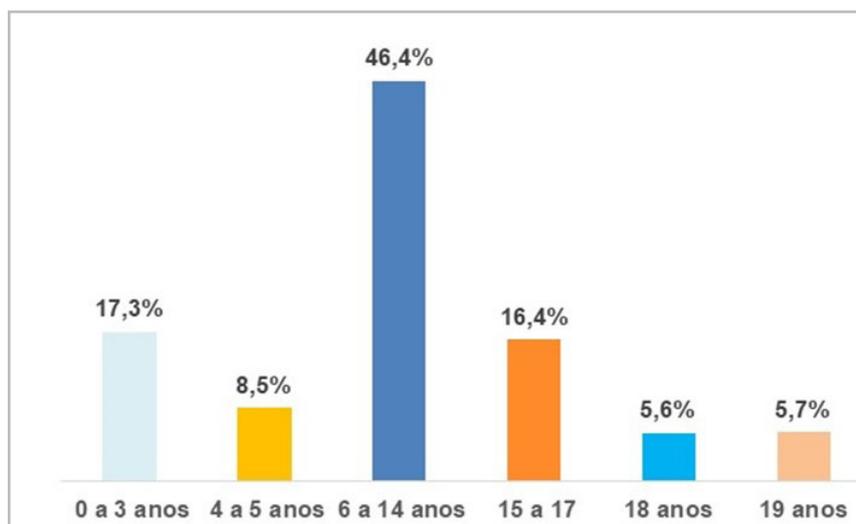
**Tabela 2** – População total e estimada por faixa etária no município, no estado e no país (2010 e 2019)

Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
População total (último censo - 2010)	192.692	41.262.199	190.755.799
População total estimada (2019)	230.851	45.919.049	210.147.125
População residente estimada de 0 a 3 anos	13.007	2.391.131	12.171.323
População residente estimada de 4 a 5 anos	6.399	1.185.444	6.151.718
População residente estimada de 6 a 14 anos	34.801	6.287.397	32.314.361
População residente estimada de 15 a 17 anos	12.317	2.182.926	11.237.434
População residente estimada com 18 anos	4.170	735.861	3.726.145
População residente estimada de 0 a 18 anos	70.694	12.782.760	65.600.982
População residente estimada de 0 a 19 anos	75.003	13.541.546	69.360.142

**Fonte:** IBGE– Censo Demográfico (2010) e estimativa populacional (2019).

<sup>13</sup> IBGE – Estimativa da população. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao>, acessado em 2 de julho de 2020.

<sup>14</sup> IBGE – Estimativa da população. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao?>, acessado em 2 de julho de 2020.

**Gráfico 1** – Percentual de população estimada de 0 a 19 anos no município, por faixa etária (2020)

Fonte: IBGE - Estimativa populacional (2019).

Estimava-se a existência em Hortolândia de 13.007 crianças de zero a 3 anos de idade, 6.399 crianças de 4 e 5 anos, 34.801 de crianças e adolescentes de 6 a 14 anos e 12.317 adolescentes de 15 a 17 anos, perfazendo um total de

66.524 crianças e adolescentes, para os quais deverão ser disponibilizados serviço, projetos e programas de políticas públicas sociais, garantindo-lhes seus direitos fundamentais.

**Tabela 3** – População residente estimada de 0 a 19 anos, por localização do domicílio, no município, no estado e no país (2019)

Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
População residente estimada de 0 a 19 anos por localização do domicílio - urbana	75.003	12.946.356	56.693.906
População residente estimada de 0 a 19 anos por localização do domicílio - rural	0	595.190	12.666.237

Fonte: IBGE - Estimativa populacional (2019).

**Tabela 4** – População residente estimada de 0 a 19 anos, por gênero, no município, no estado e no país (2019)

Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
População residente estimada de 0 a 19 anos por gênero – feminino	38.216	6.872.866	35.191.349
População residente estimada de 0 a 19 anos por gênero – masculino	36.787	6.668.679	34.168.793

Fonte: IBGE - Estimativa populacional (2019).

A população infantojuvenil de zero a 19 anos de Hortolândia reside exclusivamente na área urbana (tabela 3), sendo composta por 38.216 crianças e adolescentes do sexo femini-

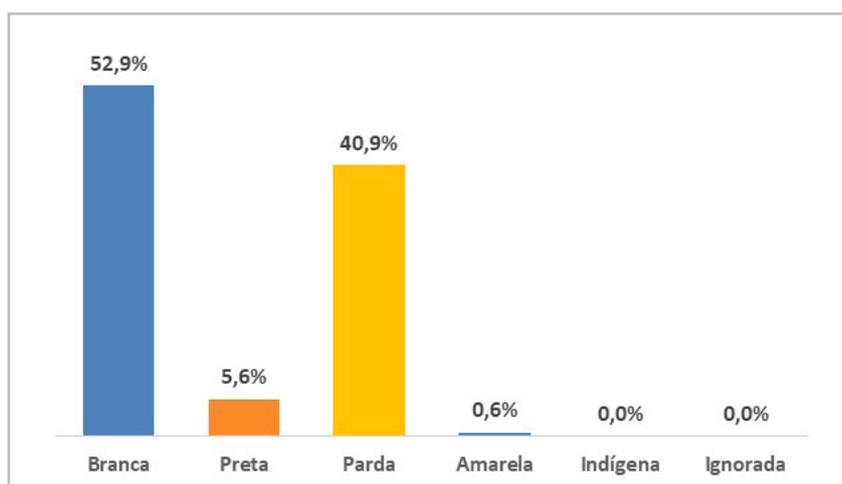
no, o que corresponde a 50,91% da população total nesta faixa etária, e 38.216 36.787 do sexo masculino, ou 49,05% (tabela 4).

**Tabela 5** – População residente estimada de 0 a 19 anos por raça e cor no município, no estado e no país (2019)

Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Branca	39.670	8.273.539	30.486.610
Preta	4.195	594.916	4.287.707
Parda	30.667	4.544.079	33.502.556
Amarela	449	113.600	657.708
Indígena	23	11.762	416.901
Ignorada	0	3.651	8.661
Total	75.003	12.946.356	56.693.906

Fonte: IBGE - Estimativa populacional (2019).

**Gráfico 2** – Percentual da população estimada de 0 a 19 anos por raça e cor (2019)



Fonte: IBGE - Estimativa populacional (2019).

A maioria da população de 0 a 19 anos no município é branca, com 39.670 (52,9%) crianças e adolescentes; 30.667 (40,9%) são pardas e 4.195 (5,6%) são pretas, o que resulta em

um percentual de 46,5% de negras. O município apresenta ainda uma população de 449 crianças e adolescentes amarelas e 23 indígenas.

**Tabela 6** – Proporção de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos e de 0 a 19 anos sobre a população estimada total no município, no estado e no país (2019)

Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Proporção de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos sobre a população total	30,6%	27,8%	31,2%
Proporção de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos sobre a população total	32,5%	29,5%	33,0%

Fonte: IBGE - Estimativa populacional (2019).

Como está demonstrado na tabela 6, 30,6% da população total de Hortolândia é de crianças e adolescentes de zero a 18 anos e 32,5% de zero a 19 anos, o que significa que o municí-

pio possui um grande contingente de população jovem. Esses percentuais são maiores que os do estado de São Paulo e semelhantes aos do país.

### Infraestrutura urbana e moradia

O Brasil, como membro da Organização das Nações Unidas (ONU), é signatário da Declaração dos Direitos Humanos, que define que a habitação adequada é direito fundamental de todo cidadão. Esse direito também está consagrado na Constituição Federal de 1988. A moradia adequada é um direito humano universal e dever do Estado, como ponto central da política urbana de um país, estado ou município.

Para que uma residência seja adequada é preciso levar em conta vários fatores: localização, acessibilidade, conforto ambiental, privacidade e disponibilidade de serviços básicos como água, energia elétrica, saneamento e drenagem. Porém, uma parcela significativa da população brasileira reside em favelas e em outros lo-

cais insalubres e de risco, sem acesso às condições mínimas de habitação.

No Brasil, o saneamento básico também é um direito assegurado pela Constituição Federal e definido como o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana e manejo de resíduos sólidos e águas pluviais. O saneamento básico é essencial para garantir melhor qualidade de vidas às pessoas, sobretudo em relação à saúde infantil, e contribui para a redução da mortalidade infantil, o aperfeiçoamento da educação, a expansão do turismo, a valorização dos imóveis, o avanço da renda do trabalhador, a despoluição dos rios e a preservação dos recursos hídricos.

**Tabela 7** – Nível de atendimento da infraestrutura básica no município, no estado e no país (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Abastecimento de água	98,15%	97,91%	82,9%
Coleta de lixo	99,65%	99,66%	99,46%
Energia elétrica	100%	100%	98,73%
Esgoto sanitário	36,9%	89,75%	67,1%

Fontes: IBGE - Censo Demográfico (2010) e Fundação Seade (2010).

Segundo os dados do censo de 2010, em alguns aspectos relacionados às condições de infraestrutura observa-se em Hortolândia um nível satisfatório de atendimento e cobertura. O abastecimento de água beneficiava 98,15% dos domicílios particulares permanentes, percentual superior ao observado no estado de São Paulo (97,91%) e, sobretudo, à média nacional (82,90%).

O sistema de coleta de lixo atingiu quase a totalidade dos domicílios brasileiros em 2010 (99,46%). Da mesma forma, o fornecimento de energia elétrica beneficiou quase 100% dos municípios do país.

A cobertura desses três serviços (abastecimento de água, energia elétrica e coleta de lixo) tem apresentado melhora significativa nos estados e municípios, o que contribui para o avanço da qualidade de vida da população.

No entanto, a instalação de esgotos sanitários ainda era em 2010 um problema grave de saúde pública no país, particularmente em Hortolândia. Na época, apenas 36,9% das residências no município tinham acesso a esse serviço, enquanto o estado de São Paulo registrava 89,75% e o país, 67,10%.

Dados mais atuais do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), de 2018, apontavam que apenas 53% dos brasileiros tinham acesso à coleta de esgoto e quase 100 milhões de brasileiros não contavam com esse serviço. Cerca de 13 milhões de crianças e adolescentes não possuíam acesso a saneamento básico.

Em Hortolândia, no entanto, houve um avanço significativo em uma década. Os sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário do município são operados, por concessão, pela Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp). Segundo a empresa, em 2013, 77% do município já contava com rede de esgoto e 72,39% dos imóveis estavam conectados ao sistema de esgotamento sanitário.

O processo de coleta de lixo no município é terceirizado. O sistema de tratamento de resíduos domésticos iniciou-se em 2009, com a inauguração da Estação de Tratamento de Esgoto (ETE). Em 2016, o Sistema de Esgoto Sanitário (SES) atingiu um índice de cobertura de 91% dos domicílios e o Sistema de Abastecimento de Água (SAA), no mesmo ano, contou com um índice de cobertura de 99% dos domicílios, com 100% de tratamento e distribuição de água<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Informações extraídas do Plano Municipal de Saúde de Hortolândia (2018 – 2021).

## Renda, pobreza e desigualdade

Os resultados do censo demográfico de 2010 mostraram que a desigualdade de renda ainda era bastante acentuada no Brasil, apesar da tendência de redução observada nos anos anteriores. Embora a média na-

cional de rendimento domiciliar per capita fosse de R\$ 668,59 em 2010, 25% da população recebia até R\$ 188,00, e metade dos brasileiros recebia até R\$ 375,00, menos do que o salário-mínimo naquele ano (R\$ 510,00).

**Tabela 8** – Indicadores de renda no município, no estado e no país (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Coeficiente de Gini de desigualdade	0,41	0,58	0,59
Rendimento domiciliar per capita (renda per capita)	686,96	1.084,46	668,59

**Fontes:** IBGE – Censo Demográfico (2010) e PNUD (2010).

A renda per capita média de Hortolândia, em 2010, era de R\$ 686,96, bastante inferior à média do estado (R\$ 1.084,46) e próxima da do país (R\$ 668,59). No entanto, o município apresentava menor índice de con-

centração de riqueza e desigualdade, como fica demonstrado pelo Coeficiente de Gini (2010), que era de 0,41, enquanto o do estado era de 0,58 e o do Brasil estava em 0,59.

**Tabela 9** – Número de domicílios particulares permanentes, por classes de rendimento mensal domiciliar per capita (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Entre 1/4 e 1/2 salário-mínimo	7.238	1.467.575	9.861.054
Sem rendimento	2.531	532.545	2.450.729

**Fonte:** IBGE - Censo Demográfico (2010).

Em 2010, observou-se no município a existência de 55.393 domicílios particulares permanentes. Destes, 7.238 possuíam renda mensal domiciliar per capita de um quarto a meio salário-mínimo, o que correspondia a aproximadamente 13% dos domicílios totais do município, enquanto 2.531 domicílios (4,6%) não possuíam nenhum rendimento.

Existiam 19.071 mulheres responsáveis por domicílios, o que corresponde a um percentual de 34,4%. A proporção de mães chefes de família sem ensino fundamental completo e com filhos menores de 15 anos correspondia a 15,4% do total de mulheres responsáveis pelo domicílio, com filhos crianças ou adolescentes.

Não existe uma única definição de pobreza que seja unanimemente aceita por todos os países. No entanto, é importante que haja parâmetros claros para definir a dimensão do problema, a fim de que se possa estruturar estratégias e planejar políticas públicas para o seu enfrentamento. Nesse sentido, muitos governos e

organismos internacionais adotam medidas de pobreza baseadas nos rendimentos ou no poder de consumo de um indivíduo. Assim, o indivíduo pobre seria aquele cuja renda ou consumo per capita de sua família ou domicílio esteja abaixo do mínimo essencial para suprir as necessidades humanas básicas.

**Tabela 10** – População em situação de extrema pobreza no município, no estado e no país (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Total da população em situação de extrema pobreza	5.412	1.005.734	15.002.707
Crianças e adolescentes em situação de extrema pobreza (0 a 18 anos)	1.753	408.582	6.942.990

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2010).

O governo brasileiro definiu a população pobre como a composta pelos indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais (2010). Em situação de extrema pobreza estão os indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 70,00 mensais. A população vulnerável à pobreza foi caracterizada como aquela formada pelos indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 255,00 mensais, equivalente a metade do salário-mínimo da época. O universo desses indivíduos foi limitado àque-

les que vivem em domicílios particulares permanentes.

Como demonstra a tabela 10, em 2010 o país tinha pouco mais de 15 milhões de pessoas em situação de extrema pobreza, enquanto o estado de São Paulo possuía em torno de 1 milhão e Hortolândia contava com 5.412 indivíduos nessa situação. A população de crianças e adolescentes de 0 a 18 anos nessas condições era de 1.753 no município, 408.582 no estado e 6.942.990 no país.

**Tabela 11** – Famílias por situação de renda no município, no estado e no país (2020)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Famílias de baixa renda	3.863	999.202	5.951.619
Famílias em situação de pobreza	1.866	485.911	2.771.605
Famílias em situação de extrema pobreza	9.948	1.474.701	13.595.301

Fonte: Ministério da Cidadania - CadÚnico (2020).

Dados recentes do Ministério da Cidadania mostram que em 2020 havia 5.951.619 famílias com baixa renda no país, 999.202 no estado de São Paulo e 3.863 em Hortolândia – vale ressaltar que o órgão trabalha com o conceito de famílias, e não de indivíduos. No mesmo ano, os cadastros apontavam 1.866 famílias em situação de pobreza em Hortolândia e 9.948 em situação de extrema pobreza.

O Cadastro Único (CadÚnico) é o principal instrumento do país para identificar e caracterizar as famílias de baixa renda, permitindo conhecer sua realidade socioeconômica por meio do registro de informações relevantes a respeito do núcleo familiar: as características do domicílio, as formas de acesso a serviços públicos essenciais e, também, dados de cada um dos componentes da família. O cadastro é coordenado pelo Ministério da Cidadania e obrigatoriamente utilizado para a seleção de beneficiários de programas sociais do governo federal, como o Bolsa Família, podendo ser considerado uma porta de entrada para os benefícios públicos.

Todas as famílias brasileiras em situação de pobreza e extrema pobreza, com renda mensal de até meio salário-mínimo por pessoa e renda mensal total de até três salários-mínimos, podem se inscrever no Cadastro Único. Famílias com renda superior a meio salário-mínimo também podem ser cadastradas, desde que sua inserção esteja vinculada à inclusão ou per-

manência em programas sociais implementados pelo poder público nas três esferas de governo.

Em Hortolândia, em 2020, havia 20.558 famílias cadastradas no CadÚnico, das quais 9.065 (44,1%) foram beneficiadas pelo programa Bolsa Família.

O Bolsa Família<sup>16</sup>, criado pela Lei nº 10.836/04, é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza em todo o país. Foi adotado um limite de renda para definir essas duas situações. Assim, podem se beneficiar famílias em situação de pobreza (renda por pessoa entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00) e de extrema pobreza (renda por pessoa inferior a R\$ 89,00 por mês) que tenham em sua composição gestantes, mães que amamentam, crianças ou adolescentes menores 17 anos.

Para receber o benefício, as famílias devem assumir compromissos de condicionalidade nas áreas de educação, saúde e assistência Social. **No âmbito da educação**, os responsáveis devem matricular na escola todas as crianças e adolescentes de 4 a 17 anos. A frequência escolar deve ser de, pelo menos, 85% das aulas para crianças e adolescentes de 4 a 15 anos e de 75% para jovens de 16 e 17 anos. **Na área de saúde**, os responsáveis devem levar as crianças menores de 7 anos para tomar as vacinas recomendadas e para pesar, medir e fazer o acompanhamento do cresci-

<sup>16</sup> Ministério da Cidadania – Bolsa Família. Disponível em <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/bolsafamilia/>, acessado em 4 de julho de 2020.

mento e do desenvolvimento, a cada seis meses, conforme calendário de acompanhamento. As gestantes de-

vem fazer o pré-natal e ir às consultas na unidade de saúde.

**Tabela 13** – Número de famílias beneficiadas pelo Bolsa Família e percentual da população beneficiada no município, no estado e no país (2020)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família	9.065	1.602.271	14.283.507
Percentual da população beneficiada com o Bolsa Família	11,68%	9,27%	19,85%

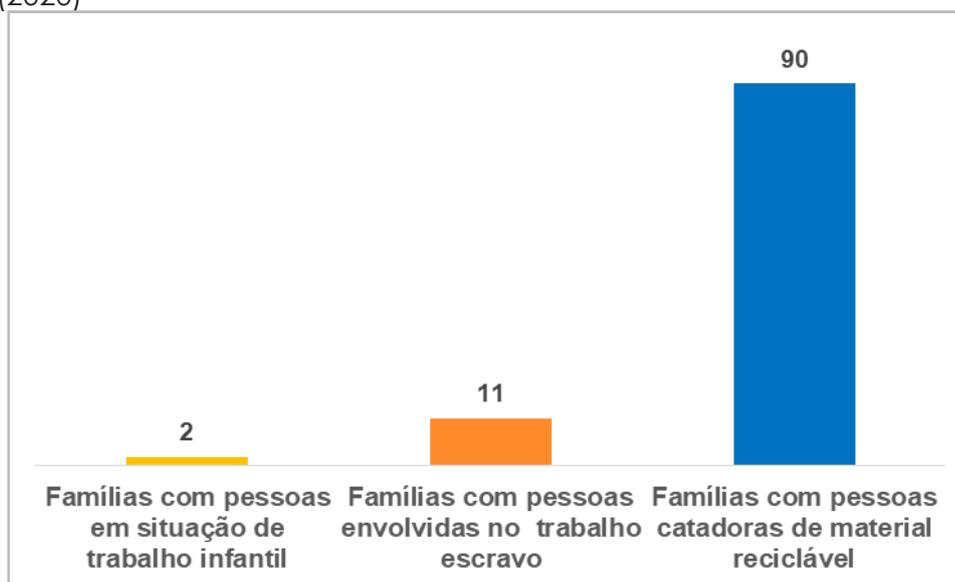
**Fonte:** Ministério da Cidadania - Programa Bolsa Família (PBF) (2020)

Segundo os dados do Relatório do Bolsa Família e do Cadastro Único, em junho de 2020, em Hortolândia, havia 9.065 famílias beneficiadas pelo programa, no total de 26.698 pessoas. Entre os responsáveis pelos núcleos familiares, 90,2% dos beneficiados eram do sexo feminino, o que incentivava o desenvolvimento da autonomia das mulheres tanto no espaço familiar como em suas comunidades. Na época, o número de beneficiários equivalia a 11,68% da população do muni-

cípio que, sem o programa, estariam em condição de extrema pobreza.

Alguns grupos familiares têm prioridade no recebimento do benefício do Bolsa Família: quilombolas, indígenas, em situação de trabalho infantil, com membros em condição de trabalho escravo e catadores de material reciclável.

**Gráfico 3** – Número de famílias que recebem Bolsa Família inseridas nos grupos prioritários (2020)



**Fonte:** Ministério da Cidadania - Programa Bolsa Família (2020).

Como mostra o gráfico 3, em abril de 2020, em Hortolândia, foram identificadas 103 famílias classificadas como prioritárias, o que corresponde a 1,1% do total de famílias beneficiadas pelo Bolsa Família.

Em junho de 2020, foram transferidos R\$ 1.887.798,00 aos beneficiários do Programa em Hortolândia, com um valor médio de R\$ 208,25 por família.

Desde a sua criação, o Programa Bolsa Família vem provocando impacto no perfil da pobreza nos municípios, nos estados e no país. Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), órgão federal vinculado ao Ministério da Economia, mostrou que cada R\$ 1,00 transferido às famílias do programa representa um acréscimo de R\$ 1,78 no PIB municipal.

## 5. DO DIREITO À EDUCAÇÃO, À CULTURA, AO ESPORTE E LAZER

### Educação

A educação é um direito público consagrado no artigo 6º da Constituição Federal. É direito de todo cidadão e cidadã e dever do Estado e da família, e deve ser promovida com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

O acesso ao ensino fundamental deve ser obrigatório e gratuito. O não oferecimento do ensino obrigatório pelo poder público (federal, estadual ou municipal) ou sua oferta irregular implica a responsabilização da autoridade competente. Os municípios atuam prioritariamente na educação infantil e no ensino fundamental, enquanto os estados e o Distrito Federal respondem, em geral, pelo ensino fundamental e médio.

Para entender o sistema educacional brasileiro é preciso considerar as disposições da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96) e outras legislações associadas à educação. Segundo esta lei, a educação básica contempla a educação infantil (creche e pré-escola), o ensino fundamental e o ensino médio. Pode ser oferecida por meio do ensino regular, da educação especial e da educação de jovens e adultos. A educação superior, por sua vez, ofe-

rece cursos de graduação, pós-graduação, sequenciais e de extensão.

O Plano Nacional de Educação (PNE), aprovado em 2014, com validade de dez anos, estabeleceu diretrizes, metas e estratégias que devem orientar as ações na área da educação. As metas foram elaboradas para enfrentar as barreiras ao acesso e à permanência, as desigualdades educacionais em cada território, a formação para o trabalho e o exercício da cidadania. Um desafio ainda maior, além de assegurar o acesso à educação, é proporcionar ensino de qualidade para todos.

Em 2014, foi legalmente instituído o Plano Municipal de Educação de Hortolândia (PMEH), com vigência de dez anos e o estabelecimento de 32 metas e 224 estratégias para a área entre 2015 e 2025. Entre as metas propostas estão a alfabetização de todas as crianças até o final do 3º ano do ensino fundamental, construção de creches e ampliação das existentes, ampliação dos recursos destinados ao financiamento da educação no município, mediante aumento da arrecadação, uso de tecnologias educacionais e implantação de programas de formação continuada para profissionais da área.

## Alfabetização

Nos últimos anos, houve uma redução das taxas de analfabetismo no país em todas as categorias de cor, raça e gênero, mas ainda se observam diferenças entre grupos populacionais. A taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais caiu de 13,63% em 2000 para 9,61% em 2010. Nesse grupo etário, os pretos e pardos registraram percentuais de analfabetismo de 14,4% e 13%, respectivamente, ante 5,9% dos brancos.

### Analfabetismo

No Censo Demográfico, realizado com periodicidade decenal, são consideradas analfabetas as pessoas incapazes de ler e escrever pelo menos um bilhete simples. Aquelas que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram, e as que apenas assinam o próprio nome também são consideradas analfabetas. A **taxa de analfabetismo**<sup>17</sup> é o percentual de pessoas analfabetas em determinada faixa etária. Consideramos aqui a faixa etária de 15 anos ou mais, isto é, o analfabetismo avaliado acima da faixa etária em que, por lei, a escolaridade é obrigatória.

**Tabela 14** - Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais no município, no estado e no país (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais	4,63%	4,33%	9,61%

Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2010).

O último censo demográfico do IBGE registrou em Hortolândia uma taxa de analfabetismo de 4,63% entre as pessoas com 15 anos ou mais, um

índice bastante inferior ao nacional e ligeiramente maior que o do Estado de São Paulo.

**Tabela 15** - População de 10 a 17 anos alfabetizadas e não alfabetizadas no município, no estado e no país (2010)

Localidade	Idade	Alfabetizadas	Não alfabetizadas	Total
Brasil	10 a 14 anos	16.495.659	670.982	17.166.761
	15 a 17 anos	10.129.899	227.917	10.357.874
Estado de São Paulo	10 a 14 anos	3.267.091	57.798	3.324.913
	15 a 17 anos	1.968.486	21.754	1.990.247
Hortolândia	10 a 14 anos	16.982	274	17.256
	15 a 17 anos	10.361	90	10.451

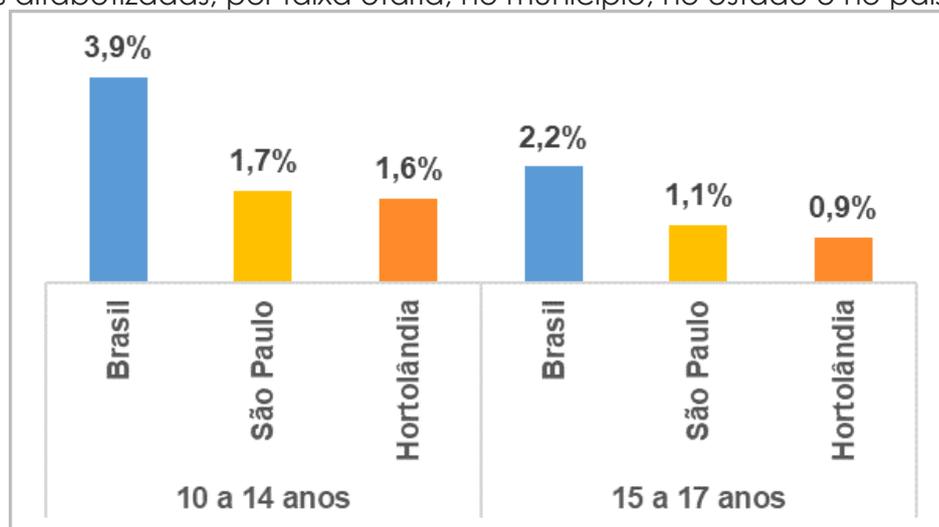
Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2010).

<sup>17</sup> DataSUS, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/idb2010/b01.pdf>, acessado em 5 de julho de 2020.

O Brasil possuía em 2010 um contingente de 19.330.185 pessoas de 10 a 17 anos não alfabetizadas, o que correspondia a aproximadamente 10,9% da população brasileira. Os percentuais

de pessoas analfabetas no estado de São Paulo e no município de Hortolândia, nessa faixa etária, eram menores: 5,6% e 6,1%, respectivamente.

**Gráfico 4** – Percentual de pessoas de 10 a 17 anos de idade não alfabetizadas em relação às alfabetizadas, por faixa etária, no município, no estado e no país (2010)



Fonte: IBGE - Censo Demográfico (2010).

O Brasil possuía em 2010 uma população de 670.982 adolescentes de 10 a 14 anos não alfabetizados, o que correspondia a 3,9% do total das crianças e adolescentes nessa faixa etária, e 227.917 jovens de 15 a 17 anos não alfabetizados, ou 2,2% do total. No estado de São Paulo, os percentuais eram menores: 57.798 crianças e adolescentes de 10 a 14 anos (1,75%) e 21.754 jovens de 15 a 17 (1,1%). Em Hortolândia, o número de crianças e adolescentes que não sabiam ler nem escrever era ainda mais baixo: 274 de 10 a 14 anos (1,6%) e 90 de 15 a 17 anos (0,9%).

O desafio de erradicar o analfabetismo do Brasil depende de um esforço articulado entre as três esferas de

governo: federal, estadual e municipal. Segundo a Meta 9 do Plano Nacional de Educação, o país deveria ter elevado a taxa de alfabetização da população com 15 anos ou mais para 93,5% até 2015 (taxa de analfabetismo de 6,5%) e erradicar o analfabetismo absoluto e reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional até 2024. Essas metas não foram atingidas. Em 2015, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a taxa de analfabetismo de pessoas de 15 anos ou mais foi estimada em 8% (12,9 milhões de analfabetos), o que representa uma queda de 0,3 ponto percentual em relação a 2014. A taxa de analfabetismo funcional (proporção de pessoas de 15 anos ou mais de idade com menos de quatro

anos de estudo em relação ao total de pessoas na mesma faixa etária) teve uma leve queda, de 17,6% em 2014 para 17,1% em 2015.

A terceira edição da Avaliação Nacional da Alfabetização (ANA) foi realizada entre 14 e 25 de novembro de 2016, em escolas públicas com

peelo menos dez estudantes matriculados no 3º ano do ensino fundamental, naquele ano. O objetivo da avaliação era traçar um diagnóstico da alfabetização dos alunos nos primeiros anos do ensino fundamental, com base em amostras de todos os estados.

#### **Avaliação Nacional da Alfabetização (ANA)** <sup>18</sup>

*É um dos instrumentos do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) e mede os níveis de alfabetização e letramento em língua portuguesa, a habilidade em matemática e as condições de oferta do ciclo de alfabetização das redes públicas. Passam pela avaliação todos os estudantes do 3º ano do ensino fundamental matriculados nas escolas públicas no ano da aplicação.*

**Tabela 16** – Proporção de alunos do 3º ano do ensino fundamental com aprendizagem adequada em escrita, leitura, matemática, por meio da avaliação da ANA no município, no estado e no país (2016)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Proporção de alunos com aprendizagem adequada em escrita	85,5%	82,9%	66,2%
Proporção de alunos com aprendizagem adequada em leitura	91,9%	87,4%	78,3%
Proporção de alunos com aprendizagem adequada em matemática	65,7%	60,8%	45,5%

**Fonte:** Ministério da Educação - Inep - Avaliação Nacional de Alfabetização (ANA) (2016).

Os resultados da ANA indicam que 85,5% dos alunos de Hortolândia apresentavam aprendizagem adequada em escrita, 91,9% em leitura e 65,7% em matemática. Os resultados em matemática foram os mais preocupantes. Como demonstrado na tabela 16, os resultados dos estudantes do município foram superiores aos do estado e do Brasil.

Segundo a Meta 5 do Plano Nacional da Educação, todas as crianças de-

vem estar alfabetizadas, no máximo, até o final do 3º ano do ensino fundamental. Portanto, os governos federal, estaduais e municipais devem trabalhar para atingir esse objetivo, uma vez que assumiram o compromisso do Pacto Nacional para Alfabetização na Idade Certa, que prevê que todas as crianças estejam alfabetizadas até os 8 anos de idade, ao final do 3º ano do ensino fundamental.

<sup>18</sup> Ministério da educação (MEC) Disponível <http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/36188>

O Plano Municipal de Educação de Hortolândia<sup>19</sup> prevê em sua Meta 6 “alfabetizar todas as crianças, no máximo, até o final do 3º ano do ensino fundamental, assegurando aos alunos a permanência em ambiente alfabetizador e lúdico, oportunizando materiais didáticos, ações e interações educativas que possibilitem o

desenvolvimento de habilidades essenciais à construção de aprendizagens significativas e de conhecimento de mundo; e dar continuidade à articulação das Diretrizes Curriculares da Educação Infantil e do Ensino Fundamental, a fim de garantir o processo de ensino e aprendizagem”.

### Expectativa de anos de estudo

O indicador Expectativa de Anos de Estudo é importante para verificar a frequência aos estabelecimentos de ensino da população em idade escolar. Aponta o número de anos de estudo que uma criança que inicia a vida escolar no ano de referência deverá completar ao atingir a idade de 18 anos. Em 2010, essa expectativa correspondia a 10,97 anos de estudo no município, 10,33 no estado e 7,40 no Brasil – abaixo da média mundial, que era de 12,20 anos.

#### Expectativa de anos de estudo<sup>20</sup>

*Número médio de anos de estudo que uma geração de crianças que ingressa na escola deverá completar ao atingir 18 anos de idade, se os padrões atuais se mantiverem ao longo de sua vida escolar.*

A Meta 8 do Plano Nacional de Educação prevê elevar a escolaridade média da população de 18 a 29 anos de modo a alcançar, no mínimo, 12 anos de estudo até 2024, para as

populações do campo, a região de menor escolaridade no país, e para os 25% mais pobres, além de igualar a escolaridade média entre negros e não negros.

**Tabela 17** - Expectativa de anos de estudo no município, no estado e no país (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Expectativa de anos de estudo	10,97	10,33	7,40

**Fonte:** IBGE - Censo Demográfico (2010).

<sup>19</sup> Plano Municipal de Educação de Hortolândia (PMEH) (2015).

<sup>20</sup> Atlas do Desenvolvimento Humano PNUD, Ipea, Fundação João Pinheiro - Disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/glossario/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/glossario/), acessado em 4 de julho de 2020.

## Adolescentes e jovens que não estudam nem trabalham

Pelos dados do censo de 2010, avaliados pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Fundação João Pinheiro, 11,61% dos brasileiros entre 15 a 24 anos de idade não estudavam nem trabalhavam. Os índices do estado e do município eram significativamente menores – 6,13% e 5,69%, respectivamente.

### Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis à pobreza<sup>21</sup>

Razão entre as pessoas de 15 a 24 anos que não estudam, não trabalham e são vulneráveis à pobreza e a população vulnerável à pobreza nessa faixa etária, multiplicado por 100. Define-se como vulnerável à pobreza a pessoa que mora em domicílio com renda per capita inferior a meio salário-mínimo de agosto de 2010. São considerados apenas os domicílios particulares permanentes

**Tabela 18** – Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza no município, no estado e no país (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Percentual de pessoas de 15 a 24 anos que não estudam nem trabalham e são vulneráveis à pobreza	522415,69%	6,13%	11,61%

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

Uma pesquisa do IBGE de 2018 revelou que em torno de 23% dos jovens brasileiros de 15 a 29 anos (10,9 milhões) estavam nessa condição, no maior índice da série histórica. Entre os jovens de 18 e 24 anos, a proporção chegou a 27,9%. Segundo o IBGE, o fenômeno é fortemente influenciado pela interrupção dos estudos. Os dados mostram que, entre os jovens de 18 a 24 anos nessa condição, 46,6% não haviam concluído o ensino fun-

damental e 27,7% terminaram apenas essa etapa. Outros fatores estão ligados à situação desses jovens, de acordo com o estudo: falta de políticas públicas específicas, obrigações familiares com parentes e filhos e problemas com habilidades cognitivas e socioemocionais, entre outros. Os dados atualizados do município de Hortolândia só poderão ser obtidos após a realização do censo demográfico previsto para 2021.

## Educação básica

O sistema educacional brasileiro é dividido em educação básica e ensino superior. A educação básica, a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educa-

ção de 1996, passou a ser estruturada por etapas e modalidades de ensino, englobando a educação infantil, o

<sup>21</sup> Atlas do Desenvolvimento Humano PNUD, Ipea e FJP, disponível em [http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o\\_atlas/glossario/](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/glossario/), acessado em 3 de julho de 2020.

ensino fundamental obrigatório de nove anos e o ensino médio.

De acordo com a LDB, “a educação básica tem por finalidade desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores”.

A educação básica é obrigatória dos 4 aos 17 anos de idade. A pré-escola deve ser oferecida às crianças de 4 e 5 anos e o ensino fundamental obrigatório inicia-se aos 6 anos de idade. É dever dos pais ou responsáveis fazer a matrícula das crianças na educação básica a partir dos 4 anos de idade.

Existem sete modalidades de ensino na educação básica:

- educação de jovens e adultos (EJA): destinada a quem não completou os estudos na idade ideal;
- educação especial: para alunos com deficiência, transtorno do espectro autista (TEA) e altas habilidades ou superdotação;
- educação profissional e tecnológica: com cursos específicos e de curta duração destinados a preparar os jovens para o exercício de profissões;
- educação do campo: voltada para a população residente no meio rural, com as especificidades necessárias;
- educação escolar indígena: dirigida à população indígena, em seus diferentes contextos – floresta, aldeia, aldeia urbanizada e cidade;
- educação escolar quilombola: para a população quilombola, com o respeito a sua cultura;
- educação à distância.

Em seguida, está a conceitualização de alguns indicadores educacionais da educação básica que permitem compreender de forma mais aprofundada os dados e as estatísticas dos diferentes níveis de ensino.<sup>22</sup>

#### **Média de alunos por turma<sup>23</sup>**

Indicador que permite avaliar o tamanho médio das turmas. O número de crianças nas salas de aula, a proporção de professores ou cuidadores por grupo de alunos e o tamanho dos espaços disponíveis para eles são questões nem sempre discutidas nos meios educacionais. No entanto, afetam o desempenho e a aprendizagem, pois estão ligadas ao aproveitamento do ensino. A legislação atual prevê o limite de 25 alunos por professor, durante os cinco primeiros anos do ensino fundamental, e de 35 nos quatro anos finais do ensino fundamental e no ensino médio. Nas creches, a relação será entre o número de crianças por faixa etária e adultos. Dessa forma, serão cinco crianças de até 1 ano por adulto, oito crianças de 1 a 2 anos por adulto, 13 crianças de 2 a 3 anos por adulto, 15 alunos de 3 a 4 anos por professor, na creche ou na pré-escola, e 25 alunos de 4 a 5 anos por professor na pré-escola.

<sup>22</sup> Os indicadores foram extraídos do Portal do MEC, do Anuário Brasileiro da Educação Básica (2019), do Todos pela Educação e do Portal do professor – UFSCAR, em <http://www.portaldosprofessores.ufscar.br/glossario.jsp>, do glossário do Centro de Educação Integral, em <https://educacaointegral.org.br/glossario/>, e do Glossário Tuneduc, em <https://www.tuneduc.com.br/glossario-da-educacao/>, acessados em 3 de julho de 2020.

<sup>23</sup> Portal MEC, disponível em <http://portal.inep.gov.br/web/guest/indicadores-educacionais>, acessado em 4 de julho de 2020.

**Número médio de horas-aula diária<sup>1</sup>**

Este indicador expressa o tempo médio de permanência dos alunos na escola. Trata-se de uma média aritmética ponderada, cujo fator de ponderação é a matrícula na data de referência do censo escolar, por série, grupos de séries e nível de ensino.

**Taxa de atendimento escolar**

Expressa o percentual da população que se encontra matriculada na escola em determinada idade ou faixa etária.

**Taxa bruta de matrícula**

Número de crianças matriculadas em cada nível de ensino, independentemente da idade, dividido pela população na faixa etária que oficialmente corresponde ao mesmo nível. Mede a capacidade da escola.

**Taxa de aprovação**

Percentual de alunos da matrícula total que, no fim do ano letivo, concluíram com sucesso determinada série, apresentando os requisitos mínimos, previstos em lei, de aproveitamento e frequência para cursar no ano seguinte a série imediatamente posterior.

**Taxa de reprovação**

Percentual de alunos da matrícula total que, no fim do ano letivo, não apresentam os requisitos mínimos, previstos em lei, de aproveitamento e frequência para serem promovidos ao ano posterior.

**Taxa de abandono**

Percentual de alunos da matrícula total que, em dado ano, deixam de frequentar a escola.

**Taxa de distorção idade-série<sup>24</sup>**

Percentual de alunos, em cada nível de ensino, que apresentam defasagem de dois anos ou mais em relação à idade recomendada para a série/ano que estão cursando. No sistema educacional brasileiro, a criança deve ingressar aos 6 anos no 1º ano do ensino fundamental e concluir a etapa aos 14 anos. Na faixa etária dos 15 aos 17 anos, o jovem deve estar matriculado no ensino médio.

**Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb)<sup>25</sup>**

É um indicador formulado para medir a qualidade do aprendizado nacional e estabelecer metas para a melhoria do ensino. Possibilita o monitoramento da qualidade da educação por meio de dados com os quais a sociedade pode se mobilizar em busca de melhorias. É calculado a partir de dois componentes: a taxa de rendimento escolar (aprovação) e as médias de desempenho da Prova Brasil, para escolas e municípios, e do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) para os estados e o país, realizados a cada dois anos. As metas estabelecidas pelo Ideb são diferentes para cada escola e rede de ensino, com o objetivo único de alcançar 6 pontos até 2022, média correspondente ao sistema educacional dos países desenvolvidos. São elaborados os índices dos anos iniciais do ensino fundamental público (4ª série/5º ano), dos anos finais (8ª série/9º ano) e do ensino médio.

**Educação infantil - Creches e pré-escolas**

A educação infantil, primeira etapa da educação básica, é oferecida em creches e pré-escolas, caracterizadas como espaços institucionais não domésticos que constituem estabelecimentos educacionais públicos ou privados que educam e cuidam de crianças até 5 anos de idade no período diurno, em jornada integral ou parcial, regulados e supervisionados por órgão competente do

sistema de ensino e submetidos a controle social.<sup>26</sup>

A oferta de creches para a população é de responsabilidade do poder público municipal. A partir da Constituição Federal de 1988, passaram a integrar o sistema de ensino brasileiro, deixando de estar sob a responsabilidade da política de assistência social.

<sup>24</sup> Portal MEC, em [http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset\\_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/indicador-apresenta-distorcão-idade-serie-para-ensino-fundamental-e-medio/21206](http://portal.inep.gov.br/artigo/-/asset_publisher/B4AQV9zFY7Bv/content/indicador-apresenta-distorcão-idade-serie-para-ensino-fundamental-e-medio/21206), acessado em 3 de julho de 2020.

<sup>25</sup> Portal MEC, em <http://portal.mec.gov.br/conheca-o-ideb#>, acessado em 3 de julho de 2020.

<sup>26</sup> [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=8169-duvida](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8169-duvida)

O Plano Nacional de Educação, em sua Meta 1, aponta para a necessidade de ampliar a oferta de educação infantil em creches, de forma a atender, no mínimo, 50% das crianças de até 3 anos até 2024. Nesse aspecto, o papel dos municípios é de extrema relevância, uma vez que as creches são de responsabilidade dessa esfera de governo, devendo compor as metas dos planos municipais de educação.

As atividades lúdicas e pedagógicas buscam estimular a criatividade, favorecer a autonomia e propiciar à criança a possibilidade de experimentações que contribuam para o desenvolvimento das suas capacidades motoras, afetivas e de relacionamento social.

As atividades dirigidas à criança pequena precisam respeitar seu tempo e seu espaço e oferecer o maior número possível de experiências e o contato com diferentes materiais. É preciso lembrar que a criança nessa faixa etária se encontra em um período de permanente atividade e des-

coberta do mundo, por isso rotinas rígidas ou atitudes disciplinares que lhe retirem ou limitem a alegria e a espontaneidade não são recomendáveis na prática pedagógica da educação infantil.<sup>27</sup>

A partir de 2013, a educação básica obrigatória e gratuita passou a ser contemplada a partir dos 4 anos de idade (redação dada pela Lei n. 12.796, de 4 de abril de 2013), em vez de ocorrer no ensino fundamental. Dessa forma, o país busca a universalização do ensino a partir da pré-escola e a ampliação do acesso para a faixa até 3 anos, em creches.

