



Pesquisa diagnóstica relacionada à saúde de adolescentes, atendendo as áreas de abrangência dos distritos de Capão Redondo e Grajaú, no município de São Paulo.

Plan Internacional Brasil

Janeiro de 2018

**Consultoras:
Julie Peña Cárdenas
Adriana Ferreira**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
I. METODOLOGIA E ABORDAGENS DA PESQUISA	8
1. Metodologia	8
2. Abordagens da Pesquisa	11
II. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS DISTRITOS DO CAPÃO REDONDO E GRAJAÚ	14
1. População do Capão Redondo e do Grajaú	14
2. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)	17
3. Acesso à educação	18
4. Renda e emprego	21
5. Habitação e serviços	24
6. Centros culturais e esportivos.....	26
III. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, FATORES DE RISCO E SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES NOS DISTRITOS DO CAPÃO REDONDO E DO GRAJAÚ..	27
1. Doenças Crônicas não Transmissíveis.....	27
2. Violências	43
3. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva.....	49
IV. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E OFERTA DE SERVIÇOS PARA ADOLESCENTES DE CAPÃO REDONDO E GRAJAÚ.	59
1. Sistema Único de Saúde (SUS)	59
2. Equipamentos de saúde.....	60
3. Organizações de assistência social que trabalham saúde nos distritos de Capão Redondo e Grajaú.....	64
4. Programas e serviços de saúde para adolescentes	65
5. Barreiras de acesso.	65
V. PERCEPÇÕES, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ADOLESCENTES, FAMÍLIAS E PROFISSIONAIS SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS	66
1. Adolescentes de 10 a 14 e de 15 a 19 anos	66
2. Famílias.....	78
3. Profissionais da saúde.....	86
VI. RESULTADOS DO TESTE DE ATITUDES	95
1. Adolescentes do Capão Redondo e do Grajaú	96
2. Famílias do Capão Redondo e do Grajaú	98
3. Profissionais de saúde do Capão Redondo e do Grajaú	99
VII. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	100
BIBLIOGRAFIA.....	107
Anexos.....	113

PESQUISA DIAGNÓSTICA RELACIONADA À SAÚDE DE ADOLESCENTES, ATENDENDO AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DOS DISTRITOS DE CAPÃO REDONDO E GRAJAÚ, NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.¹

INTRODUÇÃO

SOBRE A PLAN

Fundada em 1937, a Plan International é uma Organização não governamental, não-religiosa e apartidária que defende os direitos das crianças, adolescentes e jovens, com foco na promoção da igualdade de gênero. Chegou ao Brasil em 1997 e, nessas duas décadas, desenvolveu e desenvolve projetos em diversos estados do país. Atua também em nações em situação de emergência e desenvolve campanhas para combater todas as formas de violência contra meninas e meninos. Hoje atua em mais 20 projetos em vários lugares do Brasil como, São Luís, Teresina, Recife, Salvador e São Paulo.

A visão da Plan é de um mundo em que todas as crianças atinjam seu potencial pleno em sociedades que respeitam os direitos e a dignidade das pessoas. A Plan visa alcançar melhorias duradouras na qualidade de vida de crianças e adolescentes dos países em desenvolvimento, através de um processo que une as pessoas em todas as culturas e acrescenta significado e valor às suas vidas:

- Permitindo que as crianças, suas famílias e suas comunidades satisfaçam suas necessidades básicas e aumentem a sua capacidade de participar e beneficiar suas sociedades;
- Construindo relacionamentos para aumentar a compreensão e união entre os povos de diferentes culturas e países;
- Promovendo os direitos e interesses das crianças do mundo.

A Plan situa as criança na faixa etária entre 0 (zero) e 17 anos e por isso prioriza trabalhos que estejam em consonância com suas políticas de proteção infantil e alinhados com os princípios estabelecidos pelos marcos legais da infância como o Estatuto da Criança e do Adolescente. Tabalhamos desenvolve o DCCCA – Desenvolvimento Comunitário Centrado na Criança e no Adolescente que visa empoderar as comunidades para que propiciem um ambiente seguro e amigável para as crianças e af im de criar mudanças de longo prazo nessas comunidades .

Julie Peña (consultora responsável): especialista em igualdade de gênero com experiência na execução de pesquisas e no monitoramento e avaliação de políticas e programas de direitos das crianças e das mulheres para diferentes organizações internacionais e governamentais. Mestra em estudos da América Latina da Université de la Sorbonne Nouvelle - Paris III e mestra em antropologia social da Universidade dos Andes.

Adriana Ferreira (especialista no terceiro setor e trabalho de campo): é formada em Comunicação Social pela Faculdade Casper Libero, e é especialista em gestão de projetos sociais com ênfase em Leis de Incentivo Fiscal pelo SENAC-SP e Gestão de Organizações de Terceiro Setor pela FGV.

A Plan trabalha além da metodologia de DCCCA, com 4 (quatro) eixos que estruturam suas ações, a saber: educar, decidir, liderar e progredir.

Em 2017, a Plan International Brasil foi eleita como uma das 100 melhores ONGs no Brasil e a melhor que cuida das crianças e adolescentes no país pelo prêmio "**Melhores ONGS Época**".

SOBRE O PROJETO ADOLESCENTE SAUDÁVEL

O Programa Adolescente Saudável é uma iniciativa da AstraZeneca que acontece em 21 países do mundo e tem foco nos adolescentes e jovens de comunidades vulneráveis. Tem como objetivo apoiar os direitos e o bem-estar da saúde dos jovens em comunidades marginalizadas por meio de pesquisas, advocacy e programas que se concentram na prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (NCD's).

De 2010 a 2015, a Plan International Brasil implementou o programa Adolescente Saudável (PAS) para melhorar a saúde dos jovens em cinco municípios do Estado do Maranhão, o segundo estado mais pobre do Brasil. O programa centrou-se no apoio a meninas e meninos para acesso à informação, suporte e serviços de saúde sobre saúde sexual e saúde reprodutiva e direitos sexuais e direitos reprodutivos (SDSR), violência de gênero, comportamentos de risco e outras questões de saúde que afetam os jovens. Um dos êxitos do programa que marcou um passo significativo na melhoria dos serviços de saúde para os jovens foi à revisão da Política de Saúde do Adolescente pela Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão, que foi o resultado do envolvimento ativo dos educadores de pares do Adolescente Saudável com o Governo.

Com base na valiosa experiência e lições aprendidas com esses cinco anos, a AstraZeneca e a Plan International propõe agora uma expansão do Adolescente Saudável em São Paulo, nos distritos do Capão Redondo e Grajaú. Aqui, as doenças crônicas não transmissíveis representam uma grande ameaça para meninos e meninas adolescentes e jovens no contexto urbano e o programa visará reduzir os comportamentos de risco que podem levar a essas doenças. Os principais objetivos do projeto são:

- Empoderar adolescentes e jovens sobre questões chave que afetam sua saúde, bem como sobre questões relativas à equidade de gênero;
- Mobilizar e engajar comunidades nas temáticas do projeto;
- Qualificar e tornar mais amigáveis os serviços de saúde para adolescentes e jovens;
- Influenciar políticas públicas nas questões centrais de saúde e de equidade de gênero para adolescentes e jovens nas comunidades em que o projeto é implementado e no município

Os principais temas/eixos abordados pelo projeto são:

- ✓ Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's);
- ✓ Comportamento de riscos que levam às DCNT's, a saber: alimentação não saudável, consumo de tabaco, consumo de álcool e inatividade física;
- ✓ Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva;
- ✓ Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos;
- ✓ Questões de gênero
- A implementação do projeto Adolescente Saudável será guiada pelas seguintes abordagens:
 - **Igualdade de gênero:** o programa terá foco específico na igualdade de gênero, o que garante que as disparidades de gênero sejam identificadas e abordadas através de uma lente sensível ao gênero.
 - **Abordagem baseada em direitos:** o projeto usará a metodologia baseada em direitos, alinhada à abordagem da Plan de Desenvolvimento Comunitário Centrado na Criança e no Adolescente (DCCCA). A equipe colocará os direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos, direitos da criança, direitos dos deficientes e o direito a igualdade de gênero no coração do projeto. O DCCCA possibilita que a Plan faça a melhor contribuição que beneficie crianças em longo prazo.
 - **Aproveitamento de aprendizagens, de relações e de programas existentes:** a Plan Brasil irá se basear na experiência PAS que já existe e do seu conhecimento contextual. Poderá utilizar de seu relacionamento próximo com líderes comunitários, atores da sociedade civil e stakeholders dos governos local e nacional para influenciar políticas e práticas relacionadas à saúde dos jovens.
 - **Construção de parcerias:** a formação de parcerias organizacionais será integrada ao projeto. Isso inclui parcerias informais com os jovens e membros de sua família, sua comunidade, autoridades locais, provedores de serviços de saúde pública e privada, professores e escolas. O envolvimento ativo desses parceiros irá promover a apropriação local e a capacidade de resposta. O Adolescente Saudável também atingirá outras organizações nas áreas específicas para alavancar as iniciativas existentes, otimizar a sinergia programática e melhorar a sustentabilidade das intervenções do projeto para além do tempo de vida do programa.
 - **Educação entre pares:** O programa usará uma metodologia 'entre iguais/entre pares', que trabalha com jovens que são capacitados como jovens educadores e encarregados de disseminar a mensagem da saúde e encorajar comportamento saudáveis e positivos entre seus pares.

- **Empoderamento de pessoas jovens:** o conhecimento e a capacitação dos jovens (10-24 anos) em relação aos comportamentos de risco serão construídos através de uma educação igualitária e de outras atividades em escolas ou nas comunidades habilitando-os a fazerem escolhas de vida informadas.
- **Mobilização de comunidades:** o conhecimento dos membros das comunidades, incluindo líderes comunitários, professores, pais e representantes governamentais será ampliado em favor da sensibilização sobre os efeitos prejudiciais intergeracionais dos comportamentos de risco, e do estabelecimento das condições que facilitam mudanças.
- **Fortalecimento dos serviços de saúde e de educação:** os bons aspectos dos serviços de saúde serão avaliados, inclusive pelos próprios jovens através de cartões de pontuação, para identificar os pontos fortes e as lacunas na qualidade da prestação dos serviços de saúde, que serão então abordados através da capacitação dos profissionais de saúde.
- **Advocacy para uma política ambiental:** baseado nas experiências e nas lições aprendidas a partir do primeiro programa PAS no Brasil e nas fases 1, 2 e 3 de outros países, haverá um forte componente advocacy no projeto. A equipe terá como objetivo promover treinamento para os jovens em liderança e em advocacy, apoiando-os para que investiguem os problemas de saúde de suas próprias comunidades, e tomem decisões e identifiquem necessidades em colaboração com o governo local. Em paralelo, o programa também trabalhará com governos municipais e estaduais para responder às necessidades dos jovens nas políticas relacionadas a prestação de serviços focados nos adolescentes.

PÚBLICO ALVO

- 200 educadores pares
- 300 mães, pais e cuidadores (as)
- 120 profissionais da saúde
- 40 Educadores de escolas públicas e Centros de Juventude
- 4 escolas de Ensino Médio da rede pública
- 4 Centros de Juventudes
- 8 unidades básicas de saúde
- 40 mil crianças, adolescentes e jovens com idade entre 10 e 24 anos
- 1 milhão de acessos, visualizações, clicks e/ou recebimento de materiais visuais e impressos sobre questões chave de saúde para adolescentes.

Com o interesse de implementar o projeto “Adolescente Saudável” e avançar na consecução dos objetivos acima citados nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú no Município de São Paulo, é de

suma importância planejar e desenvolver ações estratégicas que respondam às reais necessidades dos adolescentes nestas comunidades, razão pela qual foi realizada a presente pesquisa diagnóstica.

Esta pesquisa apresenta uma análise de informações quantitativas e qualitativas atualizadas que permitirão à Plan dispor de um marco de referência conceitual, normativo e situacional sobre o estado da saúde de adolescentes e jovens dos distritos de Capão Redondo e Grajaú, com destaque para doenças crônicas não transmissíveis, direitos sexuais e reprodutivos, bem como contar com dados sobre a oferta de serviços para adolescentes nestas áreas. Esta pesquisa conta com um enfoque de gênero e possui recortes por faixa etária e raça que permitirão a ampliação do olhar sobre as questões que afetam o direito à saúde das/dos adolescentes.

Este documento está estruturado em seis capítulos. O primeiro apresenta a metodologia e as abordagens que nortearam a pesquisa. Nesse capítulo é apresentado, de maneira geral, o marco legal internacional voltado à saúde de adolescentes.

O segundo demonstra os principais dados sociodemográficos que abrangem os distritos de Capão Redondo e do Grajaú, evidenciando as desigualdades que seus habitantes enfrentam. O terceiro conceitualiza as principais Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e os seus fatores de risco, assim como sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. Nele também são expostos dados estatísticos dos distritos do Capão Redondo e do Grajaú e são apontados os principais marcos legais em âmbito nacional e local para cada tópico apresentado. No quarto capítulo foi realizado o mapeamento dos principais serviços de saúde nestes distritos.

No quinto capítulo serão apresentadas as percepções, conhecimentos e práticas sobre DCNT, direitos sexuais e direitos reprodutivos, ouvidas nos grupos focais realizados com os adolescentes, famílias e profissionais, assim como os principais avanços e desafios em cada tema. O sexto expõe os resultados do teste de atitudes aplicado nos adolescentes, famílias e profissionais, que teve como objetivo identificar a presença de crenças e prejuízos que afetam negativamente a saúde dos adolescentes. Finalmente, no sétimo capítulo, encontram-se as conclusões finais e as recomendações.

I. METODOLOGIA E ABORDAGENS DA PESQUISA

1. Metodologia

Para a construção da pesquisa diagnóstica, foram desenvolvidos:

a. Análise documental

- Para conhecer a situação atual da população dos distritos de Capão Redondo e Grajaú, foram revisadas as principais bases de dados digitais sociodemográficas oficiais tais como: Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo (SEADE), Observatório Cidadão da Rede Nossa São Paulo, Infocidade da Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento de São Paulo, Tabnet da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, entre outras. A busca de informações teve foco nos eixos: população, educação, renda e emprego e habitação e serviços.
- Foi realizada uma revisão de documentos acadêmicos e oficiais que contribuíram para a definição conceitual de doenças crônicas não transmissíveis, direitos sexuais, direitos reprodutivos e comportamentos de risco. Também foram identificados os principais Marcos Legais e de Políticas voltadas à saúde do/da adolescente em nível internacional, nacional e local.
- Foram pesquisados dados estatísticos sobre saúde de adolescentes (DCNT, saúde sexual e saúde reprodutiva) nos sites das Secretarias Estadual e Municipal da Saúde de São Paulo, assim como em documentos de referência produzidos por essas instituições como atlas, boletins, notas técnicas, relatórios, etc. Também foram inseridas informações de pesquisas, relatórios ou estudos realizados por organizações da sociedade civil e organismos internacionais.
- Foram requisitadas à Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo informações sobre o acesso à saúde dos adolescentes nos distritos de interesse.
- As informações coletadas foram organizadas e analisadas levando em consideração os seguintes níveis de dados: dados gerais da população e dos distritos segregados por idade, sexo e raça, sempre que as informações levantadas possibilitavam o cruzamento desses dados. Isto permitiu à pesquisa demonstrar as principais desigualdades entre distritos no que se refere à idade, sexo e raça.
- Foi realizado um mapeamento de atores-chave, para a identificação da oferta de serviços de saúde pública (equipamentos públicos de saúde), bem como das organizações da sociedade civil para adolescentes nos distritos de Capão Redondo e Grajaú.

Limitantes:

- Não foi possível encontrar dados sobre o número de adolescentes atendidos nos estabelecimentos destes distritos. A resposta ao pedido de informação solicitada à Secretaria Municipal da Saúde, por meio do Sistema e-SIC (Acesso à Informação da Prefeitura de São Paulo) foi: Em atendimento ao protocolo 26331, a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de São Paulo respondeu que os sistemas de informação existentes não nos permitem identificar o número de pessoas.
- Não foi possível encontrar todos os dados classificados por idade, sexo e raça/cor.
- Não foi possível encontrar dados específicos sobre algumas doenças e fatores de risco para os distritos de interesse. No entanto, tentou-se responder este ponto com dados gerais sobre a região sul do Município de São Paulo encontrados em Boletins da Secretaria da Saúde.

b. Grupos focais²

Foram realizados grupos focais com adolescentes e famílias dos distritos de Capão Redondo e do Grajaú, com o objetivo de identificar Conhecimentos, Atitudes e Práticas (KAP) relacionados à sua saúde (DCNT e saúde sexual e saúde reprodutiva), com foco nos fatores de risco. Para isso, foram contatadas algumas organizações da sociedade civil que atuam com meninas e meninos jovens nestes distritos, que nos apoiaram na realização desta pesquisa com a convocatória das/dos participantes e cedendo os seus espaços para realização dos grupos focais. Os instrumentos de coleta de informações utilizados encontram-se no *anexo I e II*.

Os grupos focais realizados foram:

Adolescentes

Capão Redondo: 02 grupos focais, um com adolescentes de 10 a 14 anos e outro com adolescentes de 15 a 19 anos, ambos no Bairro Parque Maria Helena. No total participaram 17 adolescentes, sendo 07 meninas e 10 meninos.

Distrito	Número de grupos focais	Meninas	Meninos	Total
Capão Redondo	1. Grupo focal com adolescentes de 10 a 14 anos (Casa do Zezinho).	5	5	10
	2. Grupo focal com adolescentes de 15 a 18 anos (Casa do Zezinho).	2	5	7
Total por sexo		7	10	17

Por sua vez, no Grajaú foram realizados 4 grupos focais com adolescentes, dois no Bairro Parque Grajaú e dois no Bairro Jardim Sabiá. Em cada bairro aconteceu um grupo com adolescentes de 10 a 14 anos e outro de 15 a 19 anos. No total participaram 41 adolescentes (21 meninas e 20 meninos). O objetivo de realizar os grupos focais em duas áreas extremas do Grajaú foi para que tivéssemos a visão ampliada do território, uma vez que o mesmo possui uma vasta área de abrangência.

² Para o desenvolvimento dos grupos focais e das entrevistas foi coletado o consentimento de todos os envolvidos na coleta de dados, bem como mantida a lista de participação dos/as entrevistados. No caso das meninas e meninos abaixo de 18 anos, foi também solicitada uma autorização formal aos seus responsáveis.

Distrito	Número de grupos focais	Meninas	Meninos	Total
Grajaú	1. Grupo focal com adolescentes de 10 a 14 anos (Projeto Alvo Certo).	4	8	12
	2. Grupo focal com adolescentes de 15 a 18 anos, Grajaú (Projeto Alvo Certo).	6	5	11
	3. Grupo focal com adolescentes de 10 a 14 anos, Grajaú (CCA Sabiá).	5	2	7
	4. Grupo focal com adolescentes de 15 a 18 anos, Grajaú CCA Sabiá).	6	5	11
Total por sexo		21	20	41

Famílias:

No Capão Redondo foi realizado um grupo focal com famílias. No total participaram 4 mulheres (mães de adolescentes). Por outro lado, no Grajaú foi realizado um grupo focal com 5 mães.

Distrito	Número de grupos focais	Mulheres
Capão Redondo	1 grupo focal com famílias (Casa do Zezinho).	4

Distrito	Número de grupos focais	Mulheres
Grajaú	1 grupo focal com famílias (CCA Sabiá).	5

- Com o objetivo de conhecer a opinião dos adolescentes, famílias e profissionais frente a alguns preconceitos que justificam discriminações e violências de gênero, foi solicitado aos grupos focais e nas entrevistas, o preenchimento de um teste de atitudes.

Limitantes:

- Não foi possível contar com a participação de homens já que eles não responderam à convocatória. A participação de responsáveis ou pais do sexo masculino é um desafio e implica desenhar estratégias específicas para os próximos estudos.

c. Entrevistas

Profissionais de saúde:

Com o objetivo de conhecer as falhas em Conhecimentos, Atitudes e Práticas (KAP) relacionados à prevenção e ao atendimento na saúde de meninas e meninos jovens, foram promovidas entrevistas com 4 profissionais da saúde dos distritos de Capão Redondo e 5 do Grajaú. Os instrumentos de coleta de informações utilizados encontram-se no *anexo III*. As entrevistas incluem duas assistentes sociais, já que elas são as articuladoras entre os estabelecimentos socioassistenciais e o setor da saúde.

As entrevistas foram as seguintes:

Distrito	Número de entrevistas*	Total entrevistas
----------	------------------------	-------------------

Capão redondo	1. Técnica de enfermagem (Centro para Criança e Adolescentes CCA - Casa do Zezinho). 2. Psicóloga (Centro LGBT). 3. Assistente social (Centro LGBT). 4. Psicóloga (Centro LGBT).	9 mulheres
Grajaú	1. Nutricionista (Ambulatório Médico de Especialidades AME Interlagos). 2. Enfermeira coordenadora assistencial (Ambulatório Médico de Especialidades - AME Interlagos). 3. Técnica de enfermagem (Hospital Geral do Grajaú). 4. Assistente social (Centro para juventude CJ - Sabiá). 5. Psicóloga (Assistência Social a Família e Proteção Social Básica no domicílio SASF).	

Limitantes:

Embora tenham sido feitos requerimentos formais para o desenvolvimento de entrevistas com profissionais dos equipamentos públicos de Saúde, não foi possível realizar todas as entrevistas propostas, já que o processo de resposta leva cerca de quatro meses, segundo a Supervisão Técnica de Saúde do Capão Redondo. Também foram enviados e-mails individuais e feito contatos telefônicos a alguns profissionais e organizações como a Associação Comunitária Monte Azul e Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" – CEJAM (que fazem a gestão de equipamentos de saúde no Capão Redondo), mas a resposta foi negativa tendo em vista a cláusula do contrato de gestão que os proíbe de falar sem a autorização da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Isto ocorre por conta de que toda e qualquer pesquisa realizada nas dependências das Unidades de Saúde deve passar pelo comitê de ética em pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, o que toma um tempo considerável e ultrapassa o tempo estabelecido para esta pesquisa.

- As informações coletadas nos grupos focais e nas entrevistas foram organizadas e analisadas levando em consideração: distrito, idade e o sexo dos participantes. Deste modo, permitiram evidenciar as principais falhas de conhecimento e atitudes entre os distritos, idades e sexo.

- Os resultados da organização, da análise e a estruturação das informações coletadas na pesquisa são apresentados neste documento.

2. Abordagens da Pesquisa

As informações coletadas foram organizadas e analisadas tendo como premissa as seguintes abordagens:

Adolescente: segundo a Organização Mundial da Saúde (2014) a adolescência é um período da vida com necessidades e direitos específicos de saúde e desenvolvimento. É uma transição da infância para a vida adulta, trazendo importantes transformações biológicas, cognitivas, emocionais e sociais. Essa trajetória é caracterizada pela experimentação de novas condutas e vivências. Muitas dessas condutas podem se transformar em fatores de risco para sua saúde e desenvolvimento.

A Organização Mundial da Saúde define como adolescentes as pessoas entre 10 e 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que o adolescente é um sujeito de direito com idade entre 12 e 18 anos. Para a realização desta pesquisa diagnóstica foi proposto o estudo de dados e uma escuta atenta junto a adolescentes entre 10 e 18 anos dos distritos de Capão Redondo e

Grajaú, com o recorte das faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 18 anos, devido às suas diferenças no desenvolvimento e comportamento.

Direito à Saúde de adolescentes: nas últimas duas décadas tem havido uma incidência política importante sobre o desenvolvimento e a saúde dos adolescentes, que se reflete na produção e divulgação de documentos e pesquisas realizadas por diversos organismos internacionais. A infância e a adolescência têm sido prioridade em conferências internacionais e foco de diversas iniciativas das Nações Unidas, por exemplo. Alguns instrumentos políticos internacionais importantes para a saúde dos jovens são:

- A Convenção sobre os Direitos da Criança (1990).
- A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994).
- A IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995).
- O Programa Mundial de Ação para Jovens (1995).
- A Declaração de Compromisso sobre o VIH/SIDA (2001).
- A Resolução 64.28 da OMS sobre jovens e risco da saúde (2011).
- O Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não transmissíveis 2013-2019.
- Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em crianças e adolescentes 2014-2019.

Igualmente, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 (ODS, 2015) são um marco político importante para incidir ainda mais pelos direitos dos adolescentes. Adotada por 193 países, incluído o Brasil, na Agenda 2030 os países se comprometem explicitamente a não deixar ninguém excluído em sua busca por desenvolvimento, inclusive contendo metas específicas para as crianças e adolescentes. Dentre os objetivos encontram-se também metas em relação à saúde e a igualdade de gênero dos adolescentes, tópicos centrais desta pesquisa:

Objetivos e metas sobre saúde e igualdade de gênero	Capítulo onde é abordado cada objetivo para os distritos do Capão Redondo e do Grajaú
<p>Objetivo 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.</p> <p>Metas:</p> <p>3.1 até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos</p> <p>3.3 até 2030, acabar com as epidemias de AIDS</p> <p>3.4 até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.</p> <p>3.5 reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.</p> <p>3.7 até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.</p>	<p>-Capítulo III: doenças crônicas não transmissíveis e saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú.</p> <p>-Capítulo IV: Equipamento públicos de saúde nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú.</p>
<p>Objetivo 5: Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.</p> <p>5.1 acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte.</p> <p>5.2 eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos.</p> <p>5.3 eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais</p>	<p>- Todos os capítulos destacam as desigualdades de gênero. Em relação à saúde e violências os capítulos III e V.</p>

femininas.

5.6 assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim.

Num cômputo geral, o país tem alcançado alguns progressos. O Brasil reconhece vários dos marcos legais internacionais de direitos das crianças e adolescentes e também voltados à saúde. Assim como possui normativas legais que visam garantir os direitos civis e sociais dos adolescentes, os quais são descritos em detalhe no capítulo III.

Vale salientar que estes avanços normativos têm sido importantes, porém o desafio continua a ser a sua implementação (OMS, 2014), já que, como será explanado mais à frente, os problemas que afetam diretamente o desenvolvimento e a qualidade de vida dos jovens ainda persistem, sobretudo para os que vivem em locais de alta vulnerabilidade social e em situações precárias, como os residentes no Capão Redondo e no Grajaú.

Determinantes sociais e saúde (riscos): Segundo a Declaração Política do Rio de Janeiro sobre Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2011), *as iniquidades em saúde são causadas pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de determinantes sociais da saúde. Esses determinantes incluem as experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, educação, situação econômica, emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças. As intervenções sobre esses determinantes — para os grupos vulneráveis e a população como um todo — são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas e saudáveis.*

A OMS (2014) propõe um modelo ecológico para estudar os determinantes que afetam ou protegem a saúde dos adolescentes, o qual foi adaptado para os objetivos desta pesquisa. Assim, as informações coletadas foram analisadas a partir do seguinte modelo:

Nível	Determinantes da saúde dos/das adolescentes	Capítulo aonde são abordados estes determinantes
Individual e interpessoal	Idade, gênero, família, amigos, rede social e renda.	Capítulo V.
Comunidade	Normas na comunidade, religião.	Capítulos II e V.
Organizacional	Escola, serviços de saúde, serviços gerais	Capítulos II e IV.
Ambientais	Meio ambiente, meios de informação	Capítulo V.
Estruturais	Políticas, leis, cultura, racismo, discriminação de gênero, desigualdade, violência	Capítulos II, III e V.

Modelo ecológico, Organização Mundial da Saúde (2014) -Adaptação.

Análise de Gênero: O gênero é um dos principais determinantes sociais da saúde, já que este tem sido a base das desigualdades no acesso aos direitos, incluindo o da saúde. Esta pesquisa foi realizada com enfoque no gênero, e conta com dados separados por sexo que permitiram identificar as desigualdades de gênero em diferentes tópicos, assim como seus respectivos comportamentos e fatores de risco que impactam de maneira negativa na saúde das meninas e meninos. Além disso,

alguns determinantes como, por exemplo, a raça, foram considerados, pois, aliado ao gênero, podem ser uma significativa barreira para o acesso aos serviços de saúde e para uma vida saudável.

II. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS DISTRITOS DO CAPÃO REDONDO E GRAJAÚ

Este capítulo tem por objetivo apresentar os principais dados sociodemográficos que abrangem os distritos do Capão Redondo e do Grajaú no Município de São Paulo, oferecendo, desta forma, um melhor esclarecimento da situação atual de tais territórios.

Os dados sociodemográficos sobre a população desses territórios são apresentados classificados por sexo, idade e raça/cor, onde os dados disponíveis o possibilitaram. Com isso, é indubitável dizer que este capítulo atenta nas situações de desigualdade que vivem os adolescentes, as mulheres e as pessoas negras destas regiões. Além disso, são utilizados dados nacionais e de outros distritos, acarretando, assim, uma maior perspectiva acerca do contexto de desigualdade que os habitantes do Capão Redondo e do Grajaú enfrentam cotidianamente.

1. População do Capão Redondo e do Grajaú

Os dados apresentados abaixo concordam com as informações sobre a população brasileira do Censo de 2010, o qual mostrou como tendência uma simetria entre homens e mulheres e uma diminuição, de forma geral nos últimos anos, do número de crianças e adolescentes devido à queda na taxa de natalidade. Ademais, coincidindo com a crescente urbanização do país, o vultoso número de habitantes dos distritos do Capão Redondo e do Grajaú acarreta problemas de moradia, saneamento, segurança e equipamentos públicos característicos das periferias brasileiras – como será mostrado ao longo deste capítulo.

População por sexo, idade e raça/cor

Localizados na zona sul do Município de São Paulo, os distritos do Capão Redondo e Grajaú inserem-se, respectivamente, nas subprefeituras do Campo Limpo e da Capela do Socorro. As projeções realizadas para o ano de 2017 pela fundação SEADE, indicam que estas subprefeituras são as mais populosas do município - sendo a primeira com 665.887 habitantes e a segunda com 618.417.

O distrito do Grajaú, por sua vez, é o mais populoso desta cidade, possuindo 381.277 pessoas, 51.47% mulheres e 48.53% homens. Por outro lado, em quarto lugar, encontra-se o distrito de Capão Redondo, cuja população estimada é de 288.252 habitantes, sendo 52.24% mulheres e 47.75% homens. Ambos os distritos apresentam uma tênue predominância de mulheres.

Distrito	Total	%	Mulheres	%	Homens	%
Capão Redondo	288.552	100%	150.584	52,2%	137.668	47,7%
Grajaú	381.277	100%	196.224	51,5%	185.053	48,5%

Fonte: Fundação SEADE. Elaboração tabela: própria.

Em relação à faixa etária, no que concerne ao distrito do Grajaú, o número de adolescentes entre 10 e 19 anos representa 16.1% da população total, ou seja, 61.416 mil pessoas. De outra forma, no Capão Redondo a participação destes adolescentes corresponde a 15.1%, isto é, 43.562 pessoas. Nos dois distritos, o número de adolescentes entre 15 e 19 anos transcende aos 10 e 14 anos - 17% maior no caso do Grajaú e 15% no Capão Redondo.

Neste sentido, no que se refere à distribuição por gênero, o número de indivíduos do sexo masculino é ligeiramente superior ao de mulheres – 3% no Grajaú e 1.3% no Capão Redondo. No entanto, na faixa etária entre 15 e 19 anos a participação das mulheres aumenta em ambos os distritos.

Tabela 2. População de 10 a 19 anos por sexo e faixa etária (2017), Grajaú.						
Sexo/Faixa etária	Total Adolescentes	% Pop. Total	10 a 14 anos	% Pop. Adolescentes	15 a 19 anos	% Pop. Adolescentes
Homens	31.157	8,2%	14.423	46,3%	16.734	53,7%
Mulheres	30.259	7,9%	13.876	45,9%	16.383	54,1%
Total por faixa etária	61.416	16,1%	28.299	46,1%	33.117	53,9%

Tabela 3. População de 10 a 19 anos por sexo e faixa etária (2017), Capão Redondo.						
Sexo/Faixa etária	Total Adolescentes	% Pop. Total	10 a 14 anos	% Pop. Adolescentes	15 a 19 anos	% Pop. Adolescentes
Homens	21.925	7,6%	10.302	47,0%	11.623	53,0%
Mulheres	21.637	7,5%	9.993	46,2%	11.644	53,8%
Total por faixa etária	43.562	15,1%	20.295	46,6%	23.267	53,4%

Fonte: Fundação SEADE. Elaboração tabela: própria.

Segundo o Sistema de Informações sobre nascidos vivos da Secretaria Municipal de Saúde, a relação entre a raça/cor do total das mães de nascidos vivos apresentou uma discrepância se analisarmos demais abrangências no território municipal de São Paulo. No ano de 2016, por exemplo, em torno de 65% do total das mães de nascidos vivos identificaram-se como pretas ou pardas, 35% como brancas e menos de 0,3% como amarelas ou indígenas - nos distritos do Capão Redondo e Grajaú. Em oposição, o Jardim Paulista, distrito localizado em região nobre, registrou 7.7% de mães de nascidos vivos como pretas ou pardas e uma porcentagem de 89.1 como brancas.

Como será apresentado nos tópicos a seguir, os distritos do Capão Redondo e do Grajaú, cuja população é predominantemente negra³, possuem os piores índices de desigualdade do Município de São Paulo.

Tabela 4. Raça/cor das mães de nascidos vivos, 2016												
Distrito	Total	%	Branca	%	Preta	%	Amarela	%	Parda	%	Indígena	%
Capão Redondo	4.519	100%	1.568	34,7%	284	6,3%	10	0,2%	2.648	58,6%	1	0,02%
Grajaú	6.824	100%	2.379	34,9%	559	8,2%	21	0,3%	3.857	56,5%	3	0,04%
Jardim Paulista	804	100%	716	89,1%	19	2,4%	26	3,2%	43	5,3%	0	0,00%

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos/SINASC e Secretaria Municipal da Saúde/SMS

³ Negro-/as: pretos ou pardos, na nomenclatura adotada pelo IBGE

É importante salientar que nos últimos anos o Brasil logrou um declínio na taxa de mortalidade. Porém, distritos como Capão Redondo e Grajaú continuam apresentando elevados números quanto à mortalidade infantil. De acordo com os dados da Rede Nossa São Paulo em 2016, o número de óbitos com menos de um ano de idade foi de 53 no Capão Redondo e de 89 no Grajaú. Comparativamente, o distrito do Jardim Paulista não apresentou nenhum óbito. **Do mesmo modo, há uma diferença significativa na idade média ao morrer, já que esta é de: 59 anos, no Capão Redondo; 58 anos, no Grajaú; e 78 anos, em distritos como o Alto de Pinheiros.**

Pessoas com deficiência

Segundo dados coletados pelo Censo em 2010, no Município de São Paulo, as pessoas com deficiências compõem em torno de 24,5% da população, isto é, 2.759.004 milhões de pessoas. Embora não tenha sido possível encontrar dados para os distritos de interesse por faixa etária e por sexo, este Censo revela um panorama geral quanto ao número de pessoas com deficiência para a área sul da cidade, a qual inclui o distrito do Capão Redondo.

Com isso, o percentual de pessoas residentes neste território com alguma deficiência resultou-se em 23.0%, sendo as deficiências visuais e motoras as mais recorrentes. As demais deficiências identificadas foram as auditivas e as intelectuais. Quando à idade, aponta-se para o aumento de limitações funcionais, no decorrer do processo de envelhecimento em todas as deficiências. No que diz respeito ao sexo, as deficiências física, visual e auditiva preponderaram na população feminina. Com respeito as deficiências intelectuais, estas apresentam-se nos homens com uma pequena porcentagem acima das mulheres.

Tabela 5. População residente, por tipo de deficiência permanente, nas áreas de ponderação selecionadas, 2010

Território	Número de pessoas com pelo menos uma deficiência	%
Norte	142.151	24.0
Sul	146.194	23.0
Leste	61.168	24.7
Oeste	87.658	23.9

Fonte: IBGE 2010. Elaboração tabela: própria.

Segundo o relatório Mundial sobre a deficiência lançado em 2011 pela Organização Mundial da Saúde, as pessoas com deficiência estão mais suscetíveis a piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade e de participação econômica. Além disso, indica que elas estão mais vulneráveis a sofrer violências.

Religião

De acordo com o Censo de 2010, a religião de maior representação em termos percentuais nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú era a católica, com 53.8% e 57.2% de fiéis respectivamente. Em segundo lugar, encontrou-se as evangélicas, com 24.8% no Capão Redondo e 23.7% no Grajaú. É

importante ressaltar que em distritos como o Alto de Pinheiros a percentagem de fiéis evangélicos é consideravelmente menor (7.1%).

Segundo a Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial (2016^a), a tendência nos últimos anos tem sido uma maior participação da população negra nas religiões evangélicas - população predominante nestes distritos. Paralelamente a este fato, no que tange às religiões afro-brasileiras, houve uma atenuação de seguidores por esta população. Consoante a esta secretaria, as religiões evangélicas agregam um notório número de fiéis com baixa ou inexistente instrução escolar e renda. Em relação ao sexo, indica-se que as mulheres expressam uma maior aderência em todas as religiões.

Tabela 6. Proporção de Religiões por Distrito, 2010

Distrito	Católicos	Evangélicos	Espírita	Ubanda e Candomblé	Judaica	Religiões orientais	Outras	Sem religião	Não determinadas	Sem declaração
Capão Redondo	53.8	24.8	1.9%	0.4%	0.0%	0.2%	8,0%	10.6%	0.3%	0.1%
Grajaú	57.2	23.7	1.4%	0.2%	0.0%	0.2%	6.5%	9.8%	0.5%	0.5%
Alto de Pinheiros	62.2	7.1	6.4%	0.7%	2.5%	1.1%	9.7%	9.7%	0.6%	0.0%

Fonte: IBGE 2010. Elaboração tabela: própria.

2. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)

O IPVS, segundo a fundação SEADE, classifica os municípios do Estado de São Paulo em níveis de vulnerabilidade social (baixa, média, alta e muito alta), por meio de suas dimensões socioeconômicas e demográficas. Buscando apurar os demais dados que não se enquadram apenas no desempenho econômico e social dos municípios, o IPVS leva em conta outros fatores além da renda, como, por exemplo, a escolaridade, estrutura familiar, possibilidades de inserção no mercado de trabalho, acesso a bens e serviços públicos.

A desigualdade, portanto, torna-se mais evidente por meio destes dados. Por exemplo, **o distrito do Grajaú retratou um dos piores índices da cidade em 2010, já que 43% de sua população classificou-se em situação de vulnerabilidade alta⁴ ou muito alta. A porcentagem do Capão Redondo foi de 27.9%. Sob outra perspectiva, o percentual de vulnerabilidade alta e muito alta do distrito do Jardim Paulista foi de 0%. A média do Município de São Paulo ficou em 8.9%.**

É importante enfatizar que, segundo a Fundação Seade, uma das peculiaridades dos níveis de vulnerabilidade alta e vulnerabilidade muito alta é a forte presença de mulheres, crianças e pessoas negras.

Tabela 7. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, 2010

	Capão Redondo		Grajaú		Jardim Paulista	
IPVS (2010)	IPVS alta	IPVS muito alta	IPVS alta	IPVS muito alta	IPVS alta	IPVS muito alta
% da população exposta	12.2	15.7	28.3	14.7	0	0

Fonte: Fundação SEADE. Elaboração tabela: própria.

⁴ Vulnerabilidade alta e muito alta: proporção da população residente em setores censitários com níveis baixos na dimensão socioeconômica, em área urbana de tipo não especial. Seu perfil demográfico caracteriza-se pela forte presença de mulheres responsáveis pelo domicílio e de crianças com até cinco anos (SEADE).

3. Acesso à educação

Nos últimos anos, o Brasil evoluiu no desenvolvimento de políticas públicas que proporcionaram melhores oportunidades aos brasileiros no acesso à educação. De acordo com o Censo Escolar do INEP (Ministério de Educação, 2016), o número de meninas e meninos matriculados é quase simétrico. Contudo, é curioso destacar que, na educação infantil e no ensino fundamental, a porcentagem de meninos se elevou em comparação a de meninas, enquanto que no ensino médio essa porcentagem se inverteu.

Isso se deve muito aos índices de abandono e reprovação escolar, um problema muito frequente entre os adolescentes brasileiros, principalmente no ensino médio, cuja evasão e reprovação são ainda mais vastas que no ensino básico. No que tange ao gênero, predomina-se o abandono e reprovação escolar do sexo masculino no ensino médio. Embora não houvessem sido encontrados dados recentes segregados por sexo nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú, o panorama geral de acesso à educação abaixo corrobora com o exposto acima.

Comparativamente com outros distritos, o Capão Redondo e o Grajaú mostram desigualdades significativas frente ao acesso à educação e ao número de estabelecimentos disponíveis, sobretudo, no ensino médio e profissional. Estes últimos são quase inexistentes nestes distritos. Esta realidade torna a inserção desses jovens no mercado de trabalho ainda mais dificultosa. Segundo o Índice de Desenvolvimento da Educação⁵, alguns dos maiores desafios no Brasil continuam a ser a qualidade da educação, a evasão escolar e o acesso a este direito pelas crianças e adolescentes em situações mais vulneráveis socialmente.

Taxa de frequência líquida a estabelecimentos de ensino

Refere-se à proporção de pessoas de uma determinada faixa etária que frequenta a escola na série adequada, conforme a adequação série-idade do sistema educacional brasileiro, em relação ao total de pessoas da mesma idade. Esta taxa apresentou resultados expressivos para 2010. Conforme já informado neste relatório, levando em consideração a taxa de frequência líquida segundo o sexo, os dados de Infocidade sobre o Município de São Paulo registraram uma presença equivalente entre mulheres e homens no ensino fundamental. Todavia, no ensino médio a preponderância de pessoas é composta pelo sexo feminino.

No que diz respeito à taxa de frequência líquida entre o ensino fundamental e o médio, este último retratou uma taxa de escolarização líquida de 60.6%, que fica bem abaixo do primeiro, cuja taxa foi de 92.6%. Isto é, uma grande proporção de adolescentes não consegue concluir o ensino médio antes dos 18 anos. Isso possivelmente acontece por conta dos meninos serem movidos pela necessidade de trabalhar e há uma desvalorização da educação para os homens nestes contextos, e as meninas pelas

⁵ Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb).

responsabilidades domésticas e a gravidez na adolescência. Estes últimos dados serão ratificados para os distritos de Capão Redondo e Grajaú, com as informações apresentadas a seguir sobre abandono e reprovação escolar.

	% Total	% Mulheres	% Homens
Ensino fundamental (6-14 anos)	92,6%	92,4%	92,8%
Ensino médio (15-17 anos)	60,6%	63,2%	58,0%

Fonte: Infocidade. Elaboração tabela: própria.

Abandono no ensino fundamental e no ensino médio

De acordo com a Rede Nossa São Paulo para 2011, no Capão Redondo e Grajaú, a porcentagem de alunos que abandonaram o ensino fundamental foi semelhante, 1.6% e 1.5% de modo respectivo. Porém, a porcentagem de abandono no ensino médio foi mais elevada nos dois distritos, 6.8% no Capão Redondo e 6.5% no Grajaú. Em contraposição a este cenário, distritos em situação privilegiada, como Alto de Pinheiros, não registraram abandonos no ensino fundamental, e a porcentagem de alunos que abandonaram o ensino médio foi somente de 0.3%.

Distrito	Número total de alunos no ensino fundamental	Número total de alunos que abandonaram o ensino fundamental	% abandono
Capão Redondo	49.797	772	1,6%
Grajaú	65.003	966	1,5%
Alto de Pinheiros	5.470	0	0%

Fonte: Rede Nossa São Paulo. Observatório Cidadão. Elaboração tabela: própria.

Distrito	Número total de alunos no ensino médio	Número total de alunos que abandonaram o ensino médio	% abandono
Capão Redondo	12.602	861	6,8%
Grajaú	17.321	1.132	6,5%
Alto de Pinheiros	1.645	5	0,3%

Fonte: Rede Nossa São Paulo. Observatório Cidadão. Elaboração tabela: própria.

Reprovação no ensino fundamental e médio

Quanto à reprovação escolar, segundo os dados da Rede Nossa São Paulo para 2011, a diferença entre o ensino fundamental e o médio foi mais significativa. Deste modo, nos dois distritos a porcentagem de alunos reprovados aumentou de 6.1% no ensino fundamental, para 20.1% no Capão Redondo e 23.9% no Grajaú no ensino médio. Neste tópico, o distrito de Alto de Pinheiros também apresentou porcentagens mais baixas, 2% de reprovação no ensino fundamental e 12.6% no médio.

Tabela 11. Reprovação no ensino fundamental total, redes públicas e privadas, 2011

Distrito	Número total de alunos no ensino fundamental	Número total de alunos aprovados no ensino fundamental	% Reprovados
Capão Redondo	49.796	3.033	6,1%
Grajaú	65.003	3.956	6,1%
Alto de Pinheiros	5.470	112	2,0%

Fonte: Rede Nossa São Paulo. Observatório Cidadão. Elaboração tabela: própria.

E5gbn

Fonte: Rede Nossa São Paulo. Observatório Cidadão. Elaboração tabela: própria.

Distorção de idade no ensino médio

Pela legislação Brasileira (Lei 9.394/1996), na faixa etária dos 15 aos 17 anos, o jovem deve estar matriculado no ensino médio. O aluno é considerado em situação de distorção ou defasagem idade-série quando a diferença entre a idade do aluno e a idade prevista para a série é de dois anos ou mais. Conforme dados da Rede Nossa São Paulo para 2011, Capão Redondo (24.4%) e Grajaú (26.1%) apresentavam aproximadamente o dobro da porcentagem de alunos com dois ou mais anos de defasagem no ensino médio, em relação a distritos como Alto de Pinheiros (12.9%).

Tabela 13. Alunos com 2 anos ou mais de defasagem em relação à idade ideal no ensino médio, redes públicas e privadas, 2011

Distrito	Número total de alunos no ensino médio total	Total de alunos com 2 anos ou mais de defasagem em relação à idade ideal no ensino médio	% Defasagem
Capão Redondo	12.602	3.073	24,4%
Grajaú	17.321	4.523	26,1%
Alto de Pinheiros	1.645	212	12,9%

Fonte: Rede Nossa São Paulo. Observatório Cidadão. Elaboração tabela: própria.

Estabelecimentos escolares, turmas e matrículas no ensino fundamental, médio e profissional

No que concerne aos estabelecimentos escolares, tanto no Capão Redondo como no Grajaú, a quantidade de estabelecimentos de ensino médio é demasiadamente menor que o número de escolas de ensino fundamental. Dados do Infocidade para 2016 indicaram que o Capão Redondo possui 122 estabelecimentos de ensino fundamental e 25 de ensino médio. Por sua vez, o Grajaú tem 109 locais de ensino fundamental e 35 do médio. Esta tendência relaciona-se diretamente com o número de turmas e matrículas nas duas séries de ensino.

É importante ressaltar que os estabelecimentos escolares nas duas regiões são predominantemente públicos, da rede estadual/federal ou municipal. Pelo contrário, nos distritos como Jardim Paulista os estabelecimentos escolares do ensino fundamental são 100% privados. A classificação dos estudantes inscritos por rede de ensino demonstra uma forte segmentação por distrito: nas regiões mais pobres e vulneráveis a escola pública tem um peso maior, enquanto que nos bairros centrais e tradicionalmente de maior renda a rede privada se sobrepõe.

Tabela 4. Estabelecimentos escolares, turmas e matrículas no ensino fundamental, segundo dependência administrativa, distritos, 2016

Distrito	TOTAL				Estadual/Federal				Municipal				Privada			
	Estabelecimentos	Total Turmas	Matrículas	Matr/Turma	Estabelecimentos	Turmas	Matrículas	Matr/Turma	Estabelecimentos	Turmas	Matrículas	Matr/Turma	Estabelecimentos	Turmas	Matrículas	Matr/Turma
Capão Redondo	122	1.512	43.290	29	33	543	16.185	30	43	572	17.040	30	46	397	10.065	25
Grajaú	109	1.820	54.191	30	64	1250	39.362	31	25	400	11.188	28	20	170	3.641	21
Jardim Paulista	15	179	4.450										15	179	4.450	25

Fonte: Infocidade. Elaboração tabela: própria.

Tabela 5. Estabelecimentos escolares, turmas e matrículas no ensino médio, segundo dependência administrativa, distritos, 2016

Distrito	TOTAL				Estadual/Federal				Municipal				Privada			
	Estabelecimentos	Total Turmas	Matrículas	Matr/Turma	Estabelecimentos	Turmas	Matrículas	Matr/Turma	Estabelecimentos	Turmas	Matrículas	Matr/Turma	Estabelecimentos	Turmas	Matrículas	Matr/Turma
Capão Redondo	25	401	13.839	35	16	336	11.643	35	--	--	--	--	9	65	2.196	34
Grajaú	35	562	19.874	35	29	540	19.360	36	--	--	--	--	6	22	514	23

Fonte: Infocidade. Elaboração tabela: própria.

Os dados apresentados pelo Infocidade para 2016, também evidenciam a quase nula presença de estabelecimentos de educação profissional no Capão Redondo e a inexistência dos mesmos no Grajaú. Além disso, os 2 estabelecimentos de educação profissional no Capão Redondo são privados. Estes dados indicam que os jovens destes distritos não somente têm menos oportunidades de concluir o ensino médio, senão também, de maneira mais drástica, de serem profissionais.

Tabela 6. Total estabelecimentos escolares, turmas e matrículas em educação profissional presencial, segundo dependência administrativa, distritos, 2016

Distrito	Estabelecimentos (Privados)	Total Turmas	Matrículas	Matrículas/Turma
Capão Redondo	2	52	1481	28
Grajaú	0	--	--	--

Fonte: Infocidade. Elaboração tabela: própria.

4. Renda e emprego

A Secretaria Municipal de Promoção da Igualdade Racial (2016) indicou que a renda média domiciliar e as oportunidades de emprego decrescem com o aumento da população negra em cada distrito desta cidade. É preciso considerar também que esta renda é ainda menor para as mulheres. Ratificando o anterior, os dados a seguir indicam que os distritos do Grajaú e do Capão Redondo apresentam uma das menores renda per capita do Município de São Paulo. Igualmente, no âmbito do trabalho, as desigualdades de gênero persistem, já que as mulheres continuam a sofrer desvantagens em comparação aos homens, como, por exemplo, ao acesso a trabalhos formais.

Além disso, serão apresentados dados sobre o número de empregos formais segundo a raça nestes distritos, e sobre o acesso aos programas do governo de transferência direta de renda, que beneficia famílias em situação de pobreza.

Renda

Segundo dados do Seade de 2010, a renda per capita dos habitantes dos distritos elencados abaixo mostra uma desigualdade significativa entre eles, já que no Capão Redondo esta renda não passava de 550,00 reais e no Grajaú não passava de 460,00 reais, os dois distritos caracterizados por uma porcentagem grande de população negra. Comparativamente, no Alto de Pinheiros, com uma participação predominantemente de população branca, esta renda quase chegava aos 4.000,00

reais. No que diz respeito à porcentagem de domicílios particulares com renda per capita até $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ do salário mínimo, a desigualdade se repete. Por exemplo, no Capão Redondo e no Grajaú, a porcentagem de domicílios particulares com renda per capita até $\frac{1}{2}$ salário mínimo foi aproximadamente quatro vezes maior do que o Alto de Pinheiros.

Distrito	Renda per Capita Censo Demográfico (Em reais correntes) Soma do rendimento nominal mensal das pessoas com 10 anos ou mais residentes em domicílios particulares coletivos, dividida pelo total de pessoas residentes nesses domicílios.	Domicílios Particulares com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo Censo Demográfico (Em%)	Domicílios Particulares com Renda per Capita até 1/2 Salário Mínimo Censo Demográfico (Em%)
Capão Redondo	R\$ 541,48	10,1%	25,0%
Grajaú	R\$ 50,70	11,9%	29,9%
Alto de Pinheiros	R\$ 984,34	6,1%	7,2%

Fonte: Fundação SEADE. Elaboração tabela: própria.

Emprego

De acordo com dados do Infocidade de 2014, o número de empregos formais no Capão Redondo (23.855) obteve resultado um pouco maior em relação ao Grajaú (17.284). Estes números são baixos em relação ao número de pessoas que habitam nestes distritos, sendo 381.277 no Grajaú e 288.252 no Capão Redondo. Contudo, o número de empregos formais destes distritos foi significativamente menor que em distritos como o Jardim Paulista (167.645), com número de habitantes de 90.321. Estes dados poderiam indicar uma alta informalidade nos empregos nos dois primeiros distritos e/ou uma baixa oferta de empregos nos mesmos.

Em relação à faixa etária, os dados a seguir mostram que os distritos do Capão Redondo e do Grajaú contam com poucas oportunidades de emprego para sua população, sobretudo para os jovens - ao contrário de distritos como o Alto de Pinheiros.

Distrito	Total	Até 7	18 a 24
Capão Redondo	23.855	342	4.639
Grajaú	17.284	150	3.344
Alto de Pinheiros	658.728	6.244	98.658

Embora não tenham sido encontrados dados sobre trabalho infantil nestes distritos, é importante salientar que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2015, nos últimos anos este tem diminuído. Sem embargo, para este ano, 412.000 mil pessoas de 5 a 13 anos estavam trabalhando, o que é proibido por lei. A porcentagem de meninas foi de 34.5% e de meninos de 65.5%. Destes, 63% eram negros/as.

Segundo o sexo, os dados demonstram uma desigualdade significativa entre homens e mulheres, uma vez que no Capão Redondo a participação delas somente foi de 30% e a dos homens de 60%. No Grajaú, os dados são semelhantes, posto que a participação das mulheres nos empregos formais foi de 38% e a dos homens de 60%. Esta desigualdade é persistente em distritos como o Jardim Paulista.

Neste contexto, é ponderoso destacar que a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE 2015), também indicou em 2015 que o rendimento médio mensal das mulheres de 15 ou mais anos no Brasil foi de 1.567,00 reais, enquanto o dos homens foi de 2.058,00 reais.

Distrito	Total	Homens	Mulheres
Capão Redondo	23.855	14.396	9.459
Grajaú	17.284	10.428	6.856
Jardim Paulista	167.645	85.251	82.394

Fonte: infocidade. Elaboração tabela: própria.

Sobre os empregos formais segundo raça, de acordo com os dados da Infocidade para 2014, cerca de 50% das pessoas que participavam destes eram brancas, - 52% no Capão Redondo e 46% no Grajaú. No tocante à participação das pessoas negras nos empregos formais, as porcentagens se aproximam a 45% nos dois distritos. A participação de pessoas identificadas como amarelas ou indígenas não atinge a 1%. Pelo contrário, dados sobre o Jardim Paulista revelam uma preponderância da raça branca sobre as demais no número de pessoas com empregos formais.

Distrito	MSP	Branca	Parda	Preta	Amarela	Indígena	Não Identificado	Ignorado
Capão Redondo	23.855	12.397	8.276	1.605	71	43	1.463	0
Grajaú	17.284	7.862	7.168	886	65	54	1.249	0
Jardim Paulista	167.645	106.499	30.320	7.135	2.905	260	19.765	761

Fonte: infocidade. Elaboração tabela: própria.

Programas do Governo de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza

O Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único-Cadúnico) é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda. Nesta esfera, segundo os dados da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social da Prefeitura de São Paulo⁶, para janeiro de 2017, 38.528 famílias do Capão Redondo e 53.921 do Grajaú estavam registradas no Cadúnico. Destas famílias, 39% eram beneficiárias do Programa Bolsa Família⁷ no Capão Redondo e 42% no Grajaú. No que diz respeito aos programas Renda Cidadã⁸ e Renda mínima⁹, somente 0.7% das famílias eram beneficiárias em Capão Redondo e 3.1% delas no Grajaú.

⁶ Observatório Social, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, Prefeitura de São Paulo.

⁷ O Programa Bolsa Família é um programa de transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza extrema. É um programa do Governo Federal.

⁸ O Programa Renda Cidadã é um programa de transferência de renda do Governo do Estado de São Paulo.

⁹ Programa de Garantia de Renda Mínima Municipal no Município de São Paulo.

Em relação ao número de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, do Governo Federal, entre 2014 e 2017, os dados mostram um pequeno aumento dos números apresentados. De outro modo, houve uma diminuição significativa no número de famílias beneficiadas pelos programas Renda Cidadã e Renda Mínima, os quais são dos Governos do Estado de São Paulo e do Município de São Paulo respectivamente.

Embora não tenham sido encontrados dados separados por sexo sobre o acesso a estes programas, de acordo com o Plano Brasil sem Miséria¹⁰, das famílias atendidas pelo Programa Bolsa Família, quase 93% eram chefiadas por mulheres.

Tabela 2.1. Número de famílias beneficiárias programas

Distrito	2014			2017					
	Bolsa Família	Renda Cidadã	Renda Mínima	Bolsa Família	Mudança	Renda Cidadã	Mudança	Renda Mínima	Mudança
Capão Redondo	13.488	398	589	14.990	11,1%	77	-80,7%	193	-67,2%
Grajaú	15.190	294	2.045	22.701	49,4%	77	-73,8%	1.601	-21,7%

Fonte: Observatório Social, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, Prefeitura de São Paulo

5. Habitação e serviços

Em relação à habitação e serviços, não foram encontrados dados desagregados por sexo ou raça/cor, mas apresentamos a seguir dados que mostram que os distritos do Capão Redondo e do Grajaú contam com um significativo número de favelas. Identificamos também que, em 2010, o número de domicílios sem rede de esgoto era consideravelmente elevado, sobretudo no Grajaú. Outro ponto de relevância encontra-se no insuficiente número de equipamentos culturais e esportivos nestes distritos, os quais são essenciais para o desenvolvimento de crianças e adolescentes.

De acordo com o IBGE, os habitantes das favelas enfrentam problemas de moradia, saneamento básico, segurança e disponibilidade de equipamentos públicos. Do mesmo modo, como foi indicado acima, contam com índices de vulnerabilidade alta, os quais são caracterizados pela forte presença de mulheres responsáveis pelo domicílio e crianças.

Outro aspecto, não menos importante, refere-se aos domicílios em área rural, caracterizados por condições ainda mais precárias. Neste ponto, o distrito do Grajaú se encontra em maior vulnerabilidade social por ainda possuir um vasto território de residências em área rural, enfrentando, portanto, maiores dificuldades no acesso à infraestrutura urbana.

Distribuição de favelas

Conforme os dados da Rede Nossa São Paulo para 2016, o Capão Redondo é o segundo distrito com o maior número de favelas (96) e maior número de domicílios em favelas (25.542) entre os 96 distritos

¹⁰ Plano Brasil sem Miséria (2015). Caderno de Resultados 2011/2014.

do município de São Paulo, depois da Vila Andrade. Ou seja, 31.5% de domicílios do Capão Redondo estão localizados em Favelas. O Grajaú, por sua vez, ocupa o posto 14, com 75 favelas e 17.778 domicílios em favelas, isto é, 17.2% dos domicílios deste distrito. Contrariamente, Alto de Pinheiros não conta com domicílios em favelas.

Tabela 22. Distribuição de Favelas, Município de São Paulo, Distritos Municipais 2016

Distrito	Número de Favelas	% de total Favelas MSP
Capão Redondo	96	5,65%
Grajaú	75	4,42%
Alto de Pinheiros	0	0

Fonte: Infocidade. Elaboração tabela: própria.

Tabela 23. Estimativa de Domicílios em Favelas Município de São Paulo, Prefeituras Regionais e Distritos Municipais 2016

Distrito	Número total de domicílios (Censo 2010)	Número total de domicílios em Favelas	% Domicílios em Favelas
Capão Redondo	81.033	25.542	31,5%
Grajaú	103.074	17.778	17,2%
Alto de Pinheiros	15.408	0	0,0%

Fonte: Infocidade. Elaboração tabela: própria.

Distribuição de domicílios em áreas urbana e rural

Quanto aos domicílios em área urbana, segundo o Celno da Secretaria Municipal de Saúde para 2010, no Capão Redondo e no Grajaú estes predominavam. No que se refere aos domicílios em área rural, o Grajaú diferenciava-se do Capão Redondo, já que o número destes no primeiro distrito era 0 e no Grajaú era de 4.115.

Tabela 24. Distribuição de Domicílios em Área Urbana e Rural, 2010

Distrito	Domicílios Área Urbana	Domicílios Área Rural	% Domicílios Rurais
Capão Redondo	81.051	0	0,0%
Grajaú	98.928	4.115	4,2%

Fonte: Celno - Coordenação de Epidemiologia e Informação

Rede de esgoto

As condições de serviços de saneamento básico, como sistemas adequados de canalização dos dejetos sanitários, são indicadores de qualidade de vida, saúde pública e evitam a contaminação e transmissão de doenças, além de preservar o meio ambiente. **Dados da Rede Nossa São Paulo para 2010 indicavam que 27.5% de domicílios do Grajaú e 12.5% do Capão Redondo não possuíam rede de tratamento de esgoto. De maneira oposta, no Alto de Pinheiros somente 0.1% de domicílios não contavam com este serviço.**

Tabela 25. Rede de Esgoto, 2010

Distrito	Número total de domicílios (Censo 2010)	Número de domicílios sem ligação de rede de esgoto	% de domicílios sem ligação de rede de esgoto
Capão Redondo	81.033	10.120	12,5%
Grajaú	103.074	28.308	27,5%
Alto de Pinheiros	15.408	15	0,1%

Fonte: Rede Nossa São Paulo. Observatório Cidadão. Elaboração tabela: própria.

6. Centros culturais e esportivos

O acesso dos adolescentes a espaços culturais e esportivos nos distritos de interesse é quase inexistente, já que, segundo os dados da Rede Nossa São Paulo, o Capão Redondo não conta com centros culturais e o Grajaú possui apenas o Centro Cultural Municipal Grajaú. O Serviço Social de Comércio (SESC) Campo Limpo e o Interlagos são os espaços de referência de atividades culturais nestes distritos. Além disto, o Capão Redondo conta com uma Fábrica de Cultura, que é pertencente ao Governo do Estado de São Paulo e gerido por uma Organização Social de Cultura. Comparativamente, Pinheiros possui 14 locais deste tipo.

No que concerne aos equipamentos esportivos, estes são mais numerosos. Porém, tanto no Capão Redondo como no Grajaú, houve uma diminuição no número de equipamentos de esporte de 2012 a 2016, o que vai de encontro ao de Alto de Pinheiros que permaneceu estável.

Tabela 26. Equipamentos de Esportes, Lazer e Recreação, Município de São Paulo, Distritos Municipais, 2016

Distrito	Total 2012	Total 2016
Capão Redondo	12	6
Grajaú	15	12
Pinheiros	14	14

Fonte: Fonte: infocidade. Elaboração tabela: própria.

Segue a lista dos equipamentos de esporte e lazer mapeados nesta pesquisa:

Clubes da Comunidade dos CEUs Centros Educacionais Unificados da Cidade de São Paulo e Clubes da Comunidade – CD, Capão Redondo:

- CEU Capão Redondo: Rua Daniel Gra, Capão Redondo
- CEU Cantos do Amanhecer: Avenida Cantos do Amanhecer, Jardim Eledy
- CEU Feitiço Da Vila: Rua Feitiço da Vila, 399, Chácara Santa Maria
- CDC Paulo Raimundo: Rua Matteo Reverti
- CDC Parque Fernanda: Rua Raul Borges
- CDC Primeiro de Maio: Rua Tajal

Clubes da Comunidade dos CEUs Centros Educacionais Unificados da Cidade de São Paulo e Clubes da Comunidade – CD, Grajaú

- CE-CEU/FASE II CDC Jardim Petronita: Rua João Amos Comenius 1673 / Av. Antônio Carlos Benjamim dos Santos, 1675 – Grajaú
- CEU Três Lagos: Estrada do Barro Branco, Jardim Três Corações
- CDC Chácara Santo Amaro: Rua Rogério Bento Mendes, 1000
- CDC Jardim Mirna: Rua Jandira Nogueira Martins, 165
- CDC Jardim Eliana: Rua Antônio Lopes Medeiros, 66
- CDC Brigadeiro Faria Lima:
- CDC Jardim São Bernardo: Rua Doutor Armando Fajardo, 20
- CDC Jardim Castro Alves: Rua Domingos Rinaldelli, 1707

- CDC Parque América: Av. Rosália Iannini Conde, 272
- CDC Tancredo Neves: Rua Rosália Grisi Sandoval
- CDC Sebastião Zillig: Pça. José Belo Resende

III. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS, FATORES DE RISCO E SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES NOS DISTRITOS DO CAPÃO REDONDO E DO GRAJAÚ

Neste capítulo, serão apresentados os conceitos teóricos das principais Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e dos seus fatores de risco, assim como sobre saúde sexual e saúde reprodutiva. Para cada um dos tópicos, serão expostos os dados estatísticos referentes aos distritos do Capão Redondo e do Grajaú, separados por idade, sexo e raça/cor. Desta forma, também serão indicados os principais marcos legais nacionais e locais para cada assunto abordado.

1. Doenças Crônicas não Transmissíveis

De acordo com o Ministério da Saúde Brasileiro (2014), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são doenças multifatoriais, isto é, causadas por uma combinação de fatores ambientais e/ou mutações em genes múltiplos, que se desenvolvem no decorrer da vida sendo de longa duração. Muitos dos comportamentos de risco e condições modificáveis que ocasionam ou agravam o quadro de uma DCNT se iniciam ou são reforçadas durante a adolescência: tabagismo, uso nocivo de álcool e outras drogas, sedentarismo, dieta não saudável e a prevalência de sobrepeso.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) informou que as DCNT são um grave problema de saúde pública ocasionando mais de 73% de mortes no Brasil. As doenças cardiovasculares e respiratórias, a diabetes e o câncer são as quatro DCNT mais frequentes e com maior impacto, assim como as que acarretam um aumento na demanda dos serviços de saúde pública e de investimentos contínuos para os respectivos tratamentos.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2016), os desfechos negativos de saúde para pessoas que vivem com DCNT em países de renda média e baixa como o Brasil, são principalmente um reflexo da pobreza e de sistemas de saúde não suficientemente financiados.

O ônus é maior às famílias com renda inferiores como as do Capão Redondo e do Grajaú. As pessoas em vulnerabilidade social sofrem uma exposição desproporcional aos fatores de risco e têm menos recursos para o tratamento das doenças. Além da pobreza, fatores como a baixa escolaridade, a desigualdade no acesso à informação, aspectos culturais e de gênero contribuem para que essas pessoas sejam mais afetadas pelas doenças.

Segundo o documento “doenças não transmissíveis e gênero”, da Organização Pan-Americana da Saúde, as mulheres e os homens estão expostos em distintos níveis aos fatores de risco das DCNT. Por exemplo, as mulheres sofrem notadamente mais de obesidade que os homens, já que socialmente têm menos oportunidades para prática de atividades físicas. Por outro lado, o consumo de tabaco é associado a comportamentos masculinos tradicionais, acarretando aos homens um maior número de mortes por câncer de pulmão. Estes fatos serão confirmados com as estatísticas apresentadas abaixo.

Além disso, este documento enfatiza que o maior número de pobres no mundo são mulheres, tendo como consequência menos recursos para tratar-se destas doenças. Este último dado coincide com os dados apresentados sobre renda separados por sexo no capítulo I.

Doenças

Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares caracterizam-se por serem enfermidades do coração e dos vasos sanguíneos, e podem ser classificadas em:

- Doença coronária – enfermidade dos vasos sanguíneos que irrigam o músculo cardíaco;
- Doença cerebrovascular – enfermidade dos vasos sanguíneos que irrigam o cérebro;
- Doença arterial periférica – enfermidade dos vasos sanguíneos que irrigam os membros superiores e inferiores;
- Doença cardíaca reumática – danos no músculo do coração e válvulas cardíacas devido à febre reumática, causada por bactérias estreptocócicas;
- Cardiopatía congênita – malformações na estrutura do coração existentes desde o momento do nascimento;
- Trombose venosa profunda e embolia pulmonar – coágulos sanguíneos nas veias das pernas, que podem se desalojar e se mover para o coração e pulmões (PAHO, 2016).

Infartos e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) são ocorrências causadas, predominantemente, por um bloqueio que impede o sangue de fluir para o coração ou para o cérebro (Dutra, 2006). As causas desses eventos, em geral, são o acúmulo de depósitos de gordura nas paredes dos vasos sanguíneos os quais percorrem os respectivos órgãos e as hemorragias dos vasos sanguíneos do cérebro, no caso dos AVCs. Porém, tanto o infarto quanto o AVC acontecem a partir de uma série de fatores de risco combinados como: alimentação inadequada, tabagismo, sedentarismo, obesidade e doenças pré-existentes como diabetes, hiperlipidemia (colesterol elevado) e hipertensão.

Quanto aos adolescentes, esse segmento populacional também é acometido por doenças do sistema circulatório, mas em menor proporção. No entanto, o número de adolescentes portadores de enfermidades do aparelho circulatório também tem crescido acentuadamente e, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2012), esse resultado é devido à má-alimentação, ao sedentarismo e consumo de tabaco, álcool e outras drogas.

No Brasil, o número de óbitos e problemas de saúde por doenças cardiovasculares aumentou nos últimos anos. Aproximadamente 300 mil pessoas sofrem infartos todos os anos - em 30% dos casos, o ataque cardíaco é fatal (Governo do Brasil, 2017). No Município de São Paulo, o número total de óbitos por doenças do aparelho circulatório foi 23.614 em 2015, de acordo com a Rede Nossa São Paulo.

No que tange os distritos do Capão Redondo e do Grajaú, o número de óbitos por doenças do aparelho circulatório foi de 411 e 567 respectivamente. Em relação à faixa etária, quanto mais elevada é a idade, maior é também o número de óbitos, abrangendo mais indivíduos do sexo masculino. Também houve uma maior incidência de mortes em pessoas brancas, seguida pelas pardas

e pretas. Quanto aos adolescentes, os dados mostram que o número de mortes foi significativamente menor e que a faixa etária mais atingida foi de jovens entre 15 e 19 anos, do sexo masculino.

Neste tópico, a porcentagem de óbitos por 10.000 habitantes destes distritos (entre 16 e 17) foi menor do que distritos como o Alto de Pinheiros (27.08) e Jardim Paulista (22.29). Estes dados podem ser o resultado da subnotificação e de um menor acesso à saúde dos habitantes dos distritos do Capão Redondo e do Grajaú. Também poderia se relacionar com **a diferença significativa na idade média ao morrer destes distritos, já que esta é de: 59 anos, no Capão Redondo; 58 anos, no Grajaú; e 78 anos, em distritos como o Alto de Pinheiros.** As idades com maior número de óbitos encontram-se entre os 60 e 85 anos.

Sexo	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80-84a	85 e mais	Total
TOTAL	2	5	7	1	7	11	14	22	30	22	48	47	58	45	40	52	411
Masculino	1	3	6	1	6	7	8	13	18	14	26	24	36	18	16	17	214
Feminino	1	2	1	-	1	4	6	9	12	8	22	23	22	27	24	35	197

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Raça/Cor	Total
TOTAL	411
Branca	227
Preta	38
Parda	141
Não informado	5

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Sexo	1-4a	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80-84a	85 e mais	Total
TOTAL	1	1	14	12	7	9	16	22	29	44	54	53	62	68	63	52	60	567
Masculino	-	1	10	10	3	6	11	14	23	27	29	37	33	44	32	15	14	309
Feminino	1	-	4	2	4	3	5	8	6	17	25	16	29	24	31	37	46	258

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Raça/Cor	Total
TOTAL	567
Branca	296
Preta	47
Amarela	2
Parda	220
Não informado	2

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Hipertensão

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônica mais dominante na população adulta e idosa. É uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, frequentemente associada a alterações funcionais ou estruturais de órgãos como o coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos e retinas, causando ainda distúrbios metabólicos, com aumento no risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública na atualidade (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016)¹¹.