É importante ressaltar que em Hortolândia todos os alunos com deficiência, transtorno do espectro autista e altas habilidades ou superdotação contam com inclusão na educação infantil e recebem atendimento educacional especializado e atendimento específico no CIER Saúde ou em outras instituições do município ou em cidades vizinhas.

**Tabela 19** - Indicadores educacionais da educação infantil e creches no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de creches	41	14.178	71.403
Proporção de creches que não possuem acesso ao esgotamento sanitário	2,4%	0,1%	3,6%
Número de matrículas em creches	6.285	1.156.811	3.755.092
Proporção de docentes em creches com ensino superior completo	89,5%	83,9%	75,1%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

<sup>27</sup> Currículo da Educação Infantil do Município de Hortolândia (201, p. 09).

De acordo com dados do Censo Escolar de 2019, o município de Hortolândia contava com 41 creches, sendo 29 públicas municipais e 12 privadas, 40 urbanas e uma rural. Desses estabelecimentos, 2,4% não possuíam acesso a esgotamento sanitário. Havia no mesmo ano 6.285 crianças matriculadas em creches no município.

Pela estimativa populacional do IBGE, em 2019 viviam em Hortolândia aproximadamente 13 mil crianças até 3 anos de idade, o que significa que, destas, 49% estavam matricula-

das em creches, uma taxa de atendimento escolar bem próxima do cumprimento da primeira meta do Plano Nacional de Educação, de 50%.

Nessa perspectiva, segundo os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Educação, Ciência e Tecnologia, entre 2017 e 2020 houve uma significativa queda no número de crianças que aguardam vaga em creche. Porém, considerando as oito escolas consultadas na amostra selecionada, havia 300 crianças na lista de espera.

**Tabela 20** – Número de crianças aguardando vaga em creche em Hortolândia

Ano de referência	Total de crianças aguardando vaga em creche
2017	512
2018	416
2019	434
2020 (janeiro a junho)	220

**Fonte:** Secretaria Municipal de Educação, Ciência e Tecnologia (2020).

As creches de Hortolândia contavam com 89,5% de seus docentes com ensino superior completo, percentual

mais alto que o do estado (83,9%) e o do país (75,1%).

**Tabela 21** - Indicadores de desempenho educacional das creches no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Média de alunos por turma em creches	20,4	13,1	14,3
Taxa bruta de matrícula em creches	48,3%	48,4%	30,9%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Hortolândia apresentava, em 2019, uma média de 20,4 alunos por turma. Pela análise da taxa bruta de matrícula (taxa de cobertura) em creches, o

município garantiu acesso a 48,3% das crianças na faixa etária relacionada.

**Tabela 22** - Indicadores educacionais da pré-escola no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de estabelecimentos de pré-escola	48	12.599	102.335
Proporção de pré-escolas que não possuem acesso ao esgotamento sanitário	2,1%	0,7%	6,4%
Número de matrículas em pré-escolas	6.338	1.141.864	5.217.686
Proporção de docentes em pré-escolas com ensino superior completo	91,20%	93,30%	79,00%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

A primeira meta do PNE previu a universalização da educação infantil e da pré-escola para crianças de 4 a 5 anos até 2016, no país. Essa meta não foi atingida, pois faltaram 600 mil vagas para garantir o acesso pleno à pré-escola.

Em Hortolândia, o Censo Escolar de 2019 identificou 48 estabelecimentos de educação pré-escolar, sendo 35 públicos municipais e 13 privados (47 urbanas e uma rural). Apenas uma unidade não possuía acesso ao esgotamento sanitário.

Foram contabilizadas 6.338 matrículas nesse nível de ensino, o que correspondia a quase 100% da população de crianças de 4 a 5 anos. Dados da estimativa populacional do IBGE indicavam que o município possuía 6.399 crianças nessa faixa etária, o que significa que apenas 61 estavam fora da pré-escola. Portanto, o município está muito próximo do cumprimento da meta de universalização do ensino pré-escolar.

**Tabela 23** – Média de alunos por turma em pré-escolas no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Média de alunos por turma em pré-escolas	21,8	19,9	17,9
Média diária de horas-aula em pré-escolas	4,1	5,4	4,9
Taxa bruta de matrícula em pré-escolas	99,1%	96,3%	84,8%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Em 2019, em Hortolândia, a média de alunos por turma em pré-escolas era de 21,8, cifra superior às encontradas no estado de São Paulo, que registrou 19,9 estudantes por turma, e no país (17,9). A média diária de horas-aula registrada, de 4,1, era inferior às do estado (5,4) e do país (4,9).

Segundo dados do Atlas de Desenvolvimento Humano, a proporção de crianças de Hortolândia de 5 a 6 anos matriculadas na escola era de 96,35%, em 2010. Em 2019, os índices melhoraram significativamente. A taxa bruta de matrícula em pré-escolas (taxa de cobertura) chegou a

99,1%, maior que a do estado (96,3%) e a do país (84,8%), o que significa que o município está garantindo o direito à educação pré-escolar às crianças de 4 e 5 anos.

O Plano Municipal de Educação de Hortolândia (PMEH)<sup>28</sup> previu quatro metas para a educação infantil:

- Meta 1 – Assegurar o atendimento em educação infantil na modalidade pré-escola das crianças de 4 e 5 anos, manter as vagas existentes e ampliar o atendimento até 50% na modalidade creche às crianças de 0 a 3 anos até o final de vigência do Plano.
- Meta 2 – Promover na educação infantil o desenvolvimento integral da criança de até 5 anos, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade.
- Meta 3 – Acompanhar a avaliação da educação infantil a ser instituída pelo governo federal, com base em parâmetros nacionais de qualidade, a fim de aferir a infraestrutura física, o quadro de pessoal, as condições de gestão, os recursos pedagógicos e a situação de acessibilidade, entre outros indicadores relevantes.
- Meta 4 – Garantir que a avaliação dos alunos da educação infan-

til considere seus próprios avanços e desenvolvimento, sem objetivo de seleção e classificação, por meio do registro descritivo, acompanhado de atividades e produções dos alunos, de acordo com a faixa etária.

Para o rol amostral de entrevistas foram selecionadas oito escolas, indicadas pela Comissão de Diagnóstico, com estrutura física, material e de recursos humanos adequada para o atendimento às crianças. Todas essas escolas relataram que possuem o Plano Político Pedagógico (PPP), elaborado com a participação da comunidade escolar e dos pais. As unidades escolares também informaram que têm um Conselho de Escola, com a participação da comunidade escolar e dos pais das crianças

No quesito Projetos de Prevenção, todas as escolas informaram que realizam algum tipo de ação, com temas como autocuidado, prevenção da dengue, higiene, oração, bons hábitos e boas maneiras. Dengue, autocuidado e higiene fazem sentido na perspectiva pedagógica, mas boas maneiras e oração não se enquadram em nenhuma diretriz pedagógica, portanto é incompreensível que façam parte de projetos de prevenção no ambiente escolar.

<sup>28</sup> Plano Municipal de Educação de Hortolândia (PMEH) – 2015.

## Ensino fundamental – Anos iniciais (1º ao 5º) e anos finais (6º ao 9º)

No Brasil, o Estado tem o dever de garantir acesso ao ensino fundamental a todas as crianças e adolescentes, sendo obrigação dos pais ou responsáveis matriculá-los na educação básica a partir dos 4 anos de idade. O ensino fundamental compreende a fase do 1º ao 9º ano e atende crianças e adolescentes de 6 a 14 anos. É o período mais longo da educação básica, dividido em anos iniciais (do 1º ao 5º) e finais (do 6º ao 9º).

Conforme o artigo 32 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, o ensino fundamental tem como objetivo a formação básica do cidadão, mediante o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo; a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fun-

damenta a sociedade; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores, e o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social.

A segunda meta do Plano Nacional da Educação prevê a universalização do ensino fundamental de nove anos para toda a população de 6 a 14 anos, garantindo que pelo menos 95% dos alunos concluam essa etapa na idade recomendada, até 2024. O desafio é, sobretudo, assegurar educação de qualidade, com a permanência e o sucesso escolar dos estudantes.

**Tabela 24** - Indicadores educacionais dos anos iniciais do ensino fundamental no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de estabelecimentos dos anos iniciais	50	11.565	109.644
Proporção de estabelecimentos dos anos iniciais que não possuem acesso a esgotamento sanitário	2%	1%	8,1%
Número de matrículas nos anos iniciais	17.679	3.041.488	15.018.498
Proporção de docentes nos anos iniciais com ensino superior completo	92,1%	95,0%	84,9%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Em 2019, Hortolândia possuía 50 estabelecimentos de ensino fundamental dos anos iniciais, sendo dois na rede pública estadual, 36 na rede pública municipal e 12 na rede privada, e 17.679 alunos estavam matriculados em turmas dos primeiros cinco anos. Apenas uma escola se localizava na zona rural e apenas uma (2% do total) não possuía acesso a esgotamento sanitário.

A proporção de docentes com ensino superior completo era de 92,1%, inferior à média do estado. Seria desejável que todos os professores da educação básica tivessem formação específica de nível superior, obtida em curso de licenciatura na área de conhecimento em que atuam.

**Tabela 25** - Indicadores educacionais dos anos finais do ensino fundamental no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de estabelecimentos dos anos finais	37	8.812	61.765
Proporção de estabelecimentos dos anos finais que não possuem acesso a esgotamento sanitário	10,8%	0,6%	5,3%
Número de matrículas nos anos finais	12.098	2.367.699	11.905.232
Proporção de docentes nos anos finais com ensino superior completo	98,1%	98,6%	92,4%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

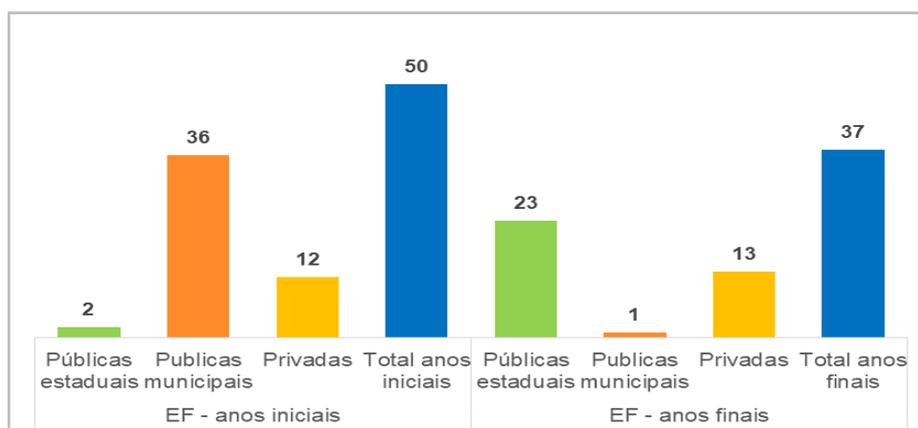
Para os anos finais do ensino fundamental (do 6º ao 9º ano), Hortolândia possuía 37 estabelecimentos de ensino, sendo 23 públicos estaduais, um público municipal e 13 privados.

Segundo o Censo Demográfico de 2019, 8,1% das escolas brasileira de ensino fundamental dos anos iniciais e 5,3% dos anos finais não estavam ligadas à rede de esgoto. Destas, várias não possuíam banheiros nem sistema de energia elétrica. A situação no estado de São Paulo é bem melhor do que a nacional, com 1% das escolas dos anos iniciais sem acesso ao esgotamento sanitário e 0,6% dos anos finais.

Em Hortolândia, todas as escolas dos anos finais possuíam energia elétrica, mas 10,8% não estavam ligadas à rede de esgoto no momento do censo escolar, o que representa um problema que pode comprometer a comunidade escolar do município.

Nessas escolas do município, 98,1% dos docentes possuíam ensino superior completo, média inferior à observada no estado de São Paulo.

**Gráfico 5** – Número de escolas do ensino fundamental em Hortolândia, públicas e privadas (2019)

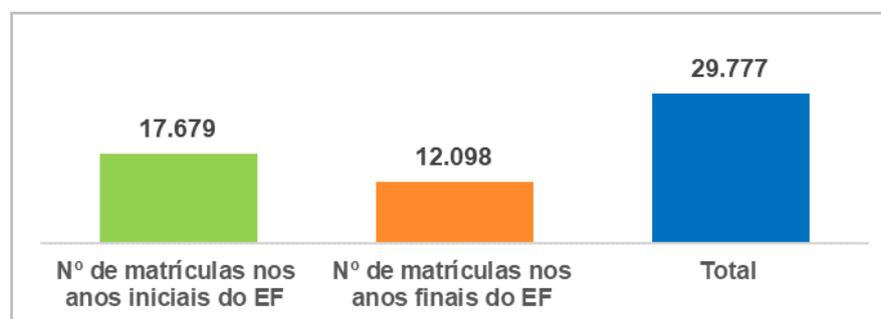


**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Em 2019 o município contava com 87 estabelecimentos de ensino fundamental, sendo 50 dos anos iniciais e 37 dos anos finais – vale lembrar que, para o Censo Escolar, estabelecimen-

to é outra denominação para a escola, não podendo ser confundido com prédio escolar, já que em um mesmo prédio podem funcionar mais de um estabelecimento de ensino.

**Gráfico 6** - Número de matrículas nos anos iniciais e finais do ensino fundamental em Hortolândia (2019)



**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Em 2019, o município registrava 29.777 matrículas no ensino fundamental do 1º ao 9º ano. A estimativa populacional do IBGE indicava a existência de 34.801 crianças e adolescentes na faixa etária de 6 a 14 anos de idade. Esses dados indicam que aproximadamente 5 mil crianças e adolescentes estavam fora da escola em Hortolândia e podiam, eventualmente, se encontrarem em classes de edu-

cação infantil, educação especial, educação de jovens e adultos ou, de fato, fora da escola.

Um dos desafios do município é garantir a essa faixa etária o acesso pleno e a permanência no ensino fundamental, com bom desempenho escolar. Esse trabalho exige o acompanhamento da trajetória educacional de cada estudante. É preciso

desenvolver estratégias para avaliar as demandas, por meio de ações de busca ativa de crianças e adolescentes fora da escola, em uma ação

integrada entre a rede municipal e estadual e demais órgãos da política social do município.

**Tabela 26** - Indicadores de desempenho educacional dos anos iniciais do ensino fundamental no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Média de horas-aula nos anos iniciais	5	5	4,5
Média de alunos por turma nos anos iniciais	26,1	23,7	21,6
Taxa de aprovação nos anos iniciais	98,8%	98,1%	94,2%
Taxa de reprovação nos anos iniciais	1,1%	1,7%	5,1%
Taxa de abandono nos anos iniciais	0,1%	0,5%	1,5%
Taxa de distorção idade-série nos anos iniciais	2,7%	4,0%	10,5%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação exige que a carga horária mínima anual de uma escola seja de 800 horas, distribuídas por um mínimo de 200 dias de efetivo trabalho escolar, o que dá uma média de quatro horas de aula por dia. A média diária de horas-aula das escolas de ensino fundamental do país é de 4,5 para os anos iniciais e 4,7 para os anos finais. Já as médias do estado e de Hortolândia são de 5 horas-aula por dia para os anos iniciais e 5,3 para os anos finais, resultados dentro dos padrões exigidos pela legislação (ver tabela 25).

O Brasil apresentava em 2019 uma média de 21,6 alunos por turma para os anos iniciais e 26,6 para os anos finais; o estado, respectivamente, 23,7 e 28 alunos e Hortolândia, 26,1 e 30,6 estudantes.

Em relação aos alunos que foram aprovados para o ano seguinte, o mu-

nicipio apresentou uma taxa de 98,8% para os anos iniciais e de 95,3% para os anos finais do ensino fundamental, resultados acima da média do estado e do país. A taxa de reprovação, que indica o percentual de alunos retidos no mesmo ano letivo, por não terem conseguido o rendimento escolar esperado ou por excesso de faltas, foi de 1,1% para os anos iniciais e 3,8% para os anos finais no município, resultado também mais satisfatório do que os do estado e do Brasil.

A taxa de abandono ou evasão escolar indica o percentual de alunos que deixam de frequentar o ensino fundamental durante o período letivo, e vários são os motivos para que isso ocorra. Nos primeiros anos, a distância da escola, associada à falta de transporte escolar ou de quem possa levar e buscar a criança, é um fator importante. Nos anos finais, favorecem o abandono escolar aspectos

como dificuldade de aprendizagem, falta de interesse pela escola, ingresso em trabalho infantil, doenças crônicas, falta de incentivo dos pais, gravidez na adolescência e envolvimento

com drogas. As taxas de abandono em Hortolândia, de 0,1% nos anos iniciais e 0,9% nos anos finais, são menores que as do estado e do país.

**Tabela 27** - Indicadores de desempenho educacional dos anos finais do ensino fundamental no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Média de horas-aula nos anos finais	5,3	5,3	4,7
Média de alunos por turma nos anos finais	30,6	28	26,5
Taxa de aprovação nos anos finais	95,3%	95,1%	88,1%
Taxa de reprovação nos anos finais	3,8%	3,9%	9,5%
Taxa de abandono nos anos finais	0,9%	1%	2,4%
Taxa de distorção idade-série nos anos finais	8,3%	10,7%	23,4%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

A distorção idade-série é o indicador educacional que permite acompanhar o percentual de alunos com idade acima da esperada para o ano em que estão matriculados. As taxas de distorção para o ensino fundamental do país em 2019 eram de 10,5% para os anos iniciais do ensino fundamental e de 23,4% para os anos finais, de acordo com o Censo Escolar. Apesar de uma redução nos últimos anos nas escolas públicas de

ensino fundamental, os percentuais do país ainda são muito altos.

Como apontam os dados das tabelas 26 e 27, em Hortolândia a taxa de distorção idade-série era de 2,7% nos anos iniciais e de 8,3% nos anos finais. A taxa das escolas públicas (3% nos anos iniciais e 9,2% nos anos finais) eram bem maiores do que as observadas na rede privada, de 1,5% e 5,2% para os anos iniciais e finais, respectivamente.

**Tabela 28** – Taxas de distorção idade-série dos anos iniciais e finais e total do ensino fundamental em Hortolândia (2019)

Dependência administrativa	Anos iniciais	Anos finais	Total
Pública geral	3%	9,2%	5,5%
Pública municipal	3%	2,6%	3%
Pública estadual	2,6%	9,3%	9,1
Privada	1,5%	5,2%	3,1%
Total	2,7%	8,3%	5%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep (2019).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) é o principal indicador da qualidade da educação básica no Brasil. Em um único indicador estão sintetizados dois conceitos importantes para aferir a qualidade

do ensino no país: fluxo (taxa de aprovação dos alunos) e aprendizado, obtido por meio dos resultados das avaliações de desempenho do Inep, do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) e da Prova Brasil.

**Tabela 29** – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) nos anos finais do ensino fundamental no município, no estado e no país (2017)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Ideb – Anos iniciais do EF público (4ª série/5º ano)	6,9	6,5	6,9
Ideb – Anos finais do EF público (8ª série/9º ano)	4,9	4,9	4,9

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

O Ideb 2017 de Hortolândia nos anos iniciais da rede pública alcançou 6,9 e superou a meta de 6,1. Nos anos finais da rede pública, cresceu e chegou a 4,9, mas não atingiu a meta de 6,0.

O Plano Municipal de Educação de Hortolândia prevê em sua Meta 5

“assegurar a continuidade da universalização do ensino fundamental de nove anos a toda a população de 6 a 14 anos, respeitando a indissociabilidade entre acesso e permanência, garantindo assim que 95% dos alunos tenham sua conclusão na idade certa”.

### Ensino fundamental integral

A educação integral deve garantir o desenvolvimento dos alunos em todas as suas múltiplas dimensões – intelectual, física, emocional, social e cultural – e se constituir como um projeto coletivo, compartilhado por crianças, jovens, famílias, educadores, gestores e comunidades. Representa a opção por um projeto educativo integrado, em sintonia com a vida e com as necessidades, possibilidades e interesses dos estudantes. Não se trata apenas da ampliação da jornada escolar. A educação integral pretende oferecer novas oportunidades aos alunos,

para que desfrutem e produzam arte, conheçam e valorizem sua história e seu patrimônio cultural, tenham uma atitude responsável diante da natureza e aprendam a respeitar os direitos humanos e as diferenças e a valorizar a cultura da paz.

A política de educação integral deve prever condições estruturantes para a sua realização, tais como sete a nove horas diárias de jornada, definição das aprendizagens esperadas para cada etapa e construção de um programa de formação de pro-

fessores que envolva pelo menos 50% dos docentes de cada escola.

No Brasil, a educação integral encontra amparo na Lei de Diretrizes e Bases e está consagrada na Meta 6 do Pla-

no Nacional de Educação, que prevê educação em tempo integral em, no mínimo, 50% das escolas públicas, de forma a atender a pelo menos 25% dos alunos da educação básica.

**Tabela 30** – Número de matrículas no ensino fundamental integral no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de matrículas	3.887	385.915	2.536.040

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Em Hortolândia, em 2019, 3.887 crianças e adolescentes estavam matriculados no ensino fundamental integral,

sendo 3.566 em estabelecimentos públicos e 321 em escolas privadas.

## Ensino médio

O ensino médio é a última etapa da educação básica, com duração mínima de três anos. Segundo as diretrizes do Ministério da Educação, tem por finalidade a consolidação e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos no ensino fundamental, possibilitando o prosseguimento de estudos; a preparação básica para o trabalho e a cidadania do estudante, para que continue aprendendo de modo a ser capaz de se adaptar a novas condições de ocupação ou aperfeiçoamento; o aprimoramento do aluno como pessoa humana, com formação ética e desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico, e a compreensão dos fundamentos científico-tecnológicos dos processos produtivos, relacionando a teoria e a prática em cada disciplina.

Desde abril de 2013 o ensino médio é obrigatório no Brasil. Até então, a Constituição considerava obrigatório apenas o ensino fundamental, e os pais deviam matricular seus filhos na escola apenas aos 6 anos. A partir de 2013, tornou-se obrigatória a matrícula das crianças aos 4 anos de idade na educação infantil (pré-escola), com permanência na escola até os 17 anos, quando devem finalizar o 3º ano do ensino médio.

A Lei nº 13.415 de 2017 estabeleceu a reforma do ensino médio, alterando a Lei de Diretrizes e Bases. Uma das mudanças foi a alteração da carga horária: o tempo mínimo do estudante na escola foi ampliado de 800 horas para 1.000 horas por ano. Também foram flexibilizados o currículo e os itinerários formativos, para que os alunos

escolham em qual área do conhecimento desejam se aprofundar. Foram criados cinco itinerários: linguagens e suas tecnologias, matemática e suas

tecnologias, ciências da natureza e suas tecnologias, ciências humanas e sociais aplicadas e formação técnica e profissional.

**Tabela 31** - Indicadores educacionais do ensino médio no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de estabelecimentos	34	6.508	28.860
Proporção de estabelecimentos que não possuem acesso a esgotamento sanitário	8,8%	0,7%	1,8%
Número de matrículas	9.034	1.551.906	7.465.891
Proporção de docentes com ensino superior completo	98,3%	98,9%	97,2%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Em 2019, Hortolândia contava com 34 estabelecimentos de ensino médio, sendo 24 estaduais, um federal e nove privados. Destes, apenas um era rural, e 8,8% não contavam com esgotamento sanitário.

Havia no município 9.034 estudantes matriculados nesse nível de ensino, para uma população total de 12.317 adolescentes de 15 a 17 anos e 4.170 jovens com 18 anos, segundo os dados da estimativa populacional do IBGE. Isso mostra um percentual importante de adolescentes fora do ensino médio, e vários motivos podem explicar esse fato: repetência nos anos finais do ensino fundamental, evasão e abandono escolar ou ainda a inserção em outras modalidades de ensino, como a educação especial ou a educação de jovens e

adultos. Garantir a permanência dos adolescentes no ensino médio é um enorme desafio para a política de educação e para a universalização da educação básica.

A meta 3 do Plano Nacional de Educação prevê universalizar, até 2016, o atendimento escolar a toda a população de 15 a 17 anos e elevar para 85% a taxa líquida de matrículas no ensino médio até o final 2024,

O plano de Hortolândia prevê em sua Meta 15 “contribuir para a universalização do atendimento escolar a toda a população de 15 a 17 anos e elevar, até o final do período de vigência deste Plano Municipal de Educação, a taxa líquida de matrículas no ensino médio para 85%”.

**Tabela 32** - Indicadores de desempenho do ensino médio no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Média de alunos por turma	32,8	30,2	29,6
Média de horas-aula	5,8	5,4	5,2
Taxa de aprovação	92,9%	89,3%	83,4%
Taxa de reprovação	5,4%	7,5%	10,5%
Taxa de abandono	1,7%	3,2%	6,1%
Taxa de distorção idade-série	7,4%	11,9%	26,2%

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

A média de alunos por turma no ensino médio em Hortolândia era de 32,8 estudantes em 2019, dentro dos padrões exigidos pela legislação nacional. O município apresentava média de 5,8 horas-aula diárias, o que também cumpriu o esperado.

A taxa de aprovação foi de 92,9% dos alunos, superior às médias do estado e do país. A taxa de reprovação atingiu 5,4%, também melhor que a estadual e a nacional.

A evasão e o abandono escolares no ensino médio são grandes desafios

a serem enfrentados pelos estados e municípios. Pesquisa realizada em 2009 pela Fundação Getúlio Vargas mostrou que aproximadamente 40% dos adolescentes de 15 a 17 anos abandonaram os estudos por falta de interesse. A taxa de abandono em Hortolândia foi de 1,7%, e a taxa de distorção idade-série atingiu 7,4% do total de alunos no ensino médio. Os indicadores educacionais mostram que o município de Hortolândia caminha no sentido de assegurar uma educação de qualidade para os adolescentes e jovens nesse nível de ensino.

**Tabela 33** - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) dos anos finais do ensino médio no município, no estado e no país (2017)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Ideb	3,9	4,2	3,8
Metas do Ideb projetadas para o ensino médio	3,9	5,0	4,7

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) - Inep - Censo Escolar (2019).

O Ideb do município (3,9) está exatamente igual à meta esperada. O PNE prevê em sua Meta 7 que a média nacional do Ideb do ensino médio chegue a 5,2.

## Educação profissional e tecnológica (EPT)

A educação profissional e tecnológica (EPT) é uma modalidade educacional prevista no artigo 39 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, com a finalidade de preparar os jovens para o exercício de profissões e contribuir para que possam se inserir e atuar no mundo do trabalho e na vida em sociedade.

No cumprimento dos objetivos da educação nacional, a EPT se integra aos diferentes níveis e modalidades de ensino e às dimensões do trabalho, da ciência e da tecnologia, de-

vendo articular-se com o ensino regular e com outras modalidades educacionais, como educação de jovens e adultos, educação especial e educação a distância.

A EPT apresenta pouca abrangência no território nacional, tanto é que o Plano Nacional de Educação prevê, na Meta 11, triplicar as matrículas na educação profissional técnica de nível médio, assegurando a qualidade da oferta e pelo menos 50% de expansão no segmento público.

**Tabela 34** - Número de matrículas e de estabelecimentos de educação profissional e tecnológica (EPT) de jovens e adultos no ensino fundamental integral no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de matrículas	2.969	428.283	1.914.749
Número de estabelecimentos	5	990	4.209

**Fonte:** Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Em Hortolândia, em 2019, havia 2.969 alunos matriculados em cinco estabelecimentos de ensino de educação profissional e tecnológica, sendo 575 em estabelecimentos federais, 1.081 em estabelecimentos estaduais e 913 em escolas privadas.

Na Meta 16 do seu plano educacional, o município se comprometeu a colaborar para triplicar as matrículas da educação profissional técnica de nível médio, assegurando a qualidade da oferta e pelo menos 50% de expansão no segmento público.

Para este relatório, foram realizadas entrevistas em quatro escolas de ensino médio e técnico, encontrando-se dificuldades para conseguir um número maior de agendamentos.

Todas as escolas informaram que possuem o Plano Político Pedagógico (PPP), elaborado com a participação da comunidade escolar, dos pais e de representantes dos alunos. As unidades também informaram que possuem um Conselho de Escola, com a participação da comunidade escolar e de pais e representantes dos alunos.

Os representantes das quatro escolas em que foram feitas entrevistas confirmaram a existência de grêmios estudantis. Em três se realizam projetos de prevenção e em duas existem projetos específicos de educação sexual.

As escolas relataram várias ocorrências de situações de violência, des-

critas como “violência contra o patrimônio escolar”, “violência autoprovocada” e outros tipos de episódios. Contudo, parece que tentam resolver as questões internamente, pois nenhuma dessas escolas participou de reuniões com a rede de proteção.

### Educação de jovens e adultos (EJA)

A educação de jovens e adultos (EJA) se destina aos estudantes que não tiveram acesso à escola ou continuidade de estudos no ensino fundamental e médio na idade apropriada. É organizada em cursos e exames supletivos, habilitando o estudante a prosseguir seus estudos em caráter regular.

Sua origem vem da necessidade de escolarização de pessoas excluídas do processo educativo, por motivos diversos. Anteriormente conhecida como supletivo, a atual EJA incorpora a concepção de inclusão social de quem não teve oportunidade na idade adequada. Adolescentes, jo-

vens e adultos que participam da EJA ganham a possibilidade de retornar à vida educacional, aumentam a possibilidade de conseguir um emprego e têm ganhos de pertencimento e autoestima.

A EJA é disciplinada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, em especial nos artigos 37 e 38. A Meta 10 do Plano Nacional de Educação prevê a oferta de, no mínimo, 25% das matrículas de educação de jovens e adultos nos ensinos fundamental e médio, de forma integrada à educação profissional.

**Tabela 35** - Número de matrículas e de estabelecimentos de educação de jovens e adultos (EJA) no ensino fundamental integral no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de matrículas	1.823	417.752	3.273.668
Número de estabelecimentos	2	2.374	29.763

Fonte: Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Em 2019, havia em Hortolândia 1.823 estudantes matriculados em estabelecimentos de educação de jovens e adultos, em dois estabelecimentos

públicos. Do total de matrículas, 903 (49,5%) eram no ensino fundamental e 50,5% no ensino médio. No ensino fundamental, 242 alunos estavam

matriculados em estabelecimentos públicos estaduais, e 661 em escolas públicas municipais. No ensino médio, todas as matrículas eram em escolas estaduais.

Meta 8 - Elevar a escolaridade média da população de 18 a 29 anos e igualar a escolaridade média entre negros e não negros declarados à Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Meta 9 - Manter e elevar a taxa de alfabetização da população com

### Educação especial

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva tem como objetivo assegurar a inclusão escolar de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, orientando os sistemas de ensino para garantir: acesso ao ensino regular, com participação, aprendizagem e continuidade nos níveis mais elevados do ensino; transversalidade da modalidade de educação especial desde a educação infantil até a educação superior; oferta de atendimento educacional especializado; formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão; participação da família e da comunidade; acessibilidade arquitetônica, nos transportes, nos mobiliários, nas comunicações e informação; e articu-

15 anos ou mais e elevar para 95% até o segundo ano de vigência deste PME e, até o final da vigência, erradicar o analfabetismo absoluto e reduzir em 50% a taxa de analfabetismo funcional.

Meta 10 - Oferecer, no mínimo, 25% das matrículas de educação de jovens e adultos na forma integrada à educação profissional no ensino fundamental.<sup>29</sup>

lação intersetorial na implementação das políticas públicas.

Na perspectiva da educação inclusiva, a educação especial passa a constituir a proposta pedagógica da escola, definindo como seu público-alvo os alunos com deficiência, transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Nestes casos e outros, que implicam transtornos funcionais específicos, a educação especial atua de forma articulada com o ensino comum, orientando para o atendimento às necessidades educacionais especiais desses alunos.

A inclusão de alunos com deficiência em classes comuns exige que a escola regular se organize de forma a oferecer possibilidades objetivas de aprendizagem. Segundo estimativas da ONU, as pessoas com deficiência

<sup>29</sup> Plano Municipal de Educação de Hortolândia (PMEH) – 2015.

representam 10% da população. Esse percentual pode se elevar em países, como o Brasil, em que as condições socioeconômicas da população são mais precárias.

Para a população de 4 a 17 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, a Meta 4 do Plano Nacional de Educação prevê a universalização do acesso à educação

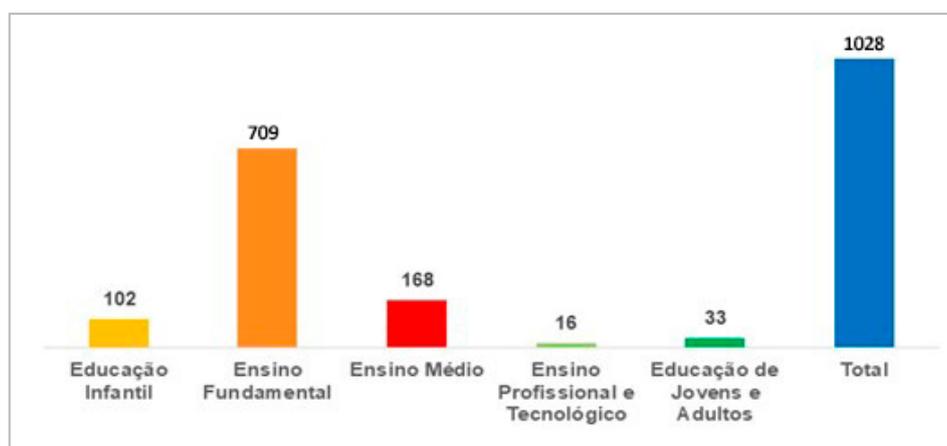
básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados. Para isso é necessário que os órgãos do município localizem esse público, por meio de busca ativa e demais estratégias capazes de garantir o direito de todos à educação.

**Tabela 36** - Número de matrículas e de estabelecimentos de educação especial no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de matrículas	1.028	203.389	1.250.967
Número de estabelecimentos	11	20.131	123.094

Fonte: Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

**Gráfico 7** – Nº de alunos matriculados na educação especial por nível de ensino no município (2019)



Fonte: Ministério da Educação (MEC) – Inep - Censo Escolar (2019).

Como mostra o gráfico 7, em 2019 havia em Hortolândia 1.028 alunos matriculados na educação especial, em 11 estabelecimentos. Do total de matrículas, 102 eram na educação infantil, 708 no ensino fundamental, 168 no ensino médio, 16 no ensino profis-

sional e tecnológico e 33 na educação de jovens e adultos. Do total, 928 matrículas eram em classes comuns e 100 em classes exclusivas.

O Plano Municipal<sup>30</sup> prevê as seguintes metas para a educação especial e inclusiva no município:

- Meta 11 - Assegurar a continuidade da universalização da educação básica aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, atendidos pela rede municipal de ensino.
- Meta 12 - Buscar a universalização, para a população de 4 a 17 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, do acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas com recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos e/ou conveniados.
- Meta 13 - Manter e ampliar o atendimento pedagógico especializado de forma integrada ao currículo escolar aos alunos matriculados na rede municipal que apresentem distúrbio de aprendizagem.
- Meta 14 - Atender aos indicadores de qualidade e políticas de avaliação e supervisão propostos pelo governo federal para o funcionamento de instituições públicas municipais que prestem atendimento a alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.

Com relação aos serviços voltados para as pessoas com deficiência, foram entrevistados representantes do Centro Integrado de Educação e Reabilitação Romildo Pardini (CIER), no âmbito da educação, Serviço de Fortalecimento de Vínculos, Centro de Apoio ao Deficiente Físico, Centro de Convivência, Aprendizagem, Reabilitação e Trabalho (CCART) e Coordenadoria Pedagógica da Educação Especial e Inclusão.

O atendimento educacional especializado em Hortolândia conta com 18 salas de recursos multifuncionais, com atendimento em 57 escolas da rede regular de ensino (educação infantil e ensino fundamental nas séries iniciais, com uma única escola do 6º ao 9º ano). São atendidos 578 alunos com deficiência, uma ou duas vezes por semana, durante 50 minutos – individual ou em dupla. A terapeuta ocupacional e fonoaudióloga do CIER oferece orientação e suporte para tecnologias assistidas, uma vez por semana, nas diversas escolas. Uma dificuldade apontada pelo CIER foi a falta de atendimento clínico de especialidades.

Foi identificada na entrevista no CIER a participação de pais, alunos e comunidade na construção do Plano Político Pedagógico. A construção coletiva do espaço escolar é fundamental e garante o protagonismo da criança e do adolescente. O Projeto Assembleias aborda com frequência o tema sexualidade, importante para prevenir situações de assédio e violência.

<sup>30</sup> Plano Municipal de Educação de Hortolândia (2018).

Na entrevista foram apontados três pontos positivos do serviço: parceria com empresas para a inclusão de deficientes no mercado de trabalho, parceria da comunidade em trabalhos voluntários e oficinas de encadernação e panificação.

No CCART, as entrevistas indicaram a necessidade de melhoria geral do espaço, do mobiliário, dos equipamentos e do acesso da pessoa com deficiência, assim como a contratação de um fonoaudiólogo, um terapeuta ocupacional e um educador físico.

Constatou-se que 66 crianças e adolescentes estão na fila de espera de vaga, o que reflete uma demanda acima da capacidade de atendimento.

As entrevistas apontaram a redução de verbas e de serviços e projetos, com atendimento limitado a três dias por semana, a redução do espaço físico e das atividades, devido à limitação financeira da instituição, e a dificuldade do acesso ao serviço por deficiência no transporte de alguns usuários, que é feito por ambulância do SUS. Também foi apontada a falta de parceria com as secretarias municipais e com as secretarias de Educação, Saúde e Inclusão Social, em relação ao Cendefi e ao CCART.

Considerando as condições existentes, constatou-se que a proposta Educação Especial e Inclusiva de Hortolândia têm desenvolvido um bom trabalho, com cursos de formação continuada para professores, gestores, estagiários e educadores para

o público infantojuvenil, abordando temas voltados para deficiências e transtorno global de desenvolvimento (intervenção, acompanhamento, orientações, adaptação curriculares, tecnologia assistiva e comunicação alternativa, entre outros). A área também oferece apoio para orientação, encaminhamento, simpósios, cursos de capacitação e formação continuada para os professores da Educação Especial e do Atendimento Educacional Especializado, acompanhamento do trabalho desenvolvido na escola, gerenciamento, protocolos, relatórios e atendimento, por meio da organização pelo Google Drive, em que os alunos são cadastrados e acompanhados pela Coordenação da Educação Especial e Inclusiva.

A rede de apoio a pessoa com deficiência no município conta ainda com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Especialidades Médicas, o Conselho Tutelar, o Centro de apoio ao Deficiente Físico (Cendefi), a APM do CIER, o Centro de Atenção Psicossocial e as unidades básicas de saúde.

É importante apontar alguns aspectos que precisam ser desenvolvidos pelo município para a atenção integral à criança e ao adolescente com deficiência:

- A rede de apoio a pessoa com deficiência no município conta ainda com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Especialidades Médicas, o Conselho Tutelar, o Centro de

Apoio ao Deficiente Físico (Cen-defi), a APM do CIER, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPSI e as unidades básicas de saúde.

- Hortolândia registra atualmente 192 alunos com autismo que frequentam a rede regular de ensino, mas não existe serviço especializado no atendimento a pessoas com autismo.
- O município também não conta com serviços de atendimento a pessoas com deficiências visuais e auditivas, desde a educação infantil até a idade adulta, com os recursos necessários para estimulação precoce, reabilitação, orientação e mobilidade e com equipes multidisciplinares especializadas.
- Os alunos do CIER Educação não contam com atendimento clínico e terapêutico de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, embora haja alunos com paralisia cerebral e outras deficiências motoras.
- A Secretaria de Educação não possui equipe de suporte à Inclusão – psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social. Essa demanda é definida como urgente pelos profissionais da área de educação especial.
- O número de educadores e estagiários é insuficiente para atender os alunos que necessitam de apoio especial na rotina escolar.
- Não se investe na compra de materiais específicos e adaptados que atendam às necessidades dos alunos da educação especial e inclusiva.
- A reabilitação que começa cedo proporciona melhores resultados funcionais para quase todas as condições associadas à deficiência. A eficácia da intervenção precoce é marcante no progresso do desenvolvimento educacional, mas o setor de educação do município não conta com um serviço de intervenção precoce ou de estimulação essencial.
- Faltam instrutores para cursos de artesanato, marcenaria e padaria nas oficinas do CIER Educação.
- É preciso instalar em todas as escolas uma sala de recursos multifuncionais.
- O município carece de uma política pública que defina e regule os caminhos da educação especial e Inclusiva, com a participação das secretarias envolvidas e de representantes das pessoas com deficiência.

## Cultura, esporte e lazer

O direito à cultura, ao esporte e ao lazer é essencial para o desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança e do adolescente. Por meio da análise das entrevistas e do grupo focal, foi possível observar que a área

cultural precisa de mais investimento municipal. É necessário ampliar o acesso à cultura, sobretudo a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

### Espaços culturais

Armazém das Artes Carlos Vilela

Setor Cultural Arlindo Zadi

Centro Cultural Inés Aparecida Afonso da Silva/Escola de Artes Augusto Boal

Centro de Educação Musical Municipal

É extremamente positiva e adequada a capacidade dos espaços de cultura de ouvir a criança e o adolescente, com o objetivo de direcionar as atividades de acordo com a demanda, de uma forma que faça sentido para população atendida.

Também é importante a transversalidade das ações, por meio de diferentes estratégias na abordagem de temas diversos. Dessa forma, a cultura pode ser um espaço importante de prevenção. Trabalhar temáticas como direitos, sexualidade, violência e drogas em oficinas de cultura é uma estratégia assertiva de prevenção. Os responsáveis pela área cultural do município também precisam pensar em estratégias de inclusão de crianças e adolescentes com deficiência em seus cursos, adequando as atividades às necessidades desse público.

Em relação à violência e outras violações dos direitos da criança e do adolescente, há necessidade de capacitar os profissionais para identificar e notificar essas situações. Os serviços de cultura são espaços de proteção e garantia dos direitos da criança e do adolescente.

A área de esporte em Hortolândia conta com diversos serviços e atende 9.600 pessoas de todas as faixas de idade, um número bastante expressivo, com a expectativa de chegar a 11.600 vagas. Contudo, é importante ampliar o acesso da criança e do adolescente em situação de vulnerabilidade.

### Centros esportivos

Ginásio Victor Savala
Academia Municipal Jaime Pereira
Poliesportivo Nelson Cancian
Centro de Especialidades em Artes Marciais Eliel Gomes
Centro de Treinamento em Ginástica Artística Yasmin Geovana Santos Bonfin
Praça de Esportes Gino Bernardini
Cantuário
CIF Santa Clara
Campo Society Adriana Maria de Oliveira
Campo Santiago
Sesi

Em relação à criança e ao adolescente com deficiência, faltam atividades esportivas adaptadas para as necessidades específicas de cada um. Atualmente, no município, não há programas de esporte, cultura e lazer dirigidos a pessoas com deficiência, nem para crianças, nem para adultos.

Durante a realização do grupo focal, os adolescentes destacaram a necessidade de mais espaços de lazer em Hortolândia e a garantia da segurança nas instalações existentes. Os adolescentes também reivindicaram bibliotecas, brinquedotecas, clube com piscina, ciclovias e praças seguras.