Embora não tenham sido encontrados dados sobre os distritos de interesse, o Boletim ISA Capital da Secretaria da Saúde (2015) oferece um panorama geral para o Município de São Paulo (MSP) sobre a hipertensão. Assim, segundo este documento, a prevalência da HAS é crescente conforme aumento da idade em São Paulo, atingindo mais às mulheres. Quanto à escolaridade, a incidência de HAS é relativamente maior entre as pessoas com baixa escolaridade.

Em relação aos adolescentes de 12 a 19 anos o índice é menor (0,30), mas nos jovens de 20 a 29 há uma elevação de até 3,9 nos homens e 5,1 nas mulheres. Os fatores de risco que causam esta doença podem ser associados na adolescência à alimentação com elevado consumo de sal, sedentarismo, abuso do álcool, tabagismo, obesidade e o uso de drogas ilícitas.

Diabetes

No que diz respeito ao diabetes, segundo os estudos mais recentes, o principal fator de risco é a obesidade que está diretamente relacionada a maus hábitos alimentares e ao sedentarismo. O consumo desmedido de alimentos hipercalóricos e pouco nutritivos e as bebidas com alto nível de açúcar favorecem o excesso de peso. Diabetes mellitus (DM) é um problema de saúde pública em ascensão no mundo, no Brasil e conseguinte na cidade de São Paulo. Apesar de não haver dados sobre diabetes para os distritos do Capão Redondo e do Grajaú, o Boletim ISA Capital da Secretaria da Saúde (2015) dispõe de um panorama geral para o Município de São Paulo (MSP).

Segundo este boletim, em 2015 a predominância de diabetes foi estimada em 7,4% entre os residentes no MSP com 18 anos e maior de idade. Assim como as demais doenças já elucidadas neste documento, além dos maus hábitos alimentares e sedentarismo, a população inserida em condições desiguais e vulneráveis socialmente são mais propensas a sofrerem de diabetes como as mulheres, idosos, e pessoas em situação de vulnerabilidade social e de baixa renda. Cabe destacar ainda que, a elevação da sua prevalência associa-se ao envelhecimento populacional. (Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, 2015).

¹¹ Este inquérito investigou a situação da saúde da população residente em área urbana, em domicílios particulares permanentes, no Município de São Paulo (MSP), considerando os seguintes domínios demográficos: adolescentes (12 a 19 anos), homens adultos (20 a 59 anos), mulheres adultas (20 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais). Foi utilizada amostra do tipo “complexa” e os 4.043 entrevistados, por meio do peso da ponderação, representam um contingente com características semelhantes de 9.349.890 pessoas.

Obesidade

Ao contrário das doenças anteriores, a obesidade atinge todas as faixas etárias. Definida pela OMS (2000) como uma doença complexa, crônica e grave, a obesidade se caracteriza pelo acúmulo de gordura no corpo. No Brasil, entre 2006 e 2016, houve um crescimento de 7,1% no índice de indivíduos obesos e uma em cada cinco pessoas está acima do peso (Portal Brasil, 2017). O relatório da OMS (PAHO, 2016) informou que mais de 16 milhões de brasileiros adultos padecem de diabetes, matando 72 mil pessoas ao ano.

Dados do Ministério da Saúde (2014), informaram uma demasiada transformação nos hábitos alimentares brasileiros nos últimos 40 anos. Esse dado teve seu aumento por causa da excessiva produção de alimentos industrializados e ultraprocessados em detrimento de alimentos mais saudáveis e nutritivos.

O crescente consumo daqueles alimentos está associado ao estilo de vida das pessoas numa sociedade que exige cada vez mais velocidade nas atividades diárias. Com isso, comidas industrializadas ou carentes de nutrição se tornaram mais práticas de serem ingeridas pela população. Contudo, outro fator determinante para esse segmento é o custo de tais alimentos, pois geralmente apresentam um valor muito mais acessível acarretando, assim, um maior consumo por parte de pessoas de baixa renda.

No caso de adolescentes, a questão alimentar é de suma importância já que estão em fase de desenvolvimento. Por esta razão, são considerados indivíduos de alto risco em relação as demais faixas etárias no que tange à alimentação.

Associadas a estes aspectos ocorrem transformações psicológicas e sociais, com aumento da independência, influenciados pelo ambiente e grupo social, incluindo escolhas de estilo de vida diferenciadas em relação aos familiares. Os riscos emocionais dos adolescentes com excesso de peso podem ser significantes e potencialmente severos. Numa sociedade onde é valorizada a magreza, os jovens obesos são frequentemente discriminados, ridicularizados e vitimizados, tendo como possíveis consequências: imagem corporal negativa ao longo da vida e baixa autoestima, depressão, isolamento, ansiedade, envolvimento em comportamentos de alto risco, como consumo de tabaco e álcool ou atividade sexual precoce, menos anos de educação e maior taxa de pobreza (ALTON, 2005).

Embora não tenham sido encontrados dados sobre os distritos de interesse, o Boletim ISA Capital da Secretaria da Saúde (2015) apresenta dados sobre a obesidade para o Município de São Paulo (MSP). Segundo este documento, a análise do estado nutricional dos adolescentes (12 a 19 anos) revelou que 1,9% desta população apresenta baixo peso/magreza, 19,5% sobrepeso e 9,4% obesidade. Em relação ao gênero, meninas têm mais tendências a possuir obesidade.

Como será apresentado abaixo neste capítulo, uma das razões para isso é que as meninas praticam menos atividades físicas e esportes, como indicado pela Pesquisa Nacional de saúde Escolar PENSE (2015). Outro ponto relevante é a insatisfação em relação ao peso atual, sendo maior entre os

obesos, se comparados às demais categorias do estado nutricional. Ressalta-se, entretanto, que este padrão também é observado em 37,9% daqueles com *estado nutricional adequado* (Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, 2015a).

Doenças respiratórias

As doenças respiratórias crônicas (DRC) são enfermidades tanto das vias aéreas superiores como das inferiores¹². As DRC mais comuns são a asma, a rinite alérgica e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Segundo o Ministério da Saúde, de modo geral, os fatores de risco para as DRC já são identificados podendo o indivíduo se prevenir em relação a elas. Agentes alérgenos¹³, a poluição ambiental e o tabagismo são fatores de risco preveníveis. No caso da DPOC, além dos citados, a poluição domiciliar (fumaça de lenha, querosene), desnutrição na infância, deficiências genéticas (menos de 1% dos casos) são outros fatores de risco. A OMS observa um aumento da DRC, principalmente, entre crianças e idosos.

Em São Paulo, o número de óbitos por doenças do aparelho respiratório foi 10.285 em 2015, de acordo com a Rede Nossa São Paulo. No que concerne aos distritos do Capão Redondo e do Grajaú, o número de óbitos foi de 157 e 212 respectivamente. Em relação à faixa etária e ao sexo, nos dois distritos o número de óbitos cresceu expressivamente conforme o avanço da idade, sendo mais frequente em homens. Também houve uma maior incidência de mortes em pessoas brancas, seguida pelas pardas e pretas. Quanto aos adolescentes, os dados revelam que o número de mortes foi significativamente menor e que a faixa etária mais atingida foi de jovens entre 15 e 19 anos.

Neste tópico, a porcentagem de óbitos por 10.000 habitantes destes distritos (entre 6 e 7) foi menor do que distritos como o Jardim Paulista (9.25). Este fato também poderia se relacionar com uma subnotificação e com a diferença significativa na idade média ao morrer destes distritos, já que esta é de: 59 anos, no Capão Redondo; 58 anos, no Grajaú; e 78 anos, em distritos como o Jardim Paulista. As idades com maior número de óbitos encontram-se entre os 60 e 75 anos.

Tabela 5. Óbitos por Doenças do aparelho respiratório por Faixa Etária até 85 anos e Segundo Sexo. Capão Redondo, 2015

Sexo	0-4a	5-9a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60-64a	65-69a	70-74a	75 e mais	Total
TOTAL	1	1	7	2	1	3	3	2	9	4	12	14	14	13	71	157
Masculino	1	1	4	1	1	2	2	2	7	2	9	8	9	8	26	83
Feminino	-	-	3	1	-	1	1	-	2	2	3	6	5	5	45	74

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

¹² As vias aéreas superiores são formadas pelas: fossas nasais, faringe e laringe. As vias aéreas inferiores são formadas pela: traqueia, brônquios, bronquíolos e alvéolos. Os três últimos localizados nos pulmões.

¹³ Os agentes alérgenos mais comuns são: poeira, ácaros, fungos, pólen, mofo, medicamentos, cosméticos, animais de estimação, entre outros.

Tabela 6. Óbitos Residentes por Doenças do Aparelho Respiratório Segundo Raça/Cor. Capão Redondo, 2015

Raça/Cor	Total
TOTAL	157
Branca	76
Preta	12
Amarela	1
Parda	64
Não informado	4

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 7. Óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório por Idade e Sexo. Grajaú, 2015

Sexo	<1a	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80-84a	85+	Total
TOTAL	5	4	2	1	6	3	3	5	6	6	12	7	13	18	22	24	26	21	28	212
Masculino	2	3	-	-	2	3	3	5	2	4	8	5	6	12	12	12	12	7	13	111
Feminino	3	1	2	1	4	-	-	-	4	2	4	2	7	6	10	12	14	14	15	101

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 8. Óbitos por Doenças do Aparelho Respiratório por Segundo Raça/Cor. Grajaú, 2015

Raça/Cor	Total
TOTAL	212
Branca	105
Preta	17
Amarela	6
Parda	84

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Neoplasias

O câncer pode ser definido como um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais para além dos limites habituais, que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. O câncer pode ser benigno e maligno. No primeiro caso, trata-se apenas de um crescimento desordenado de células que raramente constitui um risco de vida. Já o câncer maligno é uma proliferação de células que tendem a ser muito agressivas e determinam a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas.

Entre os homens, o câncer de pulmão, próstata, colorretal, estomacal e hepático são os tipos mais comuns; já entre as mulheres estão os cânceres mamários, colorretais, cervix e estomacais.

Segundo o Atlas de Mortalidade por Câncer do Brasil, 80% a 90% dos cânceres estão relacionados ao ambiente, como o caso da exposição excessiva ao sol que provoca câncer de pele, o consumo de cigarro ou a permanência em locais de fumantes que podem vir a causar câncer de pulmão e alguns tipos de vírus que resultam em leucemia, entre outros. O tabagismo, o consumo de álcool e outras drogas, uma dieta não saudável, certos medicamentos, a radiação solar são alguns dos fatores de risco para o câncer.

De acordo com o Atlas, em 2014, no Brasil, 199.134 pessoas tiveram óbito em decorrência de neoplasias, sendo que 53,15% do total eram do sexo masculino, com predominância de câncer nos brônquios e pulmões. As mulheres, por sua vez, morreram em decorrência de câncer de mama e brônquios e pulmões (10.272).

Em São Paulo, o número total de óbitos por neoplasias foi 15.201 em 2015, de acordo com a Rede Nossa São Paulo. No território do Capão Redondo e do Grajaú, o número de óbitos foi de 234 e 316 respectivamente. Em relação à faixa etária, nos dois distritos o número de óbitos progrediu conjuntamente a idades mais elevadas. No que concerne ao gênero, não houve diferenças impactantes. Desde uma perspectiva de raça/cor, a incidência de mortes de pessoas brancas superou, seguida pelas pardas e pretas. No que diz respeito aos adolescentes, os dados relatam que o número de mortes foi notadamente menor.

Tabela 9. Óbitos por Neoplasias (tumores) por Faixa Etária até 35 anos Segundo Sexo. Capão Redondo. Neoplasia. 2015

Sexo	1-4a	5-9a	10-14a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80-84a	85 e mais	Total
TOTAL	1	3	1	5	3	5	5	12	8	18	33	37	25	31	19	15	13	234
<i>Masculino</i>	1	1	-	4	1	3	2	4	4	7	12	14	11	18	12	7	4	105
<i>Feminino</i>	-	2	1	1	2	2	3	8	4	11	21	23	14	13	7	8	9	129

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 10. Óbitos por Neoplasias (tumores) Segundo Raça/Cor. Capão Redondo. 2015

Raça/Cor	Total
TOTAL	234
<i>Branca</i>	128
<i>Preta</i>	20
<i>Amarela</i>	1
<i>Parda</i>	77
<i>Não informado</i>	8

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 11. Óbitos por Neoplasias (tumores) por Faixa Etária até 85 anos segundo Sexo. Grajaú, 2015

Sexo	1-4a	5-9a	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	60-64a	65-69a	70-74a	75-79a	80-84a	85 e mais	Total
TOTAL	2	1	3	3	2	3	7	5	18	20	30	38	36	36	44	39	14	15	316
Masculino	1	-	2	2	2	1	2	-	5	12	19	18	16	23	23	22	7	5	160
Feminino	1	1	1	1	-	2	5	5	13	8	11	20	20	13	21	17	7	10	156

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 12. Óbitos por Neoplasias (tumores) segundo Raça/Cor. Grajaú, 2015

Raça/Cor	Total
TOTAL	316
Branca	163
Preta	32
Amarela	2
Parda	116
Não informado	3

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

No Estado Brasileiro, o câncer de colo de útero é o terceiro mais constante na população feminina e a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres de mais de 30 anos. Este tipo de câncer é facilmente detectável por meio de exame preventivo (Papanicolau) e curável em quase a totalidade dos casos, quando constatado oportunamente. O Boletim ISA Capital da Secretaria da Saúde (2015) informou que a primazia de mulheres, na faixa etária de 25 a 64 anos, que realizaram Papanicolau nos últimos três anos no inquérito realizado em 2015 estava acima de 80%, no Município de São Paulo.

O *papiloma vírus humano* (HPV¹⁴) é um dos principais fatores de risco para a incidência de câncer de colo do útero e de ânus. As infecções causadas pelo vírus acometem pessoas de ambos os sexos e de todas as faixas etárias, tendo a via sexual como principal forma de transmissão. Estudos mais recentes salientam que o HPV é capaz de ser transmitido durante o parto, pela mãe quando portadora do vírus.

Sem pormenorizar, a infecção pelo HPV ocasiona verrugas de diversos tamanhos. Essas verrugas são denominadas condiloma acuminado e são comumente encontradas na cabeça do pênis e na região do ânus nos homens, e na vagina, vulva, região do ânus e colo do útero nas mulheres. As feridas também podem surgir na região da boca e da garganta, em ambos os sexos.

Conforme dados preliminares divulgados em novembro de 2017 pelo Ministério da Saúde, no Brasil, 54,6% de um total de 2669 pessoas, na faixa etária entre 16 e 25 anos, apresentaram resultado positivo para o HPV e 38,4% possuem alto risco para o desenvolvimento de câncer (UNFPA, 2017). Essas informações vão ao encontro do que Nadal (2006) menciona em seu estudo: a infecção pelo

¹⁴ Sigla em inglês para Human Papiloma Vírus.

HPV é mais comum entre pessoas jovens e sexualmente ativas, sendo tão predominante que 75 a 80% da população será infectada durante a vida.

Por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (2015) constatamos que a vacinação contra o Papiloma vírus Humano (HPV)¹⁵ teve início em 2014 com a inclusão, no calendário básico de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS), da respectiva vacina. Esta tem por objetivo reduzir prevalências de câncer do colo do útero, entre outros, sendo o público-alvo as meninas de 9 a 13 anos. **Esta pesquisa revelou que quando questionados em relação ao conhecimento sobre a campanha de vacinação contra o HPV, 88% dos alunos brasileiros do nono ano afirmaram conhecê-la; já o recebimento da vacina foi referido por pouco mais de 74,2% de alunos brasileiros do sexo feminino.**

Fatores de risco

Dieta não saudável e sedentarismo

Como já enfatizado neste documento, a alimentação não saudável e o sedentarismo são fatores de risco para diversos problemas de saúde. De acordo com a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (2016), o aumento de peso e conseqüentemente das DCNT está fortemente associado à crescente substituição de alimentos in natura ou minimamente processados (água, leite, frutas, feijão, arroz, hortaliças, carne, etc.) por refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, macarrão instantâneo, salsichas, comidas congeladas, sobremesas industrializadas e uma infinidade de alimentos processados e ultra processados, com maior densidade energética e baixo valor nutricional.

Ainda não foram encontrados dados para os distritos do Capão Redondo e Grajaú, a Pesquisa Vigitel (2017), a Pesquisa Nacional de Saúde escolar (PENSE) (2015) e o Estudo Brasileiro de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) mostram alguns dados nacionais sobre este tópico nos adolescentes:

- 45% dos adolescentes de 12 a 17 anos consomem refrigerantes com regularidade.
- Hortaliças não estão entre os 20 alimentos mais consumidos por os adolescentes.
- Houve queda no consumo regular de feijão: de 67,2% em 2012 para 61,3%.
- O consumo de ultraprocessados salgados aumentou nesta população.
- Houve diminuição de atividades físicas entre os jovens.

Referente ao sedentarismo, a Pesquisa Nacional de Saúde escolar (PENSE) (2015) observou que a prática regular de atividade física desde a infância e adolescência está associada a benefícios físicos e psicológicos a curto e longo prazo. Do mesmo modo, indicou que além de proporcionarem benefícios à saúde cardiorrespiratória, as atuais recomendações internacionais sobre exercícios físicos sugerem que os adolescentes pratiquem 60 minutos ou mais por dia de atividades físicas. Não foram encontradas informações sobre este assunto para os distritos do Capão Redondo e Grajaú. Contudo,

¹⁵ De acordo com o INCA, as vacinas são preventivas e não terapêuticas, ou seja, podem evitar a infecção pelos tipos de HPV nela contidos, mas não há eficácia contra lesões ou infecções já existentes.

através da PENSE (2015) foi possível identificar que, em âmbito nacional, os alunos do ensino fundamental:

- Na maioria (72,8%) estão em escolas onde há quadra de esporte. Na rede pública esse percentual é de 69,2%, enquanto na rede privada esse percentual é de 94,1%
- 34,4% deles eram ativos, ou acumularam 300 minutos ou mais de atividade física, nos últimos sete dias, antes da pesquisa. A maioria dos adolescentes, 60,8%, foi classificada como insuficientemente ativa e 4,8%, como inativa (Tabela de Resultados 1.1.11.3). Houve importante diferença no indicador entre os alunos por sexo. Enquanto quase 44,0% dos meninos informaram praticar 300 minutos ou mais de atividade física semanal, para as meninas esse percentual foi pouco superior a 25,0%.
- O hábito de assistir mais de duas horas de televisão, num dia de semana, foi referido por aproximadamente 60,0% dos alunos. O hábito é mais comum entre as meninas (61,3%) do que entre os meninos (58,1%). Também é relativamente mais frequente entre os alunos de escolas públicas (61,2%) quando comparados aos da rede privada (51,5%) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, Ministério de Saúde, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2015).

Transtornos Mentais

Outra população de interesse para as DCNT é o grupo de pessoas afetadas por transtornos mentais. As pessoas com transtornos mentais apresentam taxas muito maiores de tabagismo, uso nocivo de álcool e dieta inadequada. Igualmente se observam maiores taxas de morbidades, como diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, cujo tratamento pode ser especialmente difícil e caro. Outro fator considerável são os medicamentos mais modernos para a esquizofrenia que têm como efeito adverso o aumento de risco de diabetes. As DCNT, por sua vez, também podem ser uma causa de depressão (Organização Pan-Americana da Saúde, 2016).

Segundo a OMS não há uma definição oficial de transtorno mental, no entanto, poderia ser definida como um conjunto de comportamentos que impossibilitam um relacionamento pessoal e social saudável do indivíduo com os demais membros da sociedade.

A adolescência é caracterizada por ser uma fase de instabilidade emocional, com questionamentos e conflitos e são frequentes os problemas de saúde mental. Por isso, os adolescentes merecem uma maior atenção das políticas públicas de saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, Ministério de Saúde, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2015). A nível nacional, a PENSE identificou que:

- Cerca de 16,4% dos alunos do ensino fundamental do país responderam ter se sentido só na maioria das vezes ou sempre, nos 12 meses que antecederam a pesquisa. O percentual de estudantes do sexo feminino que relatou ter se sentido só era de 22,3%, mais do que o dobro daquele reportado por estudantes do sexo masculino (10,2%).
- A ansiedade e as preocupações afetavam os alunos do ensino fundamental, a tal ponto que 12,5% deles, no âmbito dos Municípios das Capitais, relataram ter perdido o sono, na maioria das vezes ou sempre, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Em nível nacional, esse percentual de estudantes com distúrbios de sono era de 11,3%. A proporção de meninas (15,4%) era duas vezes mais superior que a dos meninos (6,9%) no país (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, Ministério de Saúde, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2015).

Em relação ao Município de São Paulo, o Boletim ISA Capital da Secretaria da Saúde (2015d), confirmou que apesar dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) de saúde serem demasiados na população, somente pequena parcela destes são identificados e tratados. **Outro ponto relevante é a elevada concentração da população em áreas urbanas e as desigualdades econômicas, características comuns de megacidades como São Paulo, fatores de estresse associados à deterioração da saúde e particularmente às doenças mentais. De acordo com esse Boletim, em São Paulo, uma em cada seis pessoas com 15 anos ou mais possuem tais transtornos. As maiores prevalências de TMC podem ser encontradas em mulheres, pessoas com baixa escolaridade e de baixa renda, pessoas com deficiência e pessoas com doenças crônicas (Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, 2015 d).**

No que diz ao número de suicídios em São Paulo este foi de 528 indivíduos (388 masculinos e 140 femininos). Em relação aos distritos de interesse, segundo a Secretaria Municipal da Saúde, o número de óbitos por suicídio foi de 09 no Capão Redondo e 15 no Grajaú em 2015. Este último representou o número mais elevado entre os distritos da cidade. Com relação à faixa etária nos dois distritos, o número de óbitos foi mais representativo os jovens, sendo as idades de 25 a 34 as de maior frequência. No que tange o gênero, é importante salientar que no Capão Redondo as vítimas foram em sua totalidade do sexo masculino. Neste tópico, o número de óbitos destes distritos foi maior do que distritos como o Jardim Paulista (02 suicídios).

Tabela 13. Óbitos por Suicídio por Faixa Etária até 35 anos e Segundo Sexo. Capão Redondo. 2015

Sexo	15-19a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	60-64a	80-84a	Total
TOTAL	2	1	2	1	1	1	1	9
<i>Masculino</i>	2	1	2	1	1	1	1	9

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 14. Óbitos por Suicídio por Faixa Etária até 35 anos e Segundo Sexo. Grajaú. 2015

Sexo	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	50-54a	55-59a	65-69a	Total
TOTAL	3	4	3	2	1	1	1	15
<i>Masculino</i>	2	3	2	2	-	-	-	9
<i>Feminino</i>	1	1	1	-	1	1	1	6

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Consumo de álcool e outras drogas

Álcool

As taxas de danos causados pelo álcool estão aumentando na América Latina. Das regiões da OMS, as Américas têm o segundo maior percentual de pessoas que consomem álcool e de episódios de consumo excessivo de álcool, ficando atrás apenas da região Européia. O álcool é o fator de risco mais comum associado à morte de jovens. Seu consumo contribui não só para as doenças comuns relacionadas ao álcool, como cirrose hepática e lesões em acidentes de trânsito, como também para

muitas outras enfermidades. A mortalidade por álcool atinge mais homens que mulheres em cada país, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2016).

A Pesquisa Vigitel do Ministério da Saúde (2017) retratou que em nível nacional o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi de 16,7%, sendo maior entre os homens (24,3%) do que entre as mulheres (10,7%). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais contínuo pelos indivíduos mais jovens – entre 18 e 34 anos. Ademais, que o 6,8% dos indivíduos revelaram conduzir automóveis após o consumo de bebida alcoólica, principalmente pelos homens (11,7%) quando comparado às mulheres (3,0%). No que concerne aos adolescentes, a Pesquisa Nacional de Saúde escolar (PENSE) (2015), indicou que em nível nacional:

- Na faixa etária de 16 a 17 anos, 73,0% dos alunos já experimentaram uma dose de bebida alcoólica. Nesse grupo de idade, pouco mais de 21,0% dos escolares tomaram a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos de idade e cerca de 60,0% possuíam amigos que consomem bebidas alcoólicas.
- Em torno de 37,0% dos alunos de 16 a 17 anos de idade já sofreram com episódios de embriaguez e aproximadamente 12,0% deles tiveram problemas, com família ou amigos, porque haviam bebido.
- O consumo de álcool foi maior em alunos de escolas públicas (56,2%) que entre os alunos de escolas privadas (51,2%).
- Nesta faixa etária não foram encontradas diferenças no consumo de álcool entre meninas e meninos.
- A forma de obtenção da bebida, entre os alunos do nono ano que já haviam tomado uma dose de bebida alcoólica foi: em festas (43,8%) e com amigos (17,8%). No entanto, a compra da substância em mercado, loja, bar ou supermercado fez parte de 14,4% da amostra, bem como por alguém da família (9,4%). (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, Ministério de Saúde, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, 2015).

Tabagismo e uso de drogas ilícitas¹⁶

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2016), o tabagismo e a exposição passiva à fumaça do cigarro continuam a ser uma das principais causas de mortalidade previsível em todo o mundo. Na região, as mortes relacionadas ao tabaco representam 16% de todas as mortes em adultos. Estima-se que sejam 145 milhões de fumantes, com uma predominância de tabagismo em adultos em torno de 22%.

O tabagismo está relacionado a 90% dos casos de câncer de pulmão e 85% das mortes por bronquite crônica e enfisema pulmonar. Segundo a OMS, o hábito de fumar é tipicamente estabelecido durante a adolescência; a maioria dos fumantes fumou o primeiro cigarro ou já era viciado antes dos 18 anos de idade.

Por mais que não haja informações em relação ao consumo de cigarro entre adolescentes nos distritos de interesse, a Pesquisa Nacional de Saúde escolar (PENSE) (2015), apresentou que no nível nacional:

¹⁶ Drogas ilícitas são substâncias que não contam com regulamentação de produção, distribuição e consumo no país, sendo terminantemente proibidas. A venda dessas substâncias caracteriza-se crime pela atual legislação brasileira. Maconha, cocaína, heroína, crack, ecstasy, LSD, entre outras, são algumas das drogas ilícitas existentes no território brasileiro.

- No que se refere à experimentação do cigarro tem um crescimento relativo de aproximadamente 53,0% entre as duas faixas de idade analisadas. No grupo etário de 13 a 15 anos a experimentação é de 19,0%, chegando a pouco mais de 29,0% entre os alunos na faixa etária de 16 a 17 anos.
- 10,0% dos alunos experimentaram cigarros antes dos 14 anos de idade.
- 25,8% dos alunos compravam o cigarro em lojas ou botequins; 19,3% pediam a outra pessoa; 17,2% obtinham de modo escondido; 9,7% pediam para alguém comprar; 8,4% conseguiam com uma pessoa mais velha; e 4,9% compravam de um vendedor de rua.
- Aproximadamente 8,0% consumiram cigarros pelo menos uma vez nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, 53,0% estiveram em presença de pessoas que faziam uso de cigarros e em torno de 24,0% possuíam pais fumantes (Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, 2015b).

Em relação ao uso de drogas ilícitas, há um entendimento entre pesquisadores da temática que o uso dessas substâncias pode acarretar o aparecimento e/ou a piora de quadros clínicos de distúrbios e transtornos mentais como no caso da depressão e esquizofrenia e de doenças crônicas não transmissíveis. Experiências traumáticas na infância têm sido relatadas como fator de alto risco para o uso de drogas lícitas e ilícitas entre adolescentes e adultos. Aliado a isso, a pobreza, problemas escolares e desestrutura familiar também são quesitos que podem corroborar para as primeiras experiências de consumo dessas substâncias entre adolescentes. Segundo Malbergier et al (2012), o uso de drogas repercute negativamente nas relações familiares e no rendimento escolar. Segundo a PENSE (2015):

- Quando considerados somente os alunos que já usaram drogas ilícitas alguma vez na vida, o consumo de maconha salta para 46,1% e para o consumo de crack foi de 5,5%.
- 9% das/dos alunos que relataram o uso de drogas ilícitas; para os meninos esse índice foi de 9,5% e para as meninas de 8,5%; São Paulo registrou 12,5% na experimentação de drogas ilícitas.
- 19% das meninas relataram possuir alguns, a maioria ou todos os amigos que usavam drogas. Para os meninos esse índice foi de 16,1%.

As tabelas sobre marco legal e políticas que seguem no documento destacam as principais legislações relacionadas à saúde, ressaltando na cor cinza as que são vinculadas diretamente a adolescentes.

MARCO LEGAL E POLÍTICAS
<p>DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS</p> <p>Nacional:</p> <p>-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Lei n. º 8.069, de 13/07/1990: Fundamenta-se no reconhecimento de que adolescentes e jovens são pessoas em processo de desenvolvimento, demandando atenção especial ao conjunto integrado de suas necessidades físicas, emocionais, psicológicas, cognitivas, espirituais e sociais. Os pressupostos dessa política são a integralidade da atenção, a universalização, a efetividade, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação juvenil. Enfatiza o fortalecimento da Atenção Básica como um espaço privilegiado para se trabalhar a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a intersetorialidade.</p> <p>- Estatuto da Criança e do Adolescente ECA Lei n. 8.069, de 13 de julho 1990 Reconhece-os como sujeitos de direitos, devendo ser assegurado atendimento ao adolescente (12 à 18 anos) por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde” (Parágrafo 11). Institui que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.</p> <p>-Estatuto da Juventude, Lei No 12.852 de 2013: institui que o jovem (de 15 a 29 anos) tem direito à saúde e à qualidade de vida, considerando suas especificidades na dimensão da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral. Também que o jovem tem direito a acesso universal e gratuito ao Sistema Único de Saúde - SUS e a serviços de saúde humanizados e de qualidade,</p>

que respeitem as especificidades do jovem e ao desenvolvimento de ações articuladas entre os serviços de saúde e os estabelecimentos de ensino, a sociedade e a família, com vistas à prevenção de agravos. Também à garantia da inclusão de temas relativos ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas e a proibição de propagandas de bebidas contendo qualquer teor alcoólico com a participação de pessoa com menos de 18 (dezoito) anos de idade

-Política Nacional de Promoção da Saúde 2006: Prioriza ações de alimentação saudável e atividade física. Inclui ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e tabaco e suas consequências, assim como de monitoramento de atividades físicas.

-Portaria No 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NAFS: o objetivo é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. Os NAFS devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família ESF. Desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento.

-Política Nacional de Atenção Básica 2011: informa que a Atenção Básica é a principal porta de entrada do Sistema único de Saúde (SUS). As unidades Básicas de atenção devem prevenir e tratar as DCNT.

-Plano Nacional de saúde PNS 2016-2019: inclui promover o cuidado integral às pessoas nos ciclos de vida (criança, adolescente, jovem, adulto e idoso), considerando as questões de gênero, orientação sexual, raça/etnia, situações de vulnerabilidade, as especificidades e a diversidade na atenção básica, nas redes temáticas e nas redes de atenção à saúde.

-Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022: *tem entre suas metas:* reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças; reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes; deter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool; aumentar a prevalência de atividade física no lazer; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o consumo médio de sal; reduzir a prevalência de tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos; tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Inclui recomendações focadas nas crianças e adolescentes (sobre o Programa Saúde na Escola, e sobre a publicidade de alimentos).

Obesidade:

-Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios 2014: a estratégia é pautada em seis grandes eixos de ação: 1. Disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis, 2) ações de educação, comunicação e informação, 3) Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos, 4) Vigilância alimentar e nutricional, 5) atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde e 6) regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos.

Câncer:

-Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. 2ª edição. Rio de Janeiro, 2016.

-Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015.

Local:

-Na cidade de São Paulo, por meio de seu portal institucional, a Secretaria Municipal de Saúde esclarece que “vem promovendo a articulação da rede básica às Redes de Atenção para promoção da atenção integral e ampliação do acesso com qualidade e em tempo oportuno”, por meio das 453 Unidades Básicas de Saúde (UBSs), mais de 1300 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 123 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

-Linha de cuidado à pessoa com sobrepeso e obesidade: a Secretaria Municipal de Saúde desenvolve ações dirigidas a prevenção e atendimento do sobrepeso e obesidade.

-Programa Pulmão Paulistano, que visa melhorar o atendimento aos pacientes de DCR e a dispensação de oxigenoterapia domiciliar prolongada no município de São Paulo.

-Área Técnica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo desenvolve e coordena ações com foco na organização da atenção à saúde no SUS dirigida aos portadores de hipertensão e diabetes.

FATORES DE RISCO PARA AS DCNT

Nacional:

Alimentação:

-Portaria Interministerial No 1.010, maio de 2006: institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação

infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional.

-Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Tem como base a prática intersetorial, por meio da articulação entre saúde, educação e assistência social. Estabelece que a vigilância em saúde das crianças e dos adolescentes é responsabilidade das equipes de Saúde da Atenção Básica, às quais compete realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde das crianças e adolescentes que estão nas escolas inseridas em seus territórios adscritos. Contempla as ações de promoção, prevenção e assistência relacionadas ao sobrepeso e obesidade.

-Resolução CD/ FNDE No. 38, 16 de julho de 2009: dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Resolução. No. 163 de 13 de março de 2014: dispõe sobre a abusividade do direcionamento de publicidade e de comunicação mercadológica à criança e ao adolescente. Publicado no Diário Oficial da União, No. 65, 4 de abril de 2014.

-Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, instituída pela Lei n. 9.394, de 20.12.1996 (BRASIL, 1996), determina que a educação física, integrada à proposta pedagógica da escola, seja componente curricular obrigatório.

-Política Nacional de Alimentação e Nutrição PNAN 1999: em como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição.

-Plano Nacional de segurança Alimentar e Nutricional PLANASAN 2012-2015: tem como finalidade promover a segurança alimentar e nutricional, por meio da integração de ações voltadas para a produção, o fortalecimento da agricultura familiar, o abastecimento alimentar e a promoção da alimentação saudável e adequada.

-Portaria No 2.246/GM/MS, de outubro de 2004: institui e divulga orientações básicas para a implementação de Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

Esporte e atividade física:

-Programa Academia da Saúde 2011: estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros que foi lançado em 2011. Seu objetivo é promover práticas corporais e atividade física, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população.

Saúde Mental:

-Portaria. No. 224/ MS, de 29 de janeiro de 1992: institui juridicamente, como política nacional, os Núcleos/ Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/ CAPS). Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada.

-Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008: institui-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

-Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003: Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Consumo de álcool, Tabaco e drogas ilícitas:

-Portaria nº 816/GM/MS, de 30 de abril de 2002, que institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, considerando o aumento do consumo de álcool e outras drogas, entre crianças e adolescentes no País.

-Lei No. 11.343, de 23 de agosto de 2006: institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

-Portaria nº 1.190/GM/MS, 04 de junho de 2009: que institui o Plano Emergencial de ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Estabelece como prioridade o segmento populacional formado por crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco. Também estabelece a sensibilização de gestores públicos da rede de atenção à saúde mental para os direitos dos usuários de álcool e outras drogas, especialmente crianças e adolescentes, e para o estigma como barreira para o acesso aos serviços.

-Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010: que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Entre seus objetivos estabelece a ampliação da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social.

Local:

-Plano Municipal de Saúde de São Paulo 2014-2017: inclui implantar os protocolos para todas as faixas etárias quanto a: alimentação saudável em 100% das UBS com finalidade de sistematizar a avaliação do estado nutricional das pessoas que buscam atendimento na rede básica de saúde; elaborar materiais de Educação Alimentar e Nutricional (EAN), para uso em atividades individuais e coletivas; capacitar os profissionais das UBS quanto a importância da alimentação saudável; divulgar práticas alimentares adequadas e saudáveis no canal do cidadão da Rede SP Saudável. Também estabelece que os serviços socioassistenciais devem atender à população vulnerável com oferta de alimentação saudável e segundo a faixa etária. Entre seus objetivos inclui reduzir a prevalência do hábito de fumar e a morbimortalidade causada pelo tabagismo, implantando o Programa de Controle do Tabagismo (PCT), com promoção de atividade física, redução do número de tabagistas, ampliação da rede assistencial, promoção de ambientes livres de tabaco.

-1o Plano Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2010: entre seus objetivos estabelece sensibilizar e estimular os educadores com diferentes atuações a criar um ambiente de práticas coletivas nas Unidades Educacionais com foco na prevenção da obesidade e da desnutrição de crianças e adolescentes, por meio da promoção de hábitos saudáveis e valorização do contexto das refeições nas escolas; tendo como pilares: Nutrição, Educação e Atividade física.

-Plano Estadual de Prevenção do uso indevido de Álcool, Tabaco e Outras Drogas 2016: dispõe sobre o incentivo ao protagonismo juvenil, capacitando adolescentes e jovens, inclusive em processo de reinserção social, como colaboradores e multiplicadores de ações nos projetos sociais de prevenção do uso indevido de Álcool, Tabaco e outras Drogas.

-Na cidade de São Paulo, a rede de saúde mental é composta por 84 CAPS, sendo 26 deles focados em Álcool e Drogas (CAPS/ AD), 25 infantis e dois infanto-juvenis. Desse total, 11 funcionam na modalidade CAPS III, isto é, com hospitalidade noturna, 24 horas.

-No Estado de São Paulo, em 2013, o governo paulista lançou o Programa Recomeço que também foi adotado, em 2017, pela prefeitura municipal da cidade de São Paulo. Segundo o portal de informações do programa, trata-se de oferecer tratamento e acompanhamento multiprofissional ao dependente químico, principalmente usuários de crack, e aos seus familiares.

2. Violências

A violência é outro desafio enfrentado por adolescentes e jovens no Brasil. Definida pela OMS como o uso intencional da 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A violência é um problema de saúde pública na medida em que afeta grande parte da população e são exigidos cuidados psicológicos e médico-hospitalares para o cuidado e tratamento dos danos causados por ela. Os atos violentos, segundo sua natureza, podem ser categorizados em: negligência, violência psicológica (incluindo o bullying que impacta principalmente a vida dos adolescentes), violência física e violência sexual.

Violência de gênero

A Organização das Nações Unidas (ONU) define violência de gênero como qualquer ato que resulta ou possa resultar em danos físicos, sexuais ou psicológicos ou outras formas de sofrimento, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade, seja no espaço público ou na vida privada. Em todo o mundo, as mulheres estão mais propensas a sofrer algum tipo de violência por parte de um parceiro íntimo (WHO 2005). O termo violência de gênero está relacionado à violência contra as mulheres, já que as dinâmicas e normas de gênero estão diretamente relacionadas ao uso de violência contra elas, entretanto, se refere igualmente à violência exercida contra pessoas LGBT ou entre homens, ou seja, qualquer tipo de violência em que dinâmicas ou papéis de gênero contribuem para que seja praticada.

Segundo a organização PROMUNDO, “o fato de que os homens, particularmente os jovens, são mais propensos a usar violência do que qualquer outro grupo aponta para uma necessidade de se considerar o caráter de gênero da violência e das visões tradicionais de masculinidade, que associam a ideia de ser homem com dureza ou dominação, permitindo e encorajando o uso da agressão (física, psicológica e/ou sexual) como uma prova de masculinidade. Estes papéis são reforçados pelas visões tradicionais de feminilidade, na qual se espera que a mulher seja passiva e acomodada (PROMUNDO 2002,37). Além dos papéis tradicionais de gênero, as causas das violências são múltiplas e complexas. Por exemplo, algumas mulheres podem ser mais vulneráveis às violências por fatores como a idade, a raça, o nível socioeconômico, a religião, entre outros. Outra característica das violências de gênero é que existe um silêncio, justificção e naturalização delas, fazendo com que elas não sejam notificadas em sua totalidade.

A seguir, serão apresentadas as definições conceituais sobre violência psicológica, violência física e violência sexual em crianças e adolescentes, assim como dados estatísticos sobre estas problemáticas nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú. Como exposto nos parágrafos acima, nestes distritos as violências físicas e sexuais foram majoritariamente notificadas em mulheres. Quanto ao número de homicídios, este foi significativamente maior entre os homens.

Violência psicológica em crianças e adolescentes

Segundo a Lei 13.431 de 2017, a violência psicológica refere-se a “a) qualquer conduta de discriminação, depreciação ou desrespeito em relação à criança ou ao adolescente mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, agressão verbal e xingamento, ridicularização, indiferença, exploração ou intimidação sistemática (bullying) que possa comprometer seu desenvolvimento psíquico ou emocional; b) o ato de alienação parental, assim entendido como a interferência na formação psicológica da criança ou do adolescente, promovida ou induzida por um dos genitores, pelos avós ou por quem os tenha sob sua autoridade, guarda ou vigilância, que leve ao repúdio de genitor ou que cause prejuízo ao estabelecimento ou à manutenção de vínculo com este; c) qualquer conduta que exponha a criança ou o adolescente, direta ou indiretamente, a crime violento contra membro de sua família ou de sua rede de apoio, independentemente do ambiente em que cometido, particularmente quando isto a torna testemunha”. Para este tipo de violência não foram encontrados indicadores para os distritos de interesse, no entanto, é importante salientar que a PENSE (2015) levantou que o percentual de alunos que praticaram bullying nas escolas atingiu 20,1% no Brasil.

Violência física em crianças e adolescentes

Segundo a Lei 13.431 de 2017, a violência física é “entendida como a ação infligida à criança ou ao adolescente que ofenda sua integridade ou saúde corporal ou que lhe cause sofrimento físico”.

No Brasil, sobre agressões físicas em adolescentes, tanto no âmbito escolar ou familiar, os dados da PENSE 2015 (p. 68) retratam que, nos 30 dias precedentes a pesquisa, 14,5% dos alunos do nono ano

do ensino fundamental haviam sofrido agressões, sendo relatado por 15,1% das meninas e 13,8% dos meninos. A região Sudeste teve o maior percentual neste quesito com 15,2% da amostra. E, por fim, 23,4% dos alunos responderam ter tido, pelo menos uma vez nos últimos doze meses, envolvimento em briga: 30,3% dos meninos e 16,8% das meninas, não havendo diferença significativa entre estudantes das escolas públicas (23,3%) e escolas privadas (23,8%).

Referente ao público juvenil, em 2012, a partir dos dados da PENSE, Malta e associados (2014) estimaram a dominância de ferimentos entre adolescentes, com fins de examinar os fatores associados aos mesmos, comportamentos de risco, relações familiares e outros fatores. O estudo de ferimentos em adolescentes observou que 10,3% dos adolescentes haviam sofrido lesões graves nos últimos 12 meses, como cortes ou perfurações, ossos quebrados ou juntas deslocadas. Permaneceram independentemente associadas a “sofrer ferimentos graves” as variáveis: ser adolescente do sexo masculino; pertencer à raça/cor preta, parda, ou indígena e trabalhar.

Como fatores de risco, as pesquisadoras notaram que laços frágeis entre familiares favorecem agressões domésticas. Além disso, o uso de álcool, cigarro, a experimentação de drogas ilícitas e a relação sexual precoce também estavam na lista dos fatores de risco para maior vulnerabilidade quanto a ferimentos.

Em relação à violência física nos distritos de interesse, de acordo com dados da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, houve uma acentuada diferença no número de notificações entre os distritos do Capão Redondo e do Grajaú em 2015, já que o primeiro registrou 41 e o segundo 492. Neste ponto, é importante questionar se esta diferença é real ou causada pela fragilidade no sistema de notificação do Capão Redondo, já que o Grajaú possui o maior número de notificações da cidade. Paralelamente, em distritos mais centrais, como Jardim Paulista e o Alto de Pinheiros, só foram notificadas 02 situações de agressão física para ambos. Quanto ao sexo das vítimas, nos dois distritos, o número de notificações para mulheres predominou. Por outro lado, quanto ao sexo do agressor, este foi predominantemente masculino.

Em relação à faixa etária, nos dois distritos, o número de denúncias foi mais evidente na idade dos 20 e 24 anos. No que tange os adolescentes, no Capão Redondo não houve notificações para a faixa etária entre 10 a 14 anos, ao passo que no Grajaú houve 27 (16 meninas e 11 meninos). Na faixa etária de 15 a 19 anos a quantidade de agredidos fisicamente diminuiu no Capão Redondo (6), sendo 4 mulheres e 2 homens. Já no Grajaú esse número salta para 64, 41 mulheres e 23 homens.

Tabela 15. Notificações por agressão física, por sexo da vítima e faixa etária. Capão Redondo, 2015

Faixa etária (vítima)	Feminino	Masculino	Total
TOTAL	23	18	41
0 a 4 anos	1	3	4
5 a 9 anos	-	1	1
10 a 14 anos	4	2	6
15 a 19 anos	5	2	7
20 a 24 anos	4	1	5
25 a 29 anos	2	3	5
30 a 34 anos	2	1	3
35 a 39 anos	1	1	2
40 a 44 anos	2	1	3
45 a 49 anos	1	-	1
50 a 54 anos	1	1	2
55 a 59 anos	-	2	2

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 16. Notificações por agressão física, por sexo e faixa etária. Grajaú, 2015

Faixa etária (vítima)	Feminino	Masculino	Total
TOTAL	269	223	492
0 a 4 anos	4	4	8
5 a 9 anos	6	12	18
10 a 14 anos	16	11	27
15 a 19 anos	41	23	64
20 a 24 anos	51	30	81
25 a 29 anos	42	24	66
30 a 34 anos	29	25	54
35 a 39 anos	33	17	50
40 a 44 anos	16	23	39
45 a 49 anos	14	19	33
50 a 54 anos	10	12	22
55 a 59 anos	1	10	11
60 a 64 anos	1	6	7
65 a 69 anos	2	5	7
70 a 74 anos	3	2	5

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Homicídios

De acordo com dados da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, o número de notificações por homicídio nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú foram de 48 e 53 respectivamente, em 2015. Estes dados são consideravelmente excessivos, em comparação aos de distritos como Jardim Paulista o Alto de Pinheiros, onde só foram registradas 03 situações de homicídio para ambos.

Quanto ao sexo das vítimas, em ambos os distritos, o número de registros de homens predominou em relação ao de mulheres, assim como o número de vítimas de raça preta e parda. Estas informações correspondem aos expostos para o Brasil no Atlas da violência (2017), onde indicou-se que, em nível nacional, as pessoas negras e jovens são as maiores vítimas de homicídios.

No que abrange os adolescentes, no Capão Redondo houve predomínio de jovens de 10 a 19 anos (12) que no Grajaú (7), a maior parte do sexo masculino. Nos distritos, o registro de homicídios superou-se na faixa etária entre 15 e 19.

Tabela 17. Óbitos por Homicídio por Faixa Etária até 35 anos Segundo Sexo. Capão Redondo. 2015

Sexo	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	65-69a	75-79a	Total
TOTAL	2	10	4	5	6	8	3	3	1	2	3	1	48
Masculino	2	9	4	4	5	6	3	2	1	2	3	1	42
Feminino	-	1	-	1	1	2	-	1	-	-	-	-	6

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 18. Óbitos por Homicídio Segundo Raça/Cor. Capão Redondo. 2015

Raça/Cor	Total
TOTAL	48
Branca	22
Preta	2
Parda	24

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 19. Óbitos por Homicídio por Faixa Etária até 35 anos Segundo Sexo. Grajaú. 2015

Sexo	10-14a	15-19a	20-24a	25-29a	30-34a	35-39a	40-44a	45-49a	50-54a	55-59a	65-69a	Total
TOTAL	2	5	12	8	11	2	6	4	1	1	1	53
Masculino	-	5	11	7	9	2	4	4	1	1	1	45
Feminino	2	-	1	1	2	-	2	-	-	-	-	8

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 20. Óbitos por Homicídio Segundo Raça/Cor. Grajaú. 2015

Raça/Cor	Total
TOTAL	53
Branca	18
Preta	2
Parda	33

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Violência sexual em crianças e adolescentes

Segundo a Lei 13.431 de 2017, a violência sexual é entendida como “qualquer conduta que constranja a criança ou o adolescente a praticar ou presenciar conjunção carnal ou qualquer outro ato libidinoso, inclusive exposição do corpo em foto ou vídeo por meio eletrônico ou não, que compreenda: a) abuso sexual, entendido como toda ação que se utiliza da criança ou do adolescente para fins sexuais, seja conjunção carnal ou outro ato libidinoso, realizado de modo presencial ou por meio eletrônico, para estimulação sexual do agente ou de terceiro; b) **exploração sexual comercial**, entendida como o uso da criança ou do adolescente em atividade sexual em troca de remuneração ou qualquer outra forma de compensação, de forma independente ou sob patrocínio, apoio ou incentivo de terceiro, seja de

modo presencial ou por meio eletrônico; c) **tráfico de pessoas**, entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento da criança ou do adolescente, dentro do território nacional ou para o estrangeiro, com o fim de exploração sexual, mediante ameaça, uso de força ou outra forma de coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade, aproveitamento de situação de vulnerabilidade ou entrega ou aceitação de pagamento, entre os casos previstos na legislação”.

Muitas mulheres jovens, particularmente aquelas que vivem em situação de pobreza estão vulneráveis à exploração sexual e ao tráfico de pessoas, que é um tipo de violência sexual, segundo esta lei. Entretanto, não existem dados exatos disponíveis sobre estas problemáticas e sobre a violência sexual em geral para os distritos de interesse, nem para o Brasil. Na sequência encontram-se dados sobre agressões sexuais nos distritos de Capão Redondo e do Grajaú levantados na Secretaria Municipal de Saúde e na Secretaria Estadual de Segurança, cujos números variam.

De acordo com dados da Secretária Municipal da Saúde de São Paulo, ocorreu uma acentuada diferença no número de denúncias por agressões sexuais nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú em 2015, já que o primeiro registrou 02 e o segundo 16. Estes números revelam-se muito elevados, em comparação aos de distritos de Jardim Paulista ou Alto de Pinheiros, em que não se registraram notificações por este tipo de agressões. Com relação ao gênero das vítimas, em ambos os distritos, a quantidade de notificações para mulheres foi superior. Quanto ao agressor, encontrou-se prevalentemente indivíduos do sexo masculino. Já na faixa etária, dos dois distritos, preponderaram as vítimas crianças e adolescentes:

Tabela 21. Notificações por agressões sexuais, por sexo e faixa etária, Capão Redondo, 2015

Faixa etária (vítima)	Feminino	Masculino	Total
TOTAL	1	1	2
0 a 4 anos	1	-	1
15 a 19 anos	-	1	1

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Tabela 22. Notificações por agressões sexuais, por sexo e faixa etária, Grajaú, 2015

Faixa etária (vítima)	Feminino	Masculino	Total
TOTAL	13	3	16
0 a 4 anos	3	1	4
5 a 9 anos	3	1	4
10 a 14 anos	3	-	3
15 a 19 anos	2	-	2
20 a 24 anos	1	-	1
25 a 29 anos	1	-	1
35 a 39 anos	-	1	1

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Os dados da Secretaria Estadual de Segurança são consideravelmente discrepantes, pois informa que, em 2015, a Delegacia do Capão Redondo registrou 94 casos de estupro, sendo 20 deles estupro de vulnerável. Na Delegacia do Jardim Mirna (no Grajaú), foram 68 casos, sendo 18 de vulneráveis, números relativamente superiores aos informados pela Secretaria da Saúde. Neste contexto, é importante se perguntar: onde e como são realizados os procedimentos médicos necessários nos casos de violência sexual nesses distritos?

MARCO LEGAL E POLÍTICAS

Nacional:

Violências contra as crianças e adolescentes

-ECA Lei n. 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências: esta lei sobre a proteção integral à criança e ao adolescente (de 0 a 18 anos), institui que nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

-Lei 13.431, sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência 2017: Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. TÍTULO II DOS DIREITOS E GARANTIAS. I - Receber prioridade absoluta II - receber tratamento digno e abrangente. III - ter a intimidade e as condições pessoais protegidas quando vítima ou testemunha de violência 10 Para os efeitos desta Lei, a criança e o adolescente serão ouvidos sobre a situação de violência por meio de escuta especializada e depoimento especial. Art. 90 A criança ou o adolescente será resguardado de qualquer contato, ainda que visual, com o suposto autor ou acusado, ou com outra pessoa que represente ameaça, coação ou constrangimento.

-Lei No.13.010, de 26 de junho de 2014: que altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante

- Lei No. 13.185, de 06 de novembro de 2015 institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*bullying*).

-Lei 13.344, de 2016: Dispõe sobre prevenção e repressão ao tráfico interno e internacional de pessoas e sobre medidas de atenção às vítimas. Entre seus princípios estabelece a atenção integral a crianças.

Violências contra as mulheres:

-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, princípios e diretrizes, 2004: entre seus objetivos estabelece promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

-Lei No 11.340, de agosto de 2006: Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências

- Lei No. 13.104, de 09 de março de 2015, que altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos

Local:

-Plano Municipal de Saúde 2014-2017: inclui fortalecer e implementar a sistematização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente, a prevenção de agravos à saúde e acompanhar as crianças e adolescentes em situação de casos suspeitos e confirmados de violência, configurando a rede de apoio social para as famílias em situação de vulnerabilidade.

-1º Plano Municipal de políticas para as Mulheres. 2017-2010: entre seus objetivos encontra-se construir uma São Paulo livre de violência contra a mulher e promover o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e o cuidado integral à saúde das mulheres, considerando sua diversidade, em todas as fases do ciclo de vida.

3. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva

A OMS define saúde sexual como o direito humano a um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. Segundo o Ministério da Saúde (2013), para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos. No quadro a seguir encontram-se alguns destes direitos:

Direitos reprodutivos	Direitos sexuais
<ul style="list-style-type: none"> - O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. - O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos. - O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência. 	<ul style="list-style-type: none"> - O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do (a) parceiro (a). - O direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual. - O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças. - O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física. - O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual. - O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade. - O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução. - O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids. - O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.

Ministério da saúde (2013)

As relações sexuais sem proteção e a violência sexual podem acarretar graves consequências para a vida das/dos adolescentes como infecções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e complicações nos seus projetos de vida. A PENSE (2015) indicou que, no Brasil, dentre os meninos de ensino fundamental, 36% informaram ter se relacionado sexualmente alguma vez, enquanto as meninas o percentual foi de 19,5%. Houve uma diferença significativa entre alunos de escolas públicas e privadas que já haviam se relacionado sexualmente: para as primeiras o percentual atingiu 29,7% e os das escolas privadas quase a metade (15%). **Sobre o uso de preservativos, dos 27,5% dos alunos que informaram ter iniciado a relação sexual, 61,2% utilizaram preservativo. Os meninos (56,8%) obtiveram um percentual menor de uso que as meninas (68,7%).**

De acordo com a PENSE (2015), referente à promoção de ações de prevenção e assistência em saúde realizada pelas escolas sobre a temática sexual, os dados obtidos mostraram que 87,3% dos estudantes receberam informações, na escola, sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS, sendo que as meninas (88,4%) reportaram mais o recebimento das informações em relação aos meninos (86,2%)

É importante enfatizar que embora houve diminuição, a nível nacional, do número de adolescentes grávidas e da mortalidade por AIDS, assim como melhoras no acesso a consultas de pré-natais, ainda em distritos como o Capão Redondo e o Grajaú encontram-se dados preocupantes nestes tópicos. A seguir, são apresentadas informações sobre gravidez na adolescência, pré-natal insuficiente, mortalidade materna, e mortalidade específica por AIDS nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú.

Ainda não foram encontrados dados sobre aborto e infecções sexualmente transmissíveis, mas são apresentadas algumas anotações sobre estas problemáticas.

Gravidez na adolescência

A gravidez durante a adolescência caracteriza-se pela gestação que acontece entre mulheres na faixa etária entre 14 e 19 anos de idade (OMS, 2006). Sobre a relação entre gravidez e violência de gênero na adolescência, Chacam et al (2012) indicam que esta é mais frequente em jovens das áreas periféricas e que há uma relação direta entre gravidez e violência física por parte do parceiro. Percepções sobre o amor romântico, carências afetivas, desempoderamento e a baixa qualidade da educação sobre a sexualidade também agravam esta problemática nas adolescentes. As consequências de uma gravidez na vida das adolescentes são diversas: adiamento ou comprometimento dos projetos educacionais, menor chance de qualificação profissional e dependência financeira. Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, o número de mães adolescentes em 2015 foi de 545.537, representando 18.1% dos nascidos vivos. No município de São Paulo este número foi de 176.268 para o mesmo ano.

Já no ano de 2016 o número de mães adolescentes diminuiu na cidade de São Paulo até 167.289, representando 12% entre os nascidos vivos. Quanto aos distritos de interesse, a tabela abaixo demonstra que em 2016 cerca de 15% do total de nascidos vivos nos distritos do Capão Redondo (643) e do Grajaú (1.052) são de mães com 19 anos de idade ou menos. Estes números são altos, se comparados com os de distritos como o Alto de Pinheiros, em que se registrou apenas 05 nascidos vivos (1.75%) cujas mães tinham menos de 19 anos. Além disso, o número total de nascidos vivos de mães negras com 19 anos ou menos é praticamente o dobro nos distritos de Capão Redondo e Grajaú em relação ao número de nascidos vivos de mães não-negras.

Em comparação com os distritos de regiões centrais, como o Alto de Pinheiros, é possível observar uma disparidade contundente na relação raça/cor que, nesse distrito, teve apenas um recém-nascido de mãe negra.

Distrito	Número total de nascidos vivos	Número total de nascidos vivos cujas mães tinham 19 anos ou menos	Percentual de nascidos vivos cujas mães tinham 19 anos ou menos sobre o total de nascidos vivos de mães residentes.
Capão Redondo	4.519	643	14.22
Grajaú	6.824	1.052	15.41
Alto de Pinheiros	285	5	1.75

Fonte: Rede Nossa São Paulo

Tabela 24. Relação de gravidez na adolescência entre mães negras e não negras 2016

<i>Distrito</i>	Número total de nascidos vivos de mães não negras que tinham 9 anos ou menos	Número total de nascidos vivos de mães negras que tinham 9 anos ou menos
Capão Redondo	220	423
Grajaú	350	702
Jardim Paulista	8	1

Fonte: Rede Nossa São Paulo

Pré-natal insuficiente

Um indicador importante de saúde materna é o acesso a consultas médicas durante a gravidez. O adequado é a realização de 7 a 8 consultas pré-natais. Doenças crônicas não transmissíveis e infecções que podem causar óbito neonatal e materno podem ser evitadas por meio destas consultas. Segundo UNICEF (2015), em 2013, 22% das gestantes entre 10 e 14 anos e 15% entre 15 e 17 anos fizeram somente até três consultas pré-natais.

O número de nascidos vivos cujas mães realizaram pré-natal insuficiente em São Paulo foi de 36.754, representando 21% do total de nascidos vivos, segundo a Rede Nossa São Paulo. Nas tabelas a seguir, é possível notar que há ainda um grande número de gestantes que não realizavam o número mínimo de consultas de pré-natal nos distritos do Capão Redondo (883) e do Grajaú (1.504) em 2016, representando 17% e 22% respectivamente dos nascidos vivos em cada distrito. Em comparação com o distrito de Alto de Pinheiros, a diferença é mais do que significativa, já que neste distrito o número total de nascidos vivos cujas mães fizeram menos de 7 consultas pré-natal foi de 22, representando 7.72%.

Além disso, percebe-se pela relação do pré-natal insuficiente entre negros e não negros que entre os distritos de Capão Redondo e Grajaú existe uma disparidade menor que o distrito de Alto de Pinheiros, pelo fato de que nos primeiros distritos há, primeiramente, um considerável número de pré-natal insuficiente nessas regiões; em segundo, porque o número de nascidos vivos de mães negras no Capão Redondo e no Grajaú é maior que a de mães não negras. Além disso, em Alto de Pinheiros, quem faz mais consultas de pré-natal é a população não negra, logo, o percentual de negros com pré-natal insuficiente em relação a porcentagem de não negros com pré-natal insuficiente é maior nesse distrito, diferentemente dos distritos de Capão Redondo e Grajaú.

Tabela 25. Pré-natal insuficiente 2016

<i>Distrito</i>	Número total de nascidos vivos	Número total de nascidos vivos cujas mães fizeram menos de 7 consultas pré-natal	Número total de nascidos vivos cujas mães fizeram menos de 7 consultas pré-natal / Número total de nascidos vivos * 100
Capão Redondo	4.519	883	19.53
Grajaú	6.824	1.504	22.04
Alto de Pinheiros	285	22	7.72

Fonte: Rede Nossa São Paulo

Tabela 26. Relação pré-natal insuficiente entre negros e não negros 2016

Distrito	Porcentagem de negros com pré-natal insuficiente	Porcentagem de negros com pré-natal insuficiente	Porcentagem de negros com pré-natal insuficiente	Porcentagem de não negros com pré-natal insuficiente
Capão Redondo	17.6	20.6	1.17	
Grajaú	21.2	22.5	1.06	
Alto de Pinheiros	6.5	20.6	3.08	

Fonte: Rede Nossa São Paulo

Mortalidade materna

Em 2015, os dados divulgados pelo IBGE, mostravam que a razão da mortalidade materna ainda era de 54.9 óbitos por 100 mil nascidos vivos, índice alto, já que nos países desenvolvidos ele fica entre 4 a 15 mortes maternas por nascidos vivos. Em relação à mortalidade materna em adolescentes no Brasil, segundo dados do IBGE, o número de óbitos chegou a 12 entre as meninas de 10 a 14 anos e a 214 entre as de 15 a 19 anos.

Segundo a ONU (2015), as causas mais frequentes dos óbitos maternos no Brasil são: a hipertensão, as hemorragias pós-parto, o aborto inseguro, baixa cobertura antitetânica e a infecção puerperal, além da violência contra a mulher. Todas essas, em boa parte, são evitáveis por meio de intervenções eficazes, entre elas: investimento no transporte e acesso ao cuidado, abertura de centros de saúde 24 horas e maternidade e salas de parto em centros de saúde, aumento de parteiras qualificadas, programas de treinamento para agentes comunitários de saúde e parteiras, principalmente, em áreas de baixa renda (Carlo; Travers, 2016, p. 545).

Segundo a Secretaria Municipal da Saúde, no Município de São Paulo o número de óbitos por causas maternas em 2015 foi de 97, entre os quais 6 foram de adolescentes entre 15 e 19 anos. Não houve notificações entre 10 e 14 anos. Em relação aos distritos de interesse, foram reportados 9 óbitos por gravidez, parto o puerpério, 4 no Capão Redondo e 5 no Grajaú. Destes 2 corresponderam a adolescentes entre os 15 e 19 anos.

Tabela 27. Mortalidade Materna (óbito por gravidez, parto e puerpério) 2015

Distrito/Administração	15-19a	25-29a	35-45a	Total
Capão Redondo	1	1	2	4
Grajaú	1	2	2	5
Alto de Pinheiros	0	0	0	0

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. TabNet

Aborto

Atualmente, o aborto é uma das principais causas da mortalidade materna no país (Drezzett, 2013). Devido à clandestinidade da prática e o estigma de quem realiza e quem auxilia o aborto, há poucos números e publicações oficiais, bem como pesquisas epidemiológicas sobre o tema. Diniz et al (2017) informam que o aborto é uma ocorrência frequente na vida reprodutiva das mulheres. Por meio da Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) feita em 2010, sabe-se que, por aproximação, aos 40 anos, cerca de uma em cada cinco mulheres alfabetizadas das áreas urbanas já fez pelo menos um aborto.

Em 2016, o grupo de pesquisadores liderados por Diniz realizou um novo estudo com 2002 mulheres alfabetizadas, na faixa etária entre 18 e 39 anos de idade, para estimar a extensão do aborto em todo o país, incluindo municípios de pequeno porte (até 20 mil habitantes). Do total de mulheres entrevistadas, 13% declararam ter feito ao menos um aborto. Mulheres com idades entre 35 e 39 anos tiveram uma taxa de 18%; e entre aquelas com 38 e 39 anos, a taxa esteve em 19%. Segundo a pesquisa, a intensidade da vida sexual e reprodutiva da mulher reflete nas taxas, pois nas mulheres mais jovens há uma frequência maior do último aborto: 29% na faixa etária dos 12 aos 19 anos; 28% entre 20 e 24 anos; 13% ou menos a partir dos 25 anos.

Em relação aos distritos do Capão Redondo e do Grajaú, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, no seu portal Datasus, informou que em 2016 o Hospital de Campo Limpo realizou 86 procedimentos de curetagem pós-aborto em mulheres com menos de 20 anos, o maior número entre os hospitais públicos da cidade. Quanto ao Hospital do Grajaú, foram registrados 51 casos. Estes procedimentos não foram somente em casos de abortos realizados de forma inadequada, mas também em casos de aborto natural ou por outras complicações. Sem importar a causa, estes dados revelam uma problemática da saúde sexual e saúde reprodutiva nas adolescentes e jovens destes distritos.

Infecções sexualmente transmissíveis

Conceitualmente, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por bactérias, vírus ou outros microrganismos (protozoários, fungos etc) e são transmitidas, principalmente, via contato sexual (anal, oral, vaginal) por uma pessoa infectada, sem o uso de preservativo feminino ou masculino. Uma IST pode também ser transmitida pela mãe à criança durante a gestação, parto ou amamentação (Ministério da Saúde, 2017).

Com as mudanças de comportamento sexual na sociedade e a idade mais precoce da ocorrência da primeira relação sexual, o público adolescente ainda tem sido um dos mais afetados em relação às ISTs e tem sido considerado pelas principais organizações de defesa de direitos, seja na saúde, seja na educação, como um problema mundial de saúde pública junto ao público adolescente (Dick; Ferguson, 2015).

Dados do Datasus-Tabnet, mostram que a taxa de mortalidade específica (TME) por ISTs para a população geral no Brasil foi de 57 por 100 mil habitantes em 2011, sendo que os Estados com maior prevalência foram: Rio de Janeiro (88,8); São Paulo (72,7); Minas Gerais (59,3); Pernambuco (54,1), e Ceará (53,5), por 100 mil habitantes. Na faixa etária entre 10 e 19 anos, a TME para o Brasil foi de 4,2 para 100 mil habitantes e os Estados com maior incidência para esse grupo etário foram: Acre (9,5); Pará (8,1); Roraima (6,9); Alagoas e Rio de Janeiro (ambos com 5,8); Tocantins (5,6); Mato Grosso (4,9); e Bahia e São Paulo (ambos com 4,2). Levantamento divulgado em novembro de 2017 pelo Ministério da Saúde aponta que 16,1% dos jovens têm uma infecção sexualmente transmissível prévia ou apresentaram resultado positivo no teste rápido para HIV ou sífilis (UNFPA, 2017).

Sífilis

Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde sobre sífilis do Ministério da Saúde, no Brasil, nos últimos anos, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros (Ministério da Saúde 2017a, p.5).

Assim, em 2015, o número de casos de sífilis notificados no Brasil foi de: 65.878 (sífilis adquirida, 33.365 (sífilis em gestantes) e 18.938 (sífilis congênita em neonatos) (Ministério da Saúde 2016). Já, no ano 2016, os números de casos de sífilis aumentaram 87.593 (sífilis adquirida), 37.436 (sífilis em gestantes) e 20.474 (sífilis congênita) (Ministério da Saúde 2017a). Em relação à sífilis adquirida, em 2016, a maior parte das notificações ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (34,1%), seguidos daqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (22,1%). As notificações de indivíduos nas faixas de 13 a 19 anos e 20 a 29 anos vêm apresentando tendência de aumento desde 2010 (Ministério da Saúde 2017a, p.12). Do total de casos, 59.3% apresentou-se em homens e 40.7% em mulheres.

Embora não tenham sido encontrados dados sobre o número de casos de sífilis para os distritos de Capão Redondo e do Grajaú, o Ministério da Saúde (2017c) conta com indicadores sobre este tópico para o Município de São Paulo, especificamente sobre sífilis em gestantes. Desta forma, é possível observar que em 2016 foram diagnosticados 1.356 casos de gestantes com sífilis, entre os quais 13 corresponderam mulheres entre os 10 a 14 anos, 302 as de 15 a 19 anos, 725 as de 20 a 29 anos e 316 as mulheres com 30 anos ou mais. Do total de casos 813 corresponderam a gestantes negras, representando 60% dos casos.

HIV e Mortalidade específica por AIDS

“HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+ e é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. Ter o HIV não é a mesma coisa que ter AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas podem transmitir o vírus a outras pessoas pelas relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomam as devidas medidas de prevenção” (Ministério da Saúde 2017b).

Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde sobre HIV/AIDS do Ministério da Saúde (2016a), no ano de 2015, foram notificados 32.321 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Já, no ano 2016, os casos aumentaram a 37.884 casos (Ministério da Saúde 2017b).

Em relação aos distritos de interesse, de acordo com a Rede Nossa São Paulo, morreram em decorrência da AIDS, em 2016, no distrito do Capão Redondo 10 pessoas e no Grajaú 19. Distritos como o Alto de Pinheiros não reportou óbitos por AIDS.

Distrito	Número de óbitos de residentes por AIDS
Capão Redondo	10
Grajaú	19
Alto de Pinheiros	0

Fonte: Rede Nossa São Paulo

MARCO LEGAL E POLÍTICAS

Nacional:

Saúde sexual e saúde reprodutiva

-Constituição Federal da República Federativa do Brasil (1988): “É dever do Estado dar acesso a Saúde, incluindo métodos que possibilitem o Planejamento Familiar” (artigo 226)

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Lei n.º 8.069, de 13/07/1990: a atenção básica deve garantir a atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/Aids, além de desenvolver ações educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

-Estatuto da Juventude, Lei No 12.852 de 2013: institui que o jovem (de 15 a 29 anos) tem direito à diversidade e à igualdade de direitos e de oportunidades e não será discriminado por motivo de: etnia, raça, idade, sexo, orientação sexual, deficiência. Também à garantia da inclusão de temas relativos à saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de ensino; ao reconhecimento do impacto da gravidez planejada ou não, sob os aspectos médico, psicológico, social e econômico. Também institui à capacitação dos profissionais de saúde, em uma perspectiva multiprofissional, para lidar com temas relativos à saúde sexual e reprodutiva dos jovens, inclusive com deficiência, e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas pelos jovens.

Marco Teórico e Referencial Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, do Ministério da Saúde (2006): os adolescentes têm direito à educação sexual, ao sigilo sobre sua atividade sexual e ao acesso à orientação sobre todos os métodos anticoncepcionais. A consciência desse direito implica em reconhecer a individualidade e a autonomia do adolescente, estimulando-o a assumir a responsabilidade com sua própria saúde.

-Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, princípios e diretrizes, 2004: entre seus objetivos específicos estabelece estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde; promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.

-Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, 2010: entre seus objetivos estabelece cooperar tecnicamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na elaboração dos Termos de Compromisso de Gestão do SUS para a integralidade do cuidado ao crescimento e desenvolvimento, à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e de jovens e para a elaboração de estratégias, passíveis de acompanhamento e avaliação, articuladas com as áreas e programas de interface do setor saúde.

-Lei Federal 9.263, de 12/01/96: regulamenta o planejamento familiar enfocando as ações preventivas e educativas de sua execução. Estabelece que a gravidez precoce desprotegida é um aspecto de grande importância a ser considerado no planejamento familiar, tendo em vista as consequências sociais, psicológicas e as importantes alterações do projeto de vida dos jovens.