Foi percebida, igualmente, a necessidade de capacitar os profissionais do esporte para identificar e notificar a ocorrência de atos de violências e outras violações dos direitos da criança e do adolescente.

Os serviços de esporte, assim como os de cultura, são um espaço de proteção e garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Portanto, devem ser adequados à demanda dessa população e receber os investimentos necessários para que cumpram seus objetivos.

## 6. DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

### Saúde

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Parte dessa exigência constitucional é cumprida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores e mais complexos do mundo, que é gratuito e beneficia aproximadamente 80% da população brasileira. O SUS é financiado por recursos provenientes da União, dos estados e municípios e de outras fontes suplementares.

O modelo de gestão do SUS é descentralizado e oferecido à população por níveis de complexidade do atendimento. A atenção primária é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários, por meio das unidades básicas de saúde (UBS), dos agentes comunitários de saúde (ACS), das equipes de saúde da família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As unidades de pronto atendimento (UPAs) e o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (Samu) são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as urgências hospitalares.

A atenção secundária é formada pelos serviços especializados de nível ambulatorial e hospitalar, que possuem nível de complexidade intermediária entre a atenção primária e a terciária, que se refere ao atendimento de alta complexidade e especialização.

A política de saúde pública brasileira agrega também as ações da Vigilância Sanitária e da Vigilância Sanitária de Zoonoses, responsável pela imunização e pelo cuidado com animais, além de campanhas de vacinação, prevenção, controle e tratamento de doenças crônicas.

O atual Plano Municipal de Saúde Municipal de Hortolândia, instrumento de planejamento das ações e serviços de saúde, foi elaborado para nortear as ações a serem desenvolvidas no período de quatro anos, entre 2018 e 2021. Contempla 14 eixos e diretrizes e respectivos objetivos, metas, indicadores e ações.

## Natalidade e mortalidade

O conhecimento e a análise das taxas de natalidade e mortalidade de um país permitem identificar as tendências demográficas para o planejamento de políticas públicas destinadas a assegurar melhor qualidade de vida à população, projetar obras de infraestrutura e ampliar o uso sustentável dos recursos naturais.

Nos países em desenvolvimento, as taxas de natalidade costumam ser mais elevadas, em decorrência da fragilidade das políticas públicas, principalmente nas áreas de saúde e educação. De modo geral, não há planejamento familiar e as mulheres não têm acesso a atendimento de saúde de qualidade nem a métodos contraceptivos, e a gravidez nem sempre é uma escolha. Outro fator a considerar é o número menor de mulheres inseridas no mercado de trabalho. Em situação bem diferente, nos países desenvolvidos é comum encontrar taxas de natalidade em declínio.

### Taxa de natalidade<sup>31</sup>

Esse indicador representa o número de nascidos vivos no período de um ano, excluindo as crianças que morreram logo após o nascimento. Representa a relação entre os nascimentos em um ano e o número total da população.

### Taxa de mortalidade infantil<sup>32</sup>

Relação entre os óbitos de menores de 1 ano, residentes em uma unidade geográfica, em determinado período (geralmente um ano), e os nascidos vivos na mesma unidade no período.

Segundo o IBGE, a taxa de natalidade no Brasil vem apresentando decréscimo ao longo dos anos. Em 2000, era de 20,9 por mil habitantes, caindo para 18,2 em 2005 e para 15,9 em 2018, como mostra a tabela 37. Em 2018, a taxa de natalidade no estado de São Paulo era de 13,8 nascimentos por mil habitantes, semelhante à do município de Hortolândia, de 13,7.

Em sentido inverso, as taxas de mortalidade geral da população são maiores nos países mais pobres, com condições socioeconômicas precárias, e menores nos países ricos.

### Taxa de mortalidade na infância<sup>33</sup>

Relação entre os óbitos de menores de 5 anos, residentes em uma unidade geográfica, em determinado período (geralmente um ano), e os nascidos vivos na mesma unidade no período.

**Tabela 37** - Taxas de natalidade e mortalidade no município, no estado e no país (2018)

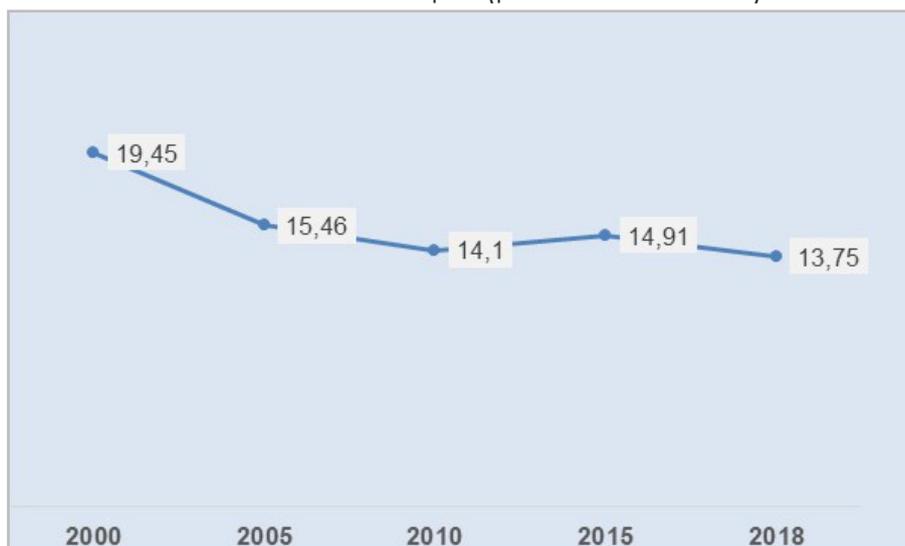
Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Taxa de natalidade	13,7	13,8	15,9
Taxa de mortalidade infantil para menores de 1 ano (para cada mil nascidos vivos)	7,18	10,7	12,35
Taxa de mortalidade na infância para menores de 4 anos (para cada mil nascidos vivos)	9,14	12,36	14,2

IBGE e Fundação Seade (2018).

<sup>31</sup> Ministério da Saúde - Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) – DataSUS, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2000/fqa06.htm>, acessado em 3 de agosto de 2020.

<sup>32</sup> Idem.

<sup>33</sup> Idem.

**Gráfico 8** – Taxa de natalidade do município (por mil habitantes) 2000 a 2018

Fonte: IBGE e Fundação Seade (2018).

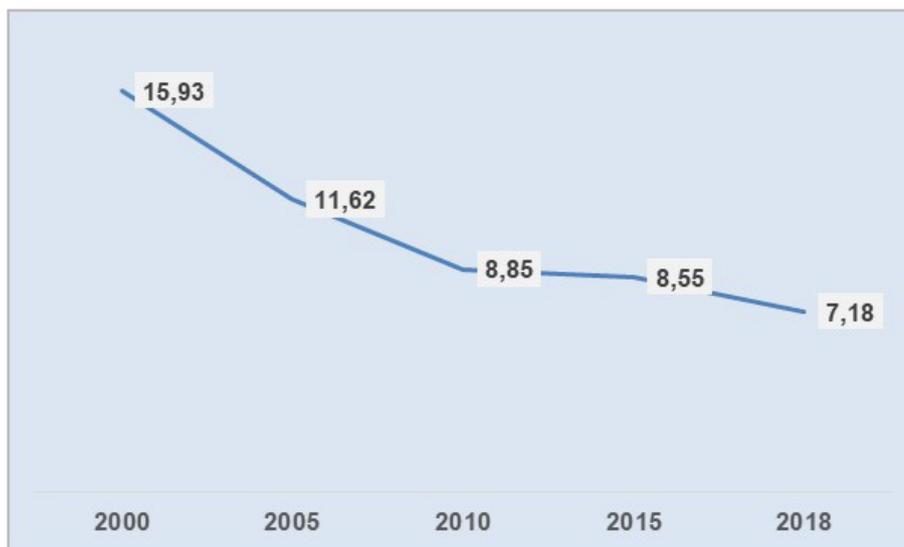
Observa-se no gráfico 8 que de 2000 a 2018 a taxa da natalidade em Hortolândia apresentou decréscimo quase constante, passando de 19,45 por mil habitantes para 13,75 no período. A taxa de mortalidade geral no país também vem apresentando queda, embora menos significativa do que ocorre com o ritmo da taxa de natalidade. Em 2000, era de 6,67 para cada mil habitantes, caindo para 6,2 em 2005 e para 6,08 em 2015.

A taxa de mortalidade infantil, que representa o número de mortes de crianças antes de completar 1 ano de idade, também vem caindo no país. Passou de 29,02 por mil nascidos vivos para 22,18 em 2005, 17,22 em 2010 e 12,35 em 2018. Entre os fatores

que contribuíram para a queda desse indicador, que representa de forma significativa as condições de vida de um determinado país ou município, estão os avanços na assistência pré-natal e no atendimento à mãe e ao recém-nascido, a ampliação da cobertura vacinal, a promoção do aleitamento materno e a melhoria das condições sanitárias.

A taxa de mortalidade na infância, que identifica a proporção de mortes de crianças menores de 4 anos para cada mil nascidas vivas, também diminuiu no Brasil, passando de 30,1 em 2000 para 14,20 mil em 2018, segundo os dados do IBGE e da Fundação Seade.

**Gráfico 9** – Taxa de mortalidade infantil no município (por mil nascidos vivos), de 2000 a 2018

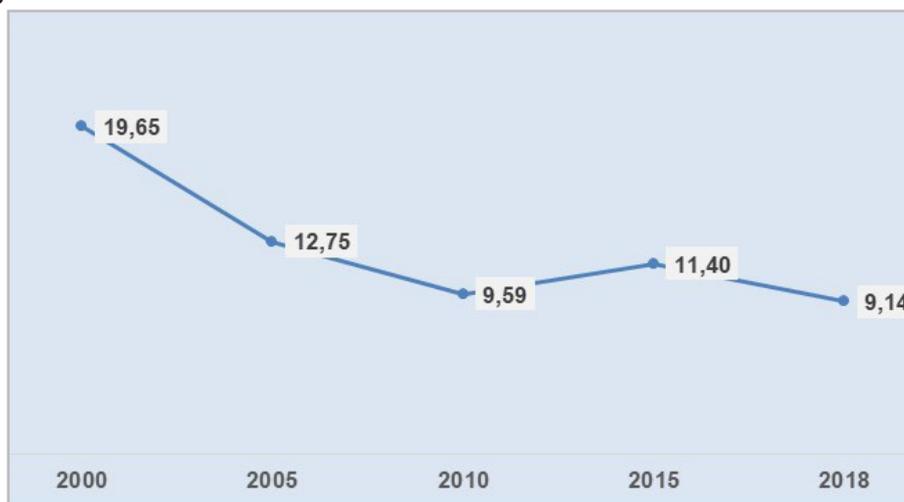


Fonte: IBGE e Fundação Seade (2018).

Na série histórica do gráfico 9 observa-se que a taxa de mortalidade infantil em Hortolândia vem apre-

sentando declínio desde 2000, caindo de 15,93 por mil nascidos vivos para 7,18 em 2018.

**Gráfico 10** - Taxa de mortalidade da infância no município (por mil nascidos vivos), de 2000 a 2018



Fonte: IBGE e Fundação Seade (2018).

Em Hortolândia a taxa de mortalidade da infância caiu de 19,65 em 2000

para 9,14 em 2018, índice mais baixo do que o do estado de São Paulo.

## Nascidos vivos

O Ministério da Saúde desenvolveu o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) para reunir informações referentes aos nascimentos informados em todo o país. O sistema permite a identificação de características

do recém-nascido e da mãe, entre várias outras informações, para análise da saúde materno-infantil, estabelecimento de comparações entre regiões, avaliação de séries históricas e conhecimento da cobertura de pré-natal.

**Tabela 38** - Nascidos vivos e nascidos vivos com baixo peso no município, no estado e no país (2018)

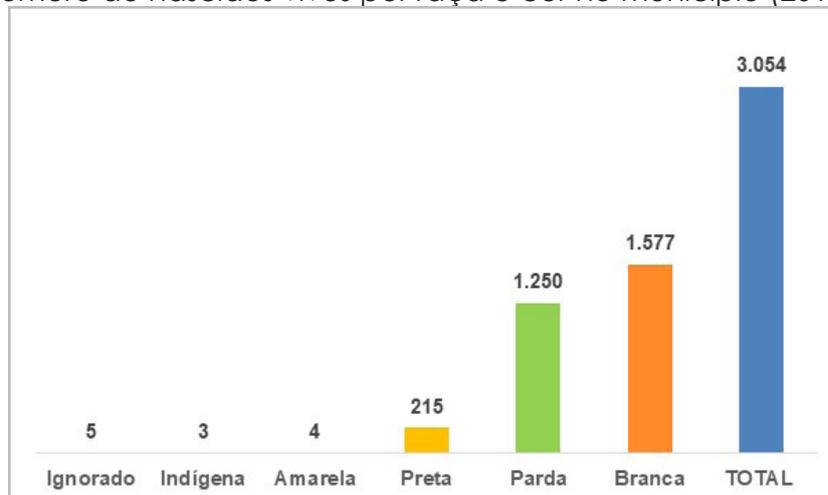
Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de nascidos vivos	3.054	606.146	2.944.932
Número de nascidos vivos com baixo peso	265	55.586	250.418
Percentual de nascidos vivos com baixo peso	8,7%	9,2%	8,5%

**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2018).

Em 2018, 3.054 crianças nasceram vivas em Hortolândia, das quais 265 (8,7%) apresentavam baixo peso. O peso considerado normal ao nascer varia de 2.500 a 4.200 gramas, e abaixo dessa faixa o bebê é considerado de baixo peso, independentemente do tempo de gestação. O peso ao nascer é classificado como muito baixo se for inferior a 1.500 gramas e extremamente baixo se inferior a 1.000 gramas. Quanto menor o peso ao

nascer, maiores são as complicações a que a criança se sujeita e menores as possibilidades de sobrevivência. O baixo peso ao nascer expressa retardo do crescimento intrauterino ou prematuridade e representa importante fator de risco para a mortalidade neonatal e infantil. Proporções elevadas de nascidos vivos de baixo peso estão associadas, em geral, a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil<sup>34</sup>.

**Gráfico 11** – Número de nascidos vivos por raça e cor no município (2018)



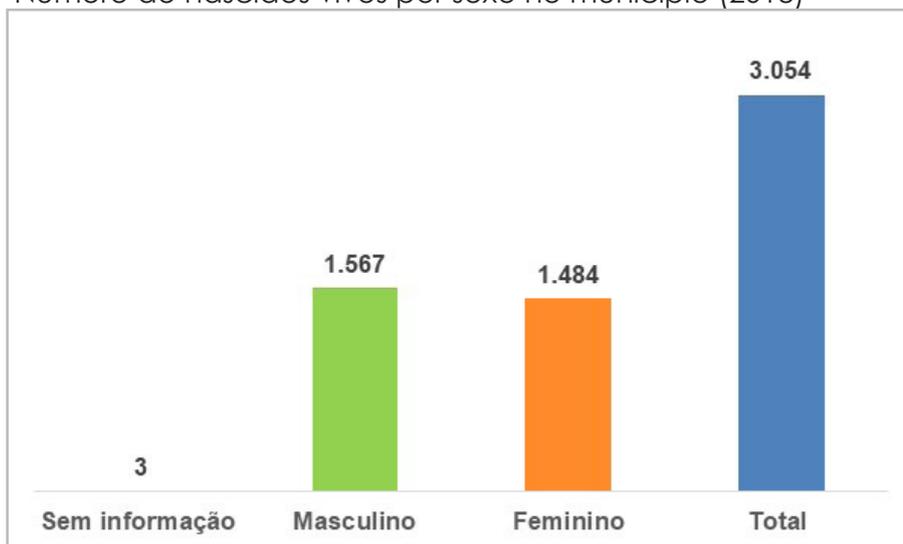
**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2018).

<sup>34</sup> Rede Interagencial de informações para a saúde – RIPSAs - Indicadores de morbidade e fatores de risco, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqd17.htm>.

De acordo com o gráfico 11, no total de nascidos vivos em Hortolândia em 2018 havia 1.577 (51,6%) brancos, 1.250 (40,9%) pardos, 215 (7%) pretos, quatro (0,1%) amarelos e três (0,2%) in-

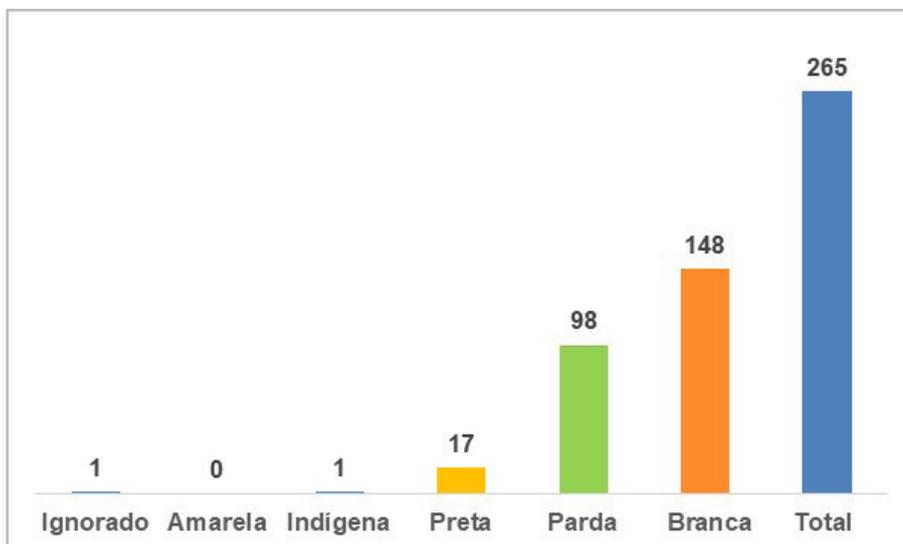
dígenas, além de cinco (0,2%) nascimentos sem essa informação. Quanto ao gênero, 51,35% eram meninos e 48,75%, meninas (gráfico 13).

**Gráfico 12** – Número de nascidos vivos por sexo no município (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2018).

**Gráfico 13** – Número de nascidos vivos com baixo peso por raça e cor no município (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2018).

Do total de nascidos com baixo peso, havia 148 (55,8%) brancos, 98 (37,0%) pardos, 17 (6,4%) pretos e um (0,4%) indígena. Proporcionalmente, as crian-

ças brancas apresentaram maior percentual de baixo peso ao nascer do que as de outras etnias.

## Nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal

O pré-natal é fundamental para que sejam detectadas ou prevenidas de forma precoce patologias na mãe e no feto, a fim de garantir o desenvolvimento saudável do bebê e reduzir os riscos para a gestante. Deve ser iniciado assim que a gravidez é confirmada ou antes de se completarem três meses de gestação. O conhecimento desse indicador permite avaliar os níveis de saúde da população e seu desenvolvimento socioeconômico. Também subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação

de políticas e ações de saúde direcionadas à atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério.

Segundo informações do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), a cobertura média de pré-natal no Brasil em 2010 foi de 45,94%, crescendo para 70,9% em 2018. É um avanço considerável, mas ainda distante do desejável, ou seja, que 90% das gestantes façam pelo menos sete ou mais consultas de pré-natal.

### Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal<sup>35</sup>

*Este indicador mede a cobertura do atendimento pré-natal a gestantes, identificando situações de desigualdades e tendências que demandam ações e estudos específicos.*

Tabela 39 - Nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal	2.442	483.230	2.086.353
Proporção de nascidos vivos cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal	80,0%	79,7%	70,9%

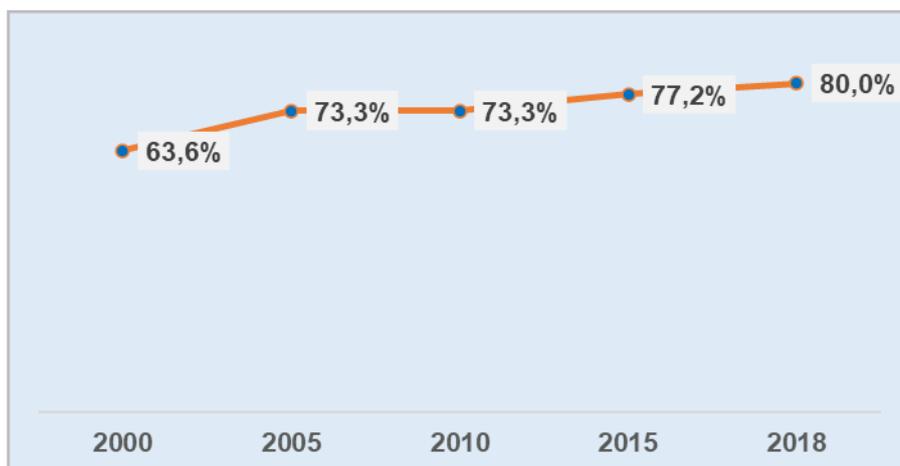
**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) / Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2018).

Em Hortolândia, em 2018, registrou-se um percentual de 80% de bebês nascidos vivos de mães que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal,

índice um pouco melhor do que o observado no estado.

<sup>35</sup> Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), disponível em <http://idsus.saude.gov.br/>, acessado em 10 de agosto de 2020.

**Gráfico 14** - Proporção de nascidos vivos em Hortolândia cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal (2000 – 2018)

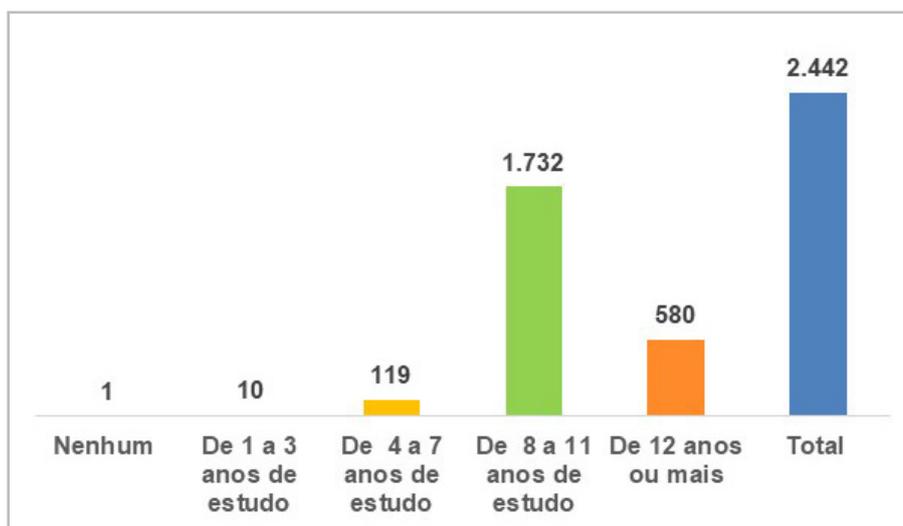


**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2018).

Na série histórica apresentada no gráfico 14 observa-se que os percentuais em Hortolândia se encontram em uma curva ascendente, porém abaixo do parâmetro do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS), de 90%.

Todas as unidades de saúde básica entrevistadas oferecem consultas de pré-natal. Sugerimos que o município crie estratégias de acompanhamento mais próximo dessa gestante, por meio de busca ativa, visitas domiciliares e outros mecanismos que lhe garantam mais atenção.

**Gráfico 15** – Número de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas de pré-natal por anos de estudo da mãe no município (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) (2018).

Em 2018, dos 2.442 nascidos vivos em Hortolândia, 580 (23,8%) tinham mães com doze anos ou mais de estudo,

1.732 (71,0%) tinham mães com oito a onze anos de estudo e 119 (4,9%) de quatro a sete anos.

## Óbitos

Nos últimos anos a taxa de mortalidade infantil no Brasil apresentou declínio em todas as regiões, especialmente nas menos desenvolvidas. A melhoria do nível socioeconômico e o acesso aos serviços de saúde foram as principais causas dessa redução.

Dessa forma, o país conseguiu atingir a meta estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para redução da mortalidade infantil. No entanto, ainda ocorre no país um número significativo de mortes infantis por causas consideradas evitáveis.<sup>36</sup>

**Tabela 40** - Óbitos de crianças de 1 e 4 anos no município, no estado e no país (2018)

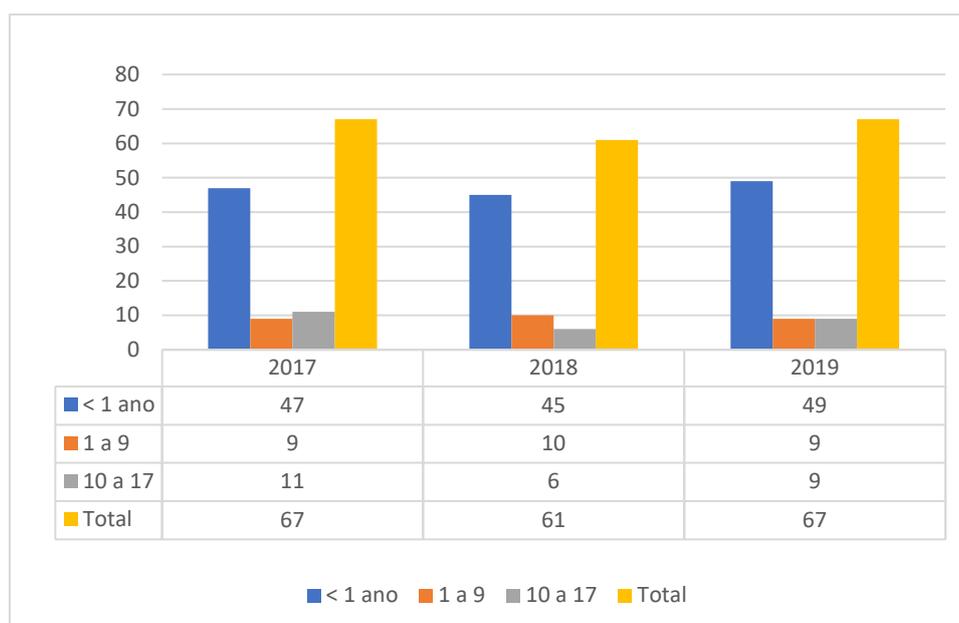
Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de óbitos de menores de 1 ano	23	6.530	35.864
Número de óbitos de menores de 4 anos	30	7.539	41.733
Número de óbitos de menores de 1 ano por causas evitáveis	12	4.233	23.902
Número de óbitos de menores de 4 quatro anos por causas evitáveis	16	4.638	26.598

Fonte: Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

O total de óbitos de criança até 1 ano de idade informado à vigilância epidemiológica do município foi de 45

em 2018, quase o dobro do que mostram os dados oficiais do Ministério da Saúde. Em 2019 houve 49 óbitos.

**Gráfico 16** – Total de óbitos na faixa etária de 0 a 17 anos em Hortolândia entre 2017 e 2019



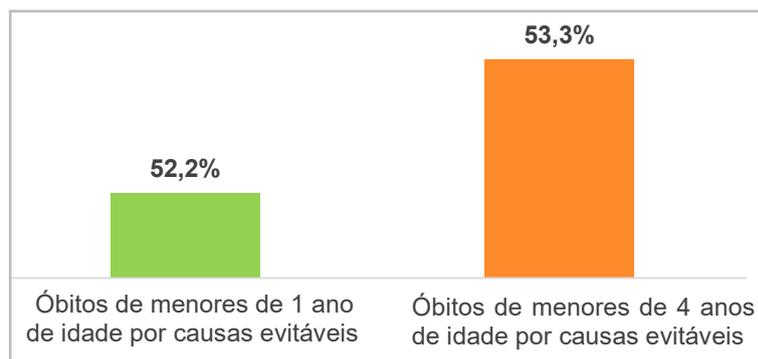
Fonte: SIM19/08/2020.

<sup>36</sup> Evitabilidade ou mortes evitáveis: trata-se de um agravo ou situação prevenível pela atuação dos serviços de saúde que incidem, provavelmente, quando o sistema de saúde não consegue atender as necessidades de saúde e seus fatores determinantes são frágeis. Disponível em [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos\\_Evitaveis\\_0\\_a\\_4\\_anos.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Obitos_Evitaveis_0_a_4_anos.pdf), em 12 de agosto de 2020.

Em Hortolândia, o recém-nascido recebe atendimento de puericultura em todas as unidades de saúde básica entrevistadas, porém os dados em relação à mortalidade infantil no município são preocupantes. Consi-

derando os 3.054 nascidos vivos em 2018 e os 45 óbitos apontados pela vigilância epidemiológica, a taxa de mortalidade indica a necessidade de ações de prevenção e atenção mais eficazes no município.

**Gráfico 17** – Percentual de óbitos de menores de 1 a 4 anos de idade por causas evitáveis no município (2018)

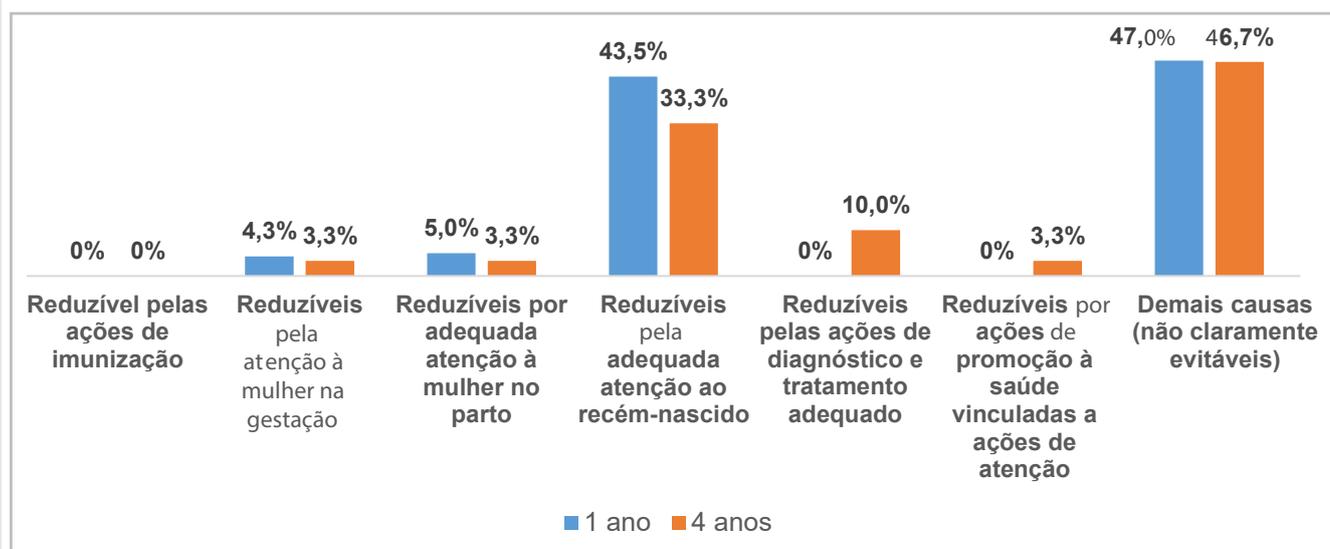


**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

Conforme mostra o gráfico 17, dos 23 óbitos de menores de 1 ano registrados em Hortolândia em 2018, 12 (52,2%) tiveram causas evitáveis;

dos 30 ocorridos com menores de 4 anos, 16 (53%) também se enquadravam nessa situação.

**Gráfico 18** – Percentual de óbitos de menores de 1 a 4 anos por grupo de causas evitáveis no município (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

As causas evitáveis que ocorreram com mais frequência para as duas faixas analisadas estavam relacionadas à atenção prestada ao recém-nascido, com 43,5% para os menores de 1 ano e 33,35% para os menores de 4 anos. Observa-se um percentual expressivo de óbitos ocorridos por causas não claramente evitáveis (47,0% e 46,7%).

Segundo o Ministério da Saúde, os óbitos evitáveis são aqueles que poderiam ter sido evitados por ações de imunização, de atenção à mulher na gestação e de adequada atenção à mulher no parto, com a realização de diagnóstico e tratamento adequados e por ações de promoção da saúde vinculadas à atenção primária.

Segundo as informações fornecidas, todas as unidades básicas de saúde de Hortolândia contam com profissionais e suporte para atendimento a gestantes e puérperas de baixo risco até o final da gestação.

Não foi informada a taxa de cesárea no município, embora esse dado tenha sido solicitado à vigilância epidemiológica e ao Hospital Mario Covas. O Ministério da Saúde informa que, em 2018, 59% dos nascimentos no estado de São Paulo ocorreram por cesárea, enquanto a OMS considera que a taxa ideal seria de 10% a 15% de todos os partos. Monitorar a proporção de cesárea no município e oferecer ações educativas à gestante e assistência adequada ao parto são ações fundamentais. No Plano

Municipal de Saúde de Hortolândia, elaborado para o período de 2018 a 2021<sup>37</sup>, constam ações para o aumento da taxa de parto normal. Isso indica que o município está preocupado com a questão e que há iniciativas em execução para o alinhamento ao que é preconizado pela OMS. As ações apontadas no plano são a conscientização dos profissionais para a importância do parto normal, contratação de enfermeiro obstetra, adequação das salas de parto e pré-parto e realização de ações educativas e de orientação à gestante.

A mulher tem o direito de planejar seu parto e discutir suas preferências com a equipe que irá atendê-la. Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal (2017)<sup>38</sup>, "se a mulher tem um plano de parto escrito, deve-se ler e discutir com ela, levando em consideração as condições para a sua implementação, tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e à disponibilidade de certos métodos e técnicas".

Sugerimos que o planejamento do parto em Hortolândia faça parte do pré-natal na saúde básica e que os profissionais possam discutir com a gestante as alternativas e informá-la de seus direitos. Os profissionais do hospital e os profissionais da saúde básica podem estabelecer uma relação de referência e contrarreferência para garantir o cuidado adequado e individualizado para cada gestante.

<sup>37</sup> Plano Municipal de Saúde 2018-2021- Secretaria Municipal de Saúde de Hortolândia (2018).

<sup>38</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_assistencia\\_parto\\_normal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf)

A integralidade de ações de atenção à gestante, à puérpera e ao recém-nascido e as estratégias de prevenção à mortalidade infantil são extremamente importantes para a redução dos óbitos evitáveis no município.

No Plano Municipal de Saúde de Hortolândia, em seu objetivo de promover

atenção integral à saúde da criança e do adolescente, uma das metas é a redução da mortalidade infantil. Para tanto, estão previstas a manutenção das ações do comitê de investigação de óbito infantil e a garantia de realização de pré-natal de qualidade com captação precoce das gestantes e de atendimento puerperal.

**Tabela 41** - Número de óbitos maternos no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de óbitos da maternos	1	303	1.658

**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) / Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

O óbito materno pode ser definido como "morte de uma mulher durante a gestação ou no período de 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais" (OMS, 1997).

Conhecer o número de óbitos maternos ajuda a compreender o nível da saúde da mulher e da população em geral, o acesso à assistência à saúde e a capacidade do sistema de assistência à saúde de responder às necessidades femininas.

Em Hortolândia, em 2018, foi registrado um único óbito materno, de uma mulher negra, solteira, com idade

entre 30 e 39 anos. Em 2019, o Centro Especializado de Saúde da Mulher (CESM) não registrou nenhum óbito de gestante de alto risco entre as atendidas pelo serviço.

O acompanhamento da gestante de alto risco no município é bem próximo. As consultas são frequentes, com oferta de ultrassom com doppler e morfológico, atendimento psicológico, social e nutricional, planejamento familiar, apoio ao aleitamento materno e cuidados com o pós-parto. O CESM faz busca ativa quando a gestante falta às consultas. Nos casos de óbito fetal, a psicóloga participa do acompanhamento da mulher. O serviço mostra um grande potencial de cuidado integral da gestante, e o atendimento é individualizado e humanizado.

## Gravidez na adolescência

No Brasil, em 2018, foi registrado um total de 456.128 mil mães crianças ou adolescentes, o que significa que cerca de 1.250 meninas e jovens deram à luz todos os dias. Esse número está em queda, mas o país registra os maiores índices da América Latina.

Embora o número de gestações na adolescência (entre 15 e 19 anos) venha diminuindo no país, passando de 721.564 em 2000 para 434.556 em 2018, ainda se verifica uma taxa de 68,4 nascimentos para cada mil adolescentes e jovens mulheres.

Um estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em par-

ceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), publicado em 2018<sup>39</sup>, aponta que a gravidez na adolescência ocorre com maior frequência entre as meninas em situação de vulnerabilidade social: com baixa escolaridade, oriundas de famílias de renda insuficiente e acesso precário aos serviços públicos.

Em 2019, foi sancionada a Lei nº 13.798, que criou a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução desses casos.

**Tabela 42** - Número e percentual de nascidos vivos de mães adolescentes no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Nascidos vivos de mães adolescentes até 19 anos	269	67.874	456.128
Nascidos vivos de mães adolescentes de 10 a 14 anos	9	2.289	21.172
Nascidos vivos de mães adolescentes de 15 a 19 anos	260	65.585	434.956
Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes	8,8%	11,2%	15,5%

**Ministério** da Saúde (MS) /Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) / (Sinasc) (2018).

A gravidez na adolescência pode estar associada a diversas causas: desinformação e falta de orientação sexual na família e na escola, falta de acesso a métodos contraceptivos, baixa renda e baixa escolaridade. Como consequências, ocorrem evasão escolar, rejeição familiar, ausência de pré-natal, aborto em condições inseguras, mortalidade materna,

nascimentos prematuros e aumento do abandono de crianças.

Assim, é necessário que o poder público estruture programas de prevenção à gravidez na adolescência e ações educativas de promoção da saúde sexual e reprodutiva, a fim de facilitar o acesso de adolescentes às unidades médicas e à escola.

<sup>39</sup> Disponível em [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5604:america-latina-e-caribe-tem-a-segunda-taxa-mais-alta-de-gravidez-na-adolescencia-no-mundo&Itemid=820](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5604:america-latina-e-caribe-tem-a-segunda-taxa-mais-alta-de-gravidez-na-adolescencia-no-mundo&Itemid=820), acessado em 3 de agosto de 2020.

Em Hortolândia, em 2018, foram notificadas 269 mães adolescentes até 19 anos, o que corresponde a 8,8% da população feminina do município nessa faixa etária. Destas, apenas nove tinham de 10 a 14 anos. As demais 260 tinham de 15 a 19 anos. Pode-se observar na tabela 42 que os percentuais do município estão abaixo dos registrados no estado de São Paulo e no Brasil.

## Nutrição

O direito à alimentação adequada está contemplado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, com sua definição ampliada pelo Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU. No Brasil, em 2010, foi aprovada uma emenda constitucional que inclui o direito à alimentação no artigo 6º da Constituição Federal. No entanto, esse é um desafio ainda a ser superado.

De acordo com o Unicef, o Brasil reduziu a taxa de desnutrição crônica entre menores de 5 anos. Porém, esse ainda é um grave problema de saúde pública nas populações indígenas, quilombolas e ribeirinhas e nas famílias de regiões mais pobres e vulneráveis.

A desnutrição é uma doença clínico-social e a segunda causa de morte de crianças menores de 5 anos em países em desenvolvimento. Essa deficiência alimentar pode ser definida como a insuficiência de nutrientes essenciais, comum em lugares onde se vive em extrema pobreza.

Segundo os dados colhidos nas entrevistas, as adolescentes até 15 anos e 11 meses são atendidas no Centro Especializado de Saúde da Mulher (CESM), que leva em consideração o desenvolvimento fisiológico e psicossocial de cada uma. No entanto, as gestantes adolescentes a partir de 16 anos são acompanhadas pelas unidades básicas de referência.

A desnutrição pode apresentar diferentes estágios e níveis de complexidade. Pode ser grave, capaz de comprometer os órgãos da criança e levar à morte, caso não seja tratada de forma adequada. Pode ter início na vida intrauterina, levando o recém-nascido a apresentar baixo peso ao nascer, ou estar associada, na infância, à interrupção precoce do aleitamento materno ou à falta de alimentação rica em nutrientes.

As crianças menores de 5 anos pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família apresentam índices maiores de desnutrição aguda (baixo peso) e crônica (baixa estatura), quando comparadas com a população brasileira nessa faixa etária.

Por outro lado, vem crescendo o consumo de alimentos industrializados, de baixo valor nutricional e ricos em gorduras e açúcares, com decorrente aumento do número de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesidade, o que representa outro problema de saúde pública. Uma em

cada três crianças de 5 a 9 anos está com excesso de peso. Entre os adolescentes, 17% estão com sobrepeso e 8,4% são obesos.

A prevenção e o controle da desnutrição dependem de programas pú-

blicos, que vão desde a adoção de estratégias para o enfrentamento da pobreza até o atendimento precoce e ambulatorial da criança desnutrida pelo sistema municipal de saúde.

**Tabela 43** - Percentual de crianças com menos de 5 anos abaixo do peso, desnutridas e em situação de obesidade no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Percentual de crianças com menos de 5 anos abaixo do peso ideal	3,5%	2,2%	3,3%
Percentual de crianças com menos de 5 anos na condição de desnutrição e estatura muito baixa para a idade	7,1%	10,6%	13,4%
Percentual de crianças com menos de 5 anos na condição de desnutrição e com peso muito baixo para a idade	3,4%	3,1%	4,1%
Percentual de crianças com menos de 5 anos em situação de obesidade	5,3%	6,0%	7,0%

**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (402019).

Segundo dados do Sisvan, em Hortolândia, 3,5% das crianças com 5 anos ou menos tinham peso abaixo do esperado para a idade e magreza acentuada, em 2019. Nota-se que esse percentual é maior do que o observado no estado (2,2%) e no país (3,3%). Além disso, 7,1% das crianças apresentavam desnutrição crônica, com estatura muito baixa para a idade, e 3,4% tinham desnutrição grave, com peso muito baixo para a idade, o que demonstra ser este um aspecto sensível no município. No lado oposto, percebe-se que 5,3% das crianças com menos de 5 anos apresentavam sinais de obesidade, com

peso corporal 5% acima do esperado para a idade.

De acordo com os dados colhidos nas entrevistas, não são todas as unidades de saúde básica que possuem programas de prevenção da desnutrição infantil e da obesidade na infância. Entretanto, o Plano Municipal de Hortolândia (2018-2011) prevê ações de alimentação e nutrição, entre as quais o acompanhamento da situação nutricional da população-alvo (gestantes, puérperas, crianças e idosos) e adesão ao projeto Viva Mais, de nutrição e alimentação saudável.

<sup>40</sup> Os relatórios do Sisvan são compostos de dados digitados no próprio sistema e no sistema de gestão do programa Bolsa Família. Tanto o registro realizado no Sisvan como os dados originados no PBF compõem a base de dados do Sisvan. Os números e percentuais apresentados resultam da soma das categorias. Disponível em <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/seguranca-alimentar-nutricional>, acessado em 3 de agosto de 2020.

## Imunização

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) desenvolvido no Brasil é referência mundial e oferece de forma gratuita todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde<sup>41</sup>. Apesar dessa oferta, a cobertura vacinal vem caindo no país.

Segundo o Ministério da Saúde, não há dados a respeito da taxa de recusa vacinal. Mas, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSUS), as oito vacinas obrigatórias até o primeiro ano de vida estão com cobertura abaixo do recomendado pela OMS, que é de 90% a 95%. A cobertura vacinal para crianças com até 12 meses de vida, em 2018, no país, variava de 74% a 89%, caindo para aproximadamente 73% em 2019.