Mortalidade materna

-Pacto Nacional pela Redução da Morte Materna e Neonatal 2004

-Lei. No. 13.257, de 8 de março de 2016: que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, mais conhecida como Estatuto da Primeira Infância, em seu artigo 19º, assegura a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de

planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do SUS.

Aborto:

O aborto é considerado crime contra a vida humana pelo Código Penal Brasileiro (1984). Porém, segundo o ADPF 54 (2012), não é qualificado como crime quando praticado por médico capacitado em três situações: quando há risco de morte para a mulher causado pela gravidez, quando a gravidez é resultante de um estupro ou se o feto for anencefálico.

HIV/AIDS:

-Portaria Interministerial nº 796 de 29/05/1992: normas e procedimentos educativos sobre a transmissão e a prevenção do vírus, bem como a utilização do resultado do teste sorológico para admissão de alunos nas escolas ou na contratação de funcionários, diminuindo o preconceito em relação aos portadores da doença.

- Lei Federal No.9313, de 13 de novembro de 1996: oferece o tratamento de saúde gratuito para portadores de HIV

Local:

-Protocolo de Orientação para Atenção Integral em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes nos Serviços de Saúde do Município de São Pulo, marco de 2017: orienta que os adolescentes devem ser incentivados (as) a procurar serviços de Atenção Básica e outros disponíveis no município para receber orientações preventivas em Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo Educação Sexual, Prevenção de Gravidez Não-Planejada (incluindo contracepção) e Prevenção de DST/Aids. 2. Adolescentes devem receber materiais educativos e ser incentivados a participar de aconselhamento e atividades educativas em grupo sobre temas relacionados à Sexualidade, prevenção de Gravidez Não-Planejada e DST/Aids, que podem ser realizados por qualquer profissional de saúde capacitado para realizar educação em saúde, inclusive agentes comunitários de saúde. 3. As ações da Estratégia de Saúde da Família devem facilitar e englobar a atenção em Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes, procurando abordar este público nos domicílios, comunidades, escolas e outros espaços sociais ou institucionais onde se concentrem; 4. Adolescentes devem ter acesso a orientação, serviços e consultas de saúde sem a necessidade de presença ou autorização de pais ou responsáveis, com direito a privacidade e sigilo de opiniões e condutas, salvo em situações com necessidade de internação ou mediante risco de vida. 5. Os serviços de saúde devem facilitar que adolescentes vinculem seus cuidadores e familiares em seus problemas de saúde, sem exigir esse vínculo como condição de atendimento e acesso a qualquer serviço ou atendimento; 6. Adolescentes devem ter orientação e acesso a realização de todos os exames preventivos em Saúde Sexual e Reprodutiva... 10. Adolescentes com situações de gravidez ou sintomas de DST, incluindo presença de HPV e aids devem receber acompanhamento ativo nos encaminhamentos de exames e/ou medicação e/ou busca de serviços especializados, visando a adesão ao tratamento; 13. Adolescentes devem ter orientação e acesso a todos os métodos contraceptivos reversíveis, com orientação de profissionais de saúde: a orientação de métodos de barreira (camisinha e diafragma) pode ser feita por qualquer profissional de saúde treinado no tema.

-Plano Municipal de Saúde 2014-2017: inclui entre os objetivos reduzir a gravidez na adolescência, assegurar o direito ao planejamento sexual e reprodutivo nas mulheres adultas e adolescentes.

-Portaria SMS.G No 497, de marco de 2006: resolve aprovar a Norma de Orientação para Execução do Programa de Planejamento Familiar, na Rede de Serviços do SUS, no Município de São Paulo, como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher e ao homem, no atendimento integral à saúde da população pelo SUS. Estabelece a realização de Grupos Educativos especialmente voltados para os adolescentes com informações sobre os diversos aspectos da Reprodução humana, Contracepção, Doenças Sexualmente Transmissíveis, prevenção do Câncer de Mama e do Colo Uterino.

-Lei estadual do Estado de São Paulo No. 11.199, de 12 de julho de 2002: proíbe a discriminação aos portadores do HIV ou às pessoas com AIDS.

PANORAMA GERAL DA SAÚDE DOS ADOLESCENTES (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/ DISTRITOS DO CAPÃO REDONDO E DO GRAJAÚ).	RECOMENDAÇÕES PARA OS DISTRITOS DO CAPÃO REDONDO E GRAJAÚ
DCNT E FATORES DE RISCO	
Doenças crônicas não transmissíveis como as cardiovasculares, as respiratórias, o câncer, a hipertensão e a diabetes têm uma maior predominância na população adulta e idosa dos distritos do Capão redondo e do Grajaú. No entanto, os fatores de risco que causam estas doenças são estabelecidos na adolescência.	-É necessário desenvolver ações para melhorar a prevenção e atendimento às doenças crônicas nos distritos do Capão Redondo e Grajaú, já que estas doenças têm maior prevalência em distritos com baixa renda e pessoas com menor grau de escolaridade. -É imprescindível desenvolver estratégias de sensibilização e educação para os adolescentes, sobre o cuidado da saúde.
Os dados sobre hipertensão e diabetes no Município de São Paulo, mostram que estas doenças afetam com maior frequência às mulheres e às pessoas menos escolarizadas e com menor renda.	-É necessário realizar ações para prevenir e tratar a obesidade em adolescentes, com estratégias focadas nas meninas. -É indispensável desenvolver ações para melhorar os hábitos

Dados sobre obesidade do Município de São Paulo mostram que esta doença atende todas as faixas etárias, cada vez mais aos adolescentes e sobre tudo às meninas. Também tem maior incidência em pessoas baixo grau escolaridade e renda.	alimentares nos adolescentes, sobre todo nas meninas. -É preciso realizar ações para aumentar a prevalência de atividade física nos adolescentes, sobretudo das meninas. -É necessário desenvolver estratégias de prevenção de doenças mentais, sobretudo para as meninas.
Dados nacionais informaram que os adolescentes aumentaram o consumo de refrigerantes, doces e alimentos ultraprocessados, sobretudo as meninas.	-É preciso realizar ações para reduzir o consumo de álcool em meninas e meninos.
Dados nacionais sinalizaram também a diminuição na prática de atividades físicas entre os jovens e que a maioria dos adolescentes são classificados como insuficientemente ativos, sobretudo as meninas. A insuficiência de atividade física é maior entre os adolescentes das escolas públicas, as quais predominam nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú.	-É necessário desenvolver estratégias para diminuir o consumo de drogas ilícitas, sobretudo em meninos. -É fundamental fortalecer a capacidade dos profissionais da saúde para prevenir e atender as doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco em adolescentes, sobretudo das equipes de saúde da família e de agentes comunitários (conceitos, marco legal e abordagem).
Os adolescentes assistem mais de duas horas de televisão, num dia de semana. O hábito é mais comum entre as meninas. Esta prevalência aumenta entre os adolescentes das escolas públicas, as quais predominam nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú.	-É necessário promover ações de articulação entre os setores da saúde, da educação e da assistência social para melhorar a prevenção e o atendimento à saúde dos adolescentes.
No Município de São Paulo 01 em cada 06 pessoas apresentam transtornos mentais, a maioria mulheres, pessoas com baixa escolaridade e renda.	
Os números de suicídio nos distritos do Capão Redondo e do Grajaú são significativamente maiores dos que outros distritos. Entre as vítimas encontram-se jovens, a maioria sexo masculino.	
Dados nacionais sinalizaram que 73,0% dos alunos já experimentaram uma dose de bebida alcoólica, e sua a maioria de escolas públicas. Não houveram diferenças entre meninas e meninos.	
Dados nacionais indicaram que quase o 30% de adolescentes entre 16 e 17 anos já experimentaram cigarro.	
Dados nacionais demonstram que 46% dos alunos já experimentaram maconha, a maioria meninos.	
VIOLÊNCIA	
O Grajaú é o segundo distrito com o maior número de agressões físicas, afetando a população jovem, majoritariamente as mulheres.	-É necessário desenvolver estratégias de trabalho com mulheres adolescentes para que conheçam seu direito a viver uma vida livre de violências e para que contem com ferramentas para preveni-las.
Os distritos do Capão Redondo e Grajaú possuem altos índices de homicídio. Dentre as vítimas encontram-se adolescentes entre os 10 e 14 anos, quase em sua totalidade homens.	-É necessário realizar atividades para desenvolver capacidades associadas à autonomia das adolescentes nos relacionamentos. -É preciso realizar ações que promovam uma cultura de paz nestes territórios.
O número de agressões sexuais foi maior no Grajaú do que em relação ao Capão Redondo. As vítimas em sua maioria foram crianças e adolescentes mulheres.	-É preciso promover estratégias para trabalhar com homens adolescentes a prevenção de violências contra às mulheres.
Os dados sobre violência sexual apresentados pela Secretaria Estadual de Segurança são consideravelmente diferentes aos da Secretaria da Saúde e nos levam a perguntar: onde e como são realizados os procedimentos médicos necessários nos casos de violência sexual nestes distritos? O qual é o seguimento as vítimas para garantir um atendimento integrado?	-É necessário promover estratégias de trabalho com adolescentes e famílias para mudar imaginários que justificam violências contra às mulheres e que promovam atitudes e comportamentos não violentos relacionados ao gênero. -É indispensável desenhar estratégias de prevenção de violências sexuais, incluindo o questionamento de imaginários que justificam esta vulneração dos direitos, sobretudo das meninas. -É fundamental fortalecer a capacidade dos profissionais da saúde para prevenir e atender as violências sofridas pelos adolescentes (conceitos, marco legal e abordagem). -É necessário promover ações de articulação ente os setores da saúde, da educação e da assistência social para melhorar a prevenção e o atendimento às violências sofridas pelos adolescentes.
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA	
Tanto o distrito do Capão Redondo quanto o do Grajaú tem altos índices de mães adolescentes, em sua maioria negras.	-É indispensável desenvolver ações educativas sobre temas relacionados à Sexualidade, prevenção de Gravidez Não-Planejada e DST/Aids.
O distrito do Grajaú conta com percentual maior que o Capão Redondo na porcentagem de pré-natal insuficiente, esta porcentagem e maior nas mulheres negras.	-É necessário realizar ações de prevenção de gravidez na adolescência com meninas.
Nos distritos do Capão Redondo e Grajaú ainda se notificam óbitos por gravidez, parto e puerpério alguns em adolescentes	-É necessário desenvolver estratégias para prevenir a gravidez na adolescência com meninos. Sensibilizar sobre paternidade

de 15 a 19 anos.	responsável.
Os hospitais do Capão Redondo e do Grajaú apresentam números altos de procedimentos de curetagem pós aborto em mulheres com menos de 20 anos. Sem importar a causa, estes dados revelam uma problemática da saúde sexual e saúde reprodutiva nas adolescentes e jovens destes distritos.	-É fundamental fortalecer a capacidade dos profissionais da saúde sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos (conceitos, marco legal e abordagem). Importante o Protocolo de Orientação para Atenção Integral em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes nos Serviços de Saúde do Município de São Pulo, março de 2017.
Os dados sobre sífilis em São Paulo indicam que o número de casos aumentou no último ano. Encontram-se casos de adolescentes de 10 a 14 anos e em maior número de 15 a 19 anos.	
O distrito de Grajaú apresenta um maior número de óbitos por AIDS do que o Capão Redondo.	

IV. EQUIPAMENTOS DE SAÚDE E OFERTA DE SERVIÇOS PARA ADOLESCENTES DE CAPÃO REDONDO E GRAJAÚ.

1. Sistema Único de Saúde (SUS)

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, os serviços de saúde e sua gestão passaram a ser descentralizados e organizados por níveis de atenção. Desta forma, para a operacionalização do processo de gestão do SUS, surge em 1993 a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) pela Norma Operacional Básica - NOB/93 do Ministério da Saúde, que também criou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de âmbito nacional (que reúne os gestores federal, estaduais e municipais do SUS).

A Comissão Intergestores Bipartite - CIB é uma instância colegiada de decisão do SUS estadual, integrada paritariamente pela Secretaria Estadual de Saúde e por representantes dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo.

E é exatamente essa descentralização a responsável por promover o atendimento à população, uma vez que cada um desses níveis corresponde a um determinado conjunto de serviços assistenciais disponibilizados aos usuários (sendo alguns de maior complexidade e outros mais básicos). Tais categorias foram determinadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e buscam promover, restaurar e manter a saúde dos indivíduos, nos três níveis de saúde definidos pelo SUS:

- Primário:

Neste nível de atenção, estão inseridas as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), conhecidas popularmente como postos de saúde, que possuem a responsabilidade de promover políticas direcionadas tanto à prevenção de doenças como à preservação do bem-estar nas comunidades. Importante frisar que essas ações são organizadas pela esfera municipal.

Na atenção primária, os profissionais de saúde se articulam para atuar não apenas nas Unidades Básicas, mas também em diversos espaços da comunidade (como centros comunitários e escolas), além de realizarem visitas domiciliares às famílias. O objetivo é que as ações de cada UBS estejam integradas e sejam contínuas. Portanto, é neste sentido que os

programas de caráter educativo voltados para a higiene pessoal, conservação de hábitos saudáveis e a conscientização a respeito da vacinação são algumas das medidas possíveis e desejáveis para a execução de ações nestes serviços.

- Secundário:

No nível secundário de atenção à saúde estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média complexidade, tais como Assistência Médica Ambulatorial (AMA) e Ambulatório Médico de Especialidades (AME). Nesses estabelecimentos podem ser realizados procedimentos de intervenção, tratamento de situações crônicas e de doenças agudas.

A expectativa é que os casos recebidos no nível secundário, encaminhados pelo nível primário, possam ser atendidos satisfatoriamente por meio do trabalho dos profissionais e da utilização dos equipamentos que compõem essa etapa de atenção.

Na assistência à saúde prestada aos usuários no nível secundário também estão presentes os serviços de urgência e emergência.

A organização desse nível é feita com base em macro e microrregiões de cada Estado, devendo apresentar tanto ambulatórios como hospitais. Deve também ter competência para dar assistência a cidadãos internados e para disponibilizar o devido tratamento às enfermidades de média complexidade.

- Terciário:

No nível terciário de atenção à saúde estão os hospitais de grande porte (alta complexidade), subsidiados pela esfera privada ou pelo estado. Nestas instituições podem ser realizadas manobras mais invasivas, caso haja necessidade, intervindo em situações nas quais a vida do usuário do serviço está em risco.

2. Equipamentos de saúde

Dentro da estruturação por níveis estabelecida pelo SUS, os equipamentos de saúde existentes nos distritos do Capão Redondo e Grajaú tem a preponderância na atenção primária seguido pela secundária. Todavia é importante destacar que ambos os distritos só possuem apenas um Hospital de Urgência e Emergência cada, para atender a população, que somada chega a mais de 660.000 mil habitantes, conforme dados apresentados no Capítulo I.

Especificamente o Estado de São Paulo, desde 1998, por meio da Lei complementar nº 846, de 04 de Junho de 1998 e, posteriormente, o Município de São Paulo, em janeiro de 2006 com a Lei nº 14.132, que instituem as Organizações Sociais, possui um modelo que permite que as Organizações da Sociedade Civil façam a gestão dos equipamentos públicos de Saúde em parceria com o Estado.

Esta informação é extremamente relevante tendo em vista que boa parte dos equipamentos de saúde localizados nos distritos de Capão Redondo e Grajaú, são geridos por meio desses contratos de gestão, segue abaixo as principais Organizações que gerem os equipamentos de saúde nos respectivos distritos:

Capão Redondo

- Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" (CEJAM)
- Associação Saúde da Família O. S. Associação Comunitária Monte Azul

Grajaú

- Instituto de Responsabilidade Social Sírio-Libanês
- Associação Saúde da Família (ASF)

No que se refere aos equipamentos de saúde voltados às pessoas portadoras de necessidades especiais e doenças mentais, cada distrito possui no máximo dois serviços, sendo em alguns casos vinculado a uma UBS ou uma AMA, não tendo seu atendimento exclusivo a estes pacientes, o que, em consequência, restringe o atendimento desta população.

Outro dado preocupante e que impacta diretamente no assunto proposto, é que apenas o distrito do Capão Redondo possui o Serviço de Atendimento Especializado para Doenças Sexualmente Transmissíveis.

O quadro abaixo apresenta a listagem dos equipamentos de saúde localizados nos distritos do Capão Redondo e Grajaú, respectivamente:

Capão Redondo

Unidade Básica de Saúde	Assistência Médica Ambulatorial / Ambulatório Médico de Especialidades	Pronto Atendimento
UBS Jardim Valquíria AV. Carlos Lacerda, 3093 – Jd Valquíria CEP: 05789-001 F: 5825-6166	AMA Capão Redondo Av. Comendador Santana, 774 – Jd. Boa Esperança CEP: 05866-000 F: 5872-9917 / 5872-9919	PA Municipal Jardim Macedônia R. Louis Boulogne, 133 - Jd Macedônia CEP: 05894-350 F: 5821-1147
UBS Jardim Comercial R. Costa Nova do Prado, 92 - Jd Lilah - CEP: 05885-190 F: 5873-4880 / 5874-6120	AMA Especialidades Capão Redondo Av. Comendador Santana, 774 – Jd. Boa Esperança CEP: 05866-000 F: 5872-9902 / 5872-9906	Hospital Municipal do Campo Limpo Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha Estrada de Itapeçerica, 1661 - Campo Limpo - CEP 05835-005 F: 3394-7460
UBS Jardim Eledy R. Sebastião Advincula Cunha , 470 - Jd Eledy CEP: 05856-140 F: 5823-9437	AMA/UBS Integrada Parque Fernanda R. Ernesto Soares Filho, 301 – Pq. Fernanda CEP: 05888-070 F: 5821-1632 / 5824-6721	
UBS Jardim Germânia R. João Fugulim, 338 – Jd Germania CEP: 05849-340 F: 5511-1761 / 5816-2622		
UBS Jardim Lidia R. Gutemberg José Ferreira, 50 – Jd Lidia CEP: 05860-070 F: 5511-4428 / 5816-5547		

UBS Jardim Macedônia R. Soriano de Albuquerque, 77 - Jd. Macedônia CEP: 05894-440 F: 5823-6158 / 5824-7707		
UBS Jardim Magdalena R. Vitoriano Palhares, 221 - Jd. Magdalena CEP 05890-320 F: 5824-6020 / 5824-5347		
UBS Jardim Maracá R. Feres Bechara, 506 - Jd Maracá CEP: 05867-390 F: 5874-4720 / 5874-4721		
UBS Jardim Marcelo R. Gastão Raul Fourton Bousquet, 377 - Jd. Marcelo CEP: 05797-000 F: 5825-2279 / 5821-5974		
UBS Jardim São Bento R. João Robalo, 64 - Jd São Bento CEP: 05881-000 F: 5873-2681 / 5874-6115		
UBS Parque Maria Helena R. DR Benedito Matarazzo, 371 - Pq Maria Helena CEP: 05854-090 F: 5510-8380		
UBS Parque Engenho II AV. Dom Rodrigo Sanches, 700 - Pq Engenho CEP: 05892-360 F: 5821-2274 / 5821-8371		
UBS Luar do Sertão R. Luar do Sertão, 980 - Chácara Santa Maria CEP: 05879-450 F: 5874-1826 / 5871-9489		

Serviço de Atenção Especializada (SAE)	Centros Especializados em Reabilitação (CER)	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
SAE DST/Aids Jardim Mitsutani Rua Frei Xisto Teuber, 50 -Campo Limpo – CEP 80060-130 F: 5515-6207/5518-4745	CER III/ UBS Jardim Marcelo - R. Gastão Raul Fourton Bousquet, 377 – Jd. Marcelo CEP: 05797-000 F: 5825-2279 / 5821-5974	CAPS Adulto II Jardim Lídia R. Gutemberg José Ferreira, 50 - Jd Lidia CEP: 05860-070 F: 5513-9560
		Centro de Convivência e Cooperativa – CECCO Travessa Jasmim da Beirada, 71 - Capão Redondo - CEP: 05868-580 F: 5821-8950 / 5821-2220

Fonte: Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Região/Zona, setembro de 2017.

Grajaú

Unidade Básica de Saúde	Assistência Médica Ambulatorial / Ambulatório Médico de Especialidades	Pronto Atendimento
AMA/UBS Integrada Jardim Castro Alves Av. João Paulo Barreto, 131 – Jd Castro	AME Dra Maria Cristina Cury R. Artur Nascimento Júnior, 120 - Jardim	PS Municipal Dona Maria Antonieta F. de Barros

Alves CEP: 04842-150 F: 5971-2157 / 5928-1714	Satelite, CEP 04815-180 - F: 5668-2500	R. Antonio Felipe Filho, 180 - Grajaú CEP: 4845-000 F: 5972-4881
UBS Alcina Pimentel Piza Estrada de Itaquaquecetuba, 8855 – Ilha do Bororé - CEP: 04846-010 F: 5974-2289 / 5974-9764	AMB Espec Dr. Milton Alfred R. São Caetano do Sul 381 - Grajaú CEP: 04840-230 F: 5932-2015 / 5528-1475	Hospital Geral do Grajaú Rua Francisco Octávio Pacca, 180 - Parque das Nações CEP: 04822-030 F: 3544-9444
UBS VILA NATAL Av. Profª. Marta Maria Bernardes, 246 - Vila Natal CEP: 04863-000 F: 5527-4071	Centro de Especialidades Odontológicas (CEO II Capela do Socorro) R. São Caetano do Sul, 381 - Grajaú CEP: 04840-230 F: 5932-2015 / 5528-1475	
UBS VARGINHA R. Henrique Muzzio, 383 - JD Varginha CEP: 04857-040 F: 5526-3988 / 5527-2709		
UBS SHANGRILA/ELLUS R. B, 16 - JD Shangrila CEP: 04852-033		
UBS Parque Residencial Cocaia Independente R. Felinto Milanez, 26 - PQ Residencial Cocaia Independente CEP: 04849-040 F: 5931-5847 / 5931-0209		
UBS Jardim Três Corações R. General José de Oliveira Ramos, 275 - JD Três Corações CEP: 04855-330 F: 5528-6223 / 5931-5969		
UBS/AMA Integrada Jardim Mirna R. Dr. Juvenal Hudson Ferreira, 13 - JD Mirna CEP: 04856-140 F: 5526-2114 / 5526-5175		
UBS Jardim Eliane R. Henry Arthur Jones, 201 - JD Eliana CEP: 04851-002 F: 5931-5240 / 5528-1887		
UBS GAIVOTAS AV. São Paulo, 23-A - JD Gaviota CEP: 04849-000 F: 5932-6407		
UBS Chácara Santo Amaro R. Luiz Carlos de Almeida, 51 - Chácara Santo Amaro CEP: 04875-120 F: 5974-9922		
UBS Chácara do Sol R. João Carlos de Oliveira, 3 - Chácara do Sol CEP: 04855-515 F: 5931-4151		
UBS Chácara do Conde R. Constelação do Esquadro, 5 - Jd Campinas CEP: 04858-010 F: 5938-6611 / 5938-3109		
UBS Cantinho do Céu R. dos Acordes, 3 - Cantinho do Céu		

CEP: 04849-558 F: 5931-0209		
UBS Jardim Novo Horizonte R. Caruanense, 186 - Jardim Novo Horizonte CEP: 04857-300 F: 5938-2208		

Núcleos Integrados de Reabilitação de Saúde Auditiva (NISA)	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
NISA Dr. Milton Alfred R. São Caetano do Sul, 381 - Grajaú CEP: 04840-230 F: 5932-2015 / 5528-1475	CAPS Infante Juvenil II Capela do Socorro R. Caruanense, 186 - Jardim Novo Horizonte CEP: 04857-300 F: 5526-6389

Fonte: Relação dos Estabelecimentos/Serviços da Secretaria Municipal da Saúde por Região/Zona, setembro de 2017.

3. Organizações de assistência social que trabalham saúde nos distritos de Capão Redondo e Grajaú

No âmbito das organizações de assistência social que atuam nos distritos do Capão Redondo e Grajaú, desenvolvendo trabalhos em parceria com a saúde ou especializadas no objeto desta pesquisa, podemos destacar as seguintes organizações:

Capão Redondo

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS	APAE - Núcleo Integrado de Reabilitação - NIR
Centro de Referência de Assistência Social Grajaú - CRAS Capão Redondo Estr. de Itapecerica, 6240 - Jardim Amália CEP: 05858-001 F: 5511-9418	Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS Campo Limpo Rua Landolfo de Andrade, 200 - Parque Maria Helena - CEP: 05855-290 F: 5814-7483	Núcleo Integrado de Reabilitação Campo Limpo Rua Francisco Soares, 135 - Parque Arariba CEP: 05774-300 F: 5844-3425 / F: 5842-5716

Centro de defesa e convivência da mulher "Mulheres Vivas"
R. Martinho Vaz de Barros, 257 - Campo Limpo CEP: 05786-150 F: 5842-6462

Grajaú

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS	APAE - Núcleo Integrado de Reabilitação - NIR
Centro de Referência de Assistência Social Grajaú - CRAS Grajaú R. Ezequiel Lopes Cardoso, 333 - Parque Grajaú CEP 04842-350 F: 5924-5718	Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS Capela do Socorro Av. Senador Teotônio Vilela, 2394 - CEP: 04801-000 F: 5666-8940 / 5666-8494	Núcleo Integrado de Reabilitação Parelheiros Av. Senador Teotônio Vilela, 8895 - Parelheiros CEP: 04804-000 F: 5922-8733

Capão Redondo/Grajaú

Centro de Cidadania LGBT zona Sul
Rua São Benedito, 408 - Santo Amaro

Pelo quadro acima exposto, a pesquisa constatou que ainda é deficitário os serviços/organizações que desenvolvem um trabalho de atendimento a vítimas de violências bem como aos portadores de necessidades especiais nos distritos do Capão Redondo e Grajaú. Cabe também salientar que o acesso via transporte público, dependendo da localidade em que reside esta pessoa, é restrito devido às distâncias, principalmente no distrito Grajaú onde a abrangência territorial é muito vasta.

4. Programas e serviços de saúde para adolescentes

Nos distritos do Capão Redondo e Grajaú o acesso à serviços de saúde bem como as informações sobre as Doenças Crônicas não Transmissíveis e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos estão limitadas as ações pontuais realizadas nas organizações da sociedade civil em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, não havendo, portanto, um programa específico voltado para os adolescentes.

O papel de desenvolver programas voltados para prevenção de DCNT e Diretos Sexuais e Direitos Reprodutivos deveria ser das Unidades Básicas de Saúde que, por premissa, tem a responsabilidade de desenvolver ações de saúde no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de realizar promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde no âmbito de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Entretanto, pela falta de equipamentos que supram as demandas da população principalmente dos adolescentes, esta responsabilidade acaba sendo exercida na maioria das vezes de maneira pontual por Organizações da Sociedade Civil que, por sua vez, também só conseguem atingir uma pequena parcela deste público, por em algumas situações não possuírem espaços adequados ou recursos financeiros.

Logo, faz-se necessário um programa que não só articule com esses stakeholders, mas que também tenha profissionais que possuam conhecimento especializado sobre os assuntos e que sejam agentes formadores dos profissionais destes serviços, uma vez que as pesquisadoras constataram que os profissionais desses serviços possuem o conhecimento limitado, principalmente no que se refere a DCNT, direitos sexuais e direitos reprodutivos e igualdade de gênero.

5. Barreiras de acesso.

Importante destacar que, para a consecução de um programa que vise a implementação de estratégias e ações de prevenção a DCNT, direitos sexuais e direitos reprodutivos e igualdade de gênero nos equipamentos de saúde e organizações sociais deve-se levar em consideração como principais barreiras de acesso:

- A articulação prévia junto ao poder público para o acesso aos Equipamentos de Saúde, bem como aos profissionais que poderão ser agentes multiplicadores.

- Escassez de recursos e estruturas dos Equipamentos de Saúde e Organizações da Sociedade Civil.
- Profissionais capacitados para desenvolver o programa.
- Falta de equipamentos de saúde e acesso a estes.
- Adesão e envolvimento dos adolescentes e seus familiares uma vez que também possuem falta de recursos financeiros e o acesso a informações.

V. PERCEPÇÕES, CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ADOLESCENTES, FAMÍLIAS E PROFISSIONAIS SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS

Neste capítulo serão apresentadas as percepções, conhecimentos e práticas sobre doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e direitos sexuais e direitos reprodutivos, ouvidas nos grupos focais realizados com os adolescentes, famílias e profissionais, assim como os principais avanços e desafios em cada tema.

Muitas das percepções, conhecimentos e práticas deste capítulo ratificam os dados apresentados para os distritos do Capão Redondo e Grajaú no Capítulo III e IV.

1. Adolescentes de 10 a 14 e de 15 a 19 anos

Nessa parte do documento, iremos descrever as percepções, conhecimentos e práticas observadas e escutadas nos grupos focais realizados com os adolescentes de 10 a 14 e 15 a 19 anos dos distritos do Capão Redondo e Grajaú. As informações serão apresentadas estabelecendo os pontos em comum para as duas faixas etárias, assim como serão destacadas suas diferenças. Além disso, faremos distinções entre os distritos e os sexos.

Percepções sobre DCNT e fatores de risco

DCNT

Quando questionados sobre o conhecimento do que é a DCNT, grande parte dos adolescentes dos distritos desconhece o termo e apenas associa quando citamos quais são as doenças: Diabetes, Pressão Alta e Colesterol. Outro dado relevante é que sempre mencionam casos dessas doenças em suas famílias.

Alimentação

Tanto os adolescentes do Grajaú como os do Capão Redondo entendem que o consumo excessivo de alimentos, como doces e gorduras, tem consequências negativas para a saúde e fizeram referências à doenças como diabetes, hipertensão, colesterol e obesidade. No entanto, eles indicaram consumir estes alimentos diariamente. É importante salientar que, nos grupos, alguns adolescentes informaram já possuírem doenças deste tipo ou conhecerem outros adolescentes ou familiares que também foram diagnosticados com estas doenças.

Entre os adolescentes de 10 a 14 anos, foi recorrente a menção de cárie como uma consequência do consumo excessivo de doces. Um adolescente de 13 anos do Grajaú, quando questionado, responde imediatamente:

“Nóis fica com o dente podre”

No que se refere à diferença no consumo de doces entre os adolescentes e as adolescentes, elas afirmaram que consomem com maior frequência que eles, inclusive se denominando como “viciadas”. Uma adolescente de 16 anos do Capão Redondo ao ser questionada sobre o consumo de doce, citou:

“Assim eu sou muito viciada em doce, é uma doença minha...todo dia eu como bala”.

Sobre o consumo de fast food, eles indicaram seu consumo a cada semana. Os adolescentes que já tiveram trabalhos remunerados relataram que passaram a consumir com maior frequência, tendo como consequência desenvolvido o sobrepeso. Este fato é afirmado pela adolescente de 17 anos do Grajaú, que relatou:

“Eu consumo quando tenho dinheiro. Quando eu trabalhava, eu gastava bastante em comida. Minha mãe não gostava, mas quase toda semana eu ia no MC ou no BK (Burger King)”.

Quanto ao consumo de verduras, legumes e frutas, os adolescentes de 10 a 14 anos mencionaram gostar e as consumir não só na Organização, mas também em casa. Uma adolescente de 12 anos do Capão Redondo mencionou:

“Sim, gostamos de comer frutas, todos os dias, goiaba, maçã”.

Já os adolescentes entre 15 a 19 anos, afirmaram que não gostarem desses alimentos, mas consomem nas organizações por haver uma obrigatoriedade. Todavia, quando estão em casa, não consomem com frequência por fatores como: o preço dos alimentos e a falta de estímulo no ambiente familiar. Para comer mais frutas, uma adolescente de 16 anos afirmou a relação com o preço:

“Ter um preço acessível para comprar, porque fruta é caro”

Em relação ao que poderia ser feito nos três grupos foi recomendado que as famílias incentivem o consumo de alimentos saudáveis desde a primeira infância. Um adolescente de 15 anos expressou:

“Assim como uma pessoa é acostumada a comer doce desde criança, pode se acostumada a comer comida saudável... Mas se o pai quiser levar a criança no Girafas, que tem um arrozinho com carinha bonitinha, daí a criança vai lá e come”.

Avanços	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> -Poderíamos afirmar pelas falas dos adolescentes de 10 a 14 anos, que eles consomem mais e com frequência comidas saudáveis (legumes, verduras e frutas) do que os de 15 a 19 anos. -Os adolescentes reconhecem as principais doenças (hipertensão, colesterol e diabetes) causadas pela má alimentação, por já terem tido estas doenças ou conhecerem pessoas que as possuem. -Já viram alguma Campanha de Prevenção na televisão. 	<ul style="list-style-type: none"> -Acesso a informação fidedigna sobre as doenças e consequências para saúde do consumo de alimentos não saudáveis. -Divulgação sobre as características e benefícios da alimentação saudável. -Fazer com que a família estimule o consumo de alimentos saudáveis. -Alimentos acessíveis economicamente. -É necessário que haja um processo de conscientização da importância e o porque do consumo de alimentos saudáveis e as consequências de uma má alimentação. Este processo deve ser integrado com família, escola, área da saúde e organizações.

Esporte e atividades físicas

A diferença mais importante entre os adolescentes de 10 a 14 e os de 15 a 19 anos, seja no Capão Redondo e no Grajaú, é que os primeiros citaram uma maior prática de esporte e atividade física, assim como a variedade destas (artes marciais, natação, basquete e futsal). Outro dado é que os adolescentes do Capão Redondo de 10 a 14 anos, fizeram menção a prática de jogos infantis, como queimada, elástico, taco. Nesta faixa etária, foi falado com naturalidade sobre a participação das meninas em jogos tradicionalmente masculinos, como futebol, porém foi relatada por uma adolescente de 14 anos do Grajaú uma situação de exclusão:

“Sim, tipo as mulheres têm os mesmos direitos que os homens, mas não é assim, porque é uma cultura muito machista. Tipo, menina gosta da cor rosa e menino da azul. Tipo, eu queria jogar futebol na escola e os meninos começaram a falar monte de coisas”.

Em relação a este tópico, os adolescentes de 15 a 19 anos do Capão Redondo indicaram que praticavam alguma atividade física, enquanto os adolescentes do Grajaú informaram que não as praticavam regularmente. Quanto ao tipo de esporte praticado, os meninos fizeram alusão ao futebol, basquete e vôlei. As meninas mencionaram o vôlei.

As informações fornecidas permitiram identificar que as adolescentes do Capão Redondo praticavam atividades físicas com menor frequência que os adolescentes, enquanto as do Grajaú afirmaram não praticar nenhuma. As adolescentes dos dois distritos atribuíram esta situação aos papéis tradicionais de gênero, nos que os homens têm mais liberdade para sair e ocupar espaços públicos, como os esportivos. Em relação ao maior sedentarismo das meninas uma adolescente de 16 anos afirmou:

“Eu não pratico nenhum esporte, só caminho para ir na escola... A menina sempre fica em casa, o menino sai. Sempre foi uma coisa de criação”.

Quanto aos espaços, os adolescentes de ambos distritos afirmaram a ausência de espaços para atividade física ou prática esportiva, pois os poucos espaços existentes estão sendo utilizados para o uso e venda de drogas e álcool. Dentro desta afirmação, uma adolescente de 17 anos do Grajaú, relatou:

“Não me interessa o centro cultural porque sempre vai ter gente usando droga nos arredores”.

“Tem um parque que atrai muita gente de fora para o tráfico de drogas, funk e usar drogas. Tem muito. A qualidade de vida do bairro caiu. É um parque bonito, mas as pessoas não souberam aproveitar. Agora ficou pesado”.

Neste contexto, a rua torna-se o principal espaço para a realização de atividade física ou prática esportiva nos dois distritos. Já, na região do Grajaú, a mata e a represa fazem parte do cotidiano dos adolescentes, inclusive para prática das atividades esportivas e de lazer, conforme relatou um adolescente de 18 anos do Grajaú:

“Quando eu quero fazer algum esporte eu vou para a mata”.

No que tange equipamentos públicos, tais como: Centro Cultural e CEU (Centro Educacional Unificado), e equipamentos como SESC (Serviço Social do Comércio), os adolescentes mencionaram conhecer, porém afirmaram não frequentarem por causa da falta de acesso à informação da programação e eventos. No caso da região do Grajaú, uma outra barreira relatada pelos adolescentes é o acesso via transporte público ao SESC Interlagos.

Avanços	Desafios
- Oferta de atividades físicas e esportivas nas Organizações.	- Ter mais espaços. -Mostrar para o adolescente que a prática de atividade física e esportiva não está apenas associada ao Futebol. -Criar estratégias para que as adolescentes pratiquem mais atividades físicas ou esportivas. -Maior divulgação das atividades e ações realizadas pelos centros culturais, SESC, organizações da sociedade civil, etc. -Fomentar a desconstrução dos preconceitos de gênero que limitam e intimidam as adolescentes a praticarem esportes. -A presença de traficantes e de usuários de drogas e álcool nos espaços é a principal barreira para que os adolescentes acessem este direito, uma vez que representa um risco a integridade física e psicológica dos adolescentes.

Álcool, Tabagismo e Drogas

Em relação ao consumo de álcool e cigarro, os adolescentes de 15 a 19 anos afirmaram que fazem pouco uso de cigarro, mas que, quando fumam, utilizam Narguilé. Quanto ao álcool, todos os adolescentes relataram o consumo frequente deste por ser acessível no baile, na rua e em casa. Inclusive os adolescentes ratificaram que seus familiares consomem regularmente, tornando o álcool como parte do cotidiano deles. Este dado é relatado por uma adolescente de 17 anos da Região do Grajaú:

“Eu já vi crianças de 12 anos fumando e bebendo em festas e os pais não sabem nada”

Inclusive, os adolescentes de 10 a 14 anos, relataram que compram com facilidade cigarro e bebida em suas comunidades para seus familiares. Uma menina e um menino, ambos de 13 anos, citaram que compram cigarros:

“Vendem cigarro para crianças”.

“Eu fui comprar cigarros para meu pai”.

Quanto ao consumo diferenciado por sexo, os meninos reconheceram que as meninas também consomem álcool, no entanto, é possível identificar percepções negativas sobre as meninas, conforme afirma uma adolescente de 16 anos da região do Capão Redondo:

“Eu já vi caso das meninas morrendo e os caras do lado dela dando risada e ela morta”.

Ainda no que se refere ao consumo de álcool pelas adolescentes, um dado preocupante fornecido foi que algumas adolescentes são mais vulneráveis a práticas de exploração sexual por causa do consumo de álcool. Um adolescente de 18 anos do Capão Redondo, citou:

“Lá na quebrada tem mina de doze anos que diz que vai soltar pro mano, só pra dar um gole no corote”

No que tange ao uso de drogas, os meninos afirmaram que eles consomem mais drogas que as meninas, sendo mais consumidas atualmente as alucinógenas e químicas, tais como: LSD, lança perfume e maconha. Os relatos dos adolescentes evidenciam que o consumo de drogas está associado à diversão e para ser aceito em uma determinada “tribo”. Fato este confirmado por um adolescente da Região do Grajaú:

“Pra você se divertir, pros jovens de hoje em dia, tem que ter bebida ou droga, se baseia nisso. Se você tá saindo, por exemplo, se você tá indo pra uma festa, digamos, uma festa que não tenha bebida alcoólica no local, mas você possa levar o seu consumo, se você não leva nenhum tipo de droga, a festa não vai valer, a festa não vai ser boa pra parte dos jovens”.

A droga faz parte do dia a dia desses adolescentes, haja vista que todos mencionaram que moram perto de “biqueiras”, os chamados pontos de drogas, o que possibilita que convivam diariamente com os traficantes, inclusive afirmando confiar mais neles do que na polícia, o que foi reforçado na frase do adolescente de 18 anos do Capão Redondo:

“Então, mais infelizmente quem protege nós é os caras da biqueira”.

Grande parte dos adolescentes relataram ter familiares ou conhecidos que morreram em consequência do vício em drogas. Abaixo temos a fala de duas adolescentes de 17 anos da região do Grajaú:

“Eu tenho amigo, que faz uma semana que teve overdose, e teve um AVC...ele tem dezoito anos”.

“Um amigo meu do curso esta usando muita droga, o irmão foi preso e ele na consegue parar. Eu não sei o que fazer”.

Neste ponto também foi evidenciado pelos adolescentes a relação entre o consumo de drogas e a violência de gênero contra as adolescentes, já que fizeram menção às adolescentes envolvidas com os traficantes por drogas e outras vezes por proteção. Um adolescente de 18 anos da Região do Capão Redondo disse:

“As meninas do tráfico. São tudo usuárias, cê é louco mó BO”.

“E tem aquelas que, “eu não me envolvo mais sou envolvida”, ela não se envolve para mãe”.

Outro dado apresentado pelos adolescentes é sobre a informação do uso de drogas, via redes sociais como Youtube e Facebook, onde outros adolescentes explicam como fazer uso de drogas, tanto no Capão Redondo quanto no Grajaú os adolescentes fizeram referencias aos seguintes vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=WPnWKWXN1FE>,

<https://www.youtube.com/watch?v=LldIOFFLwEQ>.

Os adolescentes relataram que, mesmo reconhecendo as consequências do consumo de drogas, eles fazem uso destas. Ao perguntar o motivo, duas adolescentes do Grajaú afirmaram:

“Eu tenho a consciência do certo e errado...porque tudo tem uma consequência. Eu, por exemplo, uso narguilé e sei que vai ter uma consequência lá na frente, mas fazer o que”.

“Que nem no dia da palestra aqui, as moças explicando e o pessoal rindo aqui”.

Pela fala da adolescente acima pode-se concluir que os adolescentes vivem um processo imediatista, dando prioridade a viver o momento sem importar-se com as consequências no futuro. Além disso, afirmaram não possuírem perspectiva sobre algo que possa ser feito para mudar este cenário. Esta constatação é reforçada pela fala de um adolescente de 18 anos do Capão Redondo:

“Infelizmente é um pensamento egoísta, mais antes ele do que eu”.

“Você pode fazer tudo, mais vai ser em vão”.

Frente à pergunta do que pode ser feito para que os adolescentes consumam menos drogas, os adolescentes de 10 a 14 anos do Grajaú, afirmaram não terem perspectiva de uma solução ou de um futuro melhor, sendo essa a resposta predominante a pergunta acima exposta. Uma adolescente de 15 anos é enfática:

“No futuro, o mundo vai ser maconheiro, vai ser uma população usuária”.

Avanços	Desafios
	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver estratégias mais efetivas para sensibilizar os adolescentes sobre as consequências do consumo de álcool, cigarro e drogas. - Desenvolver estratégias nas comunidades, para que os adolescentes tenham mais atividades no seu tempo livre. -Fundamental que haja um trabalho junto às famílias para a prevenção do consumo drogas. -Fomentar a integração entre os Serviços de Saúde, Escola e Organizações para dar um atendimento integrado. -É necessário a criação de programas de prevenção e atendimento às vítimas de exploração sexual, que incluam a desconstrução de estereótipos de gênero que justificam esta violência. Por exemplo, a erotização do corpo das meninas e a afirmação da masculinidade por ter relações com crianças e adolescentes. - Mais uma vez, a presença do tráfico e consumo de drogas é o componente mais significativo em suas realidades já que eles invadem quase todos os espaços (Baile, Escola, Centros Culturais, Parque, Praças e nas portas de suas casas) que frequentam os adolescentes e, por este motivo, eles tornam-se tão vulneráveis ao consumo, além de outras problemáticas que vivenciam.

Depressão

A depressão é um tema conhecido pelos adolescentes do Capão Redondo e Grajaú. Ambos relataram que sofrem ou conhecem outros adolescentes que já tiveram depressão. Este fato é confirmado na fala de uma adolescente de 16 anos do Grajaú:

“Eu tenho depressão, na verdade, eu sinto que ainda tá no início. Eu estou fazendo de tudo pra ver se minimiza a causa. O meu namorado tem depressão e a dele é bem profunda. Ele já tentou se suicidar várias vezes...ele tem dezoito...muitas vezes, mais de dez, ele já ficou internado porque perdeu muito sangue, ele ficou internado, muitas coisas ele já fez só que não deu certo”.

No entanto, os adolescentes de 15 a 19 anos do Capão Redondo, enxergam este tema como modinha ou frescura, como exclamou um adolescente de 18 anos:

“Tem pessoas que é tudo modinha, tipo esse bagulho de se cortar, tem gente que tem tudo em casa, tem amor, tem tudo. Aí chega na escola, você pergunta porque que está com depressão e ela responde ‘briguei com o namorado’. Aí fica se cortando”.

É importante ressaltar que, tanto no Grajaú quanto no Capão Redondo, os adolescentes conhecem outros adolescentes que se cortam ou que já jogaram o Baleia Azul. Inclusive, deram depoimentos de casos de adolescentes que cometeram suicídio por causa do jogo. Abaixo segue relato do adolescente de 18 anos do Grajaú:

“Este ano, um rapaz da igreja, eu estudei com ele também, ele era introspectivo. Eu achava que ele tinha alguma coisa. Um dia recebemos a notícia que a casa tinha pegado fogo, ele ficou 10 dias internado e morreu. Depois soubemos que ele havia se ateado fogo e que foi por causa da baleia azul”.

Outro dado relevante é que, no Grajaú, algumas adolescentes de 10 a 14 anos citaram já terem se cortado. Segue abaixo o depoimento de uma adolescente de 14 anos que relata que se cortava, no momento em que levanta a blusa mostrando seu braço com as marcas:

“Eu me cortava...era raiva que eu sentia, me cortava com navalha...”.
“Fui morar com a minha tia, daí parei de me cortar... faz nove meses”.

Segundo afirmam os adolescentes de ambos distritos, as meninas sofrem mais de depressão do que os meninos. Quando questionados sobre os motivos, eles associam à desilusões amorosas e à maior emotividade das mulheres.

Para os adolescentes de 10 a 14 anos do Grajaú, as causas da depressão estão também associadas à ausência dos pais e de afeto. Uma adolescente de 14 anos expressou:

“A família deveria escutar mais, perguntar mais, porque muitas acabam assim por elas se sentem sozinhas”.

Para os adolescentes de 15 a 19 anos do Grajaú, a depressão é entendida como algo sério, porém afirmam que os pais não reconhecem essa situação como um problema, mas como uma frescura, e fazem da religião um meio de tratamento:

“A minha família acha que é falta de vontade de lavar louça, sei lá preguiça...é muito ignorância, porque a pessoa nem procura saber o que o filho tem”.

Nos distritos, a predominância religiosa é do catolicismo seguido pelas evangélicas pentecostais. Entretanto, a presença das religiões de afro-brasileiras é vista com certo receio. No Grajaú, os adolescentes evidenciaram uma postura crítica frente às intolerâncias religiosas, conforme citou um adolescente de 18 anos do Grajaú:

“Na minha opinião a religião dividiu muito as pessoas...você não precisa acreditar, você só precisa respeitar”

Avanços	Desafios
-Os adolescentes reconhecem a depressão como um problema de saúde e as suas consequências.	- Mudar a percepção da família quanto a definir a depressão como algo superficial. - Ter informações mais acessível aos adolescentes. - Que as áreas da saúde, educação e assistência social tenham a capacidade de identificar e atender casos de depressão de adolescente. - Criar estratégias de prevenção para as adolescentes, já que, segundo os grupos, são elas que mais sofrem da doença. - É de suma importância que a depressão seja vista como um problema de saúde pública e que também está atingindo os adolescentes com mais frequência. Portanto, é necessário conhecer mais sobre a depressão na adolescência por meio de pesquisas nas causas do contexto nestes distritos. - No Grajaú é nítido que os adolescentes sofrem mais de depressão que os do Capão Redondo, inclusive pela falta de apoio e entendimento dos familiares.

Percepções sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

Os adolescentes dos três grupos do Capão Redondo e do Grajaú afirmaram não conhecer o termo Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. No entanto, as percepções dos adolescentes frente à primeira situação apresentada na discussão do grupo focal sobre uma adolescente que é pressionada pelo namorado a ter relações sem o uso do preservativo, permitiram identificar:

1. As consequências das relações sexuais sem o uso do preservativo sempre estão relacionadas a gravidez e a AIDS.

2. Os adolescentes de 15 a 19 anos reconheceram a importância do uso do preservativo, todavia o não uso está atrelado à reputação das adolescentes, posto que eles afirmaram que a exigência pode ser um sinal de que aquela pessoa possui uma doença. Também, a permissão da relação sem o uso preservativo seria uma prova de fidelidade do adolescente com o seu parceiro, nas adolescentes uma prova de confiança e amor. Segue o relato de uma adolescente de 16 anos do Capão Redondo:

“Nenhum cara vai querer transar na primeira relação sem camisinha, se a mulher quiser usar é porque alguma coisa tem”

3. Eles conhecem os métodos contraceptivos mais comuns (anticoncepcional, camisinha e pílula do dia seguinte), mas os adolescentes correlacionam o uso destes métodos apenas à prevenção da gravidez e não às doenças. Isto pode ser devido a conhecerem diversos casos de adolescentes grávidas em seus bairros, como o relatado abaixo pela adolescente de 15 anos do Grajaú:

“Minha vizinha de 13 anos ficou grávida”.

4. E quando a gravidez acontece, a responsabilidade sobre a gestação e a criança recai nas adolescentes e em suas famílias, segundo relatam as adolescentes. Uma adolescente de 17 anos do Grajaú relatou:

Grajaú relatou:

“A mãe fica, o pai se muda para outro país, rsrsrs. Some do mapa”.

5. Foi recorrente em relatos de adolescentes de 10 a 14 anos a alusão a histórias de gravidez na adolescência que se repetem em suas famílias. Uma adolescente do Grajaú de 14 anos contou que sua mãe e irmã que ficaram grávidas na mesma idade, aos 14 anos:

“Minha mãe teve o primeiro filho aos 14 e minha irmã também”.

6. Ainda há em algumas adolescentes o pensamento de que a mulher grávida, em consequência de um estupro, não deveria abortar por ser pecado.

7. Sobre o acesso à informação, quando questionados, alguns adolescentes mencionaram já terem visto vídeos na escola, mas foi possível constatar que eles não recebem informações suficientes que, de fato, os conscientizem do uso do preservativo. Um adolescente de 18 anos do Grajaú, ao ser perguntado sobre já terem visto campanhas, respondeu:

“Só vi vídeos na escola, assisto todo ano”.

8. É importante salientar que os adolescentes do Capão Redondo fizeram referência à vacinação da prevenção do HPV e inclusive afirmaram já terem tomado e que os adolescentes do sexo masculino também devem tomar a vacina.

Avanços	Desafios
	<ul style="list-style-type: none"> - Apesar de terem o acesso à informação na escola e ou às vezes nas Organizações, ainda não há uma conscientização por parte dos adolescentes, no que tange os métodos contraceptivos e as doenças. - Desconstruir percepções socioculturais, tais como as relações sem preservativos ser uma prova de amor ou de fidelidade e que as adolescentes que exigem preservativos possuam alguma doença. - Com os relatos dos adolescentes constatamos que a sua sexualidade ainda é percebida com um enfoque religioso e biológico. - Os direitos sexuais e reprodutivos tem como barreira as posturas religiosas e socioculturais, nas que o patriarcado incide na negação da autonomia das mulheres para decidir sobre seu corpo, sua sexualidade e reprodução. - A sexualidade segue sendo ensinada como algo perigoso, onde as principais consequências são: a gravidez e as ITS, mas não como um direito. -Desenvolver estratégias de inclusão e apoio à família neste tópico.

Percepções sobre Igualdade de gênero

Quando questionados sobre o conhecimento do termo ‘igualdade de gênero’, em todos os grupos de adolescentes ele foi associado ao tema ‘diversidade sexual’. Uma adolescente de 12 anos do Grajaú respondeu:

“É quando a pessoa nasce de um sexo, mas na sua cabeça é outro sexo”.

Ao serem indagados sobre a desigualdades entre homens e mulheres, os adolescentes de 15 a 19 anos reconhecem as desigualdades de gênero como uma problemática que ainda afeta as mulheres, inclusive citando exemplos dentro de suas famílias. Segue abaixo alguns relatos de adolescentes de 16 anos:

“Tem ainda aquelas coisinhas do dia a dia... Por exemplo, sei lá acho que foi ontem meu pai estava falando que eu tenho que fazer a comida em casa, eu estava reclamando, se todo mundo sabe fazer comida, porque eu tenho que fazer a comida em casa? Aí ele falou a

Cindy, que é minha irmã casula não sabe fazer, mas ele não mencionou meu irmão do meio, o Adam, e ele passa o mesmo tempo em casa que a Cindy. Ele falou a Cindy não tem idade, só, nem mencionou a possibilidade do Adam fazer comida”.

“Sim, mas acho que vai da pessoa, por exemplo, eu não aceito esse tipo de coisa, na minha casa minha mãe fala...vou dar um exemplo, meu irmão tava de folga e eu estudo, faço curso e estudo, e tinha que lavar o banheiro daí eu cheguei em casa e ele não tinha lavado o banheiro. Daí ela falou: três mulheres em casa e um menino tem que lavar o banheiro! Ai eu falei pra ela se depender de mim vai apodrecer, porque eu não sou obrigada a nada”.

Tanto para os grupos de 15 a 19 anos do Grajaú quanto para o Capão Redondo, a diferença salarial é a primeira associação feita frente à pergunta sobre desigualdade de gênero. Esta fala é trazida por uma adolescente de 16 anos do Capão Redondo:

“Isso não existe hoje. Ainda tem injustiça com a mulher, tipo assim, os homens recebem mais numa coisa que a mulher também faz”.

Importante ressaltar que o tema desigualdade de gênero nos grupos focais, sempre foram as adolescentes que comentaram as diferenças, já os adolescentes não participaram da discussão, mantendo-se em silêncio.

Nos grupos de adolescentes de 10 a 14 anos, quando perguntados sobre as características dos meninos e das meninas, eles sempre perfazem conotações negativas, mas também fazem uma relação a comportamentos agressivos aos adolescentes do sexo masculino. Uma e um adolescentes ambos de 12 anos, referiram:

“Eles batem, eles xingam”.

“São vagabundos”

Quanto aos meios pelos quais os adolescentes do Grajaú receberam informação sobre este tópico, eles citaram a Organização, a televisão e os jornais.

Avanços	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> - As adolescentes do Grajaú já reconhecem e questionam que as tarefas domésticas não só apenas responsabilidades das mulheres e que deveriam ser compartilhadas com os homens da casa. - Possuem a consciência de que as mulheres no mercado de trabalho ainda são remuneradas de forma inferior. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mudar as percepções e práticas socioculturais sobre os papéis e relações tradicionais de gênero das famílias. -Fomentar continuamente o trabalho de empoderamento feminino. -Definir estratégias para trabalhar a igualdade de gênero com os adolescentes e promover neles novos modelos de masculinidade. - É necessário que sejam fornecidas ferramentas conceituais e metodológicas aos profissionais sobre igualdade de gênero, para garantir que este tema seja trabalhado de forma legítima com os adolescentes.

Violência

Em todos os grupos, quando perguntamos sobre a opinião dos adolescentes de quais as principais características de seus bairros, as respostas sempre estavam atreladas à violência e ao tráfico de drogas.

Segundo relatado pelos adolescentes, um dado relevante é o envolvimento cada vez mais precoce dos adolescentes com o tráfico de drogas que, em consequência, os levam a cometer crimes como assalto, tráfico de drogas e homicídio. Logo, a prisão faz parte do cotidiano dos adolescentes de ambos distritos, que afirmaram ter amigos ou familiares nesta condição. Este dado é citado pelo adolescente de 15 anos do Grajaú:

“Na minha rua tem meninas grávidas, de 16 e 17. Um deles, dos pais esta na prisão”.

Mais uma vez é muito presente na fala dos adolescentes a “biqueira” e a figura do traficante exercendo a segurança, a que deveria ser garantida pelo Estado. Na visão dos adolescentes do Grajaú e Capão Redondo, a polícia é repressora e ineficiente, mesmo nos casos de violência contra as mulheres e crianças. Ao perguntarmos o que poderia ser feito em casos de violências, ocorre o seguinte diálogo entre os adolescentes do Capão Redondo:

A adolescente, 16 anos: “Acho que polícia ou bombeiro...”.

O adolescente, 18 anos: “Ou vai na biqueira”.

No Grajaú, os adolescentes de 10 a 14 anos fizeram referências a violência à crianças, como contou um adolescente de 12 anos do Grajaú:

“Morceguinho...um molequinho da rua...ele apanhou com uma panela de pressão”.

Violência contra as mulheres

Quando a violência é sobre as mulheres, os adolescentes relataram conhecer pessoas próximas que sofreram agressão por parte do companheiro ou até mesmo dentro da sua própria casa, como contou um adolescente de 18 anos do Capão Redondo:

“Na minha visão, eu acho errado, porque meu pai agrediu pra caramba minha mãe”.

No Grajaú, além da violência contra a mulher, uma adolescente de 14 anos relatou um caso de uma amiga que pode ser classificado como um casamento infantil:

“Uma amiga era agredida, de 14 anos, pelo marido. Agora ela mora com a tia. Ela não podia andar de saia. O conselho tutelar ajudou”.

Ao questionar o que pode ser feito em casos de violência, os adolescentes de 10 a 14 anos citaram a polícia como o local para estabelecer a denúncia. Já, os adolescentes de 15 a 19 anos dos dois distritos, tem uma percepção negativa sobre esta instituição e afirmaram que nestes casos eles recorreriam aos traficantes.

No que tange já terem visto campanhas contra a violência às mulheres, os adolescentes de 10 a 14 anos mencionam que já viram na televisão, cartazes e redes sociais.

Violências sexuais

Tanto no Grajaú como no Capão Redondo, houve relatos de estupro sofrido por pessoas conhecidas pelos adolescentes. Um adolescente de 18 anos do Capão Redondo contou que conviveu na Organização com uma menina que estava sendo abusada pelo pai. Já, em outra situação, uma adolescente de 16 anos conta que a tia sofreu violência por parte do marido:

“A Tifanni, a loirinha era abusada pelo pai, ela foi tomada da mãe, e ela não podia ir pro abrigo porque estava sobre a guarda do pai”.

“Minha tia...tipo ela ia fazer o Papanicolau, daí o tio dela transou com ela, pra ela não fazer o exame”.

Em outro caso, uma adolescente de 16 anos teve uma amiga que partilhou em uma roda de conversa na escola que havia sido estuprada duas vezes:

“Tem uma menina da escola, ela foi estuprada duas vezes... não quem foi, mas ela contou pra mim...ela contou tipo numa roda, tava tipo eu e minha professora e a amiga dela, e aí ela falou”

Um adolescente de 17 anos do Grajaú também relatou ter presenciado a irmã sofrer uma situação de violência e, neste caso, a presença do tráfico aparece como uma forma de justiça.

“Quando estava uma vez com minha irmã, um cara chegou de carro colocou o pênis pra fora pra minha irmã, e chegou perto de nós dois e falou para gente ficar esperto. Depois minha irmã anotou a placa do carro e falou lá com os bandidos lá os traficantes, aí passou uma semana e o cara tava morto”.

No Grajaú foi constatado que já ocorreram casos de adolescentes do sexo masculino que agrediram as adolescentes, justificando-se pelo fato de estarem usando roupa curta. Esta situação é relatada por um adolescente de 12 anos do Grajaú:

“Os meninos ficam pegando na bunda das meninas”.
“As meninas usam roupa curta”.

Em relação à exploração sexual de crianças e adolescentes, em todos os grupos os adolescentes reconheceram ser uma situação errada. No entanto, foram relatados casos deste tipo de violência, principalmente no Grajaú, como falado por duas adolescentes de 16 anos:

“Eu conheço, ela tem 16 e ele 40. Ela dava tudo, roupa de marca, mas ele batia nela. Ela terminou e ele pegou todo de volta”.

“Lá na minha escola uma menina de Salvador, ela namorava um cara de 45 anos. Ela veio para cá porque ela não queria mais e ele ameaçou de morte”.

Uma percepção preocupante dos adolescentes de 10 a 14 anos do Grajaú, é que as adolescentes são as responsáveis pelas agressões sexuais sem questionar o papel do homem agressor, como exclama um adolescente de 13 anos:

“Olha que interessante...o só o cara aparecer de moto que ela pula em cima”.

Importante salientar que, no Capão Redondo, os adolescentes de 15 a 19 anos e, no Grajaú, os de 10 a 14 anos, trouxeram em sua fala um tom de descrença das vítimas de violência sexual, tendo inclusive citado que algumas mulheres inventam que têm sido estupradas para terem acesso ao aborto. A citação abaixo foi feita por um adolescente de 18 anos:

“Tem muitas mulheres que fazem isso só para abortar”

Violências contra a população LGBT

Em relação à identidade de gênero e orientação sexual, no Capão Redondo, no grupo de 15 a 19 anos, e no do Grajaú, de 10 a 14 anos, os adolescentes, mesmo afirmando que não tinham nada contra e conhecerem pessoas, se posicionaram com preconceito, inclusive usando expressões pejorativas como: bixisse, sapatão, traveco e viadagem. Também foram identificadas percepções religiosas para justificar que as relações homossexuais não são aceitas, conforme citou um adolescente de 13 anos do Grajaú:

“Se não Deus tinha criado duas Evas e dois Adão”

Já, no Grajaú, os adolescentes falaram com mais naturalidade sobre identidade de gênero e orientação sexual, porém relataram casos de extrema violência com pessoas conhecidas. Abaixo tem dois relatos de uma menina de 16 anos e um menino de 18 anos:

“Minha melhor amiga é mulher, mas ela não se sente como mulher, ela se veste como homem. Ela sofre bastante na escola. Muitas vezes no esporte, os meninos não deixam ela jogar bola”.

“Um amigo foi espancado até a morte, porque se vestia de menina. Ele tinha 16 anos. Ele morava no bairro”.

Avanços	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> - Os adolescentes afirmaram ter acesso à campanhas de prevenção de violências contra a mulher. - Eles reconhecem a existência da diversidade de sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> - Minimizar através de estratégias a influência do tráfico e consumo de drogas sobre os adolescentes e a exposição da adolescente do sexo feminino nesses espaços, onde são muito mais vulneráveis a todo tipo de violência. Incluir as famílias neste trabalho. - Desenvolver processos de transformação de percepções e práticas preconceituosas de gêneros que naturalizam as violências as mulheres. - É necessário trabalhar com as mulheres a autoestima, autoconfiança para que não permitam e se submetam as violências. - Quanto aos homens é importante trabalhar novos modelos de masculinidade e a mediação pacífica de conflitos. - Desenvolver programas de conscientização sobre os direitos das pessoas LGBT e respeito as diferenças. - É necessário que sejam fornecidas ferramentas conceituais e metodológicas aos profissionais e as famílias sobre prevenção de violências, para garantir que este tema seja trabalhado com os adolescentes. - A presença de traficantes e biqueiras é um fator de risco para o desenvolvimento de projetos focados em adolescentes.

Percepção sobre os serviços de saúde

Os adolescentes, de ambos distritos, ao serem questionados pela frequência de idas ao médico, responderam que só vão quando ficam doentes ou uma vez a cada ano. Também é unânime nas falas dos adolescentes de ambos distritos a ausência de equipamentos de saúde suficientes para o atendimento da população. **Todos afirmaram que não há nenhum tipo de programa ou atendimento diferenciado ao adolescente, tendo inclusive mencionado que não conversam com os agentes de saúde que vão às suas residências.** Essas afirmações são feitas por dois adolescentes de 18 anos, do Grajaú:

“Acho que o adolescente não é o foco”.

“Os agentes não conversam com a gente”.

A precariedade e ausência dos equipamentos de saúde são mais evidentes no Grajaú, onde o acesso aos hospitais é mais difícil por causa da distância e as UBS estão superlotadas, o que causa demora no atendimento. Este relato é feito por uma adolescente de 17 anos, que disse:

“É difícil você se encaixar para ter consulta. Demora muito”.

Porém, quando questionados no Capão Redondo e no Grajaú sobre quando e onde vão quando precisam de atendimento médico, dois adolescentes de 18 anos são enfáticos no mau atendimento dos únicos hospitais referência de seus distritos:

“Não Campo Limpo não, o Campo Limpo é zoadado”.

“Hospital Grajaú, você vai com tosse e sai com câncer”.

Avanços	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> -Os adolescentes do Capão Redondo afirmaram já ter tomado a vacina do HPV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ter um programa ou estratégia voltada para a saúde do adolescente. - Estratégias para que o adolescente entenda seus direitos e deveres no cuidado com a saúde. - O cuidado da saúde do adolescente versus a escassez da saúde e dos equipamentos públicos. - Não há conscientização sobre a prevenção de doenças para os adolescentes. -A saúde pública é ineficiente em ambos distritos, os equipamentos são poucos e restritos para a população em geral, principalmente para os adolescentes. -Uma barreira para o acesso à serviços de prevenção e atendimento em saúde, é o transporte, sobretudo no Grajaú (Varginha).

2. Famílias

Nesta parte do documento, iremos descrever as percepções, conhecimentos e práticas observadas e escutadas nos grupos focais realizados com famílias dos distritos do Capão Redondo e Grajaú. As informações serão apresentadas estabelecendo os pontos em comum para ambos distritos, assim como serão destacadas suas diferenças.

Percepções sobre DCNT e fatores de risco

DCNT

Quando questionadas sobre o conhecimento do termo Doenças Crônicas Não Transmissíveis, as mães que participaram nos grupos focais do Capão Redondo e do Grajaú, desconheciam este conceito. Todavia, quando este foi explicado, todas as mulheres citaram as principais doenças, já que algumas, principalmente do Capão Redondo, afirmaram que já sofrem destas: obesidade, pressão alta, colesterol alto e diabetes, conforme uma mulher de 22 anos do Capão Redondo relatou:

“Eu comi bastante doce, eu pesei 150 quilos, agora estou voltando no meu corpo normal. Eu tenho 22 anos e tenho pressão alta e diabetes. Agora como salada, sucos, frutas”.

Importante destacar que as mulheres estavam na faixa etária dos trinta anos, mas fisicamente aparentavam serem mais velhas. As mulheres do Capão Redondo, em sua maioria, estavam com sobrepeso. No Grajaú, de acordo com os relatos, é possível concluir que elas não têm acesso a alimento saudáveis por conta da precariedade das condições de vida.

Alimentação

Como citado acima, algumas mulheres já possuem DCNT, o que as obrigou realizar mudanças em seus hábitos alimentares. Uma mulher de 36 anos do Capão Redondo expressou:

“Tem 6 meses que eu comecei um regime. Antes bebia bastante refrigerante, sucos, gorduras. Mas na verdade, foi no SUS. Passei no médico, exame geral e aí eu fiquei sabendo que eu tinha pressão alta. E foi porque eu subi muito de peso”.

Quando perguntadas sobre como os adolescentes se alimentam, algumas mulheres relataram conhecer alguns adolescentes que se alimentam de maneira inadequada, conforme contado por uma mulher de 39 anos do Grajaú:

“Minha sobrinha tem 20 anos e não come nenhum tipo de salada, até hoje não sabe o que é salada...ela come comida de manhã. Quando ela estudava, acordava de manhã e comia arroz com feijão e farinha...ela é gordinha...a única fruta que ela gosta é banana e maçã”.

Em relação ao cuidado da alimentação dos filhos, as mulheres, tanto do Capão Redondo quanto do Grajaú relatam a dificuldade em fazê-los comerem comidas saudáveis, afirmando ainda que nas organizações eles comem, mais em casa não. Uma mulher de 35 anos do Grajaú, ao ser questionada sobre a alimentação do filho, respondeu:

“Meus filhos não sei, boa pergunta...porque quando eles estão fora a gente não sabe, não tem como controlar”

Outro dado relevante é que seus filhos já sofrem de doenças crônicas, como contam duas mulheres do Capão Redondo e uma mulher do Grajaú, respectivamente:

“Meu filho de 8 anos está engordando para caramba, já estourou estria nele. A barriga dele tem tipo buracos assim. E o meu mais velho de 10 anos tem colesterol. Agora deixa eu te falar, hambúrguer, salgadinhos, refrigerantes e tudo o que tenha corante é o que ele mais gosta”.

“Minha filha é magrinha, mas ela tem um pouquinho de colesterol também. E tudo é por questão dessas besteirinhas. A médica pediu, corta aquilo, corta... Mas ela gosta de Danone, molhos, salgadinhos, ela gosta mais de porcaria”.

“Ela faz exame e nunca deu nada, a única coisa que dá é infecção de urina, porque ela não toma água só refrigerante”.

Existe a consciência por parte das mulheres da importância do consumo de alimentos saudáveis, mas, por outro lado, afirmaram que nem sempre conseguem ter acesso aos alimentos por não terem poder aquisitivo suficiente, sobretudo as mulheres do Grajaú. Isto coincide com dados apresentados no Capítulo II, onde a renda per capita é uma das mais baixas do Município de São Paulo.

Além disso, mencionaram que, em alguns momentos, para agilizarem seus afazeres domésticos, alimentam os filhos com salgadinhos e embutidos, como salsicha e refrigerantes.

Quando questionadas como e o que poderia ser feito para melhorar a alimentação dos adolescentes, as mulheres acreditam que se mudarem os seus próprios hábitos alimentares, isso refletiria nos hábitos de seus filhos. No entanto, algumas afirmaram que tentaram e não conseguiram convencer os filhos, tendo até, em alguns casos, relatado o uso da violência física. Um desses casos é contado por uma mulher de 29 anos do Capão Redondo:

“Eu faço verdura, mas minha filha não come. Eu estou cansada de bater nela para que coma, ela não come, eu bato, mas não tem jeito. E se ela comer ela vomita. Ela só come arroz e feijão”.

Avanços	Desafios
- As mulheres reconhecem as principais doenças crônicas e suas causas.	- Criar estratégias para a sensibilização das famílias sobre a importância da alimentação saudável. - Também criar estratégias para a conscientização dos adolescentes sobre a alimentação saudável. - Uma das principais barreiras é o poder aquisitivo das famílias nos distritos, e o que esses pais priorizam no momento da compra.

Esporte e atividades físicas

Tanto as mulheres do Capão Redondo quanto as do Grajaú, relatam que os filhos fazem atividades esportivas ou físicas nas Organizações, de acordo com o relatado por duas mulheres do Capão Redondo, de 38 e 29 anos respectivamente:

“A minha faz balé, aqui perto, numa organização de graça”

“Os meus ficam aqui, na Casa do Zezinho, fazem capoeira no sábado”.

Em relação à prática de atividade física nas escolas ou áreas de lazer como praças, a precariedade e deterioração destes espaços torna-se um complicador. Esse fato é evidenciado com mais clareza no Grajaú, conforme afirmado por uma mulher de 35 anos:

“Tem um, porém onde eu moro a Prefeitura fez uma pracinha... Pergunta se tem alguma coisa na pracinha...eles destroem tudo”.

“Até na escola, em janeiro deu aquela chuva e a quadra da escola do meu filho, destelhou a quadra toda. Até hoje eles estão arrumando”.

Elas reconheceram ter receio de deixá-los brincar na rua por causa da violência de suas comunidades. Uma mulher de 38 anos do Grajaú citou:

“Aqui tem um porto de areia, para fazer futebol. Era o espaço do porto e eles cederam. Mas aí ficam consumindo drogas lá, virou um ponto de tráfico e também tem Funk”.