Alguns fatores podem explicar esse fenômeno: crença de que as doenças foram erradicadas e não voltarão a infectar a população, falta de confiança dos pais na qualidade das vacinas, falta de informação sobre o assunto ou crença em notícias falsas, muitas vezes oriundas do movimento mundial antivacina. As crises econômicas e sociais também afetam a população de baixa renda, que, para economizar o dinheiro de transporte, deixa de ir aos postos de saúde. Somados, esses fatores levaram a um retrocesso da taxa de imunização da população brasileira e à volta de surtos de doenças que já se encontravam controladas.

**Tabela 44** - Cobertura de vacinas no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Cobertura de vacinas por imunobiológicos sobre a população total	86,4%	73,5%	71,4%
Coberturas de vacinas por imunobiológicos sobre menores de um ano de idade	83,8%	73,6%	72,9%

**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) / Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (2019).

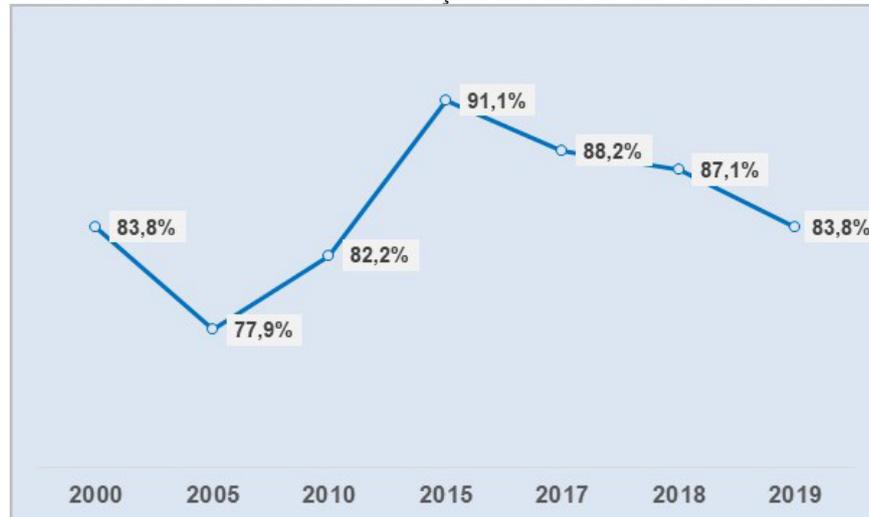
<sup>41</sup> As vacinas computadas entre os dados imunobiológicos da população total são: BCG, hepatite B em < 1 mês, rotavírus humano, meningococo C, hepatite B, penta, pneumocócica, poliomielite, febre amarela, hepatite A, pneumocócica (1º ref.), meningococo C (1º ref.), poliomielite (1º ref.), tríplice viral D1, tríplice viral D2, tetra viral (SRC+VZ), tetra bacteriana (DTP), DTP (tetra\penta), tetra bacteriana (DTP+HiB), tríplice bacteriana (DTP) (1º ref), sarampo, Haemophilus influenzae b, dupla adulto e tríplice acelular gestante, dTpa gestante.

As vacinas computadas entre os dados imunobiológicos de menores de um ano de idade são: BCG; hepatite B em crianças até 30 dias; rotavírus humano; meningococo C; hepatite B; penta; pneumocócica; poliomielite; febre amarela; hepatite A; pneumocócica (1º ref.); meningococo C (1º ref.); poliomielite (1º ref.); tríplice viral. D1; tríplice viral D2; tetra viral (SRC+VZ); DTP; tríplice bacteriana (DTP) (1º ref.); sarampo; Haemophilus influenzae. Disponível em <https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/sobrevivencia-infantil-infancia/637-cobertura-de-vacinas-por-imunobiologicos?filters=1,227>, acessado em 3 de agosto de 2020.

Embora haja capilaridade no acesso à vacinação em Hortolândia, em 2019 a cobertura vacinal foi de 86,4% para a população total e de 83,8% para

menores de 1 ano, abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde e pela OMS, que considera adequada uma cobertura vacinal acima de 95%.

**Gráfico 19** - Cobertura de vacinas de crianças menores de 1 ano no município (2019)



**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) (2019).

O gráfico 19 apresenta a série histórica da cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano. Percebe-se que houve um pico em 2015, que atingiu 91,1% de imunização, índice muito próximo do esperado pelo Ministério da Saúde. A partir daquele ano o percentual caiu para 83,8% em 2019.

O Plano Municipal de Saúde prevê a garantia de 80% de imunização con-

tra HPV para o público-alvo correspondente, por meio da participação em campanhas, e 85% de cura da tuberculose e da hanseníase, por meio de ações como a manutenção da cobertura de vacinação de BCG. No entanto, não estão previstas iniciativas destinadas a aumentar a cobertura vacinal em crianças com menos de 1 ano, o que seria de extrema importância para o município.

### Aleitamento materno

A OMS e o Ministério da Saúde recomendam que, até os seis meses de vida, o único alimento a ser oferecido ao bebê deve ser o leite materno, que possui todos os nutrientes necessários para seu desenvolvimento e sua hidratação.

A criança deve receber o leite materno até 2 anos de idade, e o aleitamento pode ser complementado com outros alimentos. Nesse período, é importante adotar uma rotina com alimentação saudável.

O aleitamento materno também é uma oportunidade de reforçar o laço afetivo entre mãe e filho, com grandes vantagens para ambos. Para a mãe, ajuda o útero a voltar ao seu tamanho normal de forma mais rápida e reduz o risco de hemorragias após o parto e de câncer de ovário e mama, além de prevenir a anemia materna. Para a criança, protege de alergias, infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias, melhora o desenvolvimento da cavidade bucal e diminui o risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes no longo prazo.

A OMS classifica o aleitamento materno como **exclusivo**, quando a criança recebe apenas o leite materno ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, exceto go-

tas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos; **predominante**, quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebida à base de água, como chás, infusões e sucos de frutas; ou **complementar**, quando a criança recebe, além de leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido, com o objetivo de complementá-lo, e não de substituí-lo.

Segundo relatório da OMS e do Unicef<sup>42</sup>, apenas 40% das crianças são alimentadas exclusivamente com leite materno nos seis primeiros meses de vida. No Brasil, o índice de aleitamento exclusivo entre as crianças dessa faixa etária era de 38,6% em 2017.

**Tabela 45** - Aleitamento materno de menores de 2 anos no município, no estado e no país (2019)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Percentual de aleitamento materno exclusivo	10%	18,4%	14,3%
Percentual de aleitamento materno predominante	5,6%	7%	8,1%
Percentual de aleitamento materno complementar	10,5%	24,4%	27,9%
Percentual de aleitamento materno inexistente	10%	32,5%	29,8%

**Fonte:** Ministério da Saúde/Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI (2015).

Dados de 2015 do Ministério da Saúde revelam que 10% das crianças menores de 2 anos de idade recebiam aleitamento materno exclusivo, eram acompanhadas por algum serviço de saúde ou estavam cadastradas

no Programa Bolsa Família; 5,6% recebiam aleitamento materno predominante, e 10% recebiam aleitamento materno complementar. Percebe-se nos dados da tabela 45 que os percentuais do município são bem in-

<sup>42</sup> Disponível em <https://nacoesunidas.org/apenas-40-das-criancas-sao-alimentadas-exclusivamente-com-leite-materno-nos-6-primeiros-meses-de-vida/>, acessado dia 10 de agosto de 2020.

feriores aos estaduais e nacionais. A proporção de aleitamento materno inexistente era de 10% para as crianças dessa faixa de idade. Vale ressaltar que esse indicador não é coletado de forma sistemática pelo Ministério da Saúde e, para o município, observou-se na base estudada um número significativo de dados em branco.

Em Hortolândia, o Plano Municipal de Saúde considerou ações para melhorar o índice de aleitamento materno (exclusivo até os seis meses de vida e complementar até os 2 anos) e incentivar essa prática nas unidades de saúde.

## Criança e adolescente com deficiência

O município conta com o Centro Integrado de Educação e Reabilitação (CIER), com equipe multidisciplinar de especialistas em fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. O centro oferece atendimento de reabilitação e diagnóstico de crianças, por programas:

- Programa de reabilitação infantil;
- Programa de estimulação essencial;
- Programa de inclusão AEE;
- Programa de distúrbio de aprendizagem;
- Grupo de gagueira.

O CIER Saúde realiza atendimento clínico-terapêutico de crianças, ado-

Nas entrevistas feitas para este diagnóstico, os profissionais do Centro Especializado de Saúde da Mulher relataram que existe um projeto de banco de leite no município. Sugeriram que o banco poderia funcionar no próprio Centro, mas essa ação requer investimento para readequar o espaço e contratar mais funcionários. Sugerimos que seja avaliada essa possibilidade, já que o CISM é um serviço bem estruturado e organizado, que conduz um trabalho de excelência com a gestante de alto risco.

lescentes e adultos com deficiência e oferece audiometria para a população em geral. Atende as crianças matriculadas na rede regular de ensino e realiza as avaliações pertinentes nas diversas áreas, assim como os indicativos de laudos referente a deficiência intelectual e o encaminhamento para outros serviços.

Entretanto, o CIER Saúde conta com um número restrito de profissionais, que não dão conta da demanda atual. Uma grande quantidade de crianças e adolescentes não é atendida ou tem atendimentos de pouca duração, com um longo intervalo entre um e outro, o que dificulta ou impede o tratamento adequado. Além disso, a equipe não conta com o apoio de um neuropediatra para a discussão e o encaminhamento dos casos.

Para além do serviço especializado, cinco das oito unidades básicas em que foram feitas as entrevistas afirmaram que oferecem atendimento dedicado aos cuidados de saúde integral à criança e ao adolescente com deficiência. Entretanto, na entrevista com o CIER, foi apontada a falta de atendimento clínico e de especialidades na rede de saúde.

O Centro de Apoio Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI) atende crianças e adolescentes com transtornos globais de desenvolvimento, geralmente em grupo, e promove o controle de medicação, o suporte social, o apoio psicológico às famílias e o contato com professores, gestores e associações, para orientação e encaminhamento. Conta com profissionais das áreas de serviço social, fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria infantil e enfermagem.

Hortolândia também mantém parcerias intermunicipais com institui-

ções como a Universidade de Campinas (neurologia, fisioterapia e outras especialidades), o Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação Gabriel Porto (Cepre), o laboratório Disapre e outras.

Pessoas com deficiência que dependem de prótese e órtese em Hortolândia encontram dificuldade em adquiri-las e precisam aguardar na fila do SUS, pois o município não tem serviço ou verba própria para conceder esse benefício.

A atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais para sua inclusão nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e doenças, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> Portaria N° 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015.

## 7. DO DIREITO À LIBERDADE, AO RESPEITO E À DIGNIDADE

### Registro civil de nascimento

O registro civil de nascimento é um direito fundamental previsto no artigo 5º da Constituição Federal e reiterado no Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 102: “As medidas de proteção de que trata este capítulo serão acompanhadas da regularização do registro civil<sup>44</sup>”. A certidão de nascimento é o primeiro passo para que a criança goze do pleno exercício da cidadania. O documento comprova sua existência, o local e a data de nascimento e o nome dos pais e avós e permite o acesso aos serviços e programas das políticas públicas de educação, saúde e assistência social desde o nascimento.

Dados do censo demográfico realizado em 2010 pelo IBGE mostram que o Brasil tinha mais de 200 mil menores de 10 anos sem registro civil de nascimento, na época.

Segundo informações do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos<sup>45</sup>, o número de crianças sem registro civil no primeiro ano de vida caiu para 1% em 2014, o que indica a quase erradicação da falta de registro no país.

Para garantir esse direito, o poder público e a sociedade civil se empenharam no sentido de ampliar o acesso da população ao registro civil, assegurar a gratuidade da primeira via da certidão de nascimento, realizar mutirões, campanhas nacionais e serviços itinerantes e fluviais, instalar postos dos cartórios nas maternidades e estabelecer um pacto nacional pela erradicação do sub-registro de nascimento e a ampliação do acesso à documentação civil básica. No entanto, o sub-registro ainda existe no Brasil, com índices elevados em algumas regiões.

**Tabela 46** - Número e percentual de crianças de 10 anos ou menos sem registro civil de nascimento no município, no estado e no país (2010)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de crianças de 10 anos ou menos sem registro civil de nascimento (inclui sem informação e sem declaração)	29	10.206	200.666
Percentual de crianças de 10 anos ou menos sem registro civil de nascimento	0,06%	0,07%	0,53%

**Fonte:** IBGE - Censo Demográfico (2010).

<sup>44</sup> Lei nº 12.010, de 2009, complementar ao Estatuto da Criança e do Adolescente.

<sup>45</sup> Dados do relatório “Estatísticas do Registro Civil”, divulgado em 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em <https://www.gov.br/mdh/pt-br/sdh/noticias/2015/dezembro/brasil-erradica-sub-registro-civil-de-nascimento>, acessado em 13 de agosto de 2020.

Em 2010, em Hortolândia, existiam 29 crianças de 10 anos ou menos sem registro civil de nascimento, o que correspondia a 0,06% da população nessa faixa etária.

A estimativa de sub-registro é obtida pela divisão da diferença do número de nascimentos estimados pelos registros de nascidos informados pelos cartórios de registro civil ao IBGE.

## Casamento infantil e na adolescência

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), assinada pelo Brasil em 1990, definiu casamento infantil como qualquer união formal ou informal antes dos 18 anos de idade. Essa prática, que afeta sobretudo as meninas, é comum em todo o mundo, sendo considerada uma violação dos direitos humanos.

Segundo os dados do estudo Perfil do Casamento Infantil e Uniões Precoces, do Unicef<sup>46</sup>, 26% das mulheres

brasileiras casaram-se ou foram viver com seus parceiros antes de completar 18 anos. Com esse número, o Brasil fica entre os países com maior ocorrência de casamento infantil.

Segundo dados do IBGE – Estatísticas do Registro Civil (2018), em 2018 houve 89.945 casamentos envolvendo adolescentes e jovens de 15 a 19 anos e 199 de crianças e adolescentes com menos de 15 anos.

**Tabela 47** – Casamentos de meninas menores de 19 anos no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Total de casamentos de adolescentes e jovens de 15 a 19 anos do sexo feminino	120	18.376	89.945
Total de casamentos de crianças e adolescentes menores de 15 anos do sexo feminino	0	2	199

Fonte: IBGE - Estatísticas do Registro Civil (2018).

O casamento infantil é um fenômeno antigo, naturalizado pela sociedade e causado por diversos fatores, entre os quais a procura de proteção contra a violência sexual ou doméstica, conflitos familiares, falta de oportunidades no mercado de trabalho, vulnerabilidade econômica, impossibilidade de exercer a sexualidade e gravidez precoce.

Em Hortolândia, em 2018, foram registrados 120 casamentos de adolescentes e jovens de 15 a 19 anos de idade. No mesmo ano não houve nenhuma união de meninas menores de 15 anos.

<sup>46</sup> Perfil do Casamento Infantil e Uniões Precoces (2019). Disponível em <https://news.un.org/pt/story/2019/10/1690631>, acessado em 3 de agosto de 2020.

## Adolescentes em conflito com a lei

O Estatuto da Criança e do Adolescente estabeleceu novos paradigmas para o atendimento aos adolescentes autores de ato infracionais no país. A legislação prevê a aplicação de medidas socioeducativas a esses jovens, desde que garantidos seus direitos processuais.

As medidas socioeducativas instituídas pelo Estatuto (advertência, obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, semiliberdade e internação) possuem um duplo sentido: apresentam um caráter pedagógico, pois visam à reintegração dos adolescentes, garantindo-lhes os seus direitos fundamentais, e de outro lado são sancionatórias, como uma resposta à sociedade pelo ato cometido. Essas medidas têm diferentes âmbitos de aplicação: a advertência e a obrigação de reparar o dano são aplicadas pelo Poder Judiciário; a prestação de serviços à comunidade e a liberdade assistida não são restritivas de liberdade e devem ser de responsabilidade do poder público municipal, cumpridas em meio aberto; e a semiliberdade e a internação possuem um caráter de privação de liberdade, sendo executadas pelo poder público estadual.

Em 2012, foi sancionada a legislação que instituiu o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sina-se) e regulamentou a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescentes que pratiquem

ato infracional no país. A lei trata da obrigatoriedade de elaboração dos planos decenais de atendimento socioeducativo pelos estados e municípios. Os planos municipais têm como objetivo estruturar o sistema local de atendimento socioeducativo ao adolescente em conflito com a lei, no cumprimento de medida restritivas de liberdade (prestação de serviço à comunidade e liberdade assistida).

O Plano Municipal Decenal de Atendimento Socioeducativo de Hortolândia (PMASE), com vigência no período de 2015 a 2026, foi concluído em julho de 2015, com coordenação da Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas). Compõe-se de quatro eixos, 12 objetivos e 43 ações estratégicas para o período de dez anos, considerando o papel e a responsabilidade do município na consolidação da política socioeducativa.

Em Hortolândia, a execução das medidas socioeducativas em meio aberto é de responsabilidade da secretaria da área social, sendo executada diretamente pelos profissionais do Creas, que gerencia dois serviços: liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade.

Segundo informações do PMASE, para o atendimento dos adolescentes, o Creas mantém parcerias com instituições, na perspectiva de complementar as ações socioedu-

cativas. Também foi estabelecida uma articulação com os profissionais da Fundação Casa e do Poder Judiciário, tendo em vista o apoio aos adolescentes do município após a desinternação.

Em 2018, a Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social lançou a Pesquisa Nacional de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto, cujo principal objetivo era conhecer melhor a realidade da execução das medidas

de liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade na esfera do Sistema Único de Assistência Social.

Segundo os dados, o Brasil possuía na época, 117.207 adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, número que representava 82% de todas as medidas socioeducativas aplicadas, estando restrições à liberdade e internação compreendidas nos restantes 18%.

**Tabela 48** - Total de adolescentes inseridos nos serviços socioeducativos em meio aberto por idade no município (2018)

Idade	LA e PSC		Total
	Masculino	Feminino	
12 e 13 anos de idade	0	0	0
14 e 15 anos de idade	12	1	13
16 e 17 anos de idade	35	0	35
18 a 21 anos de idade	2	0	2
Total	49	1	50

**Fonte:** MDS/MC - Pesquisa Nacional de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto (2018).

Os dados da Pesquisa Nacional de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto apontaram que em Hortolândia 50 adolescentes passaram pelos serviços de liberdade assistida e prestação de serviços à comunidade em 2018. Destes, 11 cumpriam medidas cumulativas. Os adolescentes são preponderantemente do sexo masculino, na faixa de 16 a 17 anos. A maioria (64,0%) cometeu roubo, 30% envolveram-se no tráfico de drogas, 4% foram

acusados de estupro e molestaçã o e 3,0% responderam por homicídio.

Na comparação com os dados apresentados pelo Creas e pela pesquisa de 2018, percebe-se que há discrepância entre o número de adolescentes em conflito com a lei inseridos nas medidas em meio aberto em Hortolândia.

**Tabela 49** - Hortolândia - Adolescentes em medidas socioeducativas em 2018

MÊS REFERÊNCIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade	49	49	41	46	44	49	51	61	60	67	78	85
Internação	1	-	1	2	2	4	6	5	4	9	3	6

**Fonte:** Creas/Hortolândia.

Provavelmente essa diferença entre os dados da pesquisa e os fornecidos pelo Creas se deve à data de fornecimento dos números ao Ministério do Desenvolvimento Social. Contudo, o

que chama atenção é o crescimento vertiginoso do número de adolescentes inseridos nas medidas socioeducativas, na comparação com o ano anterior, 2017.

**Tabela 50** - Hortolândia - Adolescentes em medidas socioeducativas (2017)

MÊS REFERÊNCIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade	60	43	40	42	40	36	39	40	39	42	38	38
Internação	1	3	2	1	8	1	5	11	-	2	7	5

**Fonte:** Creas/Hortolândia.

As tabelas mostram que havia 38 adolescentes em medidas socioeducativas em dezembro de 2017 e 85 em dezembro de 2018, um aumento de

123,68% em um ano. Comparando-se o número de dezembro de 2018 com o de dezembro de 2019, verifica-se um aumento de 9,41%.

**Tabela 51** - Hortolândia - Adolescentes em medidas socioeducativas em 2019 (não foram fornecidos dados de adolescentes em internação)

MÊS REFERÊNCIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade	97	90	88	74	95	95	107	106	111	110	101	93

**Fonte:** Creas/Hortolândia.

Em dois anos, entre 2017 e 2019, houve um aumento de 133,09% no número de jovens em medidas socioeducativas de liberdade assistida e prestação de serviço à comunidade. Já a medida de internação, como se observa, manteve-se estável entre 2017 e 2019.

Há consenso entre os pesquisadores e especialistas a respeito da existência de multiplicidade e multicausalidade de fatores para a compreensão dos motivos que levam adolescentes a cometerem atos infracionais<sup>47</sup>. Quando se considera a tipificação dos atos

<sup>47</sup> TRASSI, Maria de Lourdes. Adolescência-violência: desperdícios de vidas. São Paulo: Cortez, 2006.

cometidos, observa-se que em 2018, em Hortolândia, a maioria (64,0%) desses jovens foi acusada de roubo e 30,0% de tráfico de drogas. Ao acompanhar a série histórica sobre os motivos de aplicação das medidas socioeducativas, vê-se que, gradativamente, o tráfico de drogas supera o roubo como a principal causa de internação nas unidades da Fundação Casa, no estado de São Paulo.

Segundo o boletim informativo de 9 de outubro de 2020 da Fundação Casa<sup>48</sup>, 49,63% dos adolescentes em medida socioeducativa de internação tiveram como ato infracional o tráfico de drogas, seguido de roubo (34,25%).

Os pontos de varejo de venda de drogas estão, na maioria, em regiões periféricas dos grandes centros urbanos. E encontram os jovens da periferia, com baixa escolaridade, sem espaços de lazer e de escuta, sem participação política e ávidos por consumo, alguns dos quais se tornam mão de obra acessível e barata para o tráfico.

Há aqui um paradoxo: de um lado, jovens pobres e periféricos, com enor-

mes dificuldades de acesso à educação de qualidade, acesso à profissionalização, aos bens culturais e de consumo e, de outro, esses mesmos jovens sendo impelidos ao consumo de toda a sorte de produtos e fetiches, numa realidade que oferece “oportunidades” de renda.

Nesse sentido, as crianças e adolescentes, quando ouvidas, revelam suas necessidades, sonhos, desejos e caminhos. No grupo focal<sup>49</sup> foi possível ouvir algumas dessas necessidades:

- mais vagas de emprego para os jovens;
- mais oportunidade para não se perderem fazendo coisas erradas;
- criação de mais cursos grátis para jovens e adultos, para que tenham mais conhecimento e não sofram na hora de encontrar um emprego.
- “Não me sinto acolhida para ter uma profissão ou fazer cursos de forma gratuita”, disse uma adolescente.

## Violência contra a criança e o adolescente

A Constituição Federal inaugurou um novo paradigma na defesa e na garantia de direitos de crianças e adolescentes no país ao promulgar o ar-

tigo 227, segundo o qual “é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade,

<sup>48</sup> Conforme: <http://www.fundacaocasa.sp.gov.br/View.aspx?title=boletim-estat%C3%ADstico&d=79>, acessado em 10/10/2020.

<sup>49</sup> Ver mais a esse respeito no item Sistema de Garantia de Direitos.

o 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, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão<sup>50</sup>.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também assegurou direitos fundamentais às crianças e aos adolescentes e consolidou estratégias legais para a transformação da exploração sexual de crianças e adolescentes em crime hediondo, assim como a garantia de serem educados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante.

A legislação prevê a obrigatoriedade da comunicação ao órgão competente (no caso o Conselho Tutelar) dos casos em que houver suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes. Também atribui multa de três a 20 salários-mínimos para o médico, professor ou responsável por estabelecimento de ensino e de atenção à saúde que não efetivar a notificação (art. 245, ECA).

Apesar dos avanços na legislação, o Brasil ainda é um país extremamente violento contra crianças e adolescentes, com números alarmantes de homicídios, principalmente de adolescentes negros e do sexo masculino<sup>51</sup>. As estatísticas ficaram ainda mais evidentes com os instrumentos oficiais

de controle social que o Estado democrático implantou.

A análise dos dados nacionais demonstra inicialmente o crescimento dos números de denúncias e notificações de todas as formas de violência contra crianças e adolescentes. No entanto, deve-se considerar que tal aumento pode evidenciar a adoção de medidas de aprimoramento dos serviços oficiais de notificação e dos mecanismos de denúncia, que passaram a dar mais visibilidade aos casos de violência, influenciando a elevação dos resultados.

As ações de enfrentamento da violência praticada contra crianças e adolescentes contam com duas bases referenciais de informação. A primeira é o Disque 100, coordenado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, e a outra é o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva/Sinan), de responsabilidades do Ministério da Saúde, que conta com levantamentos realizados pelo SUS.

As duas bases de dados lidam com informações diferentes, porém complementares. Enquanto o Disque 100 trabalha com denúncias apresentadas pela população, os dados do Viva referem-se aos atendimentos e às notificações de violações coletadas por profissionais do SUS.

<sup>50</sup> Emenda Constitucional 65/2010. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc65.htm), acessado em 25 de agosto de 2020.

<sup>51</sup> Atlas da Violência 2018: os homicídios respondem por 56,5% das causas de óbito de homens entre 15 e 19 anos, disponível em <http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/>.

O objeto de notificação do Viva/Sinan é a violência interpessoal ou autoprovocada e seu objetivo é conhecer a magnitude e a gravidade desses atos, para produzir e socializar informações epidemiológicas e definir políticas públicas de enfrentamento.

Em 2002, a OMS publicou o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde<sup>52</sup>, no qual define a violência como “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A violência doméstica se caracteriza pelas agressões que ocorrem dentro da família, sendo perpetrada por um ou mais autor com laços de parentesco, familiares, conjugais ou com vínculos afetivos, em condições de relações de poder (física, etária, social, psíquica ou hierárquica). Trata-se de uma violência interpessoal que pode adquirir diversos contornos: agressão física, abuso sexual, abuso psicológico e negligência, entre outras.

A complexidade das situações de violência requer que o enfrentamento ocorra em rede. As ações dos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos precisam ser articuladas, sem sobreposição de ações, com o objetivo de

proteger e prover os cuidados necessários à criança e ao adolescente em situação de violência.

Rede é uma articulação política entre pares que, para se estabelecer, exige reconhecer (que o outro existe e é importante), conhecer (o que o outro faz), colaborar (prestar ajuda quando necessário), cooperar (compartilhar saberes, ações e poderes) e associar-se (compartilhar objetivos e projetos). Essas condições preliminares resultam em autonomia, vontade, dinamismo, multiliderança, informação, descentralização e múltiplos níveis de operacionalização (Oliveira, 2001).<sup>53</sup>

Nesse sentido, é fundamental que cada município organize e estruture sua rede por meio da articulação entre assistência social, saúde, educação, sistemas de justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, conselhos de direitos e sociedade civil organizada existentes no território, para fortalecer ou implementar a rede de cuidado e de proteção às crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência<sup>54</sup>.

O Conselho Tutelar exerce um papel fundamental na rede, de acordo com o artigo 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente: “O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela

<sup>52</sup> Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2002), disponível em <https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>, acessado em 25 de agosto de 2020.

<sup>53</sup> OLIVEIRA, F. Redes: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades. In: Seminário Combate à Violência Contra a Mulher, Conselho Estadual da Mulher de MG, 2001.

<sup>54</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei”.

Os direitos que devem ser zelados pelo Conselho Tutelar são aqueles preconizados no art. 227 da Constituição. Nesse sentido, receber as notificações das situações de violação de direitos é fundamental para que o Conselho Tutelar faça o seu papel.

Recebida a comunicação, o Conselho Tutelar deve fazer o registro do atendimento, no qual constarão as informações coletadas com o familiar ou acompanhante da criança ou do adolescente e aquelas necessárias à aplicação da medida de proteção.<sup>55</sup> A notificação compulsória é preconizada no Estatuto da Criança e do Adolescente, e os serviços da rede de proteção devem fazê-la tão logo seja conhecida a situação de suspeita ou confirmação violência.

Segundo o Decreto 9.603/2018, o sistema de garantia de direitos intervirá nas situações de violência contra crianças e adolescentes com a finalidade de:

- mapear as ocorrências das formas de violência e suas particularidades no território nacional;

- prevenir os atos de violência contra crianças e adolescentes;
- fazer cessar a violência quando esta ocorrer;
- prevenir a reiteração da violência já ocorrida;
- promover o atendimento de crianças e adolescentes para minimizar as sequelas da violência sofrida;
- promover a reparação integral dos direitos da criança e do adolescente.

Nessa perspectiva, cada órgão, de acordo com as diretrizes das políticas e legislações, tem um papel na proteção e no provimento de cuidados a crianças e adolescentes em situação de violência.

A Lei 13.431/2017 preconiza:

Art. 14. As políticas implementadas nos sistemas de justiça, segurança pública, assistência social, educação e saúde deverão adotar ações articuladas, coordenadas e efetivas voltadas ao acolhimento e ao atendimento integral às vítimas de violência.

O decreto 9.603/2018, por sua vez, define, na área da saúde<sup>56</sup>:

<sup>55</sup> Decreto 9603/2018.

<sup>56</sup> PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015: institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Define: atenção integral à criança em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuida-

Art. 10. A atenção à saúde das crianças e dos adolescentes em situação de violência será realizada por equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS), nos diversos níveis de atenção, englobado o acolhimento, o atendimento, o tratamento especializado, a notificação e o seguimento da rede.

Parágrafo único. Nos casos de violência sexual, o atendimento deverá incluir exames, medidas profiláticas contra infecções sexualmente transmissíveis, anticoncepção de emergência, orientações, quando houver necessidade, além da coleta, da identificação, da descrição e da guarda de vestígios.

Na área de educação, o decreto estabelece:

Art. 11. Na hipótese de o profissional da educação identificar ou a criança ou adolescente revelar atos de violência, inclusive no ambiente escolar, ele deverá:

- acolher a criança ou o adolescente;
- informar à criança ou ao adolescente, ou ao responsável ou à pessoa de referência, sobre direitos, procedimentos de comunicação à autoridade policial e ao conselho tutelar;
- encaminhar a criança ou o adolescente, quando couber, para atendimento emergencial em órgão do sistema de garantia de direitos da criança

e do adolescente vítima ou testemunha de violência; e

- comunicar o Conselho Tutelar.

Parágrafo único. As redes de ensino deverão contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar de crianças e adolescentes por meio da implementação de programas de prevenção à violência.

Na área policial, o decreto determina:

Art. 13. A autoridade policial procederá ao registro da ocorrência policial e realizará a perícia.

§ 1º. O registro da ocorrência policial consiste na descrição preliminar das circunstâncias em que se deram o fato e, sempre que possível, será elaborado a partir de documentação remetida por outros serviços, programas e equipamentos públicos, além do relato do acompanhante da criança ou do adolescente.

Em relação à escuta especializada, é previsto:

Art. 19. A escuta especializada é o procedimento realizado pelos órgãos da rede de proteção nos campos da educação, da saúde, da assistência social, da segurança pública e dos direitos humanos, com o objetivo de assegurar o acompanhamento da vítima ou da testemunha de violência, para a superação das consequências da violação sofrida, limitado ao estritamente necessário para o cum-

do na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território.

primento da finalidade de proteção social e de provimento de cuidados.

O decreto trata também do depoimento especial:

Art. 22. O depoimento especial é o procedimento de oitiva de criança ou adolescente vítima ou testemunha de violência perante autoridade policial ou judiciária, com a finalidade de produção de provas.

A Lei 13.431/2017 e o Decreto 9.603/2018 pretendem organizar o Sistema de Garantia de Direito, para que o seu funcionamento seja integrado e efetivo na proteção e no provimento de cuidados à criança e ao adolescente em situação de violência.

De acordo com as políticas públicas brasileiras e as legislações de defesa da criança e do adolescente, a proteção social especial é responsável pelo atendimento de pessoas nessa faixa etária em situação de violência e pela articulação com a rede de proteção. Os objetivos são o fortalecimento da função protetiva da família e a proteção da criança e do adolescente em situação de violação de direitos. Dessa forma, o Decreto 9.603/2018 corrobora as demais políticas nacionais:

Art. 12. O SUAS disporá de serviços, programas, projetos e benefícios para prevenção das situações de vulnerabilidades, riscos e violações de direitos de crianças e de adolescentes e de suas famílias no âmbito da proteção social básica e especial.

§ 1º A proteção social básica deverá fortalecer a capacidade protetiva das famílias e prevenir as situações de violência e de violação de direitos da criança e do adolescente, além de direcioná-los à proteção social especial para o atendimento especializado quando essas situações forem identificadas.

§ 2º O acompanhamento especializado de crianças e adolescentes em situação de violência e de suas famílias será realizado preferencialmente no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, em articulação com os demais serviços, programas e projetos do Suas.

§ 3º Onde não houver Creas, a criança ou o adolescente será encaminhado ao profissional de referência da proteção social especial.

No Creas, o trabalho social com centralidade na família visa ao fortalecimento de sua função de proteção e atenção a seus membros, prevenindo, mediando e fortalecendo condições para a superação de conflitos. Essa perspectiva é fundamental para prevenir a recorrência ou o agravamento de processos que gerem ou acentuem situações de violência, abandono, negligência ou qualquer outro tipo de situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Nesse sentido, o trabalho social proposto pelo Creas deve primar pelo acesso das famílias e indivíduos a direitos socioassistenciais e inclusão na rede, tendo em vista o empoderamento e

a potencialização de seus recursos e capacidade de proteção<sup>57</sup>.

O Creas deve articular os serviços de média complexidade e operar a referência e a contrarreferência com a rede de serviços socioassistenciais de proteção social básica e especial, em sintonia com as demais políticas públicas e instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos e os movimentos sociais. Deve ampliar o atendimento voltado para as situações de abuso, exploração e violência sexual de crianças e adolescentes com ações mais gerais de enfrentamento da violação de direitos relativos ao nível de proteção social especial de média complexidade, de acordo com a incidência das situações de violações de direitos, devendo disponibilizar todos os seus serviços.<sup>58</sup>

De acordo com o Guia de Orientação - Centro de Referência Especializado/Creas – Secretaria Nacional de Assistência Social (2012), os municípios devem oferecer os seguintes serviços no Creas:

- referenciamento e encaminhamento de situações de violação de direitos, vitimizações e agressões, inclusive a crianças e adolescentes;
- acolhida e escuta individual voltada para a identificação das necessidades de indivíduos e famílias;
- orientação e encaminhamento para a rede socioassistencial e de serviços especializados, garantindo a análise e o atendimento de requisições de órgãos do Poder Judiciário e dos conselhos tutelares;
- produção de materiais educativos como suporte aos serviços;
- realização de encontros e articulações com conselhos tutelares, Ministério Público, varas de família, varas da infância e da juventude e com toda a rede de garantia de direitos;
- abordagem nas ruas de grupos vulneráveis: população de rua, famílias, crianças e adolescentes, entre outros;
- realização de cursos de capacitação para as equipes multiprofissionais;
- deslocamento da equipe técnica do serviço especializado dentro da área referenciada;
- acompanhamento e controle da efetividade dos encaminhamentos realizados;
- realização de visitas domiciliares;
- atendimento psicossocial individual e em grupo de usuários e suas famílias, inclusive com orientação jurídico-social em

<sup>57</sup> Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – Creas. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2011.

<sup>58</sup> Guia de Orientação - Centro de Referência Especializado/ CREAS. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2012.

casos de ameaça ou violação de direitos individuais e coletivos;

- monitoramento da presença do trabalho infantil e das diversas formas de negligência, abuso e exploração, mediante abordagem de agentes institucionais em vias públicas e locais identificados pela existência de situações de risco.

A Portaria CIB/SP nº 19, de 11/12/2018, dispõe sobre atribuições, fluxos e procedimentos a serem adotados pelos municípios paulistas no âmbito da política de assistência social, na execução do procedimento de escuta especializada previsto na Lei 13.431/2017. O artigo 4º preconiza: no âmbito da política de assistência social, a escuta especializada será adotada na mesma perspectiva da escuta qualificada e das atribuições da referida política social pública.

O parágrafo 1º estabelece essas atribuições: prevenir, proteger e promover, sendo, portanto, instrumento para qualificação do acolhimento, atendimento e acompanhamento de crianças, adolescentes e suas famílias em contexto de violação de direitos.

E o artigo 12º prevê: na política de assistência social, a Proteção Social Especial (PSE) de média e alta complexidade é modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tra-

tos físicos ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua e situação de trabalho infantil, entre outras.

De acordo com a legislação vigente, portanto, considerando o porte do município, é possível afirmar que cabe ao Creas o atendimento às situações de violência e violação de direitos de crianças e adolescentes tipificados no SUAS. Dizendo de outra forma, cabe ao Creas ser a referência e o articulador das ações de proteção social aos munícipes que dele necessitem. No caso de crianças e adolescentes em situação de violência de qualquer tipo, o Creas é a referência no atendimento.

Por isso, os gestores, coordenadores e técnicos devem unir esforços para reordenar o entendimento de seu papel e, consecutivamente, as ações do Creas, integradas à proteção social básica de forma intersetorial com as demais políticas e serviços, para a integralidade do atendimento de crianças, adolescentes e suas famílias.

Embora alguns profissionais afirmem que já existe em Hortolândia esse fluxo intersetorial preestabelecido de atenção às situações de violência contra crianças e adolescentes, os dados das entrevistas indicam que cada órgão executa ações diferentes ante a suspeita ou confirmação de violência e, além disso, existem escolas, serviços de saúde, serviços de esporte e cultura que não notificam

o Conselho Tutelar ao identificarem situações de violência.

Durante as entrevistas com os técnicos do Judiciário, foi apontado que cerca de 90% das crianças e adolescentes que prestam depoimento especial não foram atendidas pela rede de proteção. Em um caso específico, uma criança chegou acompanhada do autor da violência para prestar o depoimento especial. Os dados das entrevistas com a rede corroboram a questão apontada pelo Judiciário, já que cada serviço tem um entendimento diferente das ações necessárias ao identificar uma situação de violência contra crianças e adolescentes.

Essas ocorrências sugerem a ineficácia da rede de proteção do município e a necessidade de reorganiza-

ção da rede, construção de fluxos e protocolos intersetoriais, capacitação dos profissionais e capilarização dos fluxos e protocolos atuais, de modo a que todos os profissionais saibam quais são as ações necessárias após a identificação da violência.

Neste documento apresentaremos o cenário dos seguintes tipos de violência contra a criança e adolescente: negligência e abandono, violência física e violência sexual e suas tipologias (abuso sexual e exploração sexual) em Hortolândia. Os dados secundários são de casos notificados, originários do sistema Viva/Sinan, e os dados primários foram enviados pela vigilância epidemiológica do município, Conselho Tutelar e Creas, além das informações colhidas nas entrevistas com participantes da rede.

## Negligência e abandono

A negligência e o abandono são formas de violência que podem afetar o desenvolvimento físico e psicológico das vítimas. Dados do Sinan apontam que a negligência e o abandono são a segunda violência mais notificada no país, depois da violência física, a mais frequente. O número de casos de negligência notificados no país cresceu de 3.630 em 2009 para 35.338 em 2018, o que representa um acréscimo de mais de 31 mil casos em nove anos.

### Negligência/abandono

*É omissão. Deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Exemplos: privação de medicamentos, falta de cuidados necessários com a saúde, descuido com a higiene, ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor, e ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (Manual do Sinan)<sup>59</sup>*

Esse aumento exponencial pode estar relacionado à melhoria dos sistemas de notificação e informação implan-

<sup>59</sup> Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde – Manual do SINAN e ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, em 24/12/2008.

tados no país, ao aperfeiçoamento dos mecanismos de apoio à denúncia e à conscientização da sociedade a respeito das violações. No entanto, a realidade dos números mostra um quadro preocupante para o Brasil,

que merece a intervenção do Estado, por meio da formulação de projetos, programas e políticas capazes de enfrentar esse grave tipo de violência contra criança e adolescentes.

**Tabela 52** - Número de casos notificados de negligência contra crianças e adolescentes no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de casos notificados de negligência e abandono	19	3.880	35.338

**Fonte:** Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

No decorrer de 2018 foram notificados 35.338 casos de negligência e

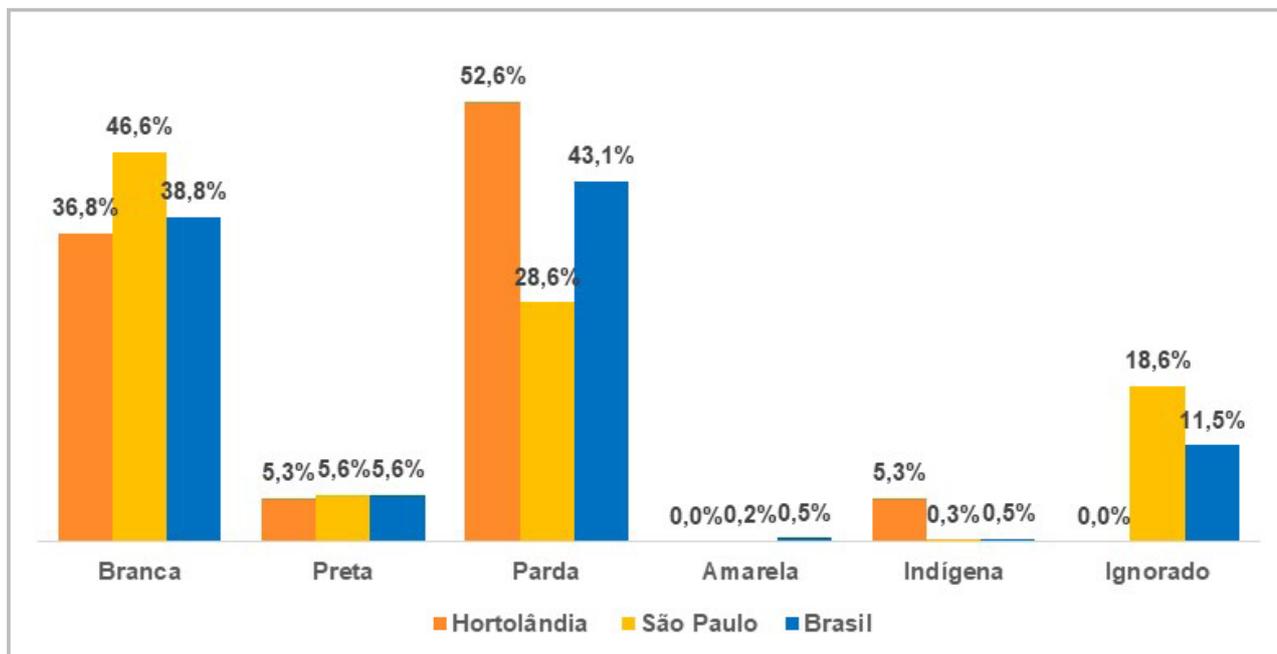
abandono no país, 3.880 no estado de São Paulo e 19 em Hortolândia.

**Tabela 53** - Número de casos notificados de negligência contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil	
Casos notificados de negligência e abandono segundo cor/raça	branca	7	1.808	13.704
	preta	1	218	1.980
	parda	10	1.111	15.233
	amarela	0	8	179
	indígena	1	12	164
	não informado	0	723	4.078

**Fonte:** Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

**Gráfico 20** - Percentual de casos notificados de negligência e abandono contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Entre as vítimas de negligência notificadas ao Sinan, há prevalência de crianças e adolescentes brancos e pardos. Em Hortolândia, o percentual de brancos é menor do que o encontrado no estado de São Paulo e no país (gráfico 20). Vale ressaltar que o município possui uma população

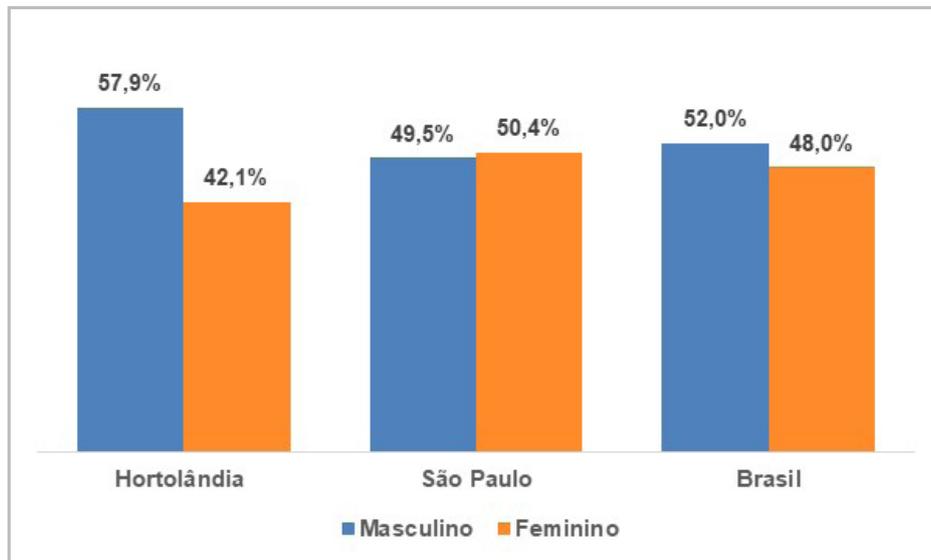
infantojuvenil até 19 anos com 52,9% de brancos e 46,5% de negros. Isso significa que, proporcionalmente, as crianças negras (57,9%) são mais negligenciadas e abandonadas do que as brancas. O fenômeno se repete no país, que tem 48,7% de crianças e adolescentes negros nessa situação.

**Tabela 54** - Número de casos notificados de negligência contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
	Masculino	11	1.921
Feminino	8	1.956	16.950
não informado	0	3	27

**Fonte:** Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

**Gráfico 21** - Percentual de casos notificados de negligência e abandono de crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

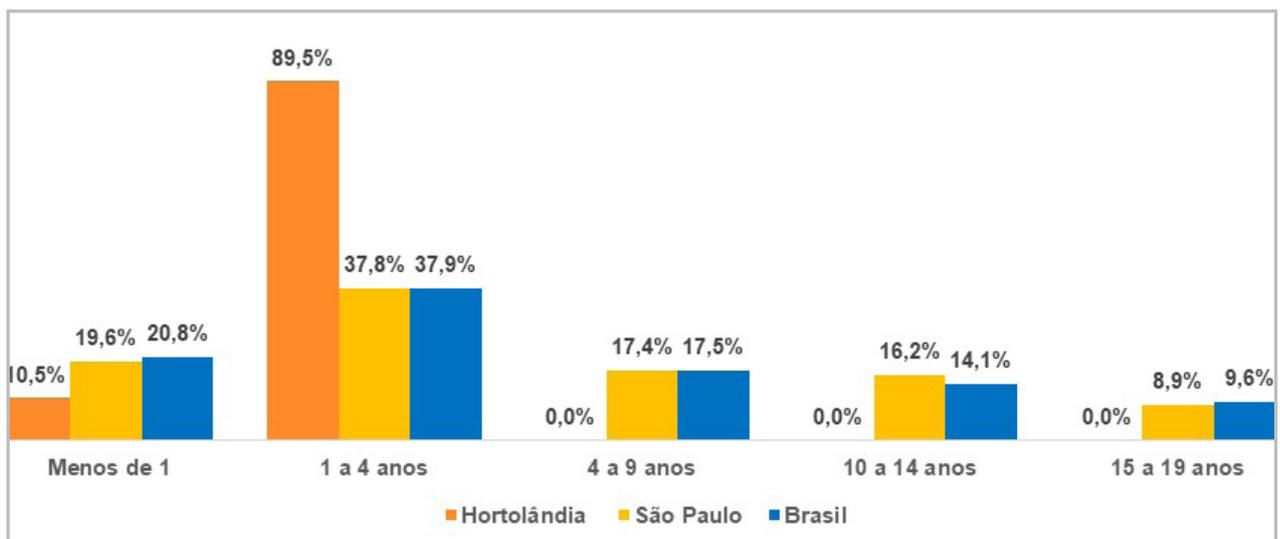


**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Em relação ao gênero, os meninos aparecem como as principais vítimas desse tipo de violência. Em Hortolândia, essa preponderância se repete: em 2018, 57,9% das vítimas eram do sexo masculino e 42,15% do sexo fe-

minino (gráfico 27). No estado de São Paulo, os percentuais são semelhantes (49,5% de meninos e 50,45% de meninas); no país, mantém-se a prevalência dos meninos, que responderam por 52% dos casos notificados.

**Gráfico 22** - Percentual de casos notificados de negligência e abandono de crianças e adolescentes segundo a idade da vítima, no município, no estado e no país (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Proporcionalmente, a maior incidência de casos notificados de negligência e abandono situava-se na faixa da primeira infância, de 1 a 4 anos de idade, no município, no estado de São Paulo e no Brasil. No entanto, chama atenção o alto percentual de casos nessa faixa etária em Hortolân-

dia, que correspondia, no ano estudado, a 89,5% do total notificado. Observa-se que no município foram notificados apenas casos de crianças muito pequenas, com menos de 1 ano (10,5%) e de 1 a 4 anos (89,5%), não havendo episódios nas demais faixas estudadas (gráfico 22).

**Tabela 55** - Número de casos de negligência contra crianças e adolescentes de Hortolândia (2020)

Órgão do SGD	2017	2018	2019	2020 (até junho)
Conselho Tutelar	106	72	76	22
Creas	34	15	22	31
CAPSIJ	8	15	10	1

**Fontes:** Conselho Tutelar de Hortolândia, Creas Hortolândia, CAPSIJ (2020).

Os dados de negligência informados pelo município corroboram as informações colhidas em entrevistas e mostram que muitas crianças e adolescente têm ficado sem atendimento. Em 2017, o Conselho Tutelar registrou 106 casos de negligência, mas o Creas atendeu apenas 34. Os dados de 2018 e 2019 também apontam essa diferença entre casos notificados e casos atendidos. De acordo com o preconizado no SUAS, no município o Creas é responsável pelo atendimento aos episódios de violência e outras violações dos direitos de crianças e adolescentes, além de responder pela articulação da rede de proteção.

Em 2020, até junho, o Creas informou que atendeu 31 casos de negligência, com um aumento de 40,90% em relação ao ano anterior. Foi informado pelo Creas que em abril, maio e

junho foram atendidos os casos que estavam em fila de espera.

De acordo com o artigo 227 da Constituição, crianças e adolescentes têm absoluta prioridade em relação aos seus direitos e, segundo o Decreto 9.603/2018, devem receber intervenção precoce tão logo seja conhecida a situação de risco. A criança e o adolescente devem ser atendidos logo que haja o encaminhamento, sem ficarem em filas de espera. As estatísticas, portanto, mostram a necessidade de reorganização do Creas no que diz respeito a recursos humanos e organização do trabalho.

Em relação aos dados do CAPSIJ, os números representam o atendimento às situações de negligência com agravos da saúde mental. O encaminhamento ao CAPSIJ deve ser feito sempre que se identificar

a necessidade desse acompanhamento específico.

De acordo com as informações colhidas nas entrevistas, as situações de negligência contra crianças e adolescentes são identificadas nas creches, escolas, CRAS, UBS e USFs. Isso

## Violência física

A violência física é entendida como a perpetração da força contra o corpo da criança ou do adolescente, que pode ter como consequência dor e ferimento físico e, nos casos mais graves, com resultado fatal. São considerados violência física os atos que vão desde a palmada justificada como forma de educar até os espancamentos mais graves (Riba, 2020, no prelo).

A Lei Menino Bernardo (13.010/2014) alterou o artigo 13 do ECA e acrescentou os artigos 18A, 18B e 70A, além de adicionar o § 9º no artigo 26 na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. A lei deixa claro que nenhuma criança ou adolescente deve receber castigos físicos ao ser educado e aponta o encaminhamento que os autores precisam receber e a necessidade de inclusão da prevenção à violência e dos temas transversais nos currículos escolares, com a produção de material didático adequados.

sugere a necessidade de iniciativas de prevenção. Nessa perspectiva, as ações desses serviços podem ser articuladas de forma que a questão seja permanentemente trabalhada no município, estendendo-se às áreas de esporte e cultura.

### Violência física

*Também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos com uso de força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no seu corpo. Pode-se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamento, queimaduras, perfurações e mutilações, entre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimento por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida), por arma branca etc. (Manual do Sinan).*

Os dados do Sinan indicam um aumento nas notificações nos últimos anos em Hortolândia, porém, a subnotificação dos casos de violência física é uma realidade em todo o Brasil. Devido à naturalização da violência física, com a lógica do “bater para educar”, os próprios profissionais têm dificuldade de identificar essas situações e, quando identificam, sentem dificuldade em intervir.

**Tabela 56** - Número de casos notificados de violência física contra crianças e adolescentes no município, no estado e no país (2018)

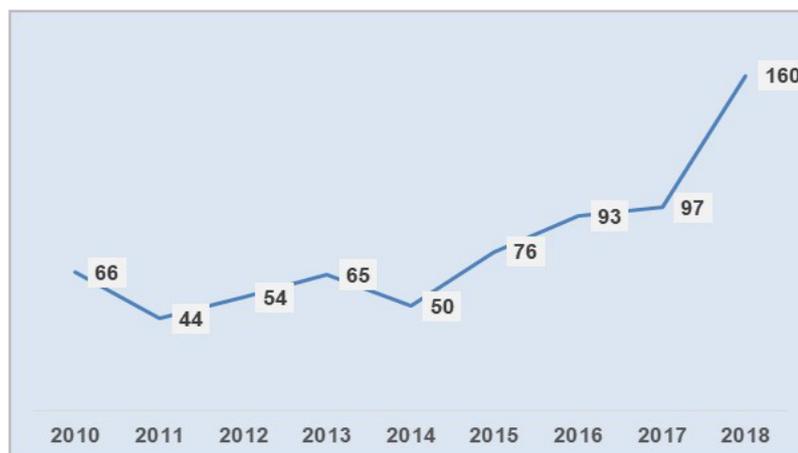
Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência física	160	14.817	59.167

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

No Brasil, a violência física contra crianças e adolescentes com até 19 anos é a que apresenta maior incidência. Os dados extraídos do Sinan apontavam que em 2018 foram notificados no país 59.167 casos desse tipo

de agressão. Em dez anos, de 2009 a 2018, o número de casos notificados passou de 9.090 para 59.167, o que representa um aumento de mais de 50 mil notificações.

**Gráfico 23** – Número de casos notificados de violência física contra crianças e adolescentes no município (2010-2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Como mostra o gráfico 23, em Hortolândia o número de casos notificados também registrou crescimento significativo, passando de 66, em 2010, para 160 em 2018. Possivelmente, essa evolução reflete também o

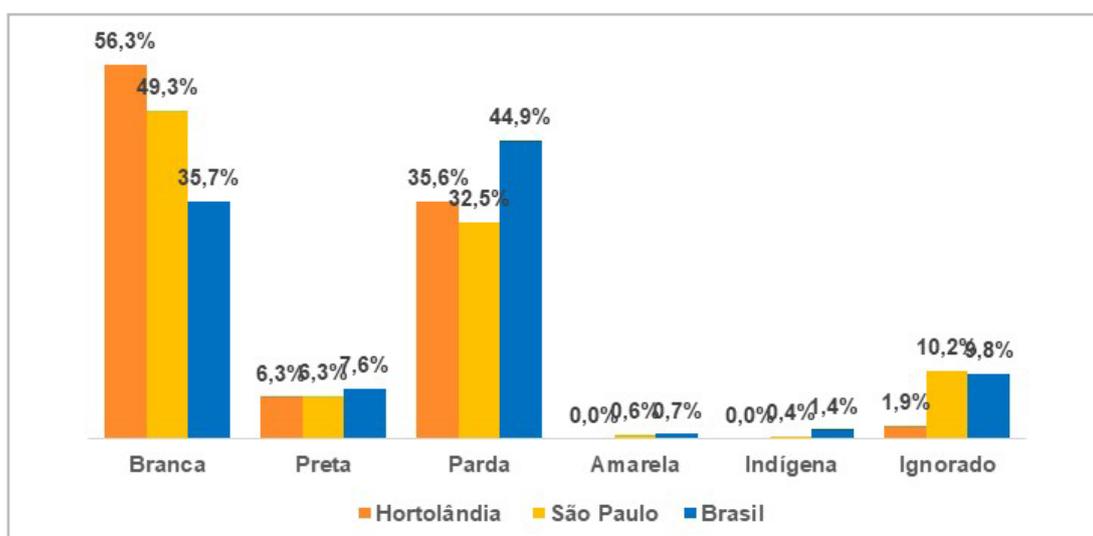
aumento das identificações e das notificações, um fator positivo, já que a violência física contra a criança e o adolescente é uma realidade na maior parte dos lares no país.

**Tabela 57** - Número de casos notificados de violência física contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência física segundo cor/raça (branca)	90	7.349	21.097
Casos notificados de violência física segundo cor/raça (preta)	10	944	4.478
Casos notificados de violência física segundo cor/raça (parda)	57	4.854	26.566
Casos notificados de violência física segundo cor/raça (amarela)	0	90	414
Casos notificados de violência física segundo cor/raça (indígena)	0	59	808
Casos notificados de violência física segundo cor/raça (não informado)	3	1.521	5.804

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

**Gráfico 24** - Percentual de casos notificados de violência física contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

A proporção de vítimas de cor branca é maior no município (56,3%) e no estado de São Paulo (49,3%), e as pardas aparecem em segundo lugar – vale lembrar que no Brasil os pardos são maioria. Os negros representam 41,9% do total de casos de violência física notificados em Hortolândia,

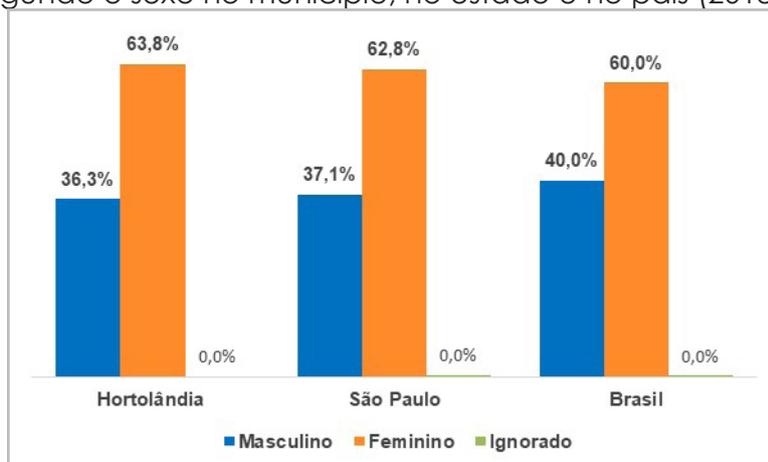
38,8% no estado e 52,5% no país. Proporcionalmente, no município, o percentual de crianças e adolescentes brancos vítimas de violência física é maior do que o percentual de negros quando comparados com o número total da população dessa faixa etária (gráfico 24).

**Tabela 58** - Número de casos notificados de violência física contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência física	160	14.817	59.167
Casos notificados de violência física segundo o sexo (masculino)	58	5.504	23.655
Casos notificados de violência física segundo o sexo (feminino)	102	9.307	35.496
Casos notificados de violência física segundo o sexo (não informado)	0	6	16

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

**Gráfico 25** - Percentual de casos notificados de violência física contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

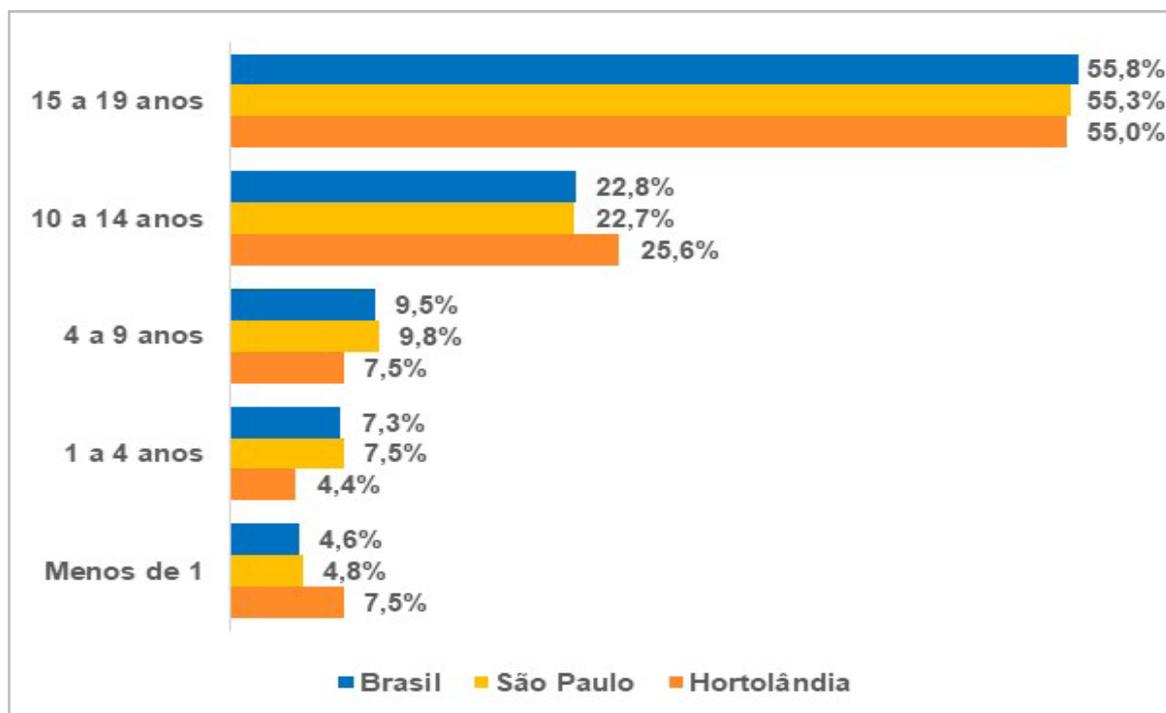


**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

A violência física atinge mais as meninas do que os meninos. Pode-se observar no gráfico 25 que esse fe-

nômeno se repete nas três instâncias estudadas (município, estado e país).

**Gráfico 26** - Percentual de casos notificados de violência física contra crianças e adolescentes segundo idade da vítima no município, no estado e no país (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

As principais vítimas de violência física notificadas ao SUS são adolescentes de 15 a 19 anos, no município, no estado e no país, com mais da me-

tade dos registros. Em segundo lugar está a faixa de 10 a 14 anos de idade e a seguir vêm as crianças de 4 a 9 anos (gráfico 26).

De acordo com os dados do Sinan, em Hortolândia são notificados mais casos de violência física contra meninas adolescentes brancas, entre 15 e 19 anos. Isso não significa, necessaria-

mente, que esse é o perfil que sofre mais violência física, mas sim que há mais notificações quando as vítimas têm esse perfil.

**Tabela 59 - Número de casos de violência física e psicológica contra crianças e adolescentes notificados ao Creas (2017-2019)**

Órgão do SGD	2017	2018	2019
Creas	9	14	26

Fontes: CREAS Hortolândia (2020).

Até 2019 o Creas fazia o registro conjunto de casos de violência física e psicológica. Isso não é considerado adequado, porque são atos dis-

tintos e o trabalho com a criança, o adolescente e a família deve ser orientado pela especificidade do tipo de violência.

**Tabela 60 - Número de casos de violência física contra as crianças e adolescentes de 2017 a junho de 2020 – CT, Creas e CAPSIJ**

Órgão do SGD	2017	2018	2019	2020 (até junho)
Conselho Tutelar	67	53	46	17
Creas	-	-	-	20
CAPSIJ	7	7	9	1

Fontes: Conselho Tutelar de Hortolândia, CREAS Hortolândia, CAPSIJ (2020).

A análise dos dados do Sinan e do Conselho Tutelar de 2018 permite verificar que em muitos casos a área de saúde não tem notificado o Conselho Tutelar, quando faz a notificação para a vigilância epidemiológica. Os dados do Sinan apontam 160 casos de violência física em 2018, e os casos do Conselho Tutelar totalizam 53. O artigo 13 do ECA explicita a obrigatoriedade da notificação ao Conselho Tutelar se houver suspeita ou confirmação da violência, e o artigo 245 prevê multa de 3 a 20 salários de referência para o profissional que omitir a notificação. Além disso, a lei

13.431/2017 preconiza que a omissão da notificação ao Conselho Tutelar se enquadra como violência institucional. Esse é um ponto de atenção para o município.

Assim como nos casos de negligência, novamente há uma discrepância nos números do Conselho Tutelar e do Creas. Mesmo no registro conjunto de violência física e psicológica do Creas é possível identificar que houve muito mais notificações ao Conselho Tutelar do que atendimentos no Creas. Em 2018 e 2019 a discrepância se repete.

Em 2020 o Creas atendeu 20 casos novos, considerando que em abril, maio e junho foram atendidos os que estavam em lista de espera.

Os dados do CAPSIJ apontam o atendimento de 10% a 19% dos casos de violência física notificados ao Conselho Tutelar.

Em relação aos dados colhidos nas entrevistas, foi possível perceber que os serviços de cultura e esporte e as creches não identificam situação de violência física contra crianças e adolescentes. Isso indica a necessidade de treinamento dos profissionais para a identificação da violência física, que é tão naturalizada e historicamente autorizada com a justificativa de educar. É, portanto, improvável que nenhuma das crianças que acessem os serviços tenha sofrido violência física.

As UBS, USFs, CRAS e a GCM identificam situações de violência física contra crianças e adolescentes em todos as áreas do município, contrariando a não identificação nos espaços de esporte e cultura.

As escolas estaduais identificam apenas violência física entre os alunos, e a maioria dos estabelecimentos de ensino fundamental entrevistados e a educação especial<sup>60</sup> identifica situações de violência física contra crianças e adolescentes. Porém, a ação posterior à identificação nem sempre é adequada. Algumas escolas infor-

maram que chamam os pais para verificar a veracidade da denúncia. A escola não tem o papel de investigação, que compete à polícia. O que a escola deve fazer é notificar o Conselho Tutelar, para que sejam aplicadas as medidas necessárias para a proteção da criança ou do adolescente que, segundo o Art. 18B da Lei Menino Bernardo, são estas:

- encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família;
- encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;
- encaminhamento a cursos ou programas de orientação;
- encaminhamento a tratamento especializado;
- advertência.

O parágrafo único estabelece que as medidas previstas no artigo serão aplicadas pelo Conselho Tutelar, sem prejuízo de outras providências legais.

O treinamento dos profissionais é fundamental para que a violência seja identificada e notificada adequadamente, garantindo assim a proteção e a atenção à criança e ao adolescente em situação de violência.

Algumas escolas trabalham a temática da violência nos projetos de prevenção, e outra não. A Lei Menino

<sup>60</sup> As ações diante da violência contra a criança/ adolescente com deficiência devem ser céleres e assertivas, devido a vulnerabilidade dessa população.

Bernardo acrescentou o seguinte inciso ao artigo 26º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional:

§ 9º. Conteúdos relativos aos direitos humanos e à prevenção de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente serão incluídos, como temas transversais, nos currículos escolares de que trata o *caput* deste artigo, tendo como diretriz a Lei nº

8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), observada a produção e a distribuição de material didático adequado.

Assim, fica evidente a necessidade de incluir nos planos políticos pedagógicos de todas as escolas do município projetos de prevenção à violência contra crianças e adolescentes.

### Violência psicológica

A violência psicológica, também considerada uma forma de violência invisível, é inscrita pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) como situação sujeita a punição, por ferir direitos fundamentais de crianças e adolescentes. A Convenção sobre os Direitos da Criança inclui a violência psicológica ou mental como uma das principais formas de violação que o Estado deve monitorar e combater.

promete o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes.

#### Violência psicológica

*Também chamada de violência moral, é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. (Manual do Sinan)*

Violência psicológica é qualquer comportamento que discrimine, deprecie ou desrespeite a criança ou o adolescente. São exemplos de violência psicológica: ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal, xingamento, ridicularização, indiferença, exploração, intimidação sistemática e alienação parental. Esse tipo de violência com-

As crianças submetidas a esse tipo de violência ficam prejudicadas na sua capacidade de aprender e apresentam dificuldade no estabelecimento de relacionamentos interpessoais, insegurança, baixa de humor e quadros depressivos. Um dos problemas graves associado ao fenômeno é a enorme dificuldade em identificar e notificar os casos.

**Tabela 61** - Número de casos notificados de violência psicológica contra a crianças e adolescentes no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência psicológica	45	5.379	22.249

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

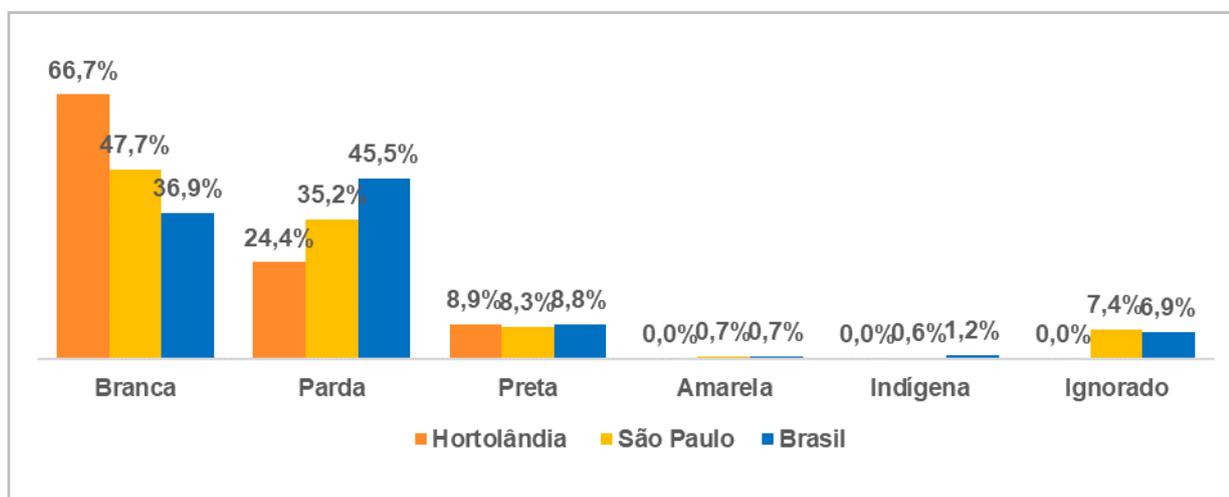
Em 2018, foram notificados 22.249 casos de violência psicológica no

país, 5.379 no estado de São Paulo e 45 em Hortolândia.

**Tabela 62** - Número de casos notificados de violência psicológica contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência psicológica segundo cor/raça (branca)	30	2.568	8.215
Casos notificados de violência psicológica segundo cor/raça (parda)	11	1.896	10.125
Casos notificados de violência psicológica segundo cor/raça (preta)	4	447	1.955
Casos notificados de violência psicológica segundo cor/raça (amarela)	0	38	160
Casos notificados de violência psicológica segundo cor/raça (indígena)	0	30	264
Casos notificados de violência psicológica segundo cor/raça (não informado)	0	400	1.530

**Gráfico 27** - Percentual de casos notificados de violência psicológica contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)



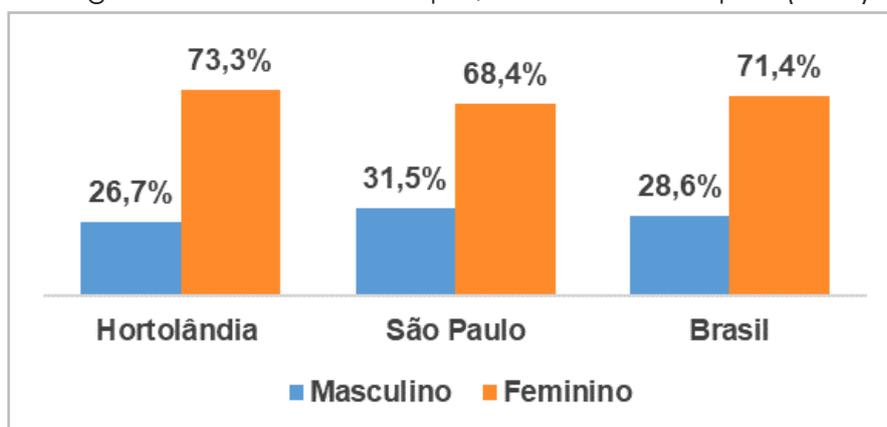
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

A análise das vítimas por cor e raça aponta que a população infantojuvenil branca foi a que registrou o maior percentual no município (66,7%) e no

estado (47,7%). Já no Brasil a população de crianças e adolescentes de cor parda foi a que atingiu o percentual mais elevado (45,5%).

**Tabela 63** - Número de casos notificados de violência psicológica contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência psicológica segundo o sexo (masculino)	12	1.697	6.353
Casos notificados de violência psicológica segundo o sexo (feminino)	33	3.679	15.891
Casos notificados de violência psicológica segundo o sexo (não informado)	0	3	5

**Gráfico 28** - Percentual de casos notificados de violência psicológica contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Claramente, a população infantojuvenil feminina é mais suscetível às agressões psicológicas, confor-

me aponta o gráfico 28. Essa realidade é visível no município, no estado e no Brasil.

**Tabela 64** - Número de casos de violência física e psicológica contra crianças e adolescentes em Hortolândia

Órgão do SGD	2017	2018	2019
Creas	9	14	26

Fonte: CREAS Hortolândia (2020).

Não é possível identificar quantos casos específicos de violência psicológica foram encaminhados para o Creas

em 2017, 2018 e 2019, pois o registro englobou também a violência física.

**Tabela 65** - Número de casos de violência física contra crianças e adolescentes em Hortolândia

Órgão do SGD	2017	2018	2019	2020 (até junho)
Conselho Tutelar	18	18	23	4
Creas	-	-	-	18
CAPSIJ	4	13	13	2

Fontes: Conselho Tutelar de Hortolândia, Creas Hortolândia, CAPSIJ (2020).

Em 2018, segundo os dados do Sinan, foram notificados 45 casos de violência psicológica em Hortolândia. Entretanto, apenas 18 foram notificados ao Conselho Tutelar. Esses dados, assim como os que se referem à violência física, indicam a subnotificação da área de saúde do município ao Conselho Tutelar.

Em relação ao Creas, foram atendidos 18 casos, com apenas quatro deles notificados ao Conselho Tutelar. De acordo com o documento enviado pelo Creas, em abril, maio e junho de 2020 foram atendidos casos em fila de espera, portanto não há como saber se os casos atendidos foram ou não notificados ao Conselho Tutelar.

O número de casos atendidos pelo CAPSIJ é relativamente alto em relação aos casos notificados ao Conselho Tutelar. As consequências para a saúde mental da criança e do adolescente em situação de violência psicológica são apontadas em estudos acadêmicos. O CAPSIJ atende de 22% a 57% dos casos de violência psicológica notificados pelo Conselho Tutelar. Prevenir violência psicológica é prevenir agravos de saúde mental.

Os serviços de esportes e as creches não identificavam situação de violência psicológica contra crianças e adolescentes, e apenas um serviço

de cultura fez isso. Novamente, surge aqui a necessidade de formação dos profissionais, para que possam identificar esses episódios de violência.

Todas as UBS, USP e CRAS entrevistados e a GCM identificaram casos de violência psicológica. Isso realça a necessidade de um trabalho preventivo em todos os serviços do município.

As escolas estaduais, as de educação especial e algumas de ensino fundamental identificam situações de violência psicológica contra crianças e adolescente, mas, novamente, nota-se que a intervenção é insuficiente. As escolas entram em contato com os pais e conversam sobre a questão. Além de não ser este o papel da escola, apenas uma conversa não basta para lidar com questões tão complexas da violência.

Ao identificar a situação de violência psicológica, os responsáveis pela escola devem notificar o Conselho Tutelar, para que as medidas protetivas sejam aplicadas e ocorra o encaminhamento ao Creas e a outros serviços da rede de proteção se houver necessidade. Vale lembrar que o acompanhamento pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) visa ao fortalecimento da família na sua função protetiva.

## Violência sexual

Crianças e adolescentes são vítimas recorrentes de violência sexual no Brasil. Um número significativo dessas violações não é conhecido, em virtude das dificuldades de notificação aos sistemas oficiais de informação. No entanto, os números registrados são altamente reveladores.

O enfrentamento da violência sexual é uma recomendação explícita da Constituição. Diz o artigo 227, parágrafo 4º, que “a lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”.

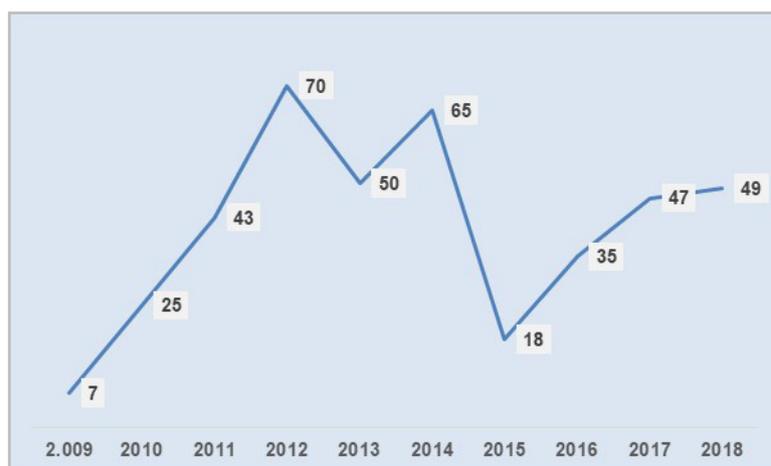
O Brasil desenvolveu e atualizou em 2013 o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes e, em junho de 2014, tornou a exploração sexual de crianças um crime hediondo.

### Violência sexual

É qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade; a impedir de usar qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Tal prática é crime, mesmo se exercida por um familiar. É toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas. Exemplos: jogos sexuais, práticas eróticas impostas a outros, estupro, atentado violento ao pudor, sexo forçado no casamento, assédio, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, dentre outros. (Manual do Sinan)

Levando-se em conta a legislação, algumas subtipologias de violência sexual, como abuso e exploração sexual, são abordadas neste documento.

**Gráfico 29** – Número de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes no município (2010-2018) – Sinan



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

A violência sexual é complexa, com especificidades que os profissionais não treinados têm dificuldade de

identificar. Na série histórica do gráfico 29, percebe-se que o número de casos de violência sexual notificados

no município não apresenta uma curva linear. Entre 2009 e 2018, houve dois picos: um em 2012, com 70 casos, e outro em 2014, com 65 notificações.

A partir de 2015, quando 18 casos foram notificados, o número aumentou, chegando a 49 em 2018.

**Tabela 66** - Número de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes no município, no estado e no país (2018)

Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência sexual	49	6.199	31.799

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Em 2018, no Brasil, foram notificados 31.799 casos de violência sexual ao Sinan. O estado de São

Paulo registrou 6.199 casos, 49 dos quais em Hortolândia.

**Gráfico 30** - Notificações de casos de violência sexual com vítimas na faixa de 0 a 17 anos em Hortolândia, por residência, registrados na Vigilância Epidemiológica do município - 2017-2019



Vigilância Epidemiológica, 2020.

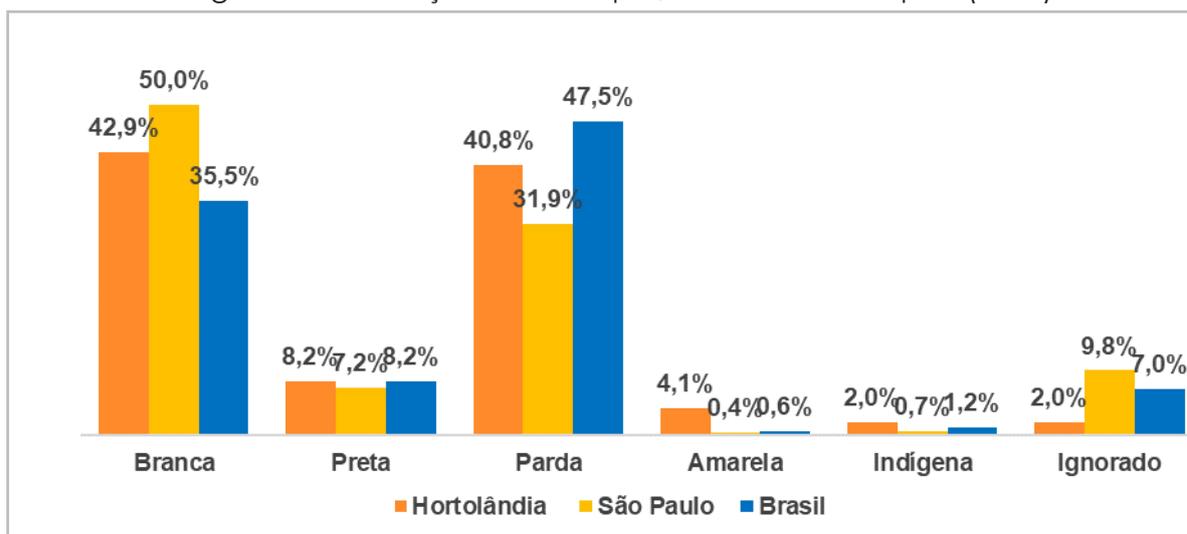
Os dados da vigilância epidemiológica apontam um aumento de 46,34% no número de casos em 2019, em relação ao ano anterior. O aumento das notificações da violência sexual pode ter um aspecto positivo, porque indica que a identificação está acontecendo. A diminuição seria

preocupante, na medida em que, em vez de significar que as crianças estão protegidas, pode mostrar que as situações de violência sexual não foram identificadas ou denunciadas. A subnotificação da violência contra crianças e adolescentes é uma realidade em todo o país.

**Tabela 67** - Número de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência sexual segundo cor/raça (branca)	21	3.101	11.285
Casos notificados de violência sexual segundo cor/raça (preta)	4	447	2.597
Casos notificados de violência sexual segundo cor/raça (parda)	20	1.979	15.103
Casos notificados de violência sexual segundo cor/raça (amarela)	2	22	205
Casos notificados de violência sexual segundo cor/raça (indígena)	1	42	371
Casos notificados de violência sexual segundo cor/raça (não informado)	1	608	2.238

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

**Gráfico 31** - Percentual de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018).

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

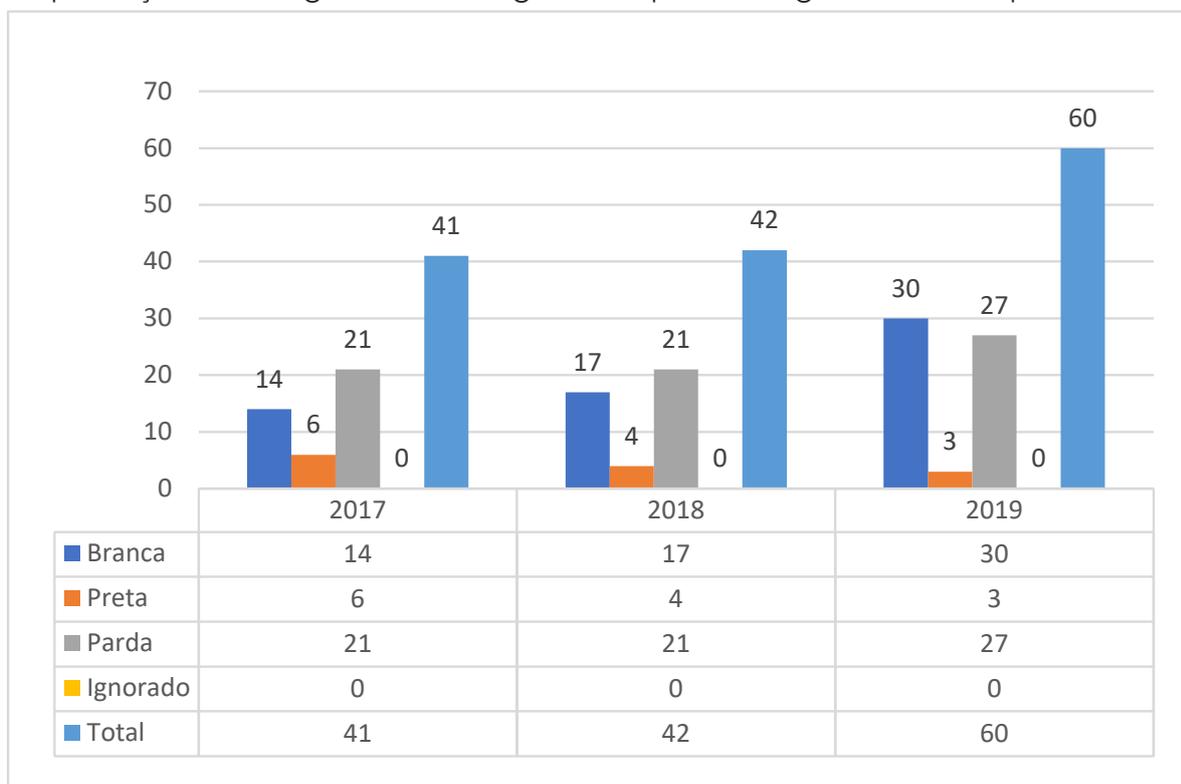
Os percentuais mais altos da violência sexual contra crianças e adolescentes, quando o recorte é feito por cor ou raça, são de brancos e pardos. Em Hortolândia, o maior percentual de notificações se refere à raça branca (42,9%), seguido de parda (40,8%) e preta (8,25). No estado de São Paulo, a tendência é semelhante: 50,0% das crianças e adolescentes

eram brancas, 31,9% pardas e 7,2% pretas. Já no país, as pardas eram em maior número (47,5%), seguidas das brancas (35,5%) e pretas (8,2%). Previsivelmente, os percentuais de vítimas de raça amarela e indígena mostraram-se bem menores nas três instâncias estudadas.

A incidência de violência sexual contra crianças e adolescentes de raça negra em Hortolândia (49,0%) era

maior, proporcionalmente, do que nas demais raças.

**Gráfico 32** – Notificações de violência sexual em Hortolândia com vítimas de 0 a 17 anos por raça e cor, registradas na Vigilância Epidemiológica do município - 2017-2019



Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2020.

Os dados da vigilância epidemiológica do município corroboram os dados oficiais do Sinan em relação à cor e raça, ao mostrarem que a maior parte

das notificações de violência sexual atingiu crianças e adolescentes brancas e pardas em 2017, 2018 e 2019.