Com a ausência de espaços para prática de atividades físicas e de lazer, alguns adolescentes estão cada vez mais dependentes do celular, o que já está causando preocupação para algumas mulheres, como declarado por uma mulher de 22 anos do Capão Redondo:

“Minha filha estava assim muito viciada no celular, nossa senhora! Aí eu falei, prefiro vocês na rua jogando bola, mas eu fico sentada no portão olhando vocês. Se ficar no celular tanto tempo... eles vão ficar doentes”

Uma particularidade do Grajaú, é em relação ao porquê da prática de atividades físicas e esportivas. No Grajaú, foi relatado pelas mulheres que a prática está aliada a questões de saúde física e transtornos como, por exemplo, o da hiperatividade. Um dos casos mais marcantes é contado por uma mulher de 32 anos:

“O meu filho faz futebol, no CAPS, ele faz porque ele é muito agitado. Ele toma calmante, a psiquiatra passou pra ele. Ele é agressivo, ele pegava faca para agredir, agora melhorou. Ele tem 12 anos”.

Sobre o que poderia ser feito para que os adolescentes praticassem mais atividades, novamente surge a preocupação em relação à violência. Esta fala é trazida por duas mulheres do Capão Redondo, de 38 e 36 anos:

“Principalmente no final de semana, seria interessante alguma coisa, porque eles não vão na escola e ficam na rua e ficam muito expostos”.

“Por aqui deveria ter uma coisa assim, de esporte para as crianças. Na hora que não está na escola, praticar alguma coisa. Porque hoje em dia o que acontece com a criança e o adolescente, é que não tem isso, e acaba ficando na rua, ou trabalhando ou acaba indo pelo mal caminho. E sempre tem colequinhas ruins...”

Avanços	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> - Apesar de poucos espaços para as práticas de atividades, as mulheres reconhecem as organizações, onde a prática é gratuita. 	<ul style="list-style-type: none"> - Precariedade de alguns equipamentos públicos de esporte e lazer não possibilita que este adolescente crie o hábito da prática. - Ter espaços seguros para prática de atividades. - Programas voltados para prática esportiva, sendo conduzido por profissionais. - A violência aparece como uma barreira e fator de risco para a prática de atividades físicas e esporte.

Álcool, Tabagismo e Drogas

As mulheres de ambos distritos confirmam que fazem uso de álcool, mas moderadamente. Na opinião delas, o consumo de álcool é comum tanto para os adolescentes do sexo masculino como do sexo feminino. Mas a situação que elas afirmaram é diferente, pois antigamente os homens consumiam mais. Segue abaixo o que foi falado por uma mulher de 38 anos do Capão Redondo:

“Tanto meninas como meninos consomem álcool, está dividido. Antigamente era mais o homem. Agora você entra no Face e vê as meninas novinhas bebendo”.

No Grajaú, um fato ocorrido foi a participação no grupo focal de uma mulher alcoolista, que estava, inclusive, aparentando ter consumido álcool recentemente. Tendo relatado um episódio onde vai para o hospital por pressão alta, mas estava sob efeito do consumo excessivo de álcool, ela nos contou:

“Eu tive pressão alta, mas eu sei porque que foi, eu fiquei bebendo...quis ir no médico o que aconteceu...fui numa festinha aí minha pressão subiu, daí o médico falou volta aqui, daí eu tomei insulina, remédio na veia...daí falei pro médico perai que já volto, imagina fui embora pra casa, minha pressão vai baixar rapidinho, precisava comer e tomei dois copos com água com açúcar bem gelado, fui medir depois e minha pressão baixou”.

Sobre o consumo de drogas, as mulheres associam aos Pancadões, que acontecem frequentemente em suas comunidades. É no Pancadão que, segundo elas, a droga é oferecida de forma deliberada. Fato este explanado por uma mulher de 29 anos do Capão Redondo:

“Perto de minha casa tem pancadão que não aguento mais. Aí tem muita droga e tem criança também, já consumindo. Eles vendem normal álcool para menor de idade, sem problema, sem fiscalização”.

Todas relataram casos de familiares ou conhecidos que morreram pelo consumo de drogas. Três mulheres do Capão Redondo, de 38, 29 e 22 anos respectivamente, nos deram os seguintes depoimentos:

“Eu tenho um exemplo de um sobrinho meu, ele faleceu com 19 anos. Ele não tinha limites, os pais saíam cedo, ele ficava na rua. E ele começou a usar drogas. Eu acho que foi muito por o pai ter deixado. Ele não colocou limite no começo depois esqueça, não adianta. Um dia ele fez uso de muitas drogas, bebeu e foi de moto buscar mais drogas e morreu, os amiguinhos, de medo, não ajudaram ele. Ele tinha diabetes, mas foi a droga”.

“Eu tenho um amigo que tem 3 filhos. Ele usa drogas e a mulher também. Agora ela esta na prisão. O filho de 12 anos já usa drogas. E agora ele como pai quer cobrar uma coisa que não tem nem que falar. O filho dele já dorme na rua, ele já o foi buscar na biqueira, entendeu. Ele não deu exemplo”.

“Meu irmão consumia farinha, se matou em frente de minha mãe. Uma faca no peito, ninguém sabia que ele estava usando farinha. Ele estava perturbado. Minha mãe ficou arrasada (choro)”.

Quando questionadas sobre o que poderia ser feito para diminuir o consumo de drogas, duas mulheres, uma do Grajaú e outra do Capão Redondo responderam:

“Deveria ter palestras na escola para os pais, porque tudo começa em casa. Na rua eles vão aprender outras coisas, lógico, mas se dentro de casa estão os pais, eles vão se esquecer do que falam na rua”.

“A família tem que correr atrás quando perceber”.

No entanto, duas mulheres do Grajaú expressaram a descrença de que há algo para ser feito para diminuição de consumo de drogas

“Não tem jeito, o pessoal que é viciado...”

Mais vez a influencia do tráfico é muito forte nas falas das mulheres, haja vista que a presença de biqueiras é muito próxima dos adolescentes e esse é um fator que as preocupa:

“Nóis mora não fala mais favela, fala periferia, mas hoje em dia tem droga, aqui geralmente você vê, tem um lugar ali que não vou falar o nome...mas tem...tem...um negócio que todo mundo vende. Um adolescente pode sair daqui passa ali e você vai saber! A mãe vai pensar o filho tá ali, quando vira e mexe o filho tá passando em algum lugar ali estranho, e outro fala prova aí só pra vê e se ele gostar?”.

Concomitantemente ao perguntarmos sobre o que pode ser feito para mudarmos o cenário da influência das drogas para os adolescentes, todas as mulheres participantes dos grupos focais mencionaram a família como principal agente no cuidado e prevenção do uso de drogas.

Avanços	Desafios
---------	----------

<p>- Há mais consciência e informação sobre o uso de drogas e suas consequências.</p>	<p>- Com a banalização do tráfico, o acesso a drogas tornou-se mais fácil para os adolescentes e suas famílias. - Desenvolver estratégias mais efetivas que dialoguem com o adolescente e sua família sobre a questão das drogas, suas consequências e prevenção. - Integração entre a escola, organizações e saúde. - A violência aparece como uma barreira e fator de risco para a prática de atividades físicas e esporte.</p>
---	---

Depressão

Ao serem perguntadas sobre o que é depressão, a maioria das mulheres participantes dos grupos focais, tanto do Capão Redondo quanto do Grajaú, afirmaram já terem sofrido. Quanto às causas, cada uma fez um relato diferente. Abaixo estão os depoimentos de duas mulheres do Capão Redondo e uma do Grajaú:

“Eu já tive depressão. Eu queria abortar, não queria ter de jeito nenhum, engordei bastante. Eu comia bastante, ansiedade. Minha mãe e minha sogra ajudaram bastante”.

“Eu engravidei do David, mas agora não moro com o pai de dele. Quando eu estava de 7 meses ele foi preso. Aí eu tive depressão, eu não queria saber do David, eu queria abortar. Aí tomei remédio e melhorei. Agora eu amo meu filho. Eu estou com outra pessoa e estou grávida porque não me preveni, mas eu quero ter meu filho, já não tenho depressão”.

“Com certeza, uma fui eu...no meu caso foi um acumulo de mágoas e opressões...várias coisas...”

Quando questionadas acerca da depressão em adolescentes, uma mulher de 38 anos do Grajaú, contou:

“Uma sobrinha tem 15 anos e a gente descobriu agora que ela inventou de se cortar. Ela está em acompanhamento e toma remédio. Aparentemente ela não mudou nada, ela era distante, mas não demonstrou. (Choro). É questão da família, a mãe dela deixa um pouco a desejar. Ela não está presente. Aí ela quer chamar a atenção”.

Para as mulheres, é unânime a afirmação de que elas são as que mais sofrem com a depressão. Este dado é confirmado por uma mulher do Grajaú:

“Acho que as mulheres sofrem mais depressão”.

No entanto, segundo os dados apresentados no capítulo III, o suicídio masculino é maior.

Avanços	Desafios
<p>- Embora as mulheres já admitem sofrerem de depressão já conhecem formas e lugares para seu tratamento.</p>	<p>- A mulher está cada vez mais adoecendo por causa da depressão, faz-se necessário pesquisar sobre as causas, principalmente nas mulheres das zonas periféricas como os dos distritos do Capão Redondo. - Programas de tratamento de depressão. - É alarmante a quantidade de relatos de mulheres que sofrem ou sofreram depressão, todas ao contarem sobre seus casos se emocionaram e se sentiram aliviadas em partilhar e perceberem que outras mulheres também sofreram. Logo torna-se importante espaços de partilha, como grupos de escuta, pois foi perceptível a necessidade que essas mulheres tinham de falar.</p>

Percepções sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

As mulheres desconhecem o termo, porém ao explicarmos, todas reclamaram sobre a demora em conseguir a Laqueadura pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e que os médicos sempre pedem que esperem um pouco mais para que não se arrependam.

“Minha irmã tá aí pra operar com 45 anos, agora que vão marcar pra ela, ela ficou quase 40 dias sem menstruação por causa da injeção que a médica passou. Ela tem um mioma...só que tipo tem que ficar na fila do SUS pra esperar porque diz que ela é nova”.

Quanto aos métodos contraceptivos, as mulheres sabem como prevenir, mas informaram a dificuldade em conseguir remédios via SUS, conforme relatou uma mulher de 34 anos do Capão Redondo que tem 05 filhos:

“O anticoncepcional é caro. Algumas vezes não tem no posto”.

Um dado relevante é a influência dos companheiros na decisão em não operar. Em alguns casos, há o desconhecimento por parte dos homens sobre o pós-operatório, que se negam a aceitar que elas operem. Percebe-se que, com essa atitude, ainda é exercido o poder dos homens sobre o corpo das mulheres nessas famílias, como assim explicou uma mulher de 30 anos do Grajaú, que tem 03 filhos, sendo 01 deles do atual companheiro:

“Eu tomo injeção. Eu queria operar, mas ele não quer porque a mulher engorda, não sente mais prazer. E eu vou ficar na cama... e quem vai me ajudar com os filhos?”.

Em outro relato, a mulher nos contou que o companheiro a proibiu de operar, pois quer ter mais filhos, cerca de uns quatro, e que, caso ela opere, ele irá buscar outras mulheres para ter os desejados filhos. A mulher em questão é do Capão Redondo e tem 22 anos e 03 filhos.

Também ficou explícito que ainda há um tabu entre o uso de preservativo por parte dos companheiros. Para as mulheres, este fato é natural.

“Minha irmã que não consegue operar, toma remédio porque o marido dela é fértil. Lógico ele não quer usar camisinha, porque é casado há muitos anos, ele não vai querer usar preservativo”.

Quanto a terem visto campanhas de prevenção, algumas lembram de terem visto algo na televisão.

Avanços	Desafios
<p>- Há o conhecimento quanto aos métodos contraceptivos.</p>	<p>- Desenvolver estratégias para que a mulher tenha mais acesso a métodos contraceptivos e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. -Incluir os homens nas ações e estratégias para melhorar a saúde sexual e a saúde reprodutiva. - A demora do atendimento, exames e acesso a remédios via SUS. -Processos de formação a profissionais da saúde deste distrito sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos e igualdade de gênero. - A questão da influência do companheiro nos métodos contraceptivos é muito latente na fala das mulheres tanto do Capão Redondo quanto do Grajaú. - A transformação de preconceitos culturais que tem um impacto negativo na saúde sexual e reprodutiva das mulheres.</p>

Percepções sobre Igualdade de gênero

Todas as mulheres não conhecem a expressão igualdade de gênero, porém, quando explicamos, é unânime elas afirmarem que há muita desigualdade ainda entre homens e mulheres. Entretanto, é cada vez mais recorrente, tanto do Capão Redondo quanto no Grajaú, a figura da mulher como responsável pela casa e pela criação dos filhos. Este fato é expressado por duas mulheres, uma do Capão Redondo e outra do Grajaú:

“Eu acho que os homens se acomodaram, a mulher trabalha e eles não querem fazer nada. A mulher está mais à frente da família. Tem muitos homens desempregados e eles se acomodam, eles trabalham e gastam ou dinheiro fora”.

“Tem aquelas mulheres que abaixam a cabeça, são traídas e ainda sustentam o marido”.

“A maioria trabalha fora, e a maioria são mãe e pai...eu sou mãe e pai, porque o outro só tem o nome na certidão e não faz nada.”

Em alguns casos, a responsável torna-se a avó materna, como nos contou uma mulher de 28 anos do Capão Redondo, que tem dois filhos e está grávida do terceiro:

“Quem cria meus filhos é minha mãe, ela que me sustenta”

Em outros casos, a mulher repete a história da própria mãe, como no depoimento abaixo de uma mulher de 39 anos do Grajaú:

“Nos moramos aqui tem 40 anos...minha mãe trabalhava na creche aqui, que agora é pública...mas mudou muito hoje em dia, minha mãe é independente ela criou quatro filhas, mãe solteira... eu também sou mãe solteira, minha filha tem o nome do pai dela mas separamos faz 7 anos, cada um vive sua vida... hoje em dia as mulheres são mãe e pai, marido não é para vida toda, filho é”

Ainda há confusão no conceito sobre igualdade de gênero por parte das mulheres participantes dos grupos focais, todas associaram à diversidade sexual. E quando o assunto é orientação sexual, as opiniões se dividem entre elas e nas entrelinhas é perceptível um tom de preconceito, conforme expressaram duas mulheres do Capão Redondo, uma de 29 anos outra de 34 anos, respectivamente:

“Eu acredito que tem pessoas que nascem. Mas não acredito que uma pessoa já casada com filho seja”.

“Eu falo para minha família de respeitar. Agora é bem mais natural. Mas eu não concordo com eles se beijarem num espaço público. Acho pesado”.

“Eu prefiro filho assim que um que pegue as coisas dos outros, traficante. Eu não tenho preconceito, mas é complicado”.

A verbalização da aceitação é maior nas mulheres que possuem familiares, na maioria das vezes irmãos que são homossexuais. A televisão ainda é o grande veículo da informação sobre o assunto em pauta, como nos relatou uma mulher de 36 anos do Capão Redondo:

“Sobre os transgênero, eu vi na novela. Acho que no Fantástico passou uma reportagem sobre os transgêneros”.

E é no momento da discussão sobre diversidade sexual que o tema da religião surge, conforme expressa uma mulher de 22 anos do Capão Redondo:

“Na bíblia se fala uma coisa, eu falo isso para meus filhos. Mas minha prima teve decepção e agora namora mulher. Eu perguntei se ela era feliz, ela falou sim, isso é o importante”.

Na questão da religião, todas as mulheres se disseram católicas não praticantes, mas falam com certa crítica a influência do crescimento das igrejas evangélicas em seus bairros.

“Eu conheço muita gente evangélica que vai para a igreja, mas não aprende nada”.

Outras religiões muito lembradas são as afro-brasileiras como o Candomblé e Umbanda. Os terreiros são, na maioria das vezes, do lado de suas casas na comunidade e reclamam que eles fazem muito barulho, mas preferem não se indispor e acabam aprendendo conviver.

Avanços	Desafios
- A mulher tem clareza da desigualdade sofrida em relação aos homens.	- Conscientização quanto a esse novo papel da mulher e seu empoderamento. - Criar estratégias para que a mulher ocupe outros espaços. - Romper com a barreira ainda implícita do preconceito a homossexuais. - Desenvolver programas de acesso à informação sobre a diversidade sexual e intolerância. - Nas falas trazidas pelas mulheres, constatamos os novos modelos de família onde a mulher desenvolve o papel de pai e responsável pela família. A figura masculina é cada vez mais vista por essa mulher como o do progenitor, sendo cada vez menos participativo na criação dos filhos e muito deteriorada.

Violência

Sobre a expressão ‘violência de gênero’, a maioria das mulheres participantes dos grupos focais desconheciam, mas quando dada a definição, surgem nos grupos, tanto do Capão quanto do Grajaú, depoimentos de mulheres que sofreram agressão de seus companheiros ou que conhecem familiares que sofrem, como o relatado por uma mulher do Grajaú de 39 anos:

“Eu já fui agredida, ele tinha um jeito estranho. Eu o abandonei, eu esperei ele sair para trabalhar e eu sai e me escondi na casa da minha prima. Eu só fui embora porque ele falou que ia tomar o que mais me dói, minha filha. Ele tem duas personalidades. Eu falei pra minha família só no final. Eu deixei tudo para trás, o material. Só peguei minha roupa. O esforço da minha separação foi a Carol, porque uma vez ele me agrediu com ela no colo. Ele fazia na frente de todo mundo”.

“Minha irmã é agredida, o marido sempre bate nela. Eu já conversei com ela, mas ela gosta e ama ele. Ele usa droga, bebe demais, teve até acidente de moto”.

Quando questionada sobre o porque se manter em um relacionamento de violência, a mulher do depoimento acima respondeu:

“Eu acho que você continua porque você acha que a pessoa vai mudar, porque depois de ele fazer isso ficam uns 4 meses bons”.

Sobre denunciar as agressões sofridas, as mulheres são enfáticas em falar sobre o medo por ameaças e represália por parte de seus agressores. Este fato é confirmado por duas mulheres do Capão Redondo que sofreram violência e ameaças:

“Rola medo, eu compreendo quem não denuncia, porque meu ex-marido falava assim: se eu for preso quando eu sair eu te pego”.

“Quando ele saiu da cadeia, eu já não queria ficar com ele. Ai ele me bateu. Depois eu mudei de bairro. Ele queria me matar porque eu o denunciei. Ele não sabe onde moro, nem paga pensão. Ele rouba, eu não quero ele perto de meus filhos”.

Quando elas tomam coragem de realizar as denúncias, as mulheres que alegaram que foram à delegacia, também informaram que nenhuma medida foi tomada, conforme contou uma mulher de 29 anos do Capão Redondo:

“Eu já fui agredida. Eu fui na delegacia, mas nada foi feito”.

A violência contra homossexuais também foi relatada pelas mulheres, como contado por duas mulheres, uma do Capão Redondo e outra do Grajaú:

“Eu já vi casos de homofobia, ofensas verbais...tipo vai pra lá, não entra na minha festa por você é sabe...gay”

“O outro dia eu estava com meu irmão, ele é viado. Ai um moço passou e queria bater nele. Eu falei que ele era mais viado que ele”.

Avanços	Desafios
	<ul style="list-style-type: none"> - A mulher tem a consciência de como agir em casos de agressão, mas o desafio continua a ser a coragem de denunciar e que estas denúncias sejam levadas em consideração. - Desenvolver programas de acolhimento e proteção a mulher que sofre agressão. - Processos de formação a profissionais da saúde sobre prevenção de violências de gênero e atendimento às vítimas. - As mulheres percebem que a polícia não consegue dar a proteção necessária às mulheres vitimas de violências.

Percepção sobre os serviços de saúde

Tanto no Capão Redondo quanto no Grajaú, as mulheres relataram a falta de serviços de saúde como UBS, e as que existem estão sempre lotadas, o que ocasiona uma demora no atendimento. Esse fato é expressado por uma mulher de 39 anos do Grajaú:

“Eu não vou nessa UBS aqui porque demora, quando eu preciso vou no Hospital Grajaú, minha filha tem dois meses que ela fez exame o resultado foi chegar esse mês...e não tem acompanhamento”.

Com as UBSs superlotadas, os únicos hospitais (Hospital Geral do Grajaú e Hospital do Campo Limpo) que atendem os respectivos distritos tornam-se uma alternativa. Porém alegaram também não conseguir atendimento nestes locais, o que faz com que se desloquem até centro da cidade, como contado por uma mulher do Capão Redondo:

“Meu filho precisava atendimento e eles não queriam atender. Não tinham otorrino. Eu tive que ir para as Clínicas”.

Com o sucateamento da saúde, as mulheres não vão ao médico com frequência, bem como seus filhos. Quando questionamos sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde, duas mulheres do Grajaú são enfáticas:

“Os agentes vão para perguntar se queremos marcar, mas não marcam. Mas não faz muita diferença”.

“O agente comunitário, daqui sumiu, depois que trocou sumiu”.

Avanços	Desafios
	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver estratégias e programas para a prevenção de DCNT e promoção de direitos sexuais e reprodutivos. -É necessário a construção de novas UBS ou Hospitais. -Aumentar as equipes de saúde da família no território

3. Profissionais da saúde

Nesta parte do documento, iremos descrever as percepções e conhecimentos gerados sobre as entrevistas realizadas com profissionais da saúde dos distritos do Capão Redondo e Grajaú. As entrevistadas incluíram profissionais dos equipamentos de saúde e de organizações sociais.

Profissionais dos equipamentos de saúde e de organizações sociais dos distritos do Capão Redondo e do Grajaú

Conhecimentos sobre DCNT e fatores de risco

Todas as profissionais entrevistadas dos equipamentos de saúde conhecem sobre DCNT e seus fatores de risco. **Quanto às profissionais da saúde entrevistadas das organizações sociais, elas não conhecem o conceito de doenças crônicas não transmissíveis, mas ao citarmos quais são estas doenças, as reconheceram. Tanto as primeiras como as segundas profissionais, afirmaram que não possuem muitos casos de adolescentes portadores destas doenças, mas quando os casos acontecem, os mais comuns são: diabetes e obesidade.** Estas citações foram feitas por uma Coordenadora Assistencial e uma Assistente Social do Grajaú:

“Nosso público alvo é idoso e alguns com diabetes. Alguns vem pra passar no dermatologista por conta de alergia, mas logo recebem alta porque são problemas muito fáceis, aquele mais crônico é o diabético”.

“Um dos casos mais gritantes é de obesidade, que é um menino de dez anos. Isso a mãe já vem trabalhando e o colocou pra fazer natação, aí nós a questionamos perguntando que alimentação que seu filho vem tendo pra ele ser obeso? E ela responde que é o arroz com feijão, e que se deixar o arroz com feijão torna-se o café da manhã dele”.

Na percepção das profissionais dos equipamentos e das organizações, as adolescentes do sexo feminino sofrem mais de obesidade, fato este também constatado pela Assistente Social acima citada:

“Adolescentes obesos, hoje eu percebo que isso é muito mais frequente nas meninas”.

Em relação à obesidade, estas percepções confirmam os dados apresentados sobre obesidade no Município de São Paulo do Capítulo III, que indicam que esta doença abrange todas as faixas etárias, cada vez mais os adolescentes e sobretudo as meninas.

Alimentação

Sobre a alimentação, as profissionais dos equipamentos de saúde são enfáticas em afirmar que os adolescentes atendidos estão cada vez mais cedo sofrendo por causa da obesidade, conforme relatou uma Nutricionista:

“Noventa e cinco por cento dos pacientes que eu atendo dos adolescentes são obesos”.

Neste ponto, as profissionais das organizações sociais percebem que os adolescentes não se alimentam de maneira suficientemente saudável em suas casas, devido à falta de recursos financeiros ou ausência dos pais ou de um cuidador que cozinhe as refeições. Elas afirmaram que muitos adolescentes apenas realizam as refeições adequadas nas organizações. Este dado é relatado por uma Técnica de Enfermagem do Capão Redondo e uma Psicóloga do Grajaú:

“Tem adolescente que a mãe sai e não faz e não deixa comida pronta, ele não faz e ele apenas se alimenta aqui”.

“Atendi uma pessoa na semana passada que veio com uma prescrição, ela sabe as doenças crônicas que ela tem, ela sabe qual deve ser a alimentação dela, porém ela também não tem condições de comprar aquela alimentação, então ela já chegou e já falou “olha... é isso daqui... isso daqui é o papel que eles me deram... é isso daqui que eu deveria comer... mas eu não vou comer porque eu não tenho como comprar.... na minha casa só tem esse ou aquele alimento, então é só isso que eu vou fazer”.

No que tange também a má alimentação, as profissionais dos equipamentos de saúde afirmaram que esta situação está aliada à ausência de ações de prevenção, que também não acontecem nos equipamentos públicos, seja nas UBSs ou escolas, segundo a Coordenadora Assistencial:

“Alimentação é o principal, educação em alimentação, educação em saúde, em qualidade de vida e prevenção, é isso que não existe”.

Essa opinião é reiterada pela nutricionista entrevistada:

“Eu acho que a melhoria deveria ser na sociedade e não nos equipamentos de maneira fragmentada, o primeiro contato com o adolescente nunca é na saúde, é na escola, então uma crítica que eu tenho hoje é que a escola oferece refeição: arroz, feijão, carne e salada as nove horas da manhã. Então eu entendo a necessidade muitas vezes em oferecer alimento, não deixar que esse aluno fique sem uma refeição importante, uma refeição rica em nutrientes, mas ao mesmo tempo a gente tem que entender como que está esse aluno, será que a população realmente está necessitando disso? Eu estou com uma população mais desnutrida ou uma população mais obesa? Não sei, aí eu acho que cabe ao pessoal da educação desenhar esse perfil, traçar um perfil e começar lá na escola”.

Segundo as profissionais dos equipamentos de saúde, as adolescentes do sexo feminino são as que mais procuram tratamento, uma vez que se preocupam mais com a estética. A constatação foi feita pela profissional acima citada:

“Talvez não sei se é por que as meninas sejam mais vaidosas, então a vaidade esteja mais presente no sexo feminino, então elas se incomodam e buscam a ajuda, pode ser isso também, mas as meninas vem mais aqui do que os meninos”

Quando questionadas no que é possível ser feito para que esses adolescentes se alimentem de maneira saudável, as profissionais são unânimes em citar que o trabalho deve ser realizado primeiramente com as famílias, conforme relatado abaixo por uma Técnica de Enfermagem e uma Assistente Social, do Capão Redondo e Grajaú respectivamente:

“Aqui nos trabalhamos bem a família, mostrando para ela a diferença: mudando a alimentação, o que é possível comprar, e que ela aprenda a fazer a escolha entre comprar um salgadinho ou comprar uma salada”.

“Eu não trabalharia não em cima da criança, mas em cima do adulto, porque é o adulto que é o responsável por essa alimentação, porque o adulto é o mais difícil”.

Esporte e atividades físicas

É unânime na opinião das profissionais entrevistadas que os adolescentes atualmente são sedentários, uma vez que, segundo elas, essa prática não é estimulada nas escolas e também não há espaços que propiciem a prática. Esta constatação foi feita pela nutricionista entrevistada:

“...estimular práticas de exercício, melhorar a oferta de alimentos, estimular esse adolescente a uma atividade mais ativa, uma vida não tão sedentária. Quando na consulta pergunto “você faz exercício?” “tem aula de educação física?” Eles nunca tem, eles nunca relatam e me respondem “as aulas, as aulas não acontecem... quando acontecem eu fico solto lá jogando bola” enfim... isso eu estou dizendo por ser uma informação que eles me trazem”.

Esta opinião ratifica a informação apresentada no capítulo III, onde é sinalizado que há uma diminuição na prática de atividades físicas entre os adolescentes e que a maioria são classificados como insuficientemente ativos.

Sobre a prática de esporte e atividades físicas, é possível identificar que estas ocorrem dentro do ambiente das organizações, quando as mesmas possuem estrutura e profissionais capacitados. Neste sentido, as organizações do Capão Redondo possuem mais estruturas deste tipo, portanto atividades contínuas. Já, no Grajaú, existe uma ausência de espaços para a prática de esporte e atividades físicas, e nas organizações elas acontecem em ações esporádicas. Ao questionarmos onde esses adolescentes poderiam praticar, uma Psicóloga do Grajaú nos respondeu:

“A Futurong tem uns projetos, umas atividades físicas, algumas coisas assim, mas o cronograma deles é alterado por semestre, então eu não sei exatamente como é, mas a gente sabe que tem atendidos nossos que também às vezes frequentam lá”

Pensando em como seria possível desenvolver atividades que estimulem e motivem este adolescente a desenvolver mais atividades esportivas e físicas, a Coordenadora Assistencial dá seguinte sugestão:

“Eu acho que desenvolver programas de atividades físicas e orientação de alimentação saudável, qualidade de vida. Por que também é importante pensar na qualidade de vida e entender o que esse jovem quer. Não adianta falar: vai caminhar, vai correr, mas não ter nenhum programa pra que ele esteja incluso e em grupo. Acho que para o adolescente é o ideal é que ele esteja em grupo, o que é diferente de uma idosa que você orienta que ela vá caminhar e ela segue a orientação”

Doenças mentais

Neste tópico a maioria das profissionais dos equipamentos de saúde entrevistadas não relataram terem contato com adolescentes que sofrem de depressão, porém este tema foi incisivamente

abordado pela nutricionista entrevistada que trouxe alguns casos de transtornos alimentares em meninas, que estão surgindo em suas consultas:

“Olha eu acho que as consequências são inúmeras, antes a gente só pensava nas doenças de hipertensão e diabetes, hoje eu acho que as doenças psicossomáticas são muito presentes, principalmente por que uma vez que esse adolescente é obeso, principalmente as meninas, elas começam a ter o isolamento social, não consigo se encaixar dentro de um grupo, porque eu não visto as roupas que aquelas meninas vestem, porque eu não consigo comprar roupa, eu não consigo ser paquerada pelos meninos, eu não me acho bonita, eu não me acho capaz de seduzir ninguém porque eu sou obesa, então a imagem começa ser trabalhada dessa forma, a autoestima fica muito comprometida e ela começa ter um isolamento importante...”

“...que pode acontecer na anorexia, então tem paciente...ele percebe e se enxerga fora do que ele realmente está, então ele acha que ele tá acima do peso, que tá gordinho, quando na verdade ele tá bem emagrecido, ou seja ele quer estar mais magro do que o corpo dele tá representando e com isso o referencial dele muda... e eu tenho percebido adolescentes nessas condições, e os pais não percebem qual que é a queixa “minha filha tá vomitando porque tá com algum problema no estômago” e aí quando eu venho com a filha e trago ela aqui sozinha ela vem me contar que tem medo de engordar que tá se achando muito gorda e quando, na verdade, essa paciente tá desnutrida já”.

Quanto às profissionais das organizações, é preciso fortalecer seus conhecimentos para a identificação, abordagem e encaminhamento de adolescentes que estejam sofrendo de doenças mentais ou transtornos. Uma das barreiras para que este fato ocorra é pelo número alto de adolescentes que frequentam as organizações, o que inviabiliza que essas profissionais consigam uma prevenção e um acompanhamento dos adolescentes para estas doenças.

Assim como o relatado pelos adolescentes, as profissionais acreditam que a presença da família é fundamental para que haja um acompanhamento de meninos e meninas em um processo de depressão ou de algum outro transtorno para que o tratamento seja efetivo. O depoimento da nutricionista reforça o que os adolescentes dos grupos focais nos informaram:

“Os pais... é isso que eu acho mais importante, se houvesse a proximidade do pai e da mãe, estar enxergando o adolescente ali, o seu filho, estar atento a esses sinais de perceber “oh.... meu filho tá um pouco mais gordinho...” ou o contrário também é muito verdadeiro... “meu filho não come...tá preocupado com a imagem...” estou recebendo paciente com bulimia”.

Álcool, Tabagismo e Drogas

Sobre o consumo de drogas ilícitas e lícitas, o álcool é o que as profissionais das organizações sociais identificaram como o mais consumido tanto entre os adolescentes quanto seus familiares, situação exemplificada por uma Técnica de Enfermagem do Capão Redondo:

“Teve alguns adolescentes que o ano passado até ingeriram droga, né... álcool é droga. Eu falei para eles que estavam estranhos, aí levei pra enfermagem e chamei os pais, eram três adolescentes”. Uma das mães também tinha problemas de alcoolismo”.

Foi possível deduzir que os adolescentes que fazem consumo de drogas ilícitas já não estão mais frequentando as organizações. Em conversas informais três profissionais gestores de organizações, sendo uma do Capão Redondo e duas do Grajaú, explicaram que os adolescentes atendidos nos serviços não são cooptados pelo tráfico por haver um “acordo” entre eles e os traficantes.

Quanto às profissionais entrevistadas dos equipamentos de saúde, elas pontuaram que não atendem muitos adolescentes, uma vez que, quando ocorrem casos, eles são diretamente encaminhados para o CAPS.

Programas, estratégias ou protocolos específicos para prevenir e atender as DCNT e seus fatores de risco nos adolescentes nas organizações.

As organizações sociais não possuem programas ou protocolos para a prevenção de DCNT voltados exclusivamente para os adolescentes, porém, no Grajaú, a organização possui um trabalho voltado à comunidade e com as famílias desses adolescentes em parceria com a UBS. Este exemplo foi citado pela Assistente Social da Organização:

“Ele acontece das nove às dez... é uma horinha... uma segunda feira de cada mês... até mesmo por causa dessa parceria que nós temos com a UBS...a enfermeira da área vem pra fazer então palestra sobre a saúde da mulher...sobre obesidade... colesterol e hipertensão... tudo de acordo com as necessidades né... que a gente observa do grupo, a gente solicita pra ela e ela estava trabalhando isso com essas mulheres, com as mães”.

As profissionais dos equipamentos de saúde informaram que existem programas voltados para as DCNT. No entanto, eles acontecem de forma isolada e não focados na saúde dos adolescentes, conforme explicitado pela nutricionista entrevistada:

“Sim, os programas a gente têm vários programas aí, que as UBS desenvolvem, mas eu acho que não existe um programa macro, algo que seja direcionado a esse grupo de um modo geral, são setoriais então alguns equipamentos se mobilizam pra tratar. Nesse sentido, nessa linha, eu não vejo um programa que traga uma legislação”.

Avanços	Desafios
<ul style="list-style-type: none"> - Há um conhecimento técnico das profissionais dos equipamentos de saúde sobre os problemas da alimentação e das DCNT nos adolescentes, assim como da necessidade de melhorar o atendimento para este segmento. - Nas organizações atualmente há uma preocupação quanto a alimentação dos adolescentes, pois na maioria das vezes é neste espaço que eles fazem suas refeições diárias. - Os adolescentes que frequentam as organizações fazem menos uso de álcool e drogas, uma vez que é feito um acompanhamento com esses adolescentes e suas famílias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver um trabalho junto às famílias para que seja construída uma consciência em relação à alimentação saudável, mesmo com a falta de recursos financeiros. - Criação de programas e espaços para o exercício de atividades físicas e esportivas para os adolescentes. - Criação de programas para prevenção de DCNT e doenças mentais voltados para o adolescente. - Os profissionais das organizações não possuem formação para identificação de DCNT e doenças mentais, no caso das doenças mentais a situação se agrava, pois pela quantidade de adolescentes que frequentam diariamente as organizações não possibilita que este profissional lide com adolescentes com depressão ou até transtornos alimentares. - Gerar espaços de articulação entre saúde, educação e organizações sociais para a implementação adequada das políticas públicas existentes voltadas a melhoria da saúde dos adolescentes.