**Tabela 68** - Número de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

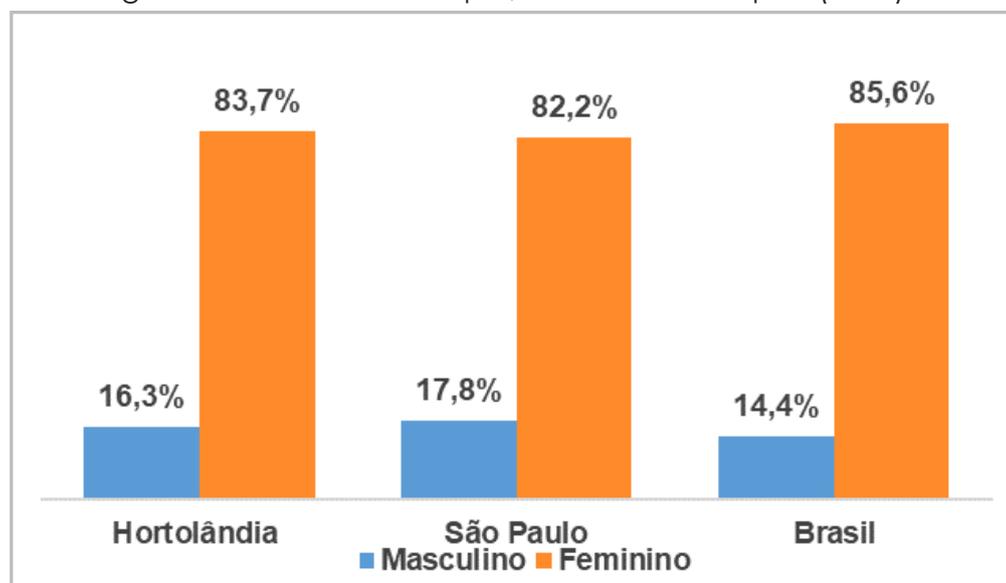
Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de violência sexual segundo sexo (masculino)	8	1.104	4.578
Casos notificados de violência sexual segundo sexo (feminino)	41	5.093	27.213
Casos notificados de violência sexual segundo sexo (não informado)	0	2	8

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

A violência sexual contra crianças e adolescentes é um crime que vitimiza muito mais as meninas do que os meninos. Entre todas as violências, essa é

a que apresenta a maior discrepância entre sexos. Esse panorama se estende, de maneira geral, a todo o país.

**Gráfico 33** - Percentual de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Em 2018, 83,7% das notificações em Hortolândia envolviam meninas, com 16,3% de meninos. O estado e o país

mantêm a proporção, como mostra o Gráfico 33.

**Tabela 69** – Notificações de violência sexual em Hortolândia com vítimas entre 0 a 17 anos, por faixa etária, registradas na Vigilância Epidemiológica do município - 2017-2019

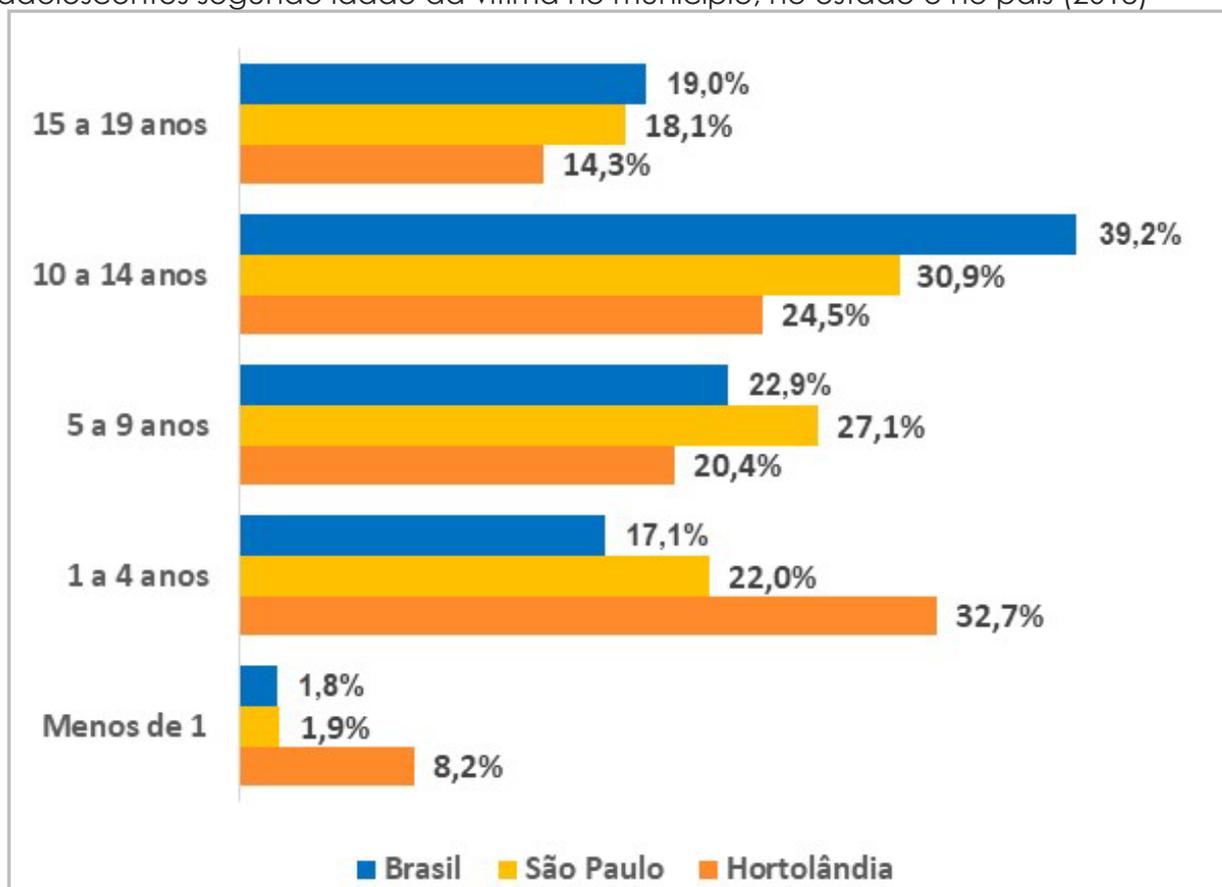
Faixa etária	Ano 2017		Ano 2018		Ano 2019		Total
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
0 a 4	1	15	3	15	1	11	46
5 a 9	1	12	2	7	7	16	45
10 a 14	3	6	2	9	3	15	38
15 a 17	-	4	-	3	1	6	14
Total	5	37	7	34	12	48	143

**Fonte:** Vigilância Epidemiológica de Hortolândia, 2020.

Nos dados da vigilância epidemiológica do município vê-se que 83,21% das notificações se referem à violên-

cia sexual contra meninas. A maior parte das notificações registradas se refere à faixa etária de 0 a 4 anos.

**Gráfico 34** - Percentual de casos notificados de violência sexual contra crianças e adolescentes segundo idade da vítima no município, no estado e no país (2018)



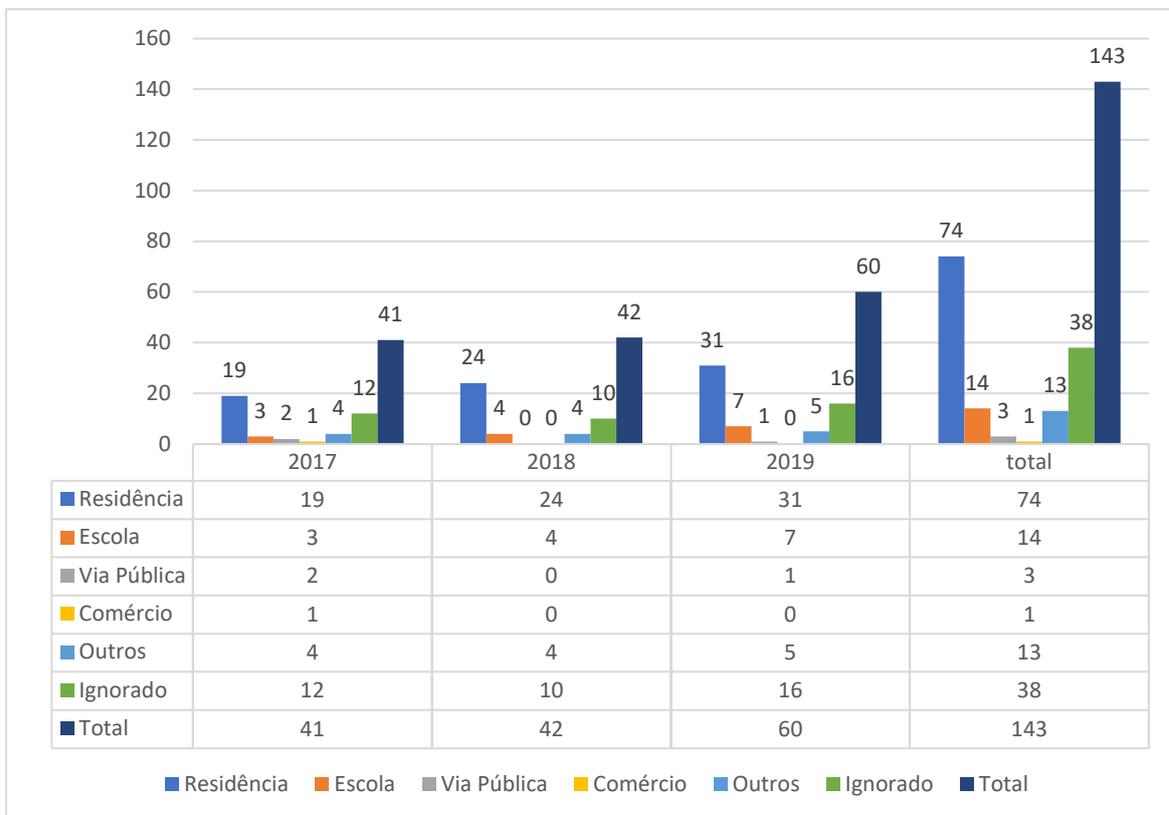
**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Analisando o Gráfico 34, pode-se perceber que a maior parte das notificações se refere a crianças de 0 a 4 anos idade totalizando 40,9% dos casos, um índice extremamente alto comparado com o Brasil (18,9%) e com o estado de São Paulo (23,9%).

As entrevistas feitas para este relatório mostraram que as creches e as escolas de educação infantil não identificam casos de violência sexual contra

as crianças. O treinamento dos profissionais desses serviços é extremamente importante para a identificação e a notificação desses episódios, para que os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos possam atuar e serem garantidas a proteção e o provimento de cuidados.

**Gráfico 35** – Notificações de violência sexual em Hortolândia com vítimas na faixa de 0 a 17 anos por local de ocorrência, registrados na Vigilância Epidemiológica do município - 2017-2019



**Fonte:** Vigilância Epidemiológica de Hortolândia, 2020.

Segundo os dados da vigilância epidemiológica do município, a maior parte dos casos de violência sexual ocorre dentro de casa. Isso confirma a necessidade de projetos de

prevenção em todos os espaços: escolas, serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, Creas, UBS, USF e outros.

**Tabela 70** - Número de casos de violência sexual contra as crianças e adolescentes

Órgão do SGD	2017	2018	2019	2020 (até junho)
Conselho Tutelar	62	74	87	20

**Fontes:** Conselho Tutelar de Hortolândia, Creas Hortolândia, CAPSIJ (2020).

O Conselho Tutelar não separa os casos de abuso e exploração sexual. Esse é um ponto de atenção para o município, já que se trata de fenômenos com especificidades diferentes, o que torna fundamental a separação dos dados para a compreensão

da demanda e para direcionar os encaminhamentos.

Segundo as informações colhidas nas entrevistas, o Conselho Tutelar tem critérios padronizados para a identificação dos casos de violação de direitos

e violência recebidos, e não existem classificações comuns utilizadas pelos conselheiros tutelares. Isso deve ser definido não somente pelo Conselho Tutelar, mas também pela rede do município, para que os encaminhamentos intersetoriais sejam assertivos.

A análise dos casos de violência sexual notificados ao Conselho Tutelar permite verificar que em 2018 houve um aumento de 19,35% de ocorrências, em relação ao ano anterior, e de 17,56% em 2019 – acréscimos que, possivelmente, podem ser creditados ao aumento das notificações.

De acordo com as entrevistas, a profilaxia pós-exposição ocorre no Centro Especializado em Infectologia (CEI) e no Hospital Mario Covas.

A área de saúde tem um fluxo estabelecido para casos crônicos e agu-

### Abuso sexual

No código penal o abuso sexual contra a criança e o adolescente com menos de 14 anos é entendido como estupro de vulnerável: ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos. Situações de abuso de adolescentes acima de 14 anos são enquadradas como estupro: constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso (Código Penal Brasileiro, artigo 213).

dos garantindo o cuidado integral à criança e ao adolescente vítimas de violência sexual.

Entretanto, é importante ressaltar que os dados informados pelos técnicos do Tribunal de Justiça apontam que a proteção não está sendo garantida de forma eficaz, já que 90% das crianças e adolescentes que prestam o depoimento especial não têm acompanhamento da rede. Isso evidencia a necessidade de um fluxo intersetorial<sup>61</sup> envolvendo todos os integrantes do Sistema de Garantia de Direitos, para que seja efetivamente garantida a proteção integral da criança e do adolescente, partindo da perspectiva de que as políticas, sozinhas, são insuficientes para enfrentar um fenômeno tão complexo como a violência sexual.

A conduta da autoridade policial é extremamente importante nos casos de estupro. Durante a entrevista para este relatório, o delegado informou que não ouve a criança ou o adolescente nos casos de abuso sexual, o que seria o procedimento adequado, protetivo e em consonância com o que preconiza a Lei 13.431/2017.

#### Abuso sexual

*Entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, em conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiros (Lei 13431/2017).*

<sup>61</sup> O fluxo intersetorial de atenção às violências contra a criança e o adolescente está em processo de elaboração

O Sinan também utiliza o termo estupro para se referir ao abuso sexual contra crianças e adolescentes.

**Tabela 71** - Número de casos notificados de estupro contra crianças e adolescentes (2018)

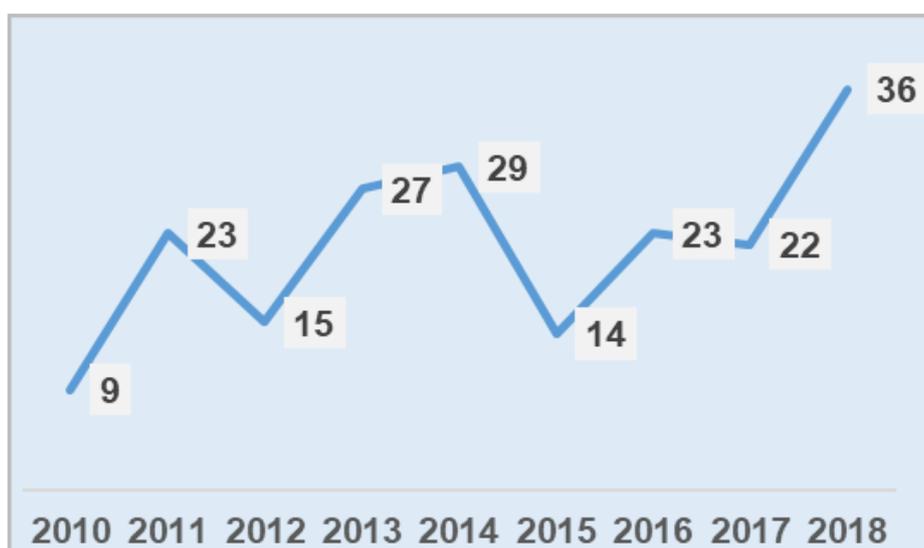
Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de estupro	36	3.899	22.645

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

No Brasil, em 2018, foram registrados no Sinan 22.645 casos de estupro envolvendo crianças e adolescentes. Na análise da série histórica do país, percebe-se uma curva ascendente, com 2.633 casos, em 2009, e 22.645 em 2018. No estado de São Paulo, os números avançam na mesma velocidade, passando de 160 casos para 3.899 em 2018. O Sinan foi criado em

2006 e a notificação compulsória entrou em vigor em 2011. Os estudos epidemiológicos apontam que a subnotificação é uma realidade em todos os estados brasileiros. Portanto, o aumento da notificação pode representar um dado positivo, ao indicar que os profissionais estão identificando e notificando com mais eficácia.

**Gráfico 36** – Número de casos notificados de estupro contra crianças e adolescentes em Hortolândia (2010-2018)



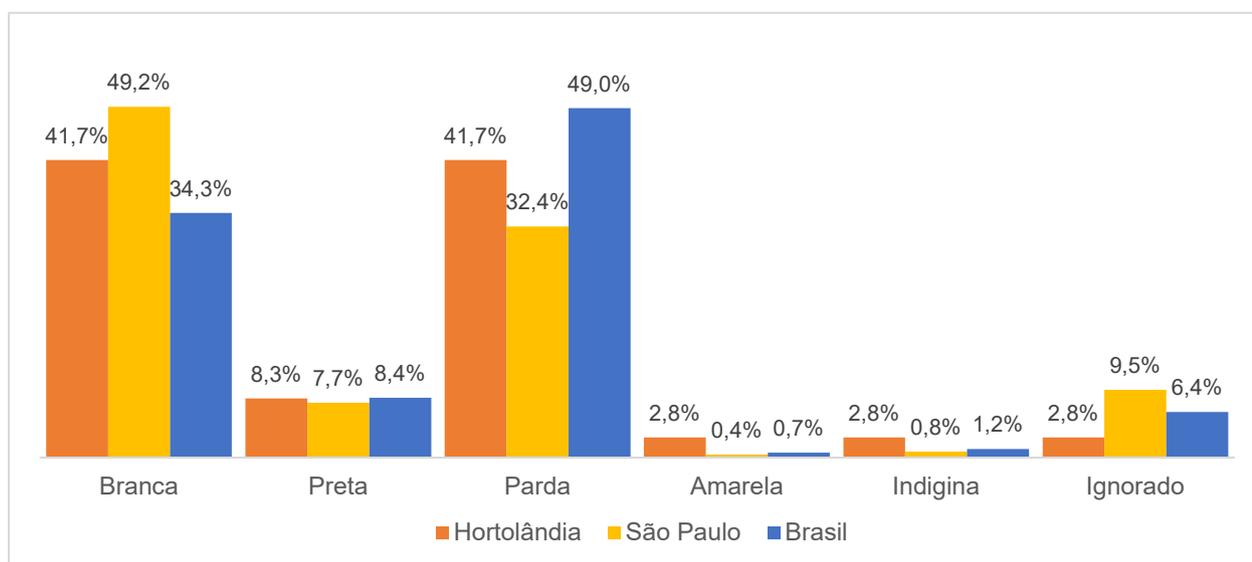
**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Em Hortolândia, a série histórica apresentada no gráfico 36 mostra um aumento de nove casos notificados em 2010 para 36 em 2018.

**Tabela 72** - Número de casos notificados de estupro contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de estupro segundo cor/raça (branca)	15	1.919	7.768
Casos notificados de estupro segundo cor/raça (preta)	3	299	1.901
Casos notificados de estupro segundo cor/raça (parda)	15	1.262	11.096
Casos notificados de estupro segundo cor/raça (amarela)	1	14	154
Casos notificados de estupro segundo cor/raça (indígena)	1	33	281
Casos notificados de estupro segundo cor/raça (não informado)	1	372	1.445

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

**Gráfico 37** - Percentual de casos notificados de estupro contra crianças e adolescentes segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Nos dados da tabela 72 e do gráfico 37, observa-se que a maior parte

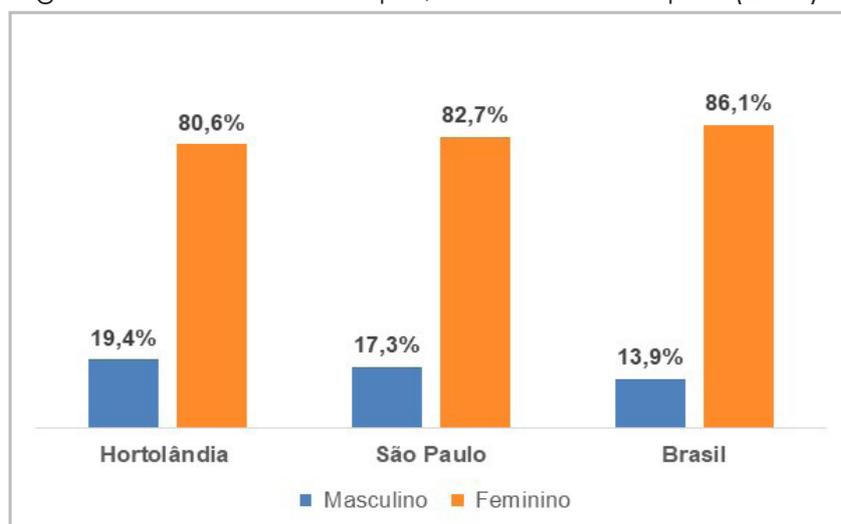
das notificações se refere a crianças brancas e pardas.

**Tabela 73** - Número de casos notificados de estupro contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de estupro segundo o sexo (masculino)	7	676	3.139
Casos notificados de estupro segundo o sexo (feminino)	29	3.223	19.506

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

**Gráfico 38** - Percentual de casos notificados de estupro contra crianças e adolescentes segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)

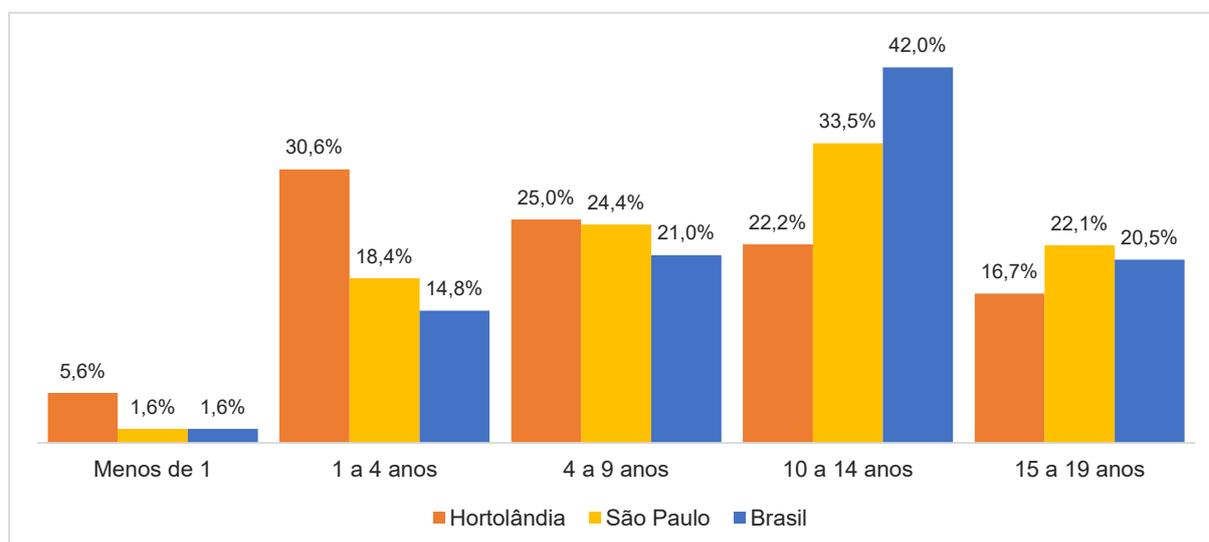


**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Do total de 36 estupros notificados no município, 29 (80,6%) tiveram meninas como vítimas. No Brasil e no estado

de São Paulo, essa predominância é ainda maior: 82,7% e 86,1% eram meninas, respectivamente.

**Gráfico 39** - Percentual de casos notificados de estupro contra crianças e adolescentes segundo a idade da vítima no município, no estado e no país (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Como é possível observar nos percentuais apresentados no gráfico 39, o estupro vitimiza crianças e adolescentes de todas as idades, de zero a 19 anos. No Brasil e no estado de São Paulo, a maioria das vítimas – 42,0% e 33,5%, respectivamente – estava na faixa entre 10 e 14 anos. As crian-

ças de 4 a 9 anos também estavam muito expostas a este tipo de violência (21,0% no Brasil e 21,4% no estado). Já em Hortolândia, a população composta por crianças pequenas é a mais vulnerável, com 11 casos (30,6%) envolvendo vítimas de 1 a 4 anos e dois casos (5,6%) de zero a um 1 ano.

O autor da violência sexual é, muitas vezes, uma pessoa próxima da vítima ou um parente, como pai, avô e padrasto. Para enfrentar esse grave problema é preciso desenvolver

campanhas de educação sexual e garantir assistência e o atendimento integral às vítimas, à família e ao agressor, visando romper com o ciclo da violência.

**Tabela 74** - Número de casos atendidos de abuso sexual contra crianças e adolescentes pelo Creas em Hortolândia (2017-2020)

Órgão do SGD	2017	2018	2019	Até jun/2020
Creas	37	19	38	65

**Fonte:** Creas em Hortolândia.

Os dados dos atendimentos do Creas apontam que em 2018 houve uma redução de 43,24% nos casos atendidos. Entretanto, os dados do Sinan indicam que no mesmo ano houve um aumento de 43,24% nas notificações de estupro em relação ao ano anterior. Esses dados corroboram os demais dados de violência e mostram que a proteção social especial não tem atendido os casos de violência conforme preconizado nas diretrizes.

Os casos de 2019 tiveram 100% de aumento em relação ao ano anterior. E novamente houve um aumento de 71,05% em 2020, em relação a 2019. Houve apenas 20 notificações de violência sexual ao Conselho Tutelar em 2020, e possivelmente os casos atendidos pelo Creas sejam os que estavam na lista de espera.

**Tabela 75** - Número de casos atendidos de abuso sexual contra crianças e adolescentes pelo CAPSIJ (2017-2020)

Órgão do SGD	2017	2018	2019	Até jun/ 2020
CAPSIJ	11	18	11	2

Os dados do CAPSIJ apontam que as crianças com agravo de saúde mental têm sido atendidas quando o serviço é acionado. O CAPSIJ atendeu de 12% a 25% dos casos de violência sexual notificados ao Conselho Tutelar.

cação de situações de violência contra crianças e adolescentes com deficiência é extremamente importante, já que se trata de uma população ainda mais vulnerável.

De acordo com os dados colhidos nas entrevistas, as UBS, USFs, CRAS e GCM identificaram situações de abuso sexual em todas as regiões do município. Uma escola estadual notificou essas situações, assim como a CIER, e é importante ressaltar que a identifi-

Porém, as demais escolas e os serviços de esporte e cultura não identificaram situações de abuso sexual. Novamente, aparece aqui a necessidade de capacitação profissional para que essas situações possam ser identificadas e notificadas adequadamente.

## Exploração sexual

A exploração sexual é um problema complexo, causado por fatores culturais, sociais, econômicos e individuais. É uma violência às vezes invisível, por isso a dificuldade em identificar a situação e proteger e atender as crianças e adolescentes vítimas dessa exploração. A Organização Internacional do Trabalho considera a exploração sexual uma das piores formas de trabalho infantil.

Os dados não costumam refletir a realidade da exploração sexual no município, já que, além da dificuldade de identificação, muitos dos ca-

sos identificados não são notificados, pelo entendimento equivocado de que a criança ou o adolescente está em situação de exploração sexual por vontade própria.

### Exploração sexual

*Caracteriza-se pela utilização sexual de pessoas, independentemente da idade e do sexo, com fins comerciais e de lucro, levando-as a manter relações sexuais ou utilizando-as para a produção de materiais pornográficos como revistas, filmes, fotos, vídeos, sites na internet. "São considerados exploradores os clientes que pagam pelos serviços sexuais e intermediários, em qualquer nível – aqueles que induzem, facilitam, ou obrigam crianças e adolescentes a se prostituírem" (Código Penal Brasileiro, Artigo 240). (Manual do Sinan)*

**Tabela 76** - Número de casos notificados de exploração sexual contra crianças e adolescentes segundo cor, raça e sexo no município, no estado e no país (2018)

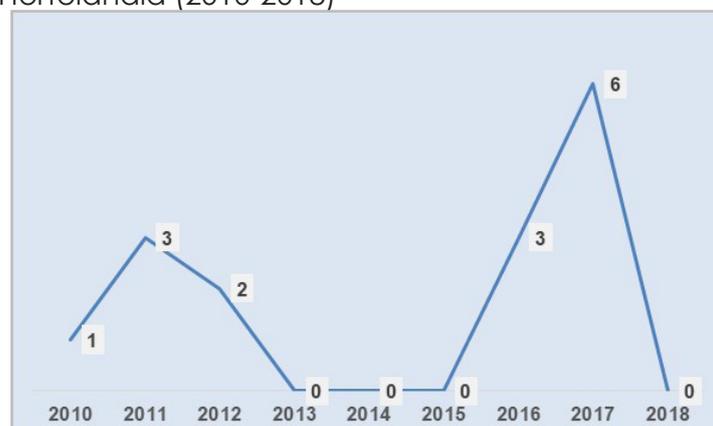
Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Nº de casos notificados de exploração sexual	0	196	981

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

Em 2018 não foram notificados casos de exploração sexual em Hortolândia. Houve o registro de 981 casos no país e 196 no estado de São Paulo.

Porém, a não notificação dos casos não significa, necessariamente, que não ocorreram situações de exploração sexual no município.

**Gráfico 40** – Número de casos notificados de exploração sexual contra crianças e adolescentes em Hortolândia (2010-2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

A análise dos anos de 2010 a 2018 aponta que poucos casos foram notificados no período. O ano em que

mais houve notificação foi 2017, com seis casos.

**Tabela 77** - Número de casos de exploração sexual contra crianças e adolescentes atendidos pelo Creas em Hortolândia (2017-2020)

Órgão do SGD	2017	2018	2019	2020
Creas	0	2	0	5

Em 2017 e 2019 o Creas não atendeu nenhum caso de exploração sexual. Novamente aqui aparece a falha da rede, já que a área de saúde notificou seis casos em 2017. Pode-se inferir que não houve atendimento da proteção social especial nessas ocorrências.

Em 2018 houve dois atendimentos de exploração sexual pelo Cre-

as e em 2020 registraram-se cinco atendimentos.

Os dados do Conselho Tutelar não separam os casos de abuso e exploração sexual; portanto, não é possível cruzá-los para analisar as notificações e os encaminhamentos.

**Tabela 78** - Número de casos atendidos de exploração sexual contra crianças e adolescentes pelo CAPSIJ (2017-2020)

Órgão do SGD	2017	2018	2019	2020
CAPSIJ	0	0	3	0

O CAPSIJ atendeu apenas três casos de exploração sexual em 2019, ano em que o Creas não registrou atendimento, o que aponta, novamente, para a possibilidade de falta de proteção social especial.

Nenhuma escola ou serviço de cultura e esporte identificou situação de exploração sexual. Porém, os CRAS, UBS e USFs em que foram feitas entrevistas para este diagnóstico rela-

taram casos de exploração sexual. Fica evidente a dificuldade que alguns serviços têm para identificar e notificar as situações de exploração sexual no município. Por isso é preciso capacitar os profissionais para identificar essas situações e estabelecer a integração da rede por meio de fluxos e protocolos intersetoriais, garantindo que sejam aplicadas as medidas protetivas necessárias e que o atendimento seja efetivado.

## Pornografia infantil

Apenas um caso de pornografia infantil foi notificado em Hortolândia em 2018, quando ocorreram 189 casos no estado e 802 no país.

### Pornografia infantil

Apresentação, produção, venda, fornecimento, divulgação ou publicação, por qualquer meio de comunicação, inclusive a rede mundial de computadores (internet), de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens não autorizadas) envolvendo crianças ou adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 241, alterado pela Lei 10.764, de 12/11/2003). (Manual do Sinan)

**Tabela 79** - Número de casos notificados de pornografia infantil segundo cor, raça e sexo no município, no estado e no país (2017)

Indicadores		Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Casos notificados de pornografia infantil		1	189	802
Segundo cor/raça	Branca	1	92	301
	Preta	0	18	76
	Parda	0	54	353
	Amarela	0	2	4
	Indígena	0	0	8
	Não informado	0	23	60
Segundo o sexo	Masculino	0	45	198
	Feminino	1	144	604

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

**Gráfico 41** – Número de casos notificados de pornografia infantil em Hortolândia (2010-2018)



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018).

A série histórica de 2010 a 2018 aponta pouca notificação desse tipo de violência contra crianças e adolescentes em Hortolândia. Embora as notificações sejam raras, é importan-

te que o município desenvolva estratégias e programas de prevenção, considerando a expansão da internet e a facilidade de divulgação e transmissão de conteúdos pornográficos.

## Violência autoprovocada

A violência autoprovocada é um agravo de importância para o setor de saúde. Programas de prevenção e atenção à saúde mental da criança e do adolescente são extremamente importantes para evitar agravos de saúde em consequência da violência autoprovocada.

O cenário no Brasil tem mudado nos últimos anos, e a análise dos dados aponta um aumento alarmante da violência autoprovocada. Em 2000, a taxa era de quatro casos por 100 mil habitantes, e em 2018 chegou a 42.

### Violência autoprovocada

Refere-se ao comportamento suicida e às diversas formas de automutilação. (Minayo, 2005) <sup>62</sup>

**Tabela 80** - Violência autoprovocada por crianças e adolescentes até 19 anos no país

Ano	Número bruto
2015	9.637
2016	11.785
2017	20.517
2018	27.765

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

O número de casos de violência autoprovocada na população até 19

anos de idade entre 2015 e 2018 registrou um aumento de 188% no Brasil.

**Tabela 81** - Número de casos de violência autoprovocada em menores de 19 anos no município, no estado e no país (2018)

Indicador	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de casos de violência autoprovocada	66	6.812	27.765

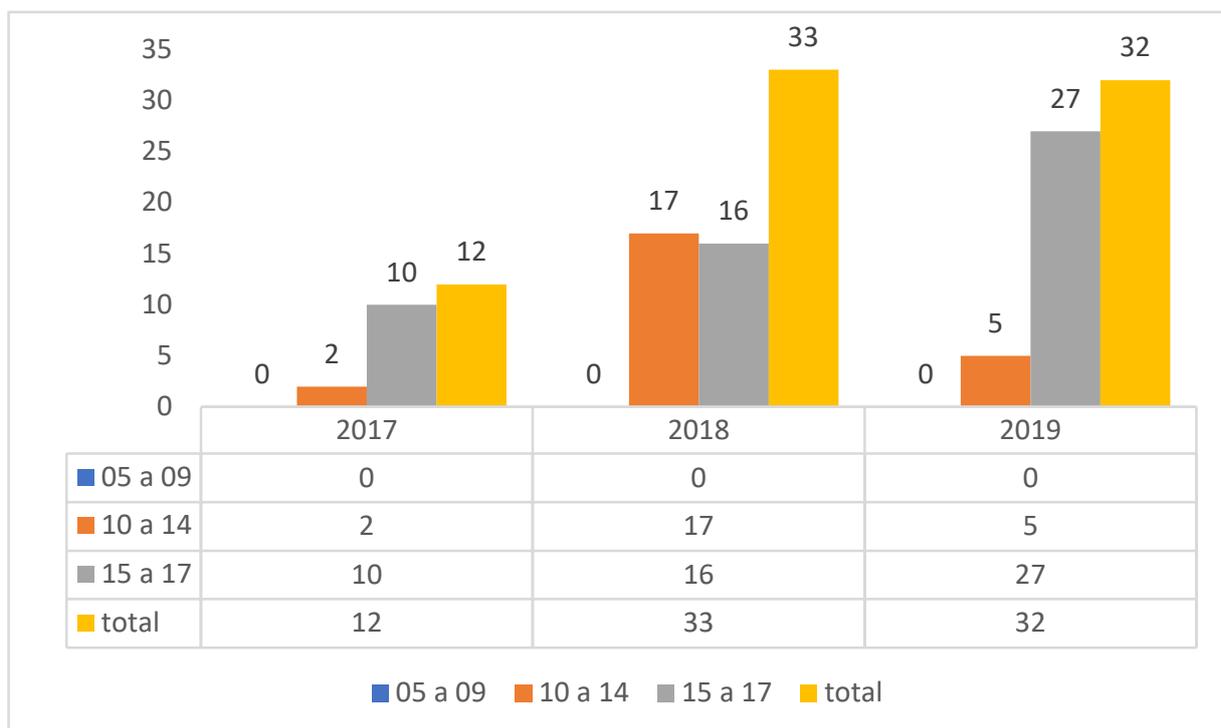
**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (2018)

Em Hortolândia, em 2018, registraram-se 66 notificações de violên-

cia autoprovocada na população de 0 a 19 anos.

<sup>62</sup> Brasil. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

**Gráfico 42** – Notificação de casos de violência autoprovocada por crianças e adolescentes em Hortolândia, por faixa etária – 2017-2019



**Fonte:** Vigilância Epidemiológica de Hortolândia (2020).

Os dados de 2018 apresentados pela vigilância epidemiológica divergem das informações provenientes de fontes oficiais. Podemos inferir que essa discrepância está relacionada ao recorte de idade, já que a vigilância epidemiológica considerou a faixa de 5 a 17 anos, enquanto os dados oficiais coletados abrangem crianças e adolescentes de 0 a 19 anos.

De acordo com os dados enviados pela vigilância epidemiológica do município, de 2017 a 2018 os casos de violência autoprovocada tiveram um aumento de 175%, considerando o valor total de 12 em 2017 e 33 em

2018. Em 2019, houve um registro a menos do que 2018.

Na faixa etária de 15 a 17 anos, ocorreu um aumento significativo entre 2017 e 2019. Em 2018 o número de casos cresceu 60% em relação a 2017. Já em 2019 houve um aumento de 68,75% em relação a 2018, o que indica um ponto de atenção para o município.

Em relação à faixa etária de 10 a 14 anos, houve um aumento de 700% em 2018 em relação a 2017. Porém, os casos diminuíram 70,5% em 2019, em relação a 2018.

**Tabela 82** – Casos de violência autoprovocada e tentativas de suicídio em Hortolândia, por faixa etária – 2017–2020

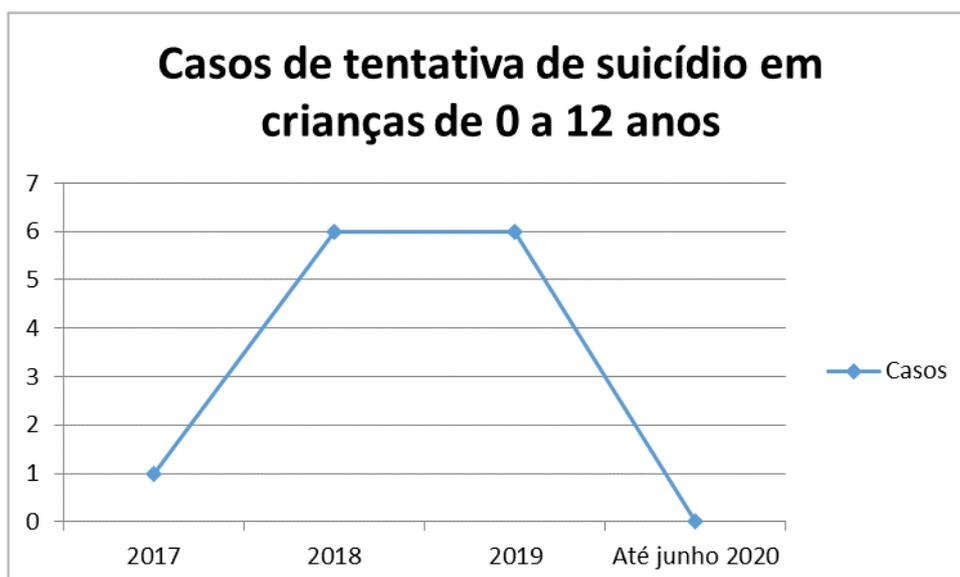
Indicadores	2017		2018		2019		2020	
	0-12	>12	0-12	>12	0-12	>12	0-12	>12
	anos							
Número de casos de violência autoprovocada	2	10	8	21	9	25	1	6
Tentativas de suicídio	1	8	6	14	6	20	0	7

Fonte: CAPSIJ Hortolândia (2020).

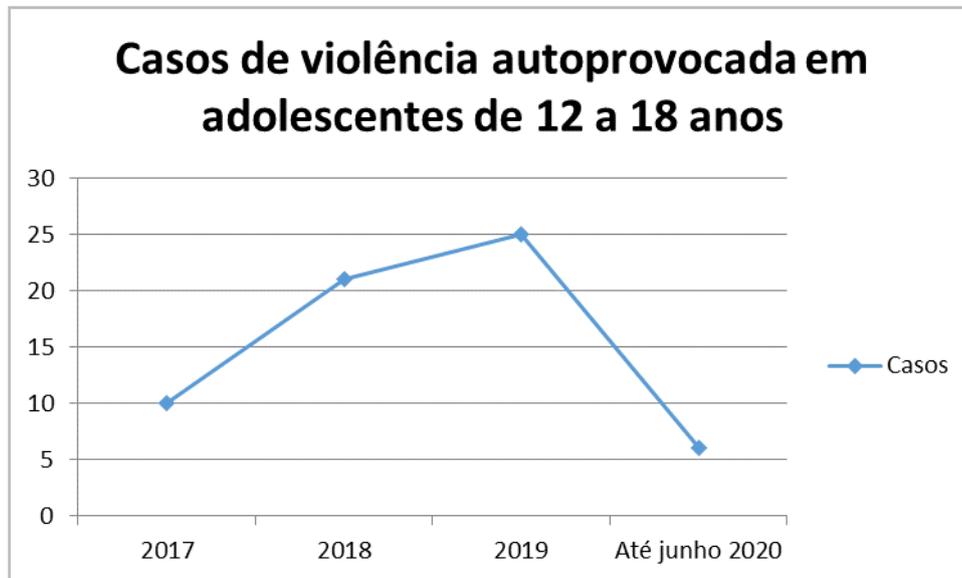
**Gráfico 43** – Número de casos notificados de violência autoprovocada em crianças até 12 anos em Hortolândia (2017-2020)



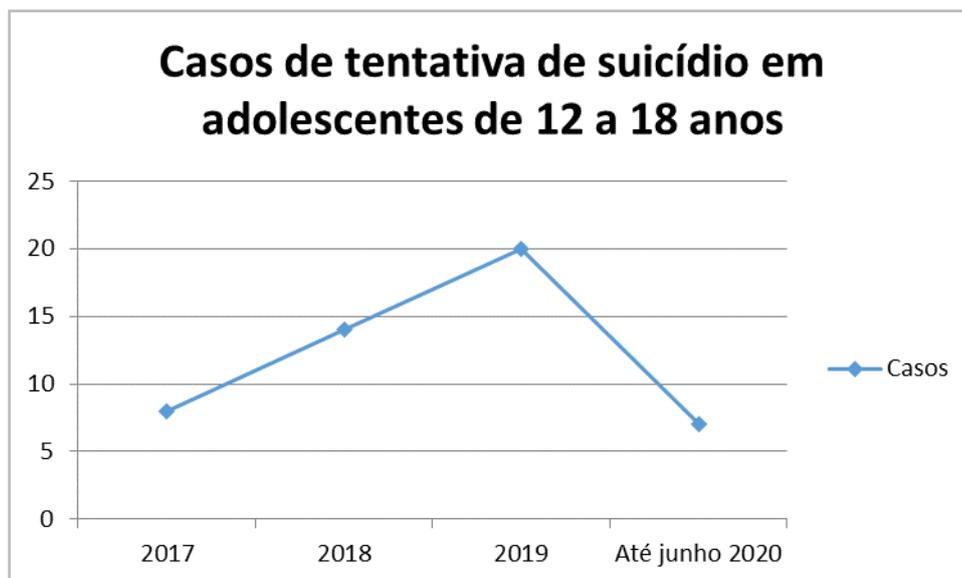
**Gráfico 44** – Número de casos notificados de tentativa de suicídio de crianças em Hortolândia (2017-2020)



**Gráfico 45** – Número de casos notificados de violência autoprovocada de adolescentes em Hortolândia (2017-2020)



**Gráfico 46** – Número de casos notificados de tentativa de suicídio em adolescentes em Hortolândia (2017-2020)



Os dados de atendimento do CAPSIJ de Hortolândia apontam que os casos de violência autoprovocada em crianças até 12 anos em 2018 tiveram um aumento de 300% em relação a 2017. Em 2019, houve um aumento de 12,5%, na comparação com 2018.

Em relação às tentativas de suicídio nessa faixa etária, em 2018 houve um

aumento de 500% nos atendimentos, na comparação com os dados de 2017. Em 2019 não se registrou aumento no número de atendimentos.

Nos casos de violência autoprovocada em adolescentes maiores de 12 anos, os dados do CAPSIJ apontam aumento de 110% em 2018, com-

parados com 2017. Em 2019 houve aumento de 19%.

Os dados de tentativas de suicídio por adolescentes apontam um aumento de 75% em 2018 em relação a 2017 e de 42,8% em 2019, na comparação com o ano anterior.

Não há dúvida de que existe uma tendência de aumento das situações de violência autoprovoçada na população dessa faixa etária em Hortolândia, o que aponta a necessidade de ampliação das ações de prevenção em todas as secretarias do município, além de proporcionar aos serviços de saúde estratégias adequadas para o enfrentamento do problema.

Todas as unidades de saúde entrevistadas para este relatório identificaram casos de violência autoprovoçada, assim como as áreas de segurança pública, educação e assistência social e o Conselho Tutelar.

A prevenção da violência autoprovoçada e do suicídio deve envolver diferentes órgãos da rede de proteção, além da saúde básica e da saúde mental. Para a redução desse grave problema, são indicados programas

### Suicídio

O suicídio é hoje a terceira causa de morte na adolescência e a principal causa de emergência psiquiátrica em hospitais gerais. Nos últimos dez anos, vem-se registrando um aumento nas taxas de tentativa de suicídio e suicídio consumado em jovens. De 2009 a

de prevenção nas escolas, nos CRAS e nos serviços de convivência, assim como o fortalecimento de vínculos

Não é possível pensar no cuidado integral a saúde sem pensar na saúde mental. O município tem condições de oferecer programas de prevenção de agravos de saúde mental e atenção especializada e adequada para as crianças e os adolescentes. As ações devem ser alinhadas com os demais serviços da rede, partindo do princípio da humanização e da proteção integral.

A articulação com a rede é importante para o planejamento de ações conjuntas que viabilizem o melhor acompanhamento e a promoção de saúde das pessoas atendidas. Em uma reunião de rede é possível pensar coletivamente em ações capazes de promover o cuidado integral e corrigir as falhas no atendimento, da melhor forma possível. Porém, analisando as entrevistas feitas para este diagnóstico, verificou-se que alguns dos serviços da rede não participam de reuniões intersetoriais. Essa participação deve ser cobrada pelos gestores, para que seja possível melhorar as ações integradas de prevenção.

2019, a taxa de suicídio no país passou de 1% para 1,75, com 0,7 ponto percentual de aumento em dez anos.

Segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, em 2019 as taxas de suicídio no país e no

estado de São Paulo foram de 1,7% e 1,4%, respectivamente. Esse índice indica a proporção, para cada 100 mil habitantes, dos óbitos de crianças e adolescentes em decorrên-

cia de suicídio. Os números crescentes mostram a necessidade de mais atenção das políticas públicas para o fenômeno no país.

**Tabela 83** - Número de suicídio de menores de 19 anos no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de óbitos por suicídio	20	2.207	12.733
Número de óbitos por suicídio de menores de 19 anos	1	167	1.053

**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

No Brasil, em 2018, foram registrados 12.733 suicídios na população em geral, dos quais 1.053 (8,3%) envolveram menores de 19 anos. No estado de São Paulo, dos 2.207 suicídios na po-

pulação em geral, 167 (7,6%) foram de crianças e adolescentes, enquanto em Hortolândia houve um total de 20 casos, sendo um deles (5%) de um menor de 19 anos.

## Homicídios

Nas últimas décadas o Brasil conseguiu reduzir consideravelmente a taxa de mortalidade infantil. O país também tem obtido êxito na redução das mortes de crianças com menos de 5 anos. Porém, não tem conseguido salvar os adolescentes das mortes violentas.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, o país registrou um total de 57.956 homicídios em 2018, com aumento de 8,7% em relação a 2017. Na faixa etária de zero a 19 anos, ocorreram 10.067 homicídios, o que significa

um aumento de 8,5% em dez anos. A taxa de **homicídios** (que indica a proporção, a cada 100 mil habitantes, de crianças e adolescentes menores de 19 anos de idade vítimas de assassinato) foi de 14,6 em 2018. A Organização Mundial de Saúde considera epidêmicas taxas de homicídio superiores a 10 para cada 100 mil habitantes.

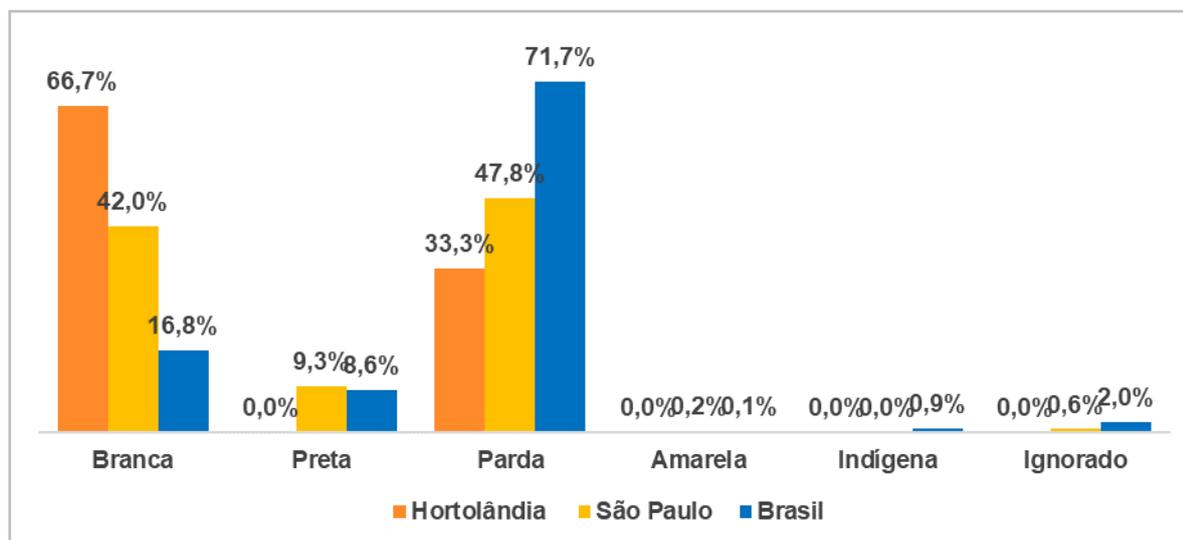
### Homicídio

*Ato de matar uma pessoa de forma voluntária ou involuntária. É sinônimo de assassinio ou assassinato. No Código Penal Brasileiro, o homicídio é abordado nos artigos 121 a 128 e está incluído nos crimes contra a pessoa, no capítulo dos crimes contra a vida.*

**Tabela 84** - Número de homicídios geral e de menores de 19 anos segundo cor, raça e sexo no município, no estado e no país (2018)

Indicadores		Hortolândia	Estado de SP	Brasil	
Número de óbitos por homicídio da população em geral		30	3.727	57.956	
Número de homicídio de menores de 19 anos	Total	3	483	10.067	
	Segundo cor/raça	Branca	2	203	1.687
		Preta	0	45	866
		Parda	1	231	7.214
		Amarela	0	1	12
		Indígena	0	0	86
		Ignorado	0	3	202
	Segundo o sexo	Masculino	2	417	9.250
		Feminino	1	66	816

Fonte: Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

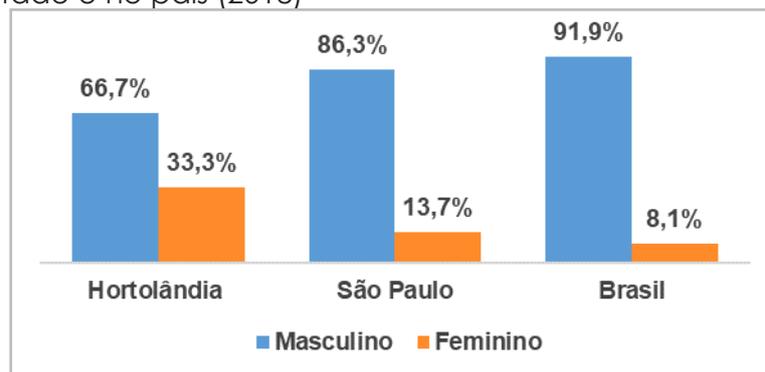
**Gráfico 47** - Número de óbitos por homicídio de menores de 19 anos segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)

Fonte: Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

No Brasil, em 2018, os brancos representaram 16,8% do total de mortes de menores de 19 anos, enquanto a proporção de homicídios de negros (pretos e pardos) atingiu 80,7%. No estado de São Paulo esses percentuais foram mais equilibrados: 57,1% dos

mortos eram negros e 42,0%, brancos. Ainda assim os dados apontam para a prevalência dos homicídios de negros. Em Hortolândia, os brancos totalizaram 66,7% e os pardos, 33,3%, sem registro de homicídio de criança ou adolescente preto.

**Gráfico 48** - Número de homicídios de menores de 19 anos segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)



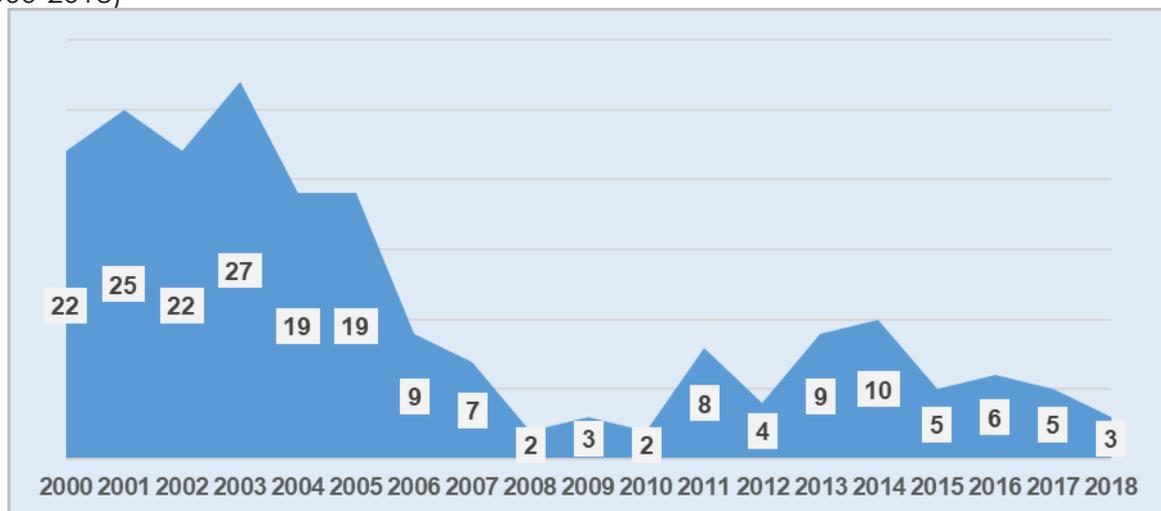
**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

Usualmente os meninos são as vítimas mais frequentes de homicídio. No gráfico 48, observa-se a enorme disparidade entre as taxas de óbitos por homicídio de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos registradas para meninos e meninas. No Brasil, em 2018, houve 9.250 mortes de meninos por homicídio, o que corresponde a

91,9% do total, e entre as meninas, foram registrados 816 assassinatos.

No estado foram registradas 414 mortes por homicídio de meninos (86,3%) e 66 de meninas (13,75%). No município houve três homicídios – dois meninos e uma menina.

**Gráfico 49** - Número de óbitos por homicídio de menores de 19 anos em Hortolândia (2000-2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

A série histórica de 2000 a 2018, apresentada no gráfico 49, mostra que o número de homicídios de crianças e adolescentes menores de 19 anos em Hortolândia se reduziu

paulatinamente, com algumas oscilações, passando de 22 para três no período. Nos anos de 2013 e 2014 pode-se observar um pico, que começou a baixar a partir de 2015.

## Homicídios por arma de fogo

Do total de homicídios praticados contra crianças e adolescentes de zero a 19 anos, 7.851 (78,0%) foram praticados com o uso de armas de fogo. Nessa estatística, houve um au-

mento de 8,42% em nove anos. No estado, o percentual chegou a 67,9%, e a 66,7% em Hortolândia, em 2018, como se vê na tabela 85.

**Tabela 85** - Número de homicídios de menores de 19 anos por arma de fogo, segundo cor, raça e sexo no município, no estado e no país (2018)

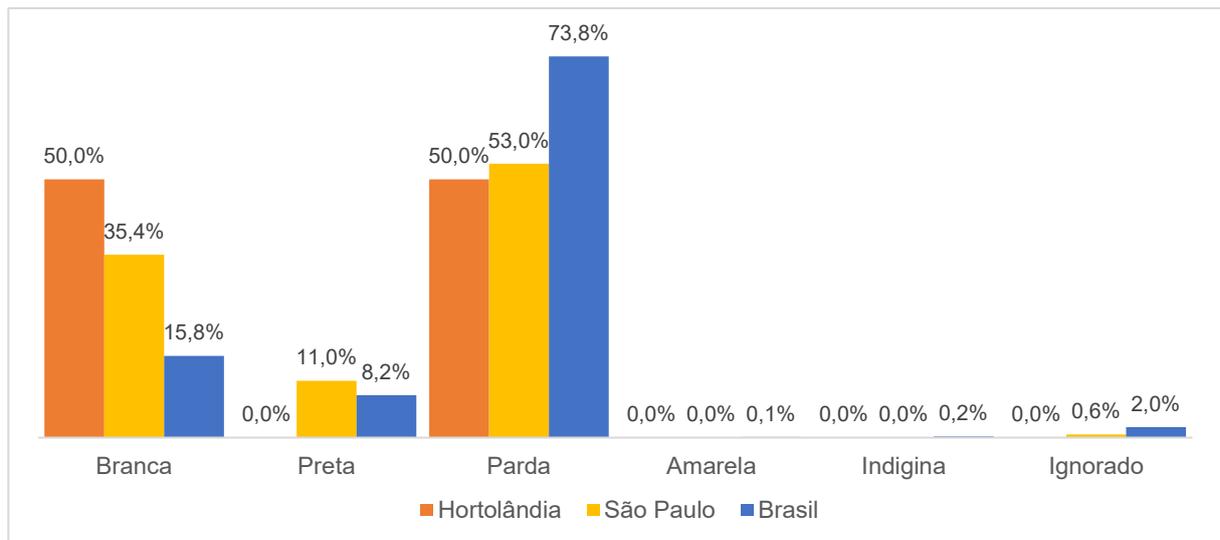
Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo	2	328	7.851
Percentual de homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo	66,7%	67,9%	78,0%
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo segundo raça/cor (branca)	1	116	1.238
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo segundo raça/cor (preta)	0	36	643
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo segundo raça/cor (parda)	1	174	5.792
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo segundo raça/cor (amarela)	0	0	8
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo segundo raça/cor (indígena)	0	0	15
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo segundo raça/cor (Ignorado)	0	2	155
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo segundo o sexo (masculino)	1	305	7.364
Homicídios de crianças e adolescentes por armas de fogo segundo o sexo (feminino)	1	23	486

**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

Dos três homicídios cometidos contra crianças e adolescentes em Hortolân-

dia em 2018, dois (66,7%) foram com o uso de arma de fogo.

**Gráfico 50** - Número de homicídios de menores de 19 anos por arma de fogo segundo cor e raça no município, no estado e no país (2018)

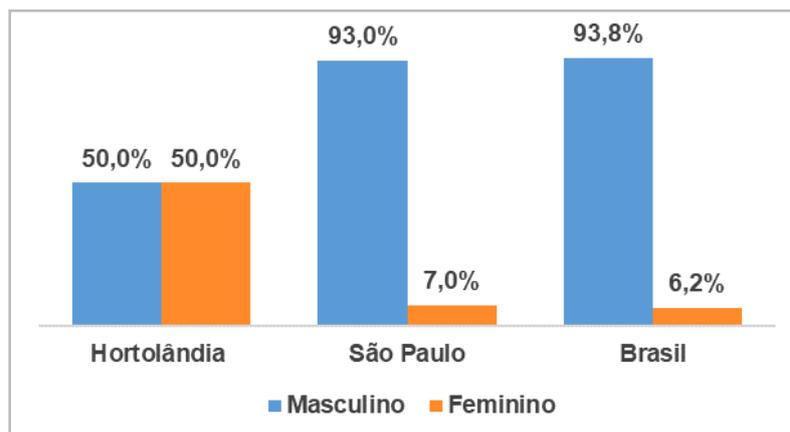


**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

O cenário nacional aponta que os adolescentes e jovens negros são os mais vulneráveis ao assassinato por arma de fogo. No país, 82,0% desse

tipo de homicídio foram praticados contra meninos negros, com 64,0% no estado. Em Hortolândia esse percentual foi de 50%.

**Gráfico 51** - Número de homicídios de menores de 19 anos por arma de fogo segundo o sexo no município, no estado e no país (2018)



**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2018).

As crianças e adolescentes do sexo masculino representaram 93,8% dos

assassinatos por arma de fogo no Brasil, 93,0% no estado e 50,0% no município.

## Óbitos por acidentes de transporte

No mundo, uma criança morre a cada 4 minutos no trânsito, segundo informações da Organização Mundial da Saúde, e o Brasil aparece em quinto lugar entre os países recordistas em mortes no trânsito. O Ministério da Saúde divulgou estatísticas alarmantes sobre as causas de morte de crianças e adolescentes até 14 anos no Brasil, e os acidentes são a principal causa.

Apesar de as crianças representarem uma parcela menor dessas mortes,

em relação ao restante da população brasileira, é importante considerar que elas não possuem meios próprios de transporte motorizado; ou são transportadas por um adulto ou andam a pé ou de bicicleta. Isso significa que os adultos são, quase sempre, os responsáveis por esses óbitos precoces. Os adolescentes até 14 anos vitimados como ocupantes de motocicletas representam 10% do total das mortes, por modo de transporte.

**Tabela 86** - Número de óbitos de crianças e adolescentes até 19 anos em acidentes de transporte no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Número de óbitos de crianças e adolescentes em acidentes de transporte	2	388	3.038
Percentual de óbitos de crianças e adolescentes por acidentes de transporte	10,5%	9,1%	9,8%

**Fonte:** Ministério da Saúde (MS) /Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (2019).

Como se vê na Tabela 88, no país, 3.038 crianças e adolescentes de zero a 19 anos morreram em 2018 em acidentes de trânsito, sem falar nos que foram hospitalizados. A proporção de óbitos em acidentes de transporte notificados aos sistemas de saúde

foi de 9,8% no país, para essa faixa etária. No período, o estado de São Paulo registrou 388 óbitos de crianças e adolescentes em acidentes de transporte, o que corresponde a um percentual de 9,1%, e em Hortolândia ocorreram dois óbitos (10,5%).

## 8. DO DIREITO À CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

A Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 1/2006 instituiu o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Foi o resultado de um processo participativo que envolveu representantes de todos os poderes e esferas de governo, da sociedade civil organizada e de organismos internacionais, os quais compuseram a comissão intersetorial que elaborou os subsídios apresentados ao Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e Adolescentes (Conanda) e ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS).

O Plano Nacional constituiu um marco nas políticas públicas no Brasil, ao romper com a cultura da institucionalização de crianças e adolescentes e fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A manutenção dos vínculos familiares e comunitários – fundamentais para a estruturação das crianças e adolescentes como sujeitos e cidadãos – está diretamente re-

lacionada ao investimento nas políticas públicas de atenção à família.

Conforme proposto pelo documento legal, os estados, o Distrito Federal e os municípios foram convocados a elaborar seus respectivos planos em âmbito local, seguindo as diretrizes do Plano Nacional. Contudo, passados 15 anos, o município de Hortolândia ainda não elaborou o Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária.

No Brasil, segundo o último relatório do Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento (SNA) do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), existem hoje 30.982 crianças e adolescentes acolhidos, com uma pequena maioria de meninos (50,7%) em relação às meninas (49,3%). Estão disponíveis para adoção 5.154 crianças e adolescentes em 4.533 unidades de acolhimento no território nacional. A tabela 89, a seguir, mostra o perfil das crianças e dos adolescentes em acolhimento institucional no Brasil, considerando a faixa etária.

**Tabela 87** - Faixa etária de crianças e adolescentes em acolhimento institucional no país (2020)

Faixa etária	Número de crianças
Até 3 anos	4.435
De 3 a 6 anos	3.571
De 6 a 9 anos	3.857
De 9 a 12 anos	4.561
De 12 a 15 anos	5.886
Acima de 15 anos	8.646

**Fonte:** Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento/CNJ 2020.

Como se observa, há um afunilamento na institucionalização de crianças

e adolescentes à medida que se aproximam e passam dos 12 anos.

**Tabela 88** - Tempo de acolhimento institucional de crianças e adolescentes em Hortolândia

Tempo de acolhimento	
Até 6 meses	7.692
De 6 meses a 1 ano	6.502
De 1 a 3 anos	3.276
Acima de 3 anos	6.528

Hortolândia possui dois serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes: o Saica I e o Saica II. Em agosto de 2020 havia cinco crianças e adolescentes acolhidos

no Saica I e sete no Saica II, num total de 12 acolhimentos no município. As tabelas abaixo descrevem o perfil geral dessas crianças e adolescentes em acolhimento.

**Tabela 89** - Faixa etária de crianças e adolescentes em acolhimento institucional em Hortolândia (Saica I e II)

Faixa Etária	Número de crianças
Até 3 anos	-
De 3 a 6 anos	-
De 6 a 9 anos	1
De 9 a 12 anos	2
De 12 a 15 anos	4
Acima de 15 anos	5

**Fonte:** Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (Saica I e II).

Observa-se que, assim como ocorre com os dados nacionais, Hortolândia registra um número maior de acolhi-

mentos de adolescentes, principalmente acima dos 15 anos.

**Tabela 90** - Sexo das crianças e adolescentes em acolhimento institucional em Hortolândia (Saica I e II)

Sexo	Número de crianças
Masculino	6
Feminino	6

**Fonte:** Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (Saica I e II).

**Tabela 91** - Etnia das crianças e adolescentes em acolhimento institucional em Hortolândia (Saica I e II)

Etnia	Número de crianças
Amarela	-
Branca	5
Indígena	-
Parda	5
Preta	2

**Fonte:** Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (Saica I e II).

**Tabela 92** - Tempo de acolhimento institucional das crianças e adolescentes em Hortolândia (Saica I e II)

Tempo de acolhimento	
Até 6 meses	2
De 6 meses a 1 ano	6
De 1 a 3 anos	4
Acima de 3 anos	-

**Fonte:** Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (Saica I e II).

Com relação ao tempo de acolhimento, também se observa a tendência de concentração na faixa entre

seis meses e 1 ano de idade, semelhantes aos dados nacionais.

**Tabela 93** - Crianças e adolescentes em acolhimento institucional por problemas de saúde (Saica I e II)

Crianças e adolescentes acolhidos por problema de saúde	
Problema	Número
Deficiência física	-
Deficiência intelectual	2
Doença tratável	-

**Fonte:** Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (Saica I e II).

**Tabela 94** - Motivo de acolhimento de crianças e adolescentes (Saica I e II)

Motivo do acolhimento	Número de crianças/adolescentes
Negligência/abandono	10
Uso de drogas (lícitas e ilícitas)	1
Abuso sexual.	1

**Fonte:** Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (Saica I e II).

A maioria absoluta de crianças e adolescentes encontra-se acolhida por negligência ou abandono.

Considerando as prerrogativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, a medida de acolhimento institucional é a última das opções de medi-

das protetivas a serem aplicadas a crianças e adolescentes com direitos ameaçados ou violados. Nesse sentido, ao observar a série histórica de 2017 até agosto de 2020, percebe-se uma significativa tendência de diminuição do número de crianças e adolescentes acolhidos.

**Tabela 95** - Número de acolhimento de crianças e adolescentes de 2017 a agosto de 2020 (Saica I)

MÊS DE REFERÊNCIA	NÚMERO DE ACOLHIDOS			
	2017	2018	2019	2020
Janeiro	8	7	9	6
Fevereiro	8	9	8	6
Março	10	09	13	6
Abril	9	8	11	6
Maio	9	7	11	7
Junho	10	7	12	7
Julho	7	7	12	7
Agosto	7	7	12	5
Setembro	7	12	11	
Outubro	5	13	11	
Novembro	2	9	9	
Dezembro	2	9	8	

**Fonte:** Serviço de Acolhimento Institucional de Criança e Adolescentes (Saica I).

**Tabela 96** - Número de acolhimento de crianças e adolescentes de 2016 a agosto de 2020 (Saica II)

MÊS DE REFERÊNCIA	ANO DE REFERÊNCIA				
	2016	2017	2018	2019	2020
Janeiro	18	13	13	7	7
Fevereiro	20	13	15	7	7
Março	23	13	14	7	7
Abril	23	13	15	10	8
Maio	23	12	14	10	9
Junho	16	12	14	11	9
Julho	16	12	12	9	8

MÊS DE REFERÊNCIA	ANO DE REFERÊNCIA				
	2016	2017	2018	2019	2020
Agosto	16	12	12	4	8
Setembro	16	12	13	7	
Outubro	13	12	9	7	
Novembro	13	12	13	7	
Dezembro	13	12	7	7	

**Fonte:** Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes (Saica II).

Como já foi observado, essa tendência de redução no número de acolhimentos é positiva e alinhada aos preceitos do Talvez seja o caso de o município fazer um esforço para a efetiva implantação do Programa Família Acolhedora, considerando que já existe a Lei nº 2.434, de 25 de junho de 2010, que cria esse programa. Segundo as entrevistas e as informações fornecidas pela Comissão Municipal, o programa não está ativo, como preconiza a seguinte resolução do CMAS:

“O Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), no uso das atribuições que lhe são conferidas pelas Leis nº 472 de 27 de novembro de 1996 e nº 1.851 de 15 de março de 2.007, considerando o disposto no Regimento Interno deste Conselho e as deliberações de 14/12/18 na ata 14/18, resolve:

Artigo 1º – Aprovação da suspensão do Serviço Família Acolhedora no município;

Artigo 2º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação”.

Fonte: Diário Oficial Eletrônico: Município de Hortolândia – Ano II – Edição nº0534 16/05/2019

Essa resolução do CMAS pode até suspender uma resolução anterior do próprio Conselho, que no texto acima também não foi citada. Contudo, uma resolução do CMAS nunca poderá suspender uma lei municipal, que no caso ainda está em vigor.

Hortolândia possuía em agosto de 2020 apenas duas crianças cadastradas na Vara da Infância e Juventude (VEIJ) para adoção, cujo perfil pode ser observado nas tabelas a seguir.

**Tabela 97** - Faixa etária das crianças e adolescentes cadastrados para adoção

Faixa etária	Número de crianças
Até 3 anos	0
De 3 a 6 anos	0
De 6 a 9 anos	1
De 9 a 12 anos	1
De 12 a 15 anos	0
Acima de 15 anos	0

**Fonte:** Setor técnico VEIJ.

**Tabela 98** - Sexo das crianças e adolescentes cadastrados para adoção

Sexo	Número de crianças
Masculino	1
Feminino	1

**Fonte:** Setor técnico VEIJ.

**Tabela 99** - Etnia das crianças e adolescentes cadastrados para adoção

Etnia	Número de crianças
Amarela	0
Branca	1
Indígena	0
Parda	0
Preta	1

**Fonte:** Setor técnico VEIJ.

**Tabela 100** – Tempo de espera para adoção

Tempo de espera para adoção	
Até 6 Meses	1
De 6 meses a 1 ano	1
De 1 a 3 anos	0
Acima de 3 anos	0

**Fonte:** Setor técnico VEIJ.

Nas entrevistas feitas no Saica II, verificou-se que o município possui o programa República para Jovens destinado aos adolescentes que completam 18 anos durante o período de acolhimento institucional. Segundo as informações, esses jovens são preparados durante o período de acolhimento para a “autonomia” (sic) e a inserção em cursos profissionalizantes

e no mercado de trabalho, por meio de parcerias com o Centro Integração Empresa Escola (CIEE), Patrulheiros e o ACERTE. Trabalham também noções para que o jovem adulto possa gerenciar a sua vida na república. O Saica I não registrou casos de adolescentes que completaram 18 anos em acolhimento.

## 9. DO DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E À PROTEÇÃO NO TRABALHO

### Trabalho infantil e proteção ao jovem trabalhador

A Constituição Federal, em seu artigo 7º, inciso XXXIII, prevê a proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 anos e de qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos.

A Consolidação das Leis do Trabalho possui um capítulo inteiro destinado à regulamentação do trabalho de menores de 14 a 18 anos, aos quais a legislação confere proteção especial.

#### **Trabalho infantil**

*É toda forma de trabalho realizado por crianças e adolescentes abaixo da idade mínima permitida, de acordo com a legislação de cada país. No Brasil, o trabalho é proibido para quem ainda não completou 16 anos, como regra geral. Na condição de aprendiz, o trabalho é permitido a partir dos 14 anos. Se for trabalho noturno, perigoso, insalubre ou atividades da lista das piores formas de trabalho infantil, a proibição se estende aos 18 anos incompletos.<sup>63</sup>*

*O trabalho infantil, de acordo com o Manual do Sinan, é o conjunto de ações e atividades que inibem as crianças a viver plenamente sua condição de infância e adolescência e que, direta ou indiretamente, têm natureza econômica. Atividades efetuadas de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando o seu leque de opções para o crescimento e o desenvolvimento saudável e seguro.*

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu capítulo V, prevê o direito à profissionalização e à proteção no trabalho. Deve ser garantido

ao adolescente acesso ao ensino regular e deve ser proibido o trabalho em locais que prejudiquem sua moralidade, em locais insalubres e em atividades penosas, perigosas e noturnas, para que possa se desenvolver de maneira saudável. O adolescente deve ser resguardado por normas de proteção, para que se evitem acidentes de trabalho.

O trabalho infantil é ilegal e priva as crianças de seus direitos fundamentais, impedindo-as de ter uma infância salutar e equilibrada. As pesquisas apontam que crianças envolvidas em trabalho infantil não só deixam de frequentar a escola e a estudar, como também perdem muito do tempo disponível para convivência familiar e o direito de brincar. Sobretudo, o trabalho infantil é uma grave violação dos direitos humanos e dos direitos e princípios fundamentais, causada pela pobreza, pela ausência de oportunidades e pela fragilidade das políticas públicas dirigidas à infância e à adolescência.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015, do IBGE, mostrou que 2,7 milhões de crianças e adolescentes de 5 a 17 anos trabalhavam no país.

<sup>63</sup> Rede Peteca – Chega de trabalho infantil, disponível em <https://www.chegadetrabalho infantil.org.br/trabalho-infantil/conceito/>, acessado em 25 de agosto de 2020.

Em 2017, o IBGE divulgou os dados sobre trabalho infantil no Brasil, com base em metodologia utilizada no PNAD, que apontou 1,8 milhões de meninos e meninas de 5 a 17 anos

trabalhando, em 2016, em atividades proibidas pela legislação, ou seja, em situação de trabalho infantil, tratando os demais casos mensurados como trabalho permitido.

**Tabela 101** – Taxa de atividade e de desocupação das pessoas de 15 a 17 e de 18 a 24 anos no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Taxa de atividade da população de 15 a 17 anos de idade	37,5%	31,9%	29,8%
Taxa de atividade da população de 18 a 24 anos de idade	76,4%	74,9%	68,0%
Taxa de desocupação da população de 15 a 17 anos de idade	35,5%	31,1%	24,2%
Taxa de desocupação da população de 18 a 24 anos de idade	15,2%	14,4%	15,1%

Fonte: IBGE – Censo, PNUD, Ipea e FJP (2010).

Em Hortolândia, a taxa de atividade, que mostra as pessoas economicamente ativas que estavam ocupadas no momento do censo de 2010, indicava que 37,5% da população na faixa de 15 a 17 anos, assim como 76,4% dos jovens de 18 a 24 anos, encontravam-se nessa condição. As taxas de atividade em Hortolândia apresentavam percentuais mais altos do que as do estado e do país, com o maior contingente de população de adolescentes e jovens em atividade.

#### **Taxa de atividade**

É a relação entre o número de pessoas economicamente ativas e o número de pessoas em idade ativa que estavam ocupadas no momento do censo.

Já a taxa de desocupação (pessoas economicamente ativas sem ocupação, mas procurando emprego) da população em Hortolândia era de 35,5% para jovens de 15 a 17 anos e de 15,2% entre 18 e 24 anos, o que

revela a existência de um contingente maior de pessoas dessa faixa etária fora do mercado de trabalho, na comparação com os dados do estado de São Paulo.

#### **Taxa de desocupação**

É o percentual da população economicamente ativa em uma determinada faixa etária que não estava ocupada na semana anterior à data do censo, mas que havia procurado trabalho ao longo do mês anterior.

A publicação “Diagnóstico Intersetorial Municipal – Desenvolvimento de Ações Estratégica do PETI” (2016), da Organização Internacional do Trabalho, em conjunto com a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do Ministério do Desenvolvimento Social, estabelece estratégias para a prevenção e o enfrentamento do trabalho infantil. Foram elaborados diagnósticos sobre a situação nos municípios, o que permitiu obter um retrato dos dados locais, visando assim sub-

sidiar o planejamento e a realização de ações para a sua erradicação. Entre os dados apresentados estão, especificamente, informações sobre

o número de crianças e adolescentes (de 10 a 15 anos) ocupados e as taxas correspondentes.

**Tabela 102** – Número de crianças e adolescentes ocupados por faixa etária em Hortolândia e taxa de ocupação (2010)

Indicadores	Número e %
Total de crianças e adolescentes ocupados entre 10 e 13 anos	525
Taxa de ocupação de crianças e adolescentes de 10 e 13 anos	3,9%
Total de adolescentes ocupados de 14 e 15 anos	620
Taxa de ocupação de adolescentes de 14 e 15 anos	8,7%
Total de crianças e adolescentes ocupados de 10 a 15 anos	1.145
Taxa de ocupação de crianças e adolescentes de 10 a 15 anos	5,5%

**Fonte:** IBGE (2010) in Desenvolvimento de Ações Estratégicas do PETI - MSD e OIT.

#### **Taxa de ocupação**

*Corresponde ao percentual de pessoas de uma determinada faixa de idade ocupadas (trabalhando), sobre o total da população da mesma faixa etária<sup>64</sup>.*

Pelos dados da tabela 102, havia em Hortolândia 1.145 crianças e adolescentes ocupados entre 10 e 15 anos, com taxa de ocupação de 5,5% da população nessa faixa etária. Desse total, 45,85% eram crianças e adolescentes de 10 a 13 anos e 54,15% eram adolescentes de 14 e 15 anos de idade.

Segundo dados do IBGE, avaliados pelo Observatório da Prevenção e

da Erradicação do Trabalho Infantil<sup>65</sup>, o número total de crianças e adolescentes ocupados entre 10 e 17 anos era de 3.300, com taxa de ocupação de 11,7%. É importante destacar que a Constituição Brasileira proíbe o trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de 18 anos e qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 anos. Grande parcela desses números envolve, portanto, trabalho proibido e, frequentemente, as piores formas de trabalho infantil.

<sup>64</sup> IBGE – Notas técnicas.

<sup>65</sup> Disponível em <https://smartlabbr.org/trabalhoinfantil/localidadecompare/3550308?dimensao=censoDemografico&compare=3519071>, acessado 24 de agosto de 2020.

**Tabela 103** – Número de famílias crianças e adolescentes ocupadas por faixa etária e taxa de ocupação em Hortolândia (2016)

Indicadores	Número e %
Famílias com marcações de trabalho infantil (CadÚnico)	42
Crianças e adolescentes até 15 anos com marcação de trabalho infantil (CadÚnico)	46
Casos de trabalho infantil até 15 anos no Censo 2010 em relação aos casos registrados no CadÚnico	1.099
Taxa de cadastramento de trabalho infantil (Censo e CadÚnico)	4%
Crianças e adolescentes ocupados no trabalho doméstico	256
Percentual de crianças e adolescentes de 10 a 17 anos ocupados no trabalho doméstico	7,9%

**Fonte:** IBGE (2010) e CadÚnico (2016) in Desenvolvimento de Ações Estratégicas do PETI - MSD e OIT (2016).

O Cadastro Único é um instrumento da política de assistência social que caracteriza a população de baixa renda elegível como beneficiária dos programas sociais do governo federal. Permite conhecer a situação socioeconômica da família e de cada um de seus membros, separadamente. As situações de trabalho infantil são registradas no CadÚnico.

Em dezembro de 2016, conforme dados do MDS/Cadastro Único, havia 42 famílias com marcação de trabalho infantil e 46 crianças e adolescentes até 15 anos com marcação de trabalho infantil. Quando os dados do CadÚnico são cruzados com os dados do Censo de 2010, os números são muito maiores: 1.099 casos de trabalho infantil até 15 anos, o que gera uma taxa de cadastramento de trabalho infantil de 4%. Essa taxa representa o número de crianças e adolescentes até 15 anos com registro de trabalho infantil no CadÚnico dividido pelo número de crianças e adoles-

centes ocupados, na faixa de 10 a 15 anos, segundo o Censo de 2010.

Nota-se que há uma diferença relevante entre as informações, se comparados os dados do Censo (2010) e os registrados no CadÚnico (2016). Apesar das datas de coleta das informações serem distintas, a diferença é muito grande (de 46 para 1.099), e apenas 4% das crianças e adolescentes ocupados, de acordo com o Censo, estariam registradas no Cadastro Único. Isso reflete a necessidade de se organizar e ampliar a busca ativa dessas crianças e adolescentes para garantir que suas famílias estejam devidamente registradas e com acesso aos programas sociais do poder público.

Observa-se ainda nos dados da tabela 103 que, em 2010, 256 crianças e adolescentes estavam ocupados no trabalho doméstico, o que corresponde a 7,9% do total da população ocupada nessa faixa etária. O trabalho doméstico se enquadra nas piores

formas de trabalho infantil<sup>66</sup>, não sendo permitido antes de 18 anos.

“Piores formas de trabalho infantil” são uma classificação adotada por vários países para definir as atividades que mais oferecem riscos à saúde, ao desenvolvimento e à moral das crianças e dos adolescentes. Proposta pela Organização Internacional do Trabalho, na Convenção 182, as piores formas incluem escravidão, venda e tráfico de crianças, exploração sexual e realização de ativida-

des ilícitas, entre outras. Constam da relação 89 atividades, com suas descrições e consequências para a saúde de crianças e adolescentes que as desempenham.

Os dados de 2010 e 2016 apontam alta ocorrência de trabalho infantil em Hortolândia, mas os dados de notificações ao Conselho Tutelar e de atendimento no Creas nos últimos anos evidenciam a invisibilidade do problema no município.

**Tabela 104** - Número de casos de trabalho infantil em Hortolândia

Órgão do SGD	2017	2018	2019	2020 (até junho)
Conselho Tutelar	2	7	2	1
Creas	2	5	2	11
CAPSIJ	0	0	0	0

**Fontes:** Conselho Tutelar de Hortolândia, CREAS Hortolândia, CAPSIJ (2020).

A identificação e a notificação do trabalho infantil são fundamentais para a proteção da criança e do adolescente. Entretanto, é possível perceber que há uma evidente subnotificação do problema no município.

Nas entrevistas feitas para este diagnóstico, o trabalho infantil foi apontado pelos Creas, UBS e USFs como uma vulnerabilidade dos territórios, e a Guarda Municipal e as áreas de cultura e educação confirmaram a identificação dessas situações. Porém, a análise dos números de notificações indica que o registro desses casos não está acontecendo de forma adequada.

Nesse sentido, é essencial o estabelecimento de uma estratégia de formação que possibilite o alinhamento teórico-conceitual sobre TI, incluindo os temas transversais a essa temática e a política pública de atenção às crianças e adolescentes.

O narcotráfico é igualmente classificado pela OIT como uma das piores formas de trabalho infantil. Se o trabalho de crianças e adolescentes é em grande medida um fenômeno “naturalizado” e invisível aos olhos da maior parte da sociedade, os jovens que “trabalham” no tráfico de drogas não só são invisíveis, mas também tratados como criminosos.

<sup>66</sup> Em 2008, o Decreto nº 6.481 definiu a lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP), que teve suas bases lançadas em 1999 pela Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A exploração sexual também faz parte das piores formas de trabalho infantil e se trata de um fenômeno complexo e multifacetado. Uma das maiores dificuldades para enfrentar esse problema é o fato de que inú-

meros casos não são denunciados nem mesmo identificados. A cultura de subnotificação impede que haja dados precisos a respeito do cenário real do problema no Brasil.

**Tabela 105** – Número de adolescentes e jovens em empregos formais no município, no estado e no país (2018)

Indicadores	Hortolândia	Estado de SP	Brasil
Empregos formais na população de 14 a 17 anos	329	81.002	284.396
Empregos formais na população de 18 a 24 anos	5.708	1.846.247	6.189.399

**Fonte:** Ministério da Economia - Relação Anual de Informações Sociais (Rais) (31/12/2018).

No final de 2018, o Ministério do Trabalho registrou 329 adolescentes de 14 a 17 anos e 5.708 jovens de 18 a 24 anos em empregos formais em Hortolândia, o que demonstra que o município apresenta boa capacidade de absorção da mão de obra jovem.

De acordo com os dados colhidos nas entrevistas, a Secretaria do Trabalho tem criado programas para tentar suprir a demanda de empregos formais para jovens. Mas ainda é

preciso expandir a oferta e garantir a qualificação do jovem.

Conclui-se que é necessário investir em prevenção, em políticas que garantam educação, profissionalização e inserção dos jovens em empregos formais e em capacitação profissional, para que os casos sejam devidamente identificados e notificados e as crianças e adolescente tenham meios de se qualificar profissionalmente e ter seus direitos garantidos.

## 10. SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS E A RELAÇÃO COM AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO À INFÂNCIA E À JUVENTUDE

A Constituição de 1988 reafirmou o dever do Estado de garantir obrigatoriedade e gratuidade no acesso às políticas públicas. A garantia dos direitos

humanos de crianças e adolescentes está preconizada na Carta Constitucional por meio do seu artigo 227:

*“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, e ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (redação dada pela Emenda Constitucional nº 65, de 2010)*

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, as ações deverão ser implantadas de forma articulada e sistêmica por organizações governamentais e da sociedade, constituindo assim o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), que está distribuído em três eixos estratégicos: Promoção, Defesa e Controle.

A ilustração abaixo apresenta a disposição dos órgãos, organizações, programas e serviços nos eixos do Sistema de Garantia de Direitos, de acordo com sua finalidade e área de atuação.

Em abril de 2006, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), em seu artigo 1º, preconizou que o Sistema de Garantia de Direitos “constitui-se na articulação e na integração das instâncias públicas governamentais e da sociedade civil, na aplicação de instrumentos normativos e no funcionamento dos mecanismos de promoção, defesa e controle para a efetivação dos direitos humanos da criança e do adolescente, nos níveis federal, estadual, distrital e municipal”.



É no interior do Sistema de Garantia de Direitos que ocorre a interação de diferentes espaços, instrumentos e atores sociais, em um processo de articulação e retroalimentação, assim como de promoção da complementaridade entre os eixos Promoção, Defesa e Controle.

O eixo Promoção se refere à formulação e ao desenvolvimento da política de atendimento, seja por meio da articulação das políticas públicas, seja através dos programas, projetos e serviços de atenção aos direitos humanos de crianças e adolescentes, bem como da execução de medidas protetivas e socioeducativas. A promoção desses direitos cabe aos responsáveis pelas áreas de assistência social, saúde, educação, cultura, esportes e ONGs, entre outros.

As organizações que estão localizadas no eixo Defesa têm a atribuição de fazer cessar as violações de direi-

tos e responsabilizar o autor da violência. Entre os principais atores estão os conselhos tutelares, o Ministério Público (centros de apoio operacionais e promotorias especializadas), o Judiciário (Juizado da Infância e Juventude, varas criminais especializadas e comissões judiciais de adoções), a Defensoria Pública e órgãos da segurança pública (polícias Civil, Militar, Rodoviária e Guarda Municipal).

Já o terceiro eixo, Controle, representa a fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas e órgãos, para que não se desviem das normas preestabelecidas. É responsável pelo acompanhamento, pela avaliação e pelo monitoramento das ações de promoção e defesa dos direitos humanos de crianças e adolescentes e deve ocorrer, primordialmente, impulsionado pela sociedade civil e por meio de instâncias públicas colegiadas, como o CMDCA.

A Lei 13.431/2017 (Lei da Escuta Especializada) normatiza e organiza o Sistema de Garantia de Direitos na atuação dos órgãos que devem evitar a violência contra a criança e o adolescente.

Por meio dos dados colhidos com os adolescentes durante o grupo focal realizado para este diagnóstico, foi possível identificar como Hortolândia é visto por eles e como eles gostariam que o município fosse.

**Tabela 106** – Grupo focal “A Hortolândia que queremos”

A Hortolândia que temos	A Hortolândia que queremos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• É uma cidade boa de morar</li> <li>• Os lugares me agradam na cidade</li> <li>• O serviço de convivência e fortalecimento de vínculo é um lugar acolhedor</li> <li>• Mesmo com tantas qualidades, há sempre coisas que podem melhorar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eu espero uma cidade mais igualitária, sem preconceito de raça, cor e posição social e com comércio mais barato</li> <li>• Que tenha moradia para todos</li> <li>• Uma cidade mais limpa, sem violência e sem pessoas morando na rua</li> <li>• Que a violência acabe e que as crianças possam estudar e brincar em paz</li> <li>• Uma cidade que ajude as pessoas, que se importe com os problemas e que proteja a população.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existem projetos sociais, como Patrulheiros e Senai, que vêm abrindo portas para que os jovens consigam ter acesso ao seu primeiro emprego</li> <li>• Existem escolas técnicas como o ETEC, um instituto federal, que oferecem diversos cursos, como administração, informática etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praças para andar de bicicleta e passear com amigos</li> <li>• Brinquedoteca para as crianças</li> <li>• Ciclovias</li> <li>• Biblioteca e quadra municipal</li> <li>• Mais locais para atividades de cultura, esporte e lazer</li> <li>• Clube com piscinas públicas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma cidade que nos últimos anos vem crescendo bastante, melhorando a educação e as rodovias e tem comércio com grandes empresas, mas que deixa a desejar na segurança, na saúde, no meio ambiente e nas oportunidades de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrir mais vagas de emprego para os jovens</li> <li>• Cursos de inglês, maquiagem, informática, libras</li> <li>• Mais oportunidade para que os jovens não se percam fazendo coisas erradas</li> <li>• Novos cursos grátis para os jovens e até mesmo para os adultos, para que tenham mais conhecimento e não sofram na hora de encontrar um emprego</li> <li>• Mais empregos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há oferta de cursos no meu bairro</li> <li>• Não me sinto acolhida para ter uma profissão ou fazer cursos de forma gratuita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora do hospital e mais um hospital para atender a população</li> </ul>

A Hortolândia que temos	A Hortolândia que queremos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não gosto da violência e do tráfico intenso na região onde vivo</li> <li>• Os lugares me agradam na cidade, o que me desagradam é a violência; a cidade tem algumas praças como locais de lazer, mas essas praças são cheias de pessoas se drogando ou traficando, e muitas vezes não nos sentimos seguros; escuto barulho de tiros às vezes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação na escola para colaborar com melhorias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar poluído, porque as pessoas não cuidam do meio ambiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais ônibus, creches e profissionais de saúde para atender a população</li> <li>• Melhor atendimento nos serviços públicos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espaços educativos que não adaptam seus conteúdos para criança e adolescentes com necessidades especiais</li> <li>• Locais não adaptados para acesso de pessoa com deficiência</li> <li>• O ônibus acessível está sempre com o elevador quebrado, dificultando o transporte de pessoas com deficiência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menos poluição</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A escola que frequentamos é muito bagunçada; as carteiras estão velhas e ruins, os professores parecem sempre cansados e não explicam direito</li> <li>• Achamos que o ambiente da escola não é saudável e não temos uma educação moderna e atual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma cidade mais segura, com mais locais de lazer, mais inclusiva e com mais acessibilidade</li> <li>• Mais transporte para pessoas com deficiência, com manutenção adequada</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O Hospital Municipal demora muito para atender</li> </ul>	

As crianças e os adolescentes apresentaram questões de extrema importância para a construção de políticas públicas de garantia dos seus direitos. Hortolândia precisa efetivar a participação de crianças e adolescentes nas escolas, nas unidades de saúde, nos serviços de cultura e esportes e nos conselhos, entre outros espaços, já que essa participação é legitimada pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

É importante ressaltar que todos os pontos abordados pelos adolescentes são direitos constitucionais garantidos a eles, portanto cabe ao poder público oferecê-los.

As questões levantadas nessa atividade serviram de base para que os representantes do Sistema de Garantia de Direitos avaliassem possíveis ações para solucionar os problemas levantados pelos adolescentes, como se vê a seguir.

**Tabela 107** – Escuta das questões destacadas pelos adolescentes de Hortolândia

Frases dos adolescentes	Resposta dos representantes do SGD
<p>A escola que frequentamos é muito bagunçada; as carteiras estão velhas e ruins, os professores parecem sempre cansados e não explicam direito; também achamos que o ambiente não é saudável e não temos uma educação moderna e atual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A organização escolar é responsabilidade de todos, não só do poder público, mas também de familiares e do próprio aluno, que também deve ser responsável pela organização e pela preservação do espaço</li> <li>• É necessária a estimulação do professor, por meio de diferentes estratégias</li> <li>• É preciso gerar no aluno a compreensão de suas responsabilidades, destacando que a escola depende de todos, e a equipe psicossocial pode favorecer o encaminhamento das demandas</li> <li>• Os aspectos negativos apontados na escola podem ser atribuídos também à falta de organização e de comprometimento político</li> <li>• É compreensível o mal-estar causado ao aluno quando ele chega ao espaço escolar e depara com um ambiente que deixa muito a desejar</li> <li>• Os alunos têm razão, mas eles também têm a responsabilidade de criar um ambiente melhor, com representantes de diferentes setores, para que se forme um bom espaço</li> <li>• Destaca-se novamente a importância de organizações como os grêmios e os movimentos da comunidade para aperfeiçoar a escola por meio de mais participação e presença, a fim de conseguir um ambiente melhor</li> </ul>
<p>Gostaria de fato de ser ouvido nas ações e decisões voltadas para as crianças e adolescentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O ECA contribuiu muito para a garantia de direitos e de respeito, mas a escuta ainda não é plena</li> <li>• Existe vontade de ouvir as necessidades e os desejos dos adolescentes, mas as coisas ainda chegam de cima para baixo e é difícil brigar com o sistema</li> <li>• É necessário ouvir os adolescentes em todas as situações, pois eles sabem do que precisam e o que querem; porém, observam-se ações hierarquizadas, e mesmo assim se tenta que eles sejam protagonistas, mas isso ainda é uma realidade distante</li> <li>• A percepção do adolescente é muito distinta da do adulto, sendo necessário investir em espaços de escuta</li> <li>• No município isso pode acontecer por meio da retomada de espaços de participação dos adolescentes, como assembleias e grêmios</li> <li>• Construir espaços nos conselhos de alunos também é uma forma de transformação</li> <li>• Participação da criança e do adolescente no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente</li> </ul>

Frases dos adolescentes	Resposta dos representantes do SGD
<p>Em relação à saúde, Hortolândia tem várias UPAs e postos, mas são muito longe de nossas casas, e quando vamos neles esperamos muito tempo na fila, e os médicos não acreditam no que falamos, acham que somos muito dramáticos ou que estamos mentindo sintomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É necessário um investimento macro, pois se observa o evidente desinvestimento e o desmonte do Sistema Único de Saúde</li> <li>• A busca de melhoria, historicamente, está pautada em movimentos sociais para a garantia de direitos, de modo que entender de leis, ECA e estatutos é um caminho para que fiquem menos vulneráveis</li> <li>• É preciso preparar profissionais para lidar com o público, uma vez que os servidores são destinados a atender a população e isso deve se dar da melhor forma possível</li> <li>• É necessário o empoderamento da população</li> <li>• É preciso informar a população sobre o SUS, para buscar por melhorias</li> </ul>
<p>Eu espero uma cidade mais igualitária, sem preconceito de raça, cor e posição social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É essencial investir na relação entre as pessoas, fazendo campanhas e informes, dar visibilidade, empoderar as pessoas a discutir gênero, raça e igualdade; a sociedade, culturalmente, é preconceituosa e sexista, esse é o padrão estrutural do país</li> <li>• É necessário romper com essa lógica, e para isso é essencial uma mudança total de paradigma que também começa no básico, na educação, trazendo discussões de igualdade e de racismo; observa-se que esse componente é um reflexo da história, o racismo é estrutural</li> <li>• São questões culturais enraizadas em uma sociedade que está estruturada na diferença</li> <li>• É preciso que a escola traga essas discussões para o cotidiano dos alunos, como forma de transformar a realidade</li> </ul>
<p>Gostaria que a violência acabasse e que as crianças pudessem estudar e brincar em paz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É um pedido de todos; a violência é estrutural no país</li> <li>• Há o ser violento, criado por meio, por exemplo, de jogos de videogame</li> <li>• As respostas da população brasileira são sempre muito violentas, pois o país é violento e quem deveria gerar a segurança gera medo</li> <li>• A violência começa em casa, depois se amplia para fora</li> <li>• A escola também tem um papel importante nisso; observe-se que no ensino integral há programas que discutem essas questões</li> <li>• É necessário investir em programas como a Guarda Comunitária, requalificando agentes de segurança e construindo novas relações com a comunidade</li> <li>• É necessária uma mudança estrutural nos hábitos e nas rotinas e uma quebra de paradigmas, começando em casa</li> </ul>

Nas respostas dos representantes do Sistema de Garantia de Direitos às questões levantadas pelos adolescentes foi possível identificar que há dificuldade em conseguir a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, conforme preconizado no artigo 227 da Constituição, que diz: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o 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, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

No grupo focal, os representantes do SGD destacaram, enfaticamente, a responsabilidade do adolescente na busca de melhorias nos espaços públicos. O adolescente, segundo o artigo 227, deve ter seu direito garantido, e em nenhum momento o artigo diz que deve ser responsável por garantir os seus direitos.

A participação efetiva de crianças e adolescentes em instâncias e decisões políticas, garantida no ECA, foi apontada pelos representantes do SGD como fundamental para que os adolescentes sejam ouvidos.

É importante ressaltar que a violência urbana é um fenômeno complexo e multifatorial. Uma das questões presentes nos países com maiores índices de violência urbana é a desigualdade social. Portanto, dizer que jogos eletrônicos causam a violência ou que a violência começa no grupo familiar é reduzir e individualizar um problema com questões sociais tão complexas.

Portanto, é necessário ampliar e aprofundar as discussões e desenvolver políticas para solucionar os problemas. É essencial reafirmar a necessidade de garantir a participação de crianças e adolescentes nos espaços de decisões políticas, para que possam exercer os seus direitos.

## CONCLUSÕES

Para a elaboração deste diagnóstico foram feitas 84 entrevistas nos serviços do Sistema de Garantia de Direitos de Hortolândia e, por meio da análise desse conteúdo, dos dados primários e secundários e dos grupos focais, levantamos pontos importantes que direcionam a necessidade de criação de políticas públicas para a atenção integral à criança e ao adolescente de Hortolândia.

**Tabela 108** - Desafios levantados no diagnóstico

Secretaria	Serviço	Desafios
Secretaria de Esporte e Lazer	Esporte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar as atividades para pessoa com deficiência.</li> <li>• Expandir a inclusão de crianças em situação de vulnerabilidade nas atividades esportivas.</li> <li>• Abrir novas vagas para atender a demanda de crianças e adolescentes do município.</li> <li>• Adequar os espaços para atender a demanda de crianças e adolescentes do município.</li> <li>• Garantir a segurança de áreas de lazer.</li> <li>• Disponibilizar mais áreas de lazer como brinquedoteca, praças, clube com piscina.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
Secretaria de Cultura	Cultura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar os espaços físicos dos serviços de acordo com a necessidade.</li> <li>• Adequar o mobiliário e os equipamentos.</li> <li>• Adaptar o acesso de pessoas com deficiência.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> <li>• Abrir novas vagas para atender a demanda de crianças e adolescentes do município.</li> </ul>
Secretaria de Segurança Pública	Guarda Civil Municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratar guardas civis por meio de concurso público.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>

Secretaria	Serviço	Desafios
Secretaria de Segurança Pública Estadual	Polícia Civil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viabilizar a participação da Polícia Civil na construção do fluxo do depoimento especial.</li> </ul>
	Polícia Militar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
Tribunal de Justiça	Vara Criminal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar a sala de depoimento especial de acordo com o preconizado na Lei 13.431/2017, no Decreto 9.603/2018 e na Resolução do CNJ 299/2019.</li> </ul>
Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Trabalho, Turismo e Inovação		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar o Código de Conduta do Trade Turístico para o Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes.</li> <li>• Articular com o Ministério Público do Trabalho a fiscalização das empresas para que cumpram a Lei do Aprendiz.</li> <li>• Mobilizar a comunidade para a criação de vagas para jovens aprendizes, por meio do CIEE e dos Patrulheiros.</li> <li>• Oferecer um número maior de cursos profissionalizantes alinhados com a demanda local, priorizando jovens em situação de vulnerabilidade.</li> </ul>
Secretaria de Finanças		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar o Orçamento Criança e Adolescente<sup>67</sup>.</li> </ul>
Secretaria de Habitação		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer a política municipal de habitação voltada para famílias com crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.</li> </ul>
Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia	Pessoas com deficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantar o serviço de atendimento a pessoas cegas e com surdocegueira desde a educação infantil até a idade adulta, com todos os recursos necessários para estimulação precoce, reabilitação, orientação e mobilidade, com equipe multidisciplinar especializada.</li> <li>• Implantar o serviço de atendimento especializado ao autismo.</li> <li>• Investir em programas de pesquisa (parcerias com universidades).</li> <li>• Garantir transporte adequado à pessoa com deficiência para acesso à educação.</li> </ul>

<sup>67</sup> <https://www.fadc.org.br/sites/default/files/2019-03/de-olho-no-orcamento-crianca.pdf>

Secretaria	Serviço	Desafios
Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia	Creches	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atingir a meta estabelecida no plano municipal para a cobertura da demanda de vagas em creches.</li> <li>• Adequar os projetos de prevenção direcionados a pais e alunos, de acordo com as diretrizes, incluindo a temática da violência e temas transversais<sup>68</sup>.</li> <li>• Viabilizar a participação da comunidade escolar nos conselhos de escola e na construção dos planos político-pedagógicos.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação e notificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
	Educação infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar as siglas da escola de acordo com o público atendido (EMEI, EMEIF, EMEF).</li> <li>• Adequar os espaços físicos das escolas de acordo com a necessidade.</li> <li>• Adequar acessos adaptados para pessoa com deficiência.</li> <li>• Trocar o mobiliário e os equipamentos antigos.</li> <li>• Contratar profissionais para suprir a demanda das escolas.</li> <li>• Expandir a oferta de transporte escolar para todas as escolas.</li> <li>• Expandir projetos de prevenção direcionados a pais e alunos, de acordo com as diretrizes, incluindo a temática da violência e temas transversais, em todas as unidades escolares.</li> <li>• Estimular a participação da comunidade escolar nos conselhos de escola e na construção dos planos político-pedagógicos.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação e notificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>

<sup>68</sup> É importante ressaltar que "oração" não é atividade preventiva.

Secretaria	Serviço	Desafios
Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia	Ensino fundamental e EJA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar as siglas da escola de acordo com o público atendido (EMEI, EMEIF, EMEF).</li> <li>• Adequar os espaços físicos das escolas de acordo com a necessidade.</li> <li>• Contratar profissionais para suprir a demanda das escolas.</li> <li>• Expandir a oferta de transporte escolar para todas as escolas.</li> <li>• Estimular a participação da comunidade escolar nos conselhos de escola e na construção dos planos político-pedagógicos.</li> <li>• Estimular a criação de grêmios estudantis nos anos finais do ensino fundamental e no EJA.</li> <li>• Garantir o pleno acesso e a permanência no ensino fundamental a crianças e adolescentes de 6 a 14 anos.</li> <li>• Criar mecanismos para estimular o ingresso no EJA para os jovens que não concluíram os estudos.</li> <li>• Implementar ações para reduzir a distorção idade-série.</li> <li>• Ampliar a educação em horário integral.</li> <li>• Expandir projetos de prevenção direcionados a pais e alunos, de acordo com as diretrizes, incluindo a temática da violência e temas transversais, em todas as unidades escolares.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação e notificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
	CIER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratar profissionais de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia.</li> <li>• Estimular a participação da comunidade escolar nos conselhos de escola e na construção dos planos político-pedagógicos.</li> <li>• Trocar os equipamentos antigos.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação e notificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Contratar equipe de suporte à inclusão: psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e serviço social.</li> <li>• Contratar educadores e estagiários para atender a demanda da rotina escolar.</li> <li>• Implementar projetos de prevenção direcionados a pais e alunos, de acordo com as diretrizes, incluindo a temática da violência e temas transversais, em todas as unidades escolares.</li> <li>• Adquirir materiais específicos e adaptados que atendam às necessidades dos alunos da educação especial e inclusiva.</li> <li>• Contratação de instrutores de cursos de artesanato, marcenaria e padaria, entre outros.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> <li>• Aumentar a disponibilidade de vagas</li> </ul>

Secretaria	Serviço	Desafios
Secretaria de Educação Estadual	Escolas estaduais e ETEC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a participação da comunidade escolar nos conselhos de escola e na construção dos planos político-pedagógicos.</li> <li>• Adequar o espaço físico da escola.</li> <li>• Trocar o mobiliário e os equipamentos antigos.</li> <li>• Contratar profissionais para suprir a demanda das escolas.</li> <li>• Estimular a criação de grêmios estudantis.</li> <li>• Implementar projetos de prevenção direcionados a pais e alunos, de acordo com as diretrizes, incluindo a temática da violência e temas transversais, em todas as unidades escolares.</li> <li>• Implementar ações para reduzir a distorção idade-série.</li> <li>• Garantir o pleno acesso e a permanência do adolescente no ensino médio.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação e notificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> <li>• Adaptar o acesso a pessoas com deficiência.</li> </ul>
Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar estratégias para reduzir o número de crianças e adolescentes em situação de pobreza e extrema pobreza.</li> </ul>
Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social	CRAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptar os espaços físicos para o atendimento adequado à população.</li> <li>• Reavaliar e trocar o mobiliário e os equipamentos antigos.</li> <li>• Garantir internet de melhor qualidade.</li> <li>• Adaptar o acesso a pessoas com deficiência.</li> <li>• Adequar a remuneração dos profissionais.</li> <li>• Contratar profissionais para suprir a demanda da população.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> <li>• Gerenciar as vagas do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, priorizando a população preconizada nas diretrizes.</li> <li>• Supervisionar o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.</li> <li>• Implementar projetos de prevenção direcionados a pais e alunos, de acordo com as diretrizes, incluindo a temática da violência e temas transversais, em todas as unidades escolares.</li> <li>• Priorizar a participação nas reuniões da rede de proteção.</li> <li>• Organizar os dados de vulnerabilidade do território, para desenvolver ações de prevenção mais assertivas, de acordo com a necessidade da população.</li> </ul>

Secretaria	Serviço	Desafios
Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar o acesso a pessoas com deficiência.</li> <li>Reavaliar e trocar o mobiliário e os equipamentos antigos.</li> <li>Adequar as atividades de acordo com o preconizado na Resolução CNAS nº 109/2009<sup>69</sup>.</li> <li>Implementar projetos de prevenção de acordo com as diretrizes, incluindo a temática da violência e temas transversais.</li> <li>Capacitar os profissionais para a identificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – Pessoas com Deficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adequar os espaços físicos para o atendimento adequado à população.</li> <li>Reavaliar e trocar o mobiliário e os equipamentos antigos.</li> <li>Adaptar o acesso a pessoas com deficiência.</li> <li>Expandir o número de vagas para atender a demanda reprimida.</li> <li>Implementar projetos de prevenção de acordo com as diretrizes, incluindo a temática da violência e temas transversais.</li> <li>Contratar profissionais para atender adequadamente a demanda</li> <li>Capacitar os profissionais para o atendimento aos casos de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> <li>Aumentar os recursos financeiros voltados aos serviços de atendimento à pessoa com deficiência.</li> <li>Garantir transporte adequado ao serviço.</li> </ul>
Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social	CREAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reorganizar o atendimento para adequá-lo às diretrizes e leis vigentes.</li> <li>Rever o horário de atendimento, adequando-o à realidade das famílias atendidas.</li> <li>Contratar profissionais para atender adequadamente a demanda.</li> <li>Adequar os espaços físicos para o atendimento adequado à população.</li> <li>Capacitar os profissionais para o atendimento aos casos de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social	Serviço de Acolhimento Institucional de Crianças e Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar o acesso a pessoas com deficiência.</li> <li>Elaborar o Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária.</li> <li>Implantar o programa Família Acolhedora.</li> <li>Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>

<sup>69</sup> É importante ressaltar que atividades religiosas não devem fazer parte das ações desenvolvidas pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo.

Secretaria		Serviço	Desafios
Secretaria de Saúde	CIER		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratar mais profissionais para suprir a demanda da população.</li> <li>• Contratar um neuropediatra para atender adequadamente a demanda.</li> </ul>
	Básica		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir a participação das crianças e adolescentes nas unidades de saúde, conforme os princípios de participação da comunidade no SUS.</li> <li>• Reavaliar e trocar o mobiliário e os equipamentos inadequados ou quebrados.</li> <li>• Adquirir novos equipamentos.</li> <li>• Garantir internet de melhor qualidade.</li> <li>• Adequar os espaços de acordo com a necessidade das unidades.</li> <li>• Garantir atendimento adequado a criança e adolescentes com deficiência.</li> <li>• Contratar profissionais para atender a demanda dos territórios.</li> <li>• Rever o horário de atendimento, adequando-o à realidade da população atendida.</li> <li>• Expandir para todas as unidades os programas de prevenção da mortalidade infantil e da mortalidade na infância.</li> <li>• Expandir para todas as unidades os programas de preparação e incentivo ao parto normal.</li> <li>• Expandir os programas de prevenção da violência contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Expandir para todas as unidades os programas de prevenção da violência autoprovocada e de suicídio na infância e na adolescência.</li> <li>• Expandir para todas as unidades os programas de prevenção do abuso de álcool e outras drogas.</li> <li>• Expandir para todas as unidades os programas de educação sexual.</li> <li>• Garantir o atendimento de crianças e adolescentes acompanhadas ou não de seus responsáveis, conforme preconizado na Constituição e no ECA.</li> <li>• Garantir que as unidades participem das reuniões da rede de proteção.</li> <li>• Implantar programas de prevenção da violência autoprovocada e do suicídio na infância e na adolescência.</li> <li>• Garantir o acompanhamento nutricional de gestantes, puérperas e crianças.</li> <li>• Garantir o acesso à vacinação de crianças e adolescentes.</li> <li>• Realizar pré-natal de qualidade com atendimento da gestante desde o início da gestação e atendimento puerperal.</li> <li>• Garantir a notificação ao Conselho Tutelar e à Vigilância Epidemiológica dos casos suspeitos e confirmados de violência contra crianças e adolescentes (física, psicológica, sexual, negligência e institucional).</li> <li>• Capacitar os profissionais para o atendimento de casos de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>

Secretaria	Serviço	Desafios
Secretaria de Saúde	UPA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de casos de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
Secretaria de Saúde	CAPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adequar os espaços físicos para o atendimento adequado à população.</li> <li>• Contratar profissionais para atender adequadamente a demanda.</li> <li>• Garantir a participação nas reuniões da rede de proteção.</li> <li>• Estabelecer fluxo de referência e contrarreferência com a saúde básica.</li> <li>• Implantar programas de prevenção da violência autoprovocada e do suicídio na infância e na adolescência.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de casos de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
Secretaria de Saúde	CEI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptar o acesso de pessoas com deficiência.</li> <li>• Trocar o mobiliário antigo.</li> <li>• Contratar profissionais para atender adequadamente a demanda.</li> <li>• Ampliar o atendimento do serviço para todas as idades, incluindo crianças e adolescentes.</li> <li>• Readequar os projetos de prevenção, contemplando os serviços da rede e a população dos territórios.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de casos de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>
Secretaria de Saúde	CESM	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantir o transporte para a população atendida no serviço.</li> <li>• Garantir a reposição dos materiais que são utilizados durante os atendimentos.</li> <li>• Expandir até os 18 anos o atendimento das adolescentes gestantes.</li> <li>• Implantar banco de leite.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de casos de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>

Secretaria	Serviço	Desafios
Secretaria de Saúde	Hospital Mario Covas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratar mais profissionais para garantir a agilidade no atendimento.</li> <li>• Estabelecer um trabalho integrado com a saúde básica para que a gestante receba informações adequadas sobre parto normal e desenvolver o plano de parto de acordo com o preconizado na Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.</li> <li>• Garantir que o plano de parto da parturiente seja aceito.</li> <li>• Viabilizar a entrada de doulas.</li> <li>• Estabelecer fluxo de referência e contrarreferência com a saúde básica, informando sobre o parto e o estado de saúde da mãe e do recém-nascido.</li> <li>• Estabelecer fluxo de referência e contrarreferência com o CESM, nos casos de gestante de alto risco.</li> <li>• Reavaliar os procedimentos de rotina durante o trabalho de parto e nos pós-parto e verificar se estão em consonância com a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.</li> <li>• Estabelecer fluxo de referência e contrarreferência com a saúde básica, para os casos de acidente doméstico.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a identificação de casos de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os profissionais para a escuta especializada.</li> </ul>

**Tabela 109** – Desafios para os Conselhos

Conselho	Desafios
<b>CMDCA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar o Plano de Investimento do Funcad, considerando o Plano Municipal Decenal de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes e o Plano Municipal Decenal de Enfrentamento às Situações de Violência, priorizando projetos de prevenção das situações de violação e violência contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Elaborar o Plano Municipal de Erradicação do Trabalho Infantil.</li> <li>• Elaborar um plano de investimento com recursos do Funcad, priorizando os adolescentes que não estudam, não trabalham e não estão se qualificando profissionalmente.</li> <li>• Constituir uma comissão permanente de acompanhamento e monitoramento do Plano Municipal Decenal dos Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes.</li> <li>• Constituir uma comissão permanente de acompanhamento e monitoramento do Plano Municipal Decenal de Enfrentamento às Situações de Violência.</li> <li>• Constituir uma comissão para a elaboração do Plano Municipal de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Jovem Trabalhador e para a elaboração do Plano Municipal de Convivência Familiar e Comunitária.</li> <li>• Articular com os demais conselhos setoriais (educação, saúde e assistência) para o alinhamento dos respectivos planos, objetivando a integralidade das ações.</li> <li>• Promover a efetiva participação de crianças e adolescentes no CMDCA.</li> <li>• Promover a capacitação dos conselheiros acerca do papel do CMDCA e dos temas relacionados a crianças e adolescentes.</li> </ul>
<b>Conselho Tutelar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padronizar a classificação de violência e violações nos registros do Conselho Tutelar.</li> <li>• Registrar separadamente os casos de abuso e exploração sexual.</li> <li>• Garantir o sigilo das informações do serviço que notifica a violência contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os conselheiros para a identificação de violência e outras violações contra a criança e o adolescente.</li> <li>• Capacitar os conselheiros para a escuta especializada.</li> </ul>

\* É importante ressaltar a necessidade de que todos os serviços, de todas as secretarias, adaptem o acesso à pessoa com deficiência de acordo com as leis federais nº 10.048 e nº 10.098 de 2000, regulamentadas pelo Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Também é importante que o poder público se empenhe em tornar Hortolândia um município inclusivo, garantindo acessos adaptados nas ruas e nos transportes públicos e estimulando o comércio local a se adaptar às normas de inclusão.

## 11. INSTALAÇÃO DO NOVO CONSELHO

Nas entrevistas, perguntamos à rede qual seria a melhor localização da sede do novo Conselho Tutelar. Os bairros Jardim Amanda e Novo Ângulo se destacaram, dividindo as sugestões dos entrevistados.

Contudo, convém considerar também o estudo da Secretaria Municipal de habitação, com base no Plano Local de Habitação de Interesse Social 2012 do Município de Hortolândia. O Jardim Novo Ângulo fica na região noroeste do município e concentra 16,64% da população de Hortolândia, com a segunda menor densidade populacional. Cortado pela linha férrea, caracteriza-se pela implantação de grandes empreendimentos e do cemitério Park Hortolândia.

Nessa região, destaca-se a presença do Complexo Penitenciário Campinas-Hortolândia, o maior conglomerado de unidades prisionais no interior do país, com cerca de 7 mil detentos.

Os loteamentos lindeiros à linha férrea são ocupados predominantemente por famílias de baixa renda, precariamente instalados e carentes de serviços e infraestrutura, com vias sem pavimentação nem calçadas e esgotos despejados nos córregos sem o devido tratamento. Mais ao sul se encontram assentamentos mais antigos e mais consolidados, porém com um padrão residencial baixo.

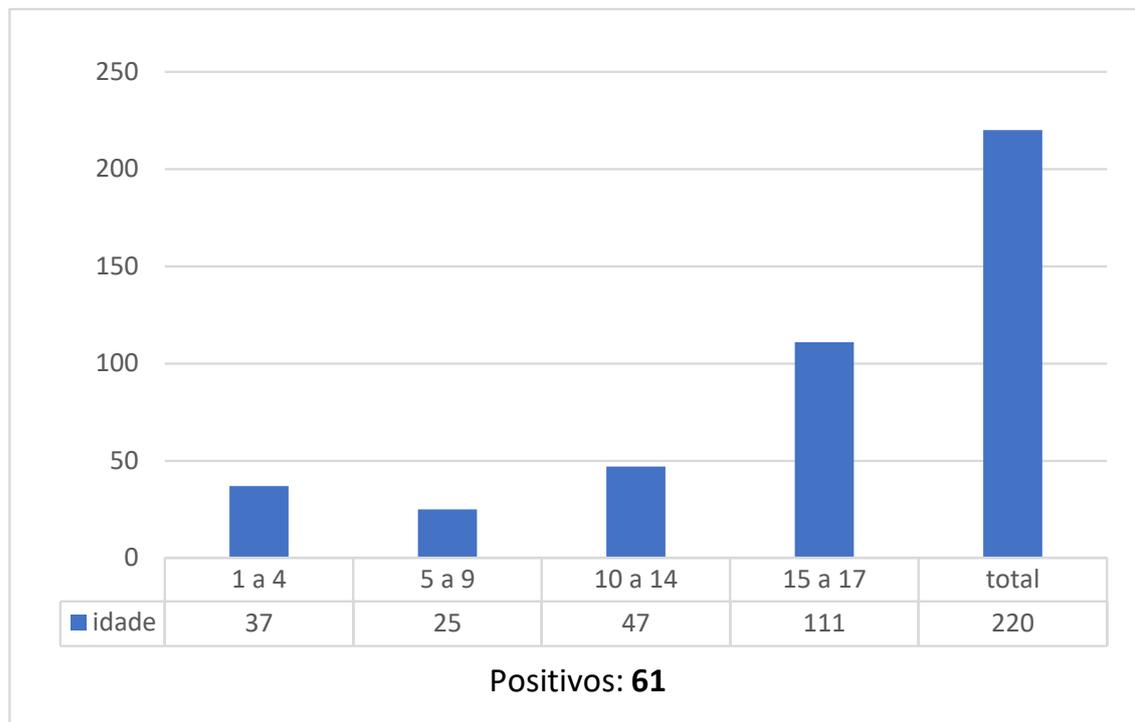
Portanto, com base nessas questões, sugerimos que a implantação do segundo Conselho Tutelar seja no Jardim Novo Ângulo.

## 12. FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ENTRE MARÇO E AGOSTO DE 2020, DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

No contexto da pandemia de covid-19, que impôs a necessidade de medidas de isolamento social para prevenir novos casos, dirigimos as

entrevistas com os serviços também para o levantamento de dados primários, como os que seguem, organizados entre março e agosto de 2020.

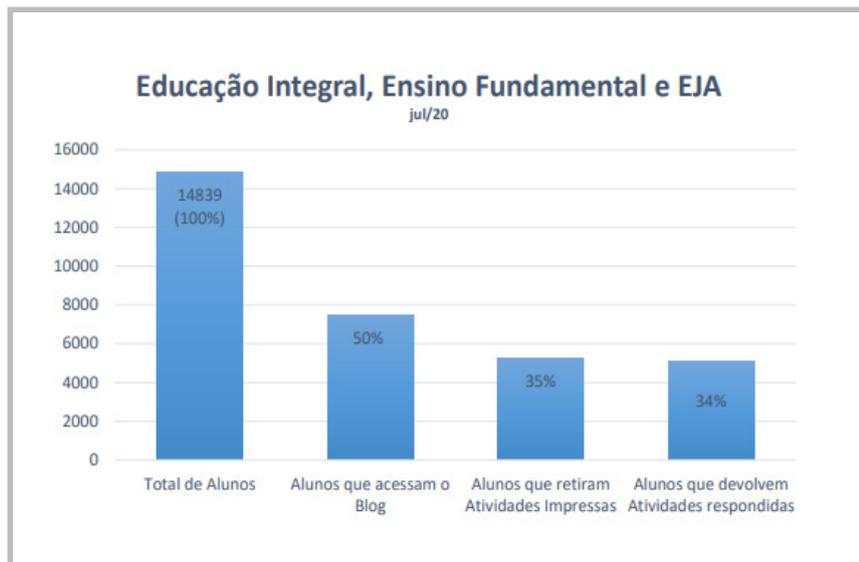
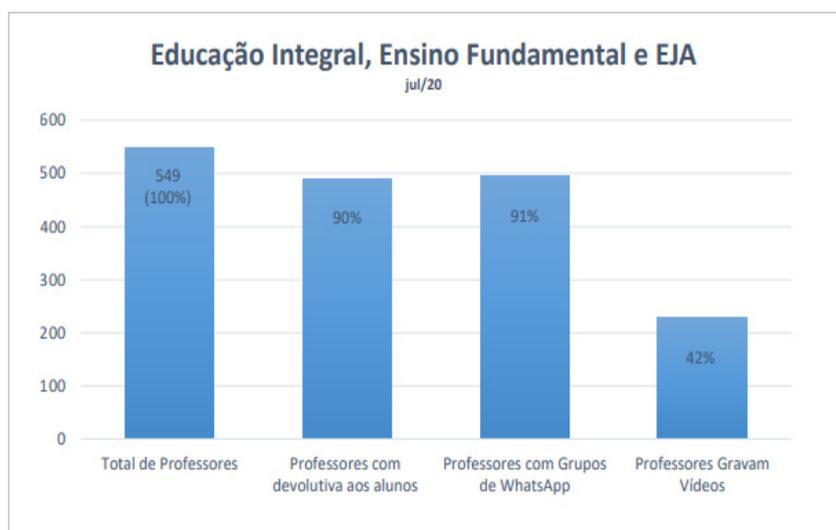
**Gráfico 52** - Casos suspeitos de covid-19 por faixa etária



**Fonte:** Vigilância epidemiológica de Hortolândia, 2020. Dados coletados até dia 19/08/2020.

De acordo com os dados da vigilância epidemiológica, até 19 de agosto haviam sido detectados 220 casos suspeitos de covid-19 em crianças e adolescentes de 1 a 17 anos, com 61 casos confirmados. Nessa faixa etária, a maior parte dos casos suspeitos se referia a adolescentes de 15 a 17 anos.

Com as aulas suspensas, o ensino remoto se transformou em um grande desafio. Em Hortolândia, a Secretaria de Educação se organizou e desenvolveu estratégias para tornar possível o trabalho à distância.

**Gráfico 53** – Estratégias adotadas para o ensino à distância - Alunos**Gráfico 54** – Estratégias adotadas para o ensino à distância – Professores

De acordo com os dados, 91% dos professores passaram a utilizar o aplicativo WhatsApp como estratégia de comunicação com os alunos, e 42% dos professores gravavam vídeos para apoiar o aprendizado. Cerca de 85% dos alunos acessavam as atividades por meio de blogs ou buscavam atividades impressas na escola. Os números são positivos, considerando todas as dificuldades decorrentes da pandemia no setor de educação.

De acordo com as entrevistas, as escolas se organizaram da seguinte forma:

- serviços administrativos com revezamento de funcionários;
- atendimento online a alunos e pais;
- distribuição de cestas básicas e entrega de uniformes;

- aulas online através do blog da prefeitura;
- comunicação com os alunos pelo WhatsApp;
- atividades impressas para as crianças e os adolescentes, entregues pessoalmente aos pais;
- treinamento oferecido pela prefeitura para aulas pelo Youtube.

Em relação à cultura, durante a entrevista a secretária destacou o esforço dos profissionais para organizar o trabalho virtual, e é indiscutível que houve um resultado positivo. Aulas de violão, balé, dança de rua, jazz, dança de salão e teatro são exemplos das atividades que foram promovidas virtualmente. Algumas atividades esportivas também se mantiveram por meios virtuais.

A GCM adotou regras que restringiram o contato físico, aumentou a frequência da higienização e disponibilizou álcool em gel em todas as viaturas. A corporação foi responsável pelo apoio às equipes de fiscalização da vigilância sanitária.

A Delegacia de Polícia manteve o atendimento que era prestado antes da pandemia, porém passou a receber demandas de boletins de ocorrência de flagrantes de outras delegacias.

O CMDCA passou a funcionar virtualmente. Apenas demandas urgentes eram atendidas de forma presencial.

O Conselho Tutelar informou que somente os casos de urgência e emergência eram atendidos sem horário agendado. Nos demais casos o atendimento era feito com horário marcado. Entretanto, garantiram que todas as denúncias estavam sendo atendidas.

A Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social absorveu uma grande demanda durante o isolamento social. Muitas famílias de trabalhadores autônomos tiveram dificuldades nesse período. Entre as principais ações da assistência durante a pandemia estão:

- atendimento online;
- distribuição de cestas básicas, máscaras, álcool em gel e kit higiene;
- ações de orientação à prevenção de covid-19 nas comunidades;
- distribuição de roupas;
- distribuição de absorventes e fraldas geriátricas;

O Creas manteve o acompanhamento familiar às crianças e adolescentes em situação de violência, mesmo de forma remota, por meio de atendimento online, além de:

- atendimentos presenciais e visitas domiciliares em casos emergenciais;

- suspensão dos trabalhos em grupo com as famílias;
- revezamento dos profissionais nos plantões da Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social para o atendimento das grandes demandas, com benefícios eventuais.

Os profissionais da Secretaria de Inclusão e Desenvolvimento Social apontaram algumas dificuldades durante a pandemia, principalmente a sobrecarga de trabalho, a falta de equipamentos de proteção individual e os casos de doença na equipe.

## **Básica**

- a UBS Nova Hortolândia (Dom Bruno Gamberini) foi desalojada e está funcionando em uma escola, pois, como divide as instalações com a UPA Nova Hortolândia, atualmente o prédio está sendo utilizado para internações de covid-19;
- o agendamento de consultas foi suspenso;
- estão sendo atendidas presencialmente apenas as prioridades: gestantes, puericultura, doenças crônicas, psiquiatria, psicologia e vacinação;
- foi criado um serviço de triagem para detectar casos de covid-19;
- foi instalado um consultório separado, com os equipamentos adequados para atender os casos suspeitos de covid-19;
- um médico de plantão atende os casos de urgência.

## **UPA**

- A partir do dia 26 de março de 2020, a UPA Nova Hortolândia passou a funcionar como um hospital de campanha, com 28 leitos para atendimento de pacientes acima de 14 anos.

É importante ressaltar que um protocolo foi construído pelo município, por meio do Plano de Contingência. Houve reuniões entre a OSC, SAICAS e SMIDS para a definição dos protocolos no Serviço de Acolhimento, além do acompanhamento pela Vigilância Sanitária.

A área de saúde foi a mais afetada durante a pandemia, devido ao aumento repentino da demanda e à sobrecarga de trabalho. Em relação aos equipamentos de saúde, Hortolândia se organizou da seguinte forma:

## Hospital Municipal

- O período de trabalho foi dobrado e houve a contratação de mais profissionais.

## CESM

- A unidade manteve 100% do atendimento às demandas de pré-natal de alto-risco;
- os atendimentos nas áreas de ginecologia, mastologia, mamografia e radiologia voltaram ao nível de 50% na fase laranja da pandemia.

## CEI

- No fim do dia, um funcionário liga para os pacientes para confirmar a consulta do dia seguinte, verifica se apresentam sintomas gripais e, em caso positivo, os orienta a procurar cuidados médicos específicos.

## CAPS

- os atendimentos passaram a ser feitos online;
- os grupos foram suspensos;
- manteve-se o acolhimento de pacientes em crise ou em alguma situação que demande atendimento;
- algumas visitas domiciliares continuam a ser feitas;
- há uma triagem na portaria, para verificar se o paciente apresentou algum sintoma de gripe e, em caso positivo, ele é orientado a comparecer aos serviços que estão atendendo essa demanda; em caso negativo, o paciente recebe o acolhimento.

De maneira geral, os serviços públicos de Hortolândia se organizaram rapidamente para atender a demanda decorrente da epidemia de covid-19, de acordo com o que era possível em um cenário de restrições severas. A principal dificuldade relatada em todos os serviços de saúde foi o fato de os profissionais terem ficado doentes, o que desfalcou as equipes de atendimento.

Diante de um problema tão grave, que causou um grande impacto no mundo inteiro, a reação do poder público e dos serviços essenciais em Hortolândia tem sido muito positiva.