Conhecimentos sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos

As profissionais das organizações sociais não conheciam o termo Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Quanto às profissionais dos equipamentos de saúde, elas conheciam o conceito, mas não souberam informar se existe uma legislação específica sobre o assunto para o adolescente. Contudo, informaram atender adolescentes com infecções sexualmente transmissíveis, causadas principalmente pelo não uso de preservativo, sobretudo mulheres. Abaixo estão dois depoimentos, uma profissional Coordenadora Assistencial e uma Técnica de Enfermagem, consecutivamente:

“Hoje a gente tem casos, que aumentaram no Brasil inteiro de sífilis em mulheres de todas as idades: adolescentes, mulheres na idade adulta e idosas com sífilis”.

“Ela sabia que era soro positivo, mas não admitiu para a família, e aí pediu para o médico não falar... aí entra o dilema do médico falar ou o médico não falar, porque tem a questão do sigilo de contar”.

É consenso entre todas as profissionais que as adolescentes do sexo feminino são as que procuram o atendimento, seja em casos de infecções sexualmente transmissíveis ou gravidez, uma vez que a responsabilidade na opinião delas sempre recai nas adolescentes e em consequente em seus pais. Essa afirmação é feita por uma Nutricionista entrevistada:

“E aí depois da gestação é que desestrutura mesmo, então muitas vezes elas saem da casa da mãe ou vai morar a família toda junta e aí pela questão de ter engravidado a desmoralizam mais ainda essa adolescente... sempre as meninas que sofrem muito mais”.

Confirmando os dados apresentados no capítulo III sobre altos índices de mães adolescentes no capão Redondo e no Grajaú, as profissionais dos equipamentos de saúde têm a percepção de que as adolescentes estão engravidando cada vez mais cedo e indo para as unidades de pronto atendimento após tentativa de aborto. Este dado é reiterado por uma Técnica de Enfermagem entrevistada:

“Pego situações de grávidas de quinze, dezesseis e dezessete anos, tentando abortar porque não é uma gravidez desejada, então aí vamos encerrar esta gravidez tomando Citotec e veneno até pra rato eu já vi também”.

Ao perguntarmos sobre como podemos criar estratégias para que a informação sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos chegue a este adolescente, a psicóloga do Grajaú nos trouxe um desafio: a necessidade de criar estratégias de prevenção vinculadas à inserção deles no mercado de trabalho. Segue abaixo o relato de sua experiência:

“Tem a questão da disponibilidade, a gente já colocou o grupo dos adolescentes, por exemplo, tanto de manhã quanto a tarde pra gente tentar vê se não era a questão da idade escolar, dos turnos da escola, mas a gente vê que tem vários deles fazendo curso. Um faz curso de inglês, outro tá tentando profissionalizante com vistas a tentar realmente emprego”.

Violências

No que tange à violência, as profissionais das organizações sociais trouxeram exemplos de casos de agressão física sofrida pelos adolescentes por seus pais, como relatou a Técnica de Enfermagem do Capão Redondo:

“Eles chegam falando olha isso, olha o que a minha mãe fez, daí eu faço a minha parte de ouvir, de fazer o curativo, de cuidar, de dar toda aquela atenção, é aí é onde entra a equipe da organização que envolve a família”.

Também relataram casos de violência contra a mulher. Este dado é mais alarmante no Grajaú, onde a Assistente Social entrevistada citou diversos casos de mães de adolescentes que frequentam a organização e que sofrem agressão por parte de seus companheiros ou foram abusadas quando crianças:

“Quando a gente começa a trabalhar isso com elas em reunião socioeducativa, você percebe que elas querem esconder, e elas só trazem isso para gente em uma visita domiciliar, em um momento mais individual...há pouco tempo aconteceu de uma mãe que eu sempre acompanhava... e vou na visita e pergunto “você sofre violência doméstica? Violência sexual? “... “Não...não soffro” ela respondia... E há quinze dias atrás (pra minha tão surpresa) ela me chegou com o braço quebrado”.

“Ela foi trazendo alguns relatos de que na infância e na adolescência ela sofreu abuso de um tio que tentou passar a mão nela, então a gente entendia aquilo como abuso, aí fomos conversando com ela e ela sempre querendo se esquivar... E aí foi que há quinze dias atrás ela trouxe que descobriu uma traição e que o marido agrediu ela fisicamente”.

Programas, estratégias ou protocolos específicos de prevenção e atendimento sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos para adolescentes na organização e para atendimento às violências.

Nenhuma das profissionais da saúde entrevistadas informou conhecer algum programa ou protocolo específico para a promoção de direitos sexuais e direitos reprodutivos para adolescentes.

No entanto, as profissionais das organizações sociais informaram que este tópico é trabalhado de maneira pontual em algumas oficinas. Quanto às profissionais de equipamentos de saúde, elas informaram conhecer o protocolo de encaminhamento para o Hospital Perola Byghton para o exame e o uso do coquetel nos casos de violência sexual.

Avanços	Desafios
-Há uma consciência por parte dos profissionais sobre as infecções sexuais e a gravidez na adolescência.	<ul style="list-style-type: none"> - Formar profissionais nas organizações e equipamentos de saúde para que eles possam desenvolver um trabalho mais efetivo com os adolescentes no tema de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. - Trabalhar com profissionais para que consigam distinguir os conceitos e legislação sobre direitos sexuais e reprodutivos, principalmente no caso das violências. - Processos de formação sobre a saúde dos adolescentes, focados num atendimento exclusivo e apropriado para esta faixa etária e com um enfoque de gênero. - Envolver as famílias no processo de conscientização desses adolescentes, principalmente as adolescentes que tendem a reproduzir as histórias de suas mães. - A necessidade de criar estratégias para envolver os homens adolescentes na prevenção na promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos e a prevenção de violências contra as mulheres

Conhecimentos sobre Igualdade de gênero

As profissionais da saúde entrevistadas desconhecem o termo igualdade de gênero e o confundem com diversidade sexual. Quando explicado o conceito de igualdade de gênero, as profissionais das organizações sociais percebem que ainda há uma desigualdade nos direitos das adolescentes e elas sofrem desigualdade em suas casas por parte de suas mães, como nos contou a Assistente Social do Grajaú:

“A questão da visão do machismo de certa forma é de nós mulheres, somos machistas...quando a gente faz a divisão de tarefas colocamos que a menina é que tem que lavar, passar e cozinhar. Já o menino não tem essa obrigatoriedade, quem tá pondo essas regras em casa é a mulher, então a mulher tem uma visão machista”.

Esta percepção tradicional responsabiliza as mães sobre educação dos adolescentes, desconhecendo a responsabilidade que tem os pais nas práticas de cuidado e paternidade equitativa.

Quando o tema se torna diversidade sexual, as profissionais das organizações sociais ainda relatam que os adolescentes com orientação sexuais diversas sofrem com a não aceitação, principalmente de sua família, como nos explicou a profissional supracitada:

“M. era homossexual assim visível e assumido, só que aqui na organização a gente tinha a questão da aceitação, todos nós aceitávamos. Só que o maior problema do M. não era com as pessoas na organização, mas sim, na família. Então, tinha aquela coisa que a mãe falava “seu bichinha... seu gayzinho...” Teve essa dificuldade, e ele relatava também que ele tinha essa dificuldade na escola, um dos motivos no qual ele se afastou tanto, que ele tá fora da escola”.

Neste ponto, para as profissionais dos equipamentos de saúde, este é um tema distante de suas realidades por não haver uma formação em igualdade de gênero ou diversidade sexual. Todas relataram que há apenas uma orientação por parte da Secretaria de Saúde de como tratar casos específicos, como a transexualidade, assim como declara uma Técnica de Enfermagem:

“Tivemos uma situação bem peculiar que uma transexual queria ficar na ala feminina, depois de uma avaliação do pessoal da psicologia, serviço social e junta médica pra deixar ele confortável, ele ficou na ala feminina, porque ele se considera como mulher”.

Na opinião das profissionais da saúde entrevistadas não há programas ou protocolos específicos sobre os temas supracitados, voltados para o adolescente.

Avanços	Desafios
- Há uma consciência por parte dos profissionais principalmente na questão da violência contra o adolescente e a mulher.	- É fundamental que haja um trabalho de parceria entre as organizações, as escolas e serviços de saúde que tratem questões de igualdade de gênero e diversidade sexual, bem como o desenvolvimento de estratégias ou programas sobre o tema focados no adolescente e sua família.

Percepção sobre os serviços de saúde

Neste tópico todas as profissionais dos equipamentos de saúde se mantiveram imparciais por trabalharem nestes e terem em seu contrato cláusulas que as impedem de dar uma opinião sobre este assunto. Todavia, como a maioria da população acreditam que há uma precariedade e superlotação dos equipamentos por não suprirem a demanda da população, uma Técnica de Enfermagem desabafou:

“Hoje há uma fila enorme de pacientes lá, que a gente não pode atender e tem que mandar voltar. A junta da enfermagem e médica está muito sobrecarregada, a gente tenta atender todo mundo dignamente...”

Quanto às profissionais de saúde das organizações sociais, um dado importante é a presença de uma hebiatra (médica especializada no atendimento do adolescente) no Capão Redondo, que atende os adolescentes encaminhados pela organização na UBS. No entanto, foi afirmado que esta profissional se aposentará proximamente e não há certeza da continuação deste atendimento.

Quanto ao que poderia ser feito para melhoria do acesso à saúde nos distritos, as profissionais entrevistadas são enfáticas sobre a necessidade de se ter mais equipamentos, uma vez que os equipamentos não suprem a demanda da população. É o que explica uma Assistente Social do Grajaú:

“Então deveria ter mais serviços na saúde. Acho que um posto só não atinge, a UBS Novo Horizonte, não atinge só a necessidade delas, a UBS no Varginha, dentro do Varginha atende o Jardim Varginha, a Nova Esperança, o Marilda, o São Marcos Tereza de Maria. São uns seis bairros. Imagina quantas pessoas em cada bairro tem pra uma UBS, deveria ter mais equipamentos no mínimo pra amenizar um pouquinho”.

Todas as profissionais afirmaram a falta de atuação por parte dos agentes de saúde, pois além da falta de UBS, este profissional não é atuante na prevenção para que haja uma melhoria na saúde dos adolescentes. Esta afirmação é feita por uma psicóloga do Grajaú:

“Não aqui mesmo dessa parte aqui a gente só tem essa UBS, aqui de referencia tem lá no Sabia que é próximo aonde vocês já foram, a gente tem é a do Novo Horizonte que atende aquela região de lá. Então assim: eu acho que tem que trabalhar bastante na questão da assistência básica né, assim porque se você esperar pra chegar só lá no final então aí já o problema já é bem maior, que deveria trabalhar mais aqui mesmo é a questão da conscientização da prevenção”.

Avanços	Desafios
<p>-O Capão Redondo conta com uma hebiatra.</p> <p>-As organizações mesmo que pontualmente desenvolvem parcerias com as UBSs locais.</p>	<p>- Desenvolver estratégias para o atendimento do adolescente nos equipamentos de saúde.</p> <p>-Promover a presença de profissionais da saúde especializados em adolescentes como os/as hebiatras.</p> <p>- Programas de orientação para os agentes de saúde para que eles possam ter uma atuação junto ao adolescente.</p> <p>- A falta de serviços de saúde que supram a demanda é algo muito presente nas entrevistas com as profissionais de saúde das organizações, pois elas entendem que este trabalho em parceria é fundamental para que este adolescente possa ser contemplado.</p>

Serviços direcionados a pessoas com deficiência

A acessibilidade é um desafio nos distritos, bem como a oferta de serviços que atendam esta população, inclusive em alguns impossibilitando que a pessoa com deficiência saia de casa por não conseguir realizar seu deslocamento. Uma psicóloga e uma Nutricionista explicaram:

“Quando a gente chega com o questionário do PCI escola, a gente vai atender e preencher com famílias o questionário, aí as pessoas reclamam dessa questão da acessibilidade mesmo... dizem que saindo da porta de casa maioria das vezes já não conseguem”.

“Eu acho que a região é uma região difícil pro portador se locomover, então paciente meu com deficiência, por exemplo, chega as vezes atrasado porque o ônibus não parou ou o ônibus não acionou a plataforma pra cadeirante subir, e na calçada as vezes eles caem ou a mãe tem dificuldade de subir uma calçada”.

VI. RESULTADOS DO TESTE DE ATITUDES

Com o objetivo de conhecer a opinião dos adolescentes, famílias e profissionais frente a alguns preconceitos que justificam discriminações e violências de gênero, foi solicitado aos grupos focais e nas entrevistas o preenchimento de um teste de atitudes.

O teste de atitudes foi elaborado com perguntas fechadas, onde o/a participante tinha a opção de responder **sim concordo** ou **não concordo**. A opção **sim concordo** evidencia a presença significativa de alguns desses preconceitos nos participantes desta pesquisa, demonstrando que se torna fundamental trabalhar a transformação destes. A participação no preenchimento do teste foi voluntária e de forma anônima. O teste de atitudes foi preenchido por 76 pessoas, sendo 45 mulheres e 31 homens. A tabela abaixo apresenta as três primeiras colunas que compõem o teste de atitudes, e na quarta coluna o motivo pelo qual todas as respostas deveriam ser **não concordo**.

Preconceitos	Sim concordo	Não concordo	Realidade
1.As mulheres nascem com melhores habilidades para cozinhar e fazer as tarefas domésticas			Os homens nascem com a mesma habilidade que as mulheres para realizar as tarefas domésticas.
2.As mulheres têm melhores capacidades para cuidar de crianças			Os homens têm a mesma capacidade que as mulheres para cuidar de crianças.
3.Os pais (homens) <i>devem ser os principais responsáveis</i> por contribuir com dinheiro para as crianças			Tanto os pais e quanto as mães tem direito à trabalhos recompensados social e economicamente.
4.O futebol é um esporte para homens, pois as meninas são mais fracas e tem menos habilidade para o jogo			As mulheres possuem a mesma habilidade dos homens para realização de esportes, como futebol.
5.Os homens necessitam mais de sexo que as mulheres			Este é um preconceito falso que justifica socialmente as violências, como as sexuais.
6.A responsabilidade por evitar a gravidez é da mulher			A responsabilidade por evitar a gravidez é das mulheres e dos homens.
7.Às vezes está certo um homem bater em sua mulher			Não está certo, este ato é um crime, uma violência contra as mulheres.
8.Às vezes está certo um pai ou uma mãe bater no seu filho ou filha			Não, este ato é violência contra as crianças.
9.Mulheres que usam roupas que mostram o corpo provocam agressões sexuais			Não, as mulheres podem se vestir como quiserem. A vítima nunca é responsável por um estupro. O culpável sempre é o agressor.
10.A prostituição é um trabalho que algumas jovens fazem para ajudar economicamente suas famílias.			A prostituição em adolescentes não é um trabalho, e sim um crime, uma violência sofrida por crianças e adolescentes que estão em vulnerabilidade por pessoas que se aproveitam da condição dos mesmos. Esta violência é tipificada como exploração sexual de crianças e adolescentes.
11.As pessoas com orientação sexual homossexual são aberrações da natureza			Não, as pessoas homossexuais não são aberrações. São pessoas com os mesmos direitos humanos dos heterossexuais.

No capítulo que segue, serão apresentados os resultados da aplicação desse teste, destacando os preconceitos que tiveram as maiores porcentagens de resposta **sim concordo** para cada um dos grupos populacionais estudados (adolescentes, famílias e profissionais).

No entanto, os gráficos evidenciam resultados interessantes em cada um dos 11 preconceitos citados anteriormente, os quais podem ser analisados pelo leitor/a. Também são perceptíveis as diferenças entre as respostas dos participantes do Capão Redondo e do Grajaú. De maneira igual, destacam-se as diferenças entre as respostas de homens e mulheres.

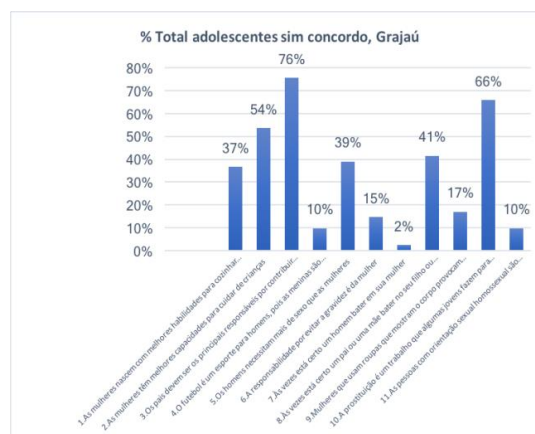
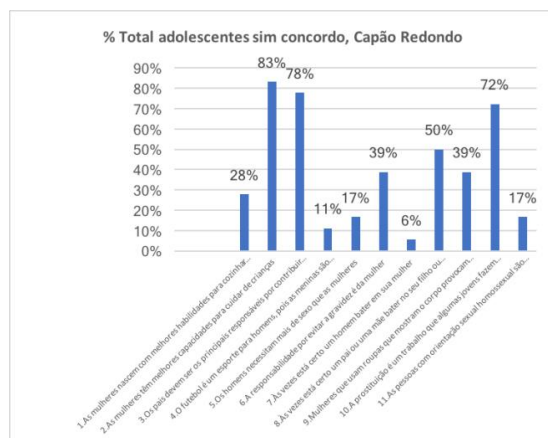
É importante ressaltar que não foi feito um recorte de idade nos adolescentes, já que não foram percebidas diferenças significativas entre os de 10 a 14 anos e os de 15 a 19 anos.

1. Adolescentes do Capão Redondo e do Grajaú

Os testes de atitudes foram respondidos por 18 adolescentes no Capão Redondos sendo 07 do sexo feminino e 11 do sexo masculino, e 41 no distrito do Grajaú sendo 21 do sexo feminino e 20 do sexo masculino.

Os gráficos 1 e 2 indicam que os preconceitos que obtiveram maior número de resposta **sim concordo** entre as/os adolescentes deste distritos foi o de número 03: *os pais (homens) devem ser os principais responsáveis por contribuir com dinheiro para as crianças* com uma média de 75%, seguido pelo número 10: *a prostituição é um trabalho que algumas jovens fazem para ajudar economicamente suas famílias* com cerca de 68%, e o do número 08: *às vezes está certo um pai ou uma mãe bater no seu filho ou filha com uma média de 40% em ambos os distritos.*

Algo preocupante é que nos dois distritos nenhum preconceito alcançou 0% e preconceitos como o número 07: às vezes está certo um homem bater em sua mulher e o número 09: mulheres que usam roupas que mostram o corpo provocam agressões sexuais e 11: as pessoas com orientação sexual homossexual são aberrações da natureza, ainda foram marcados com a resposta sim concordo pelos adolescentes.

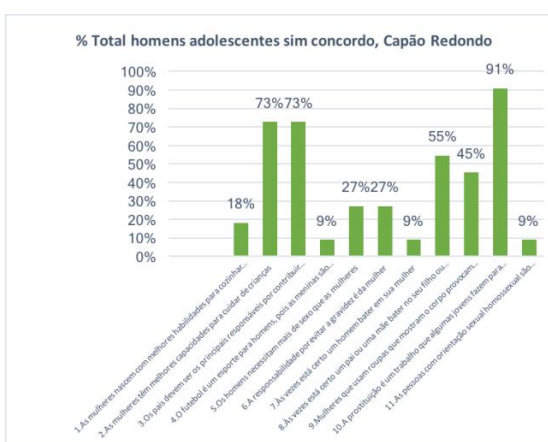
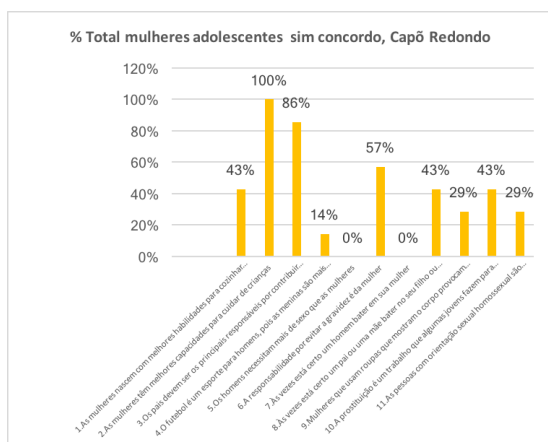


Gráficos 1 e 2

Em relação às diferenças de respostas entre meninas e meninos, no Capão Redondo é possível identificar porcentagens maiores de resposta **sim concordo** das meninas nos preconceitos número 02: as mulheres têm melhores capacidades para cuidar de crianças e 03: os pais (homens) devem ser os principais responsáveis por contribuir com dinheiro para as crianças e 06: a responsabilidade por evitar a gravidez é da mulher. Esta tendência é mantida nas respostas dos homens adolescentes frente aos preconceitos 02 e 03.

No entanto, na resposta dada entre os adolescentes no distrito do Capão Redondo referente ao preconceito 10: a prostituição é um trabalho que algumas jovens fazem para ajudar economicamente suas famílias, há uma grande diferença, pois apenas 43% das adolescentes do sexo feminino concordam, frente a 91% dos adolescentes do sexo masculino.

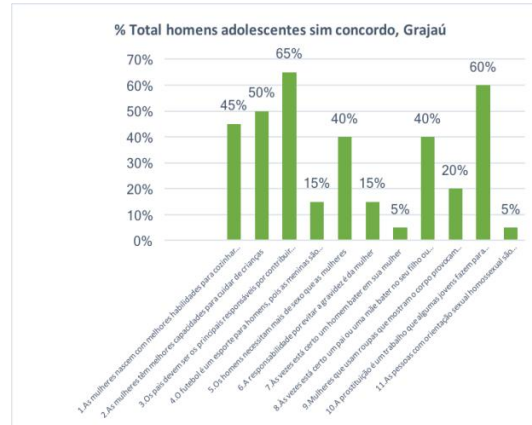
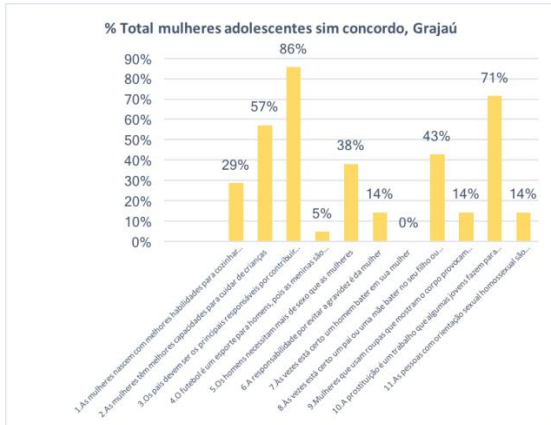
Outra diferença significativa nas respostas pode ser percebida no preconceito 05: homens necessitam mais de sexo que as mulheres, já que a porcentagem de adolescentes do sexo masculino que responderam sim concordo foi 27% e das adolescentes do sexo feminino 0%. Nenhuma adolescente deste distrito respondeu estar de acordo com o preconceito número 07: às vezes está certo um homem bater em sua mulher.



Gráficos 3 e 4.

Em relação às diferenças de respostas entre meninas e meninos, no distrito do Grajaú, as maiores porcentagens de resposta **sim concordo** entre os adolescentes também foram frente ao preconceito 03: os pais (homens) devem ser os principais responsáveis por contribuir com dinheiro para as crianças, sendo 86% para as adolescentes e 65% para os adolescentes.

Ao contrário dos adolescentes do sexo masculino, nenhuma adolescente do sexo feminino deste distrito respondeu estar de acordo com o preconceito número 07: às vezes está certo um homem bater em sua mulher, de maneira similar as adolescentes do Capão Redondo.

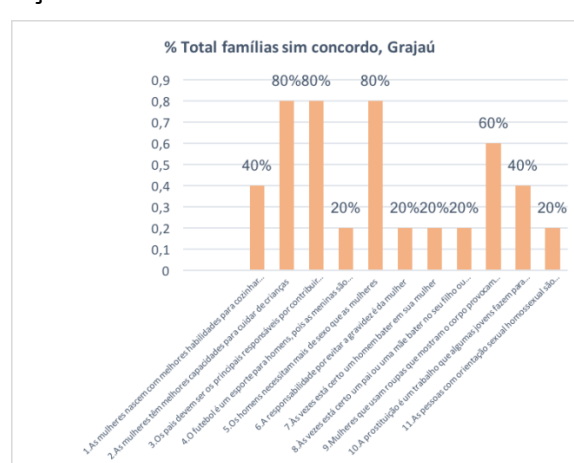
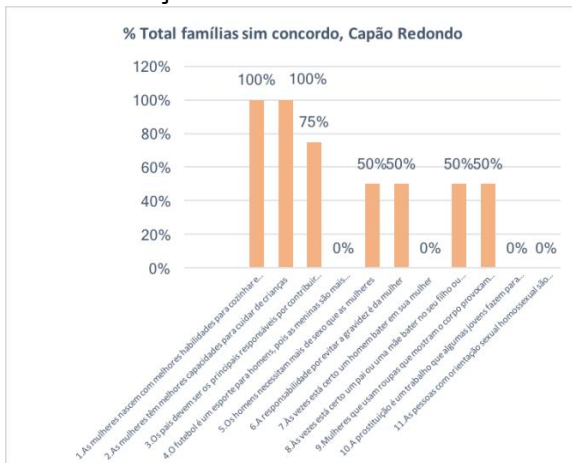


Gráficos 5 e 6.

2. Famílias do Capão Redondo e do Grajaú

O teste de atitudes foi preenchido por 04 mulheres no Capão Redondo e 05 no Grajaú. Em ambos distritos, de forma similar aos adolescentes, as mulheres estiveram de acordo em maior proporção com os preconceitos 02: *as mulheres têm melhores capacidades para cuidar de crianças* e 03: *os pais (homens) devem ser os principais responsáveis por contribuir com dinheiro para as crianças*.

Nos gráficos abaixo, podem ser identificadas duas diferenças significativas entre as respostas das famílias do Capão Redondo e do Grajaú. A primeira é que 100% das mulheres do Capão Redondo esteve de acordo com o *preconceito 01: as mulheres nascem com melhores habilidades para cozinhar e fazer as tarefas domésticas*, ao contrário das do Grajaú onde esta porcentagem alcançou 40%. A segunda é que, ao contrário do Grajaú, nenhuma mulher do Capão Redondo respondeu *sim concordo* aos *preconceitos 4: o futebol é um esporte para homens, pois as meninas são mais fracas e tem menos habilidade para o jogo*, *07: às vezes está certo um homem bater em sua mulher*, *10: a prostituição é um trabalho que algumas jovens fazem para ajudar economicamente suas famílias* e *11: as pessoas com orientação sexual homossexual são aberrações da natureza*.

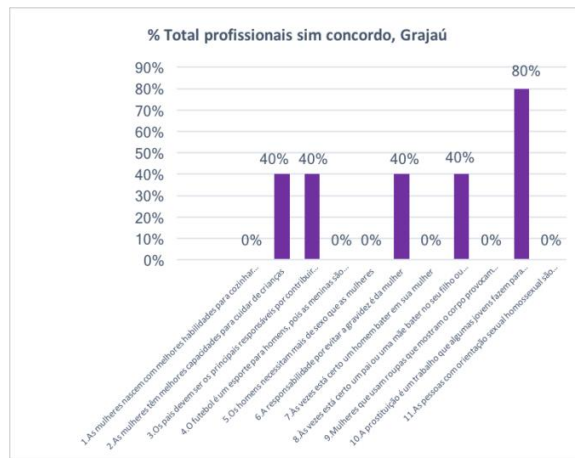


Gráficos 7 e 8.

3. Profissionais de saúde do Capão Redondo e do Grajaú

O teste de atitudes foi respondido por 03 mulheres profissionais no Capão Redondo e 05 no Grajaú. Nos gráficos 09 e 10 é possível observar incidência maior em **sim concordo** nas respostas dos profissionais do Grajaú. Nesse distrito, o preconceito número 10: *a prostituição é um trabalho que algumas jovens fazem para ajudar economicamente suas famílias* obteve com 80% da resposta **sim concordo**. Outros preconceitos que tiveram resposta afirmativa foram os de número 02, 03, 06 e o 08.

É importante ressaltar que no Capão Redondo 10 preconceitos tiveram porcentagens de 0% de **sim concordo**.



Gráficos 9 e 10.

VII. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES GERAIS.

Esta pesquisa foi realizada no marco do **Projeto Adolescente Saudável** e tendo como objetivo, *dispor de um marco de referência conceitual, normativo e situacional sobre o estado da saúde de adolescentes e jovens dos distritos de Capão Redondo e Grajaú, com destaque para Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Direitos Sexuais e Direitos reprodutivos, bem como contar com dados sobre a oferta de serviços para adolescentes nestas áreas.* O percurso metodológico utilizado incluiu as seguintes fases: (i) uma análise documental, que abrangeu a revisão de dados digitais, de portais tais como: Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo (SEADE), Observatório Cidadão da Rede Nossa São Paulo, sitio eletrônico Infocidade da Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento de São Paulo, sitio eletrônico Tabnet da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, entre outras; (ii) a realização de grupos focais com adolescentes e famílias; (iii) a realização de entrevistas a profissionais de saúde destes distritos.

Os dados coletados foram analisados na perspectiva de gênero, faixa etária e dos direitos à saúde de adolescentes.

Abaixo estão elencadas as principais conclusões e recomendações deste relatório, visando o planejamento e desenvolvimento de ações estratégicas para *empoderar adolescentes e jovens para lidarem com os problemas de saúde que enfrentam, e assim possam aumentar as chances de uma vida melhor e mais saudável.*

Conclusões:

Os dados documentais e o trabalho de campo realizado nesta pesquisa permitiu concluirmos que o Projeto Adolescente Saudável é pertinente e necessário à realidade dos distritos do Capão Redondo e do Grajaú, já que:

- Os distritos do Capão Redondo e do Grajaú caracterizam-se por terem os piores índices de vulnerabilidade e acesso a direitos, tais como educação, trabalho, habitação, serviços de lazer, esporte e cultura. As deficiências nessas questões impactam negativamente na saúde dos adolescentes.
- No que tange a educação, a conjuntura da realidade dos distritos é preocupante, uma vez que há poucos estabelecimentos escolares para a faixa etária de interesse do projeto, já que a escola tem um importante papel na prevenção das DCNT e fatores de risco, assim como o de promover os Direitos Sexuais e Reprodutivos.

- Segundo os dados documentais e os relatos coletados, os habitantes destes distritos possuem baixo poder aquisitivo, o que impede a compra de alimentos saudáveis, acesso a atividades culturais, esportivas e de lazer e acesso a saúde.
- Os dados levantados sobre o número escasso de equipamentos esportivos nos distritos de interesse foram confirmados pelos adolescentes, famílias e profissionais no trabalho de campo, dado este que reflete no sedentarismo apresentado pelos adolescentes, assim como a falta de atividades para ocupar o tempo livre.
- No âmbito da saúde as informações documentais sobre o consumo excessivo de refrigerantes, doces e gorduras dos adolescentes foram comprovadas tanto nos grupos focais como nas entrevistas.
- Tanto nos dados documentais como nos grupos focais foi corroborado o sedentarismo entre os adolescentes, principalmente entre as meninas.
- Estes dois últimos pontos refletem no aumento da obesidade em adolescentes, sobretudo nas meninas.
- Os dados estatísticos foram ratificados nos grupos focais realizados com as famílias no que diz respeito ao aparecimento de DCNT cada vez mais precoce, em especial entre as mulheres (diabetes, obesidade e hipertensão).
- Convalidando os dados estatísticos apresentados sobre depressão e suicídio, nos grupos focais e entrevistas foi constatado que as meninas sofrem mais de transtornos mentais e alimentares, porém são os meninos que possuem maior predileção a cometer suicídio.
- Os dados documentais sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas na adolescência foi confirmado pelos adolescentes e as famílias nos grupos focais. É importante destacar que o consumo destas substâncias está muito presente nas famílias e comunidades destes adolescentes.
- A presença do tráfico e consumo de drogas, é um componente significativo na realidade dos adolescentes, já que invadem quase todos seus espaços (Baile, Escola, Centros Culturais, Parque, Praças e nas portas de suas casas). Por este motivo os adolescentes tornam-se tão vulneráveis ao consumo, além de outras problemáticas que eles vivenciam.
- Como demonstram os dados estatísticos e os relatos dos adolescentes destes distritos, a violência física e sexual contra as mulheres e meninas são frequentes, sendo citados também casos de exploração sexual. Já os homicídios acontecem em sua maioria com o público masculino.

- A gravidez na adolescência ainda possui índices elevados, segundo os dados estatísticos e o relatado pelos adolescentes, famílias e profissionais. É importante destacar que a maioria dos casos relatados pelas adolescentes era de situações que repetiam o histórico familiar de gravidez na adolescência de suas mães, irmãs ou parentes próximos. Neste contexto, sempre que a gravidez acontece, a presença dos homens é frequentemente ausente, uma vez que quem se responsabilizou pela criança é a família dessas adolescentes ou ela mesma.
- O fato acima tem como principal consequência às tentativas de aborto, que na maioria das vezes é de forma amadora colocando inclusive a saúde e vida dessas adolescentes em risco, conforme o relatado pelas profissionais nas entrevistas, e evidenciado nos dados estatísticos apresentados no Capítulo III.
- Os adolescentes e as famílias conhecem as principais infecções sexualmente transmissíveis e que estas podem ser prevenidas com o uso do preservativo, no entanto na maior parte dos casos o não uso é justificado pelas emoções do momento, pelo amor ou como sinônimo de fidelidade.
- É clara a desigualdade de gênero entre as mulheres e homens e esta já é reconhecida pelas adolescentes. Principalmente as mulheres reconheceram viver situações de desigualdades e violências.
- O teste de atitudes evidenciou que existem preconceitos entre os adolescentes que precisam ser mudados, tais como: às vezes está certo um homem bater em sua mulher, mulheres que usam roupas que mostram o corpo provocam agressões sexuais, as pessoas com orientação sexual homossexual são aberrações da natureza, entre outras.
- Quanto a diversidade sexual nos grupos focais e nas entrevistas ficou evidente, que ainda há, principalmente por parte dos adolescentes, resistência e preconceito em relação às pessoas LGBT, que ainda sofrem exclusão nas famílias, escolas e equipamentos de saúde.
- Os profissionais e os adolescentes afirmaram que não há nenhum tipo de programa ou atendimento diferenciado à saúde do adolescente, inclusive mencionando que não há interação com os agentes de saúde que vão às suas residências.
- Nos distritos do Capão Redondo e Grajaú o acesso a serviços de saúde bem como as informações sobre as Doenças Crônicas não Transmissíveis e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos estão limitadas as ações pontuais realizadas nas Organizações da Sociedade Civil, algumas vezes em parceria com as Unidades Básicas de Saúde, não havendo, portanto, um programa específico voltado para os adolescentes.
- Pela falta de equipamentos que supram as demandas da população principalmente dos adolescentes, esta responsabilidade acaba sendo exercida na maioria das vezes de maneira

pontual por Organizações da Sociedade Civil, que por sua vez também só conseguem atingir uma pequena parcela deste público, por em algumas situações não possuírem espaços adequados ou recursos financeiros.

- A pesquisa constatou que ainda há um pequeno número de serviços/organizações que desenvolvam um trabalho de atendimento a vítimas de violências bem como aos portadores de necessidades especiais nos distritos do Capão Redondo e Grajaú. Cabe também salientar que o acesso via transporte público dependendo da localidade em que reside essa pessoa é restrito devido às distâncias, principalmente no distrito Grajaú onde a abrangência territorial é muito vasta.
- As profissionais dos equipamentos de saúde possuem conhecimento técnico sobre o atendimento à DCNT, sobretudo em pessoas idosas, mas não na prevenção.
- As profissionais dos equipamentos de saúde e das organizações sociais possuem um conhecimento limitado sobretudo no que se refere a prevenção das DCNT, fatores de risco, direitos sexuais e direitos reprodutivos e igualdade de gênero em adolescentes.
- Os adolescentes e as suas famílias possuem um conhecimento e práticas limitadas sobre prevenção de DCNT, direitos sexuais e direitos reprodutivos e igualdade de gênero.
- Vale salientar que existem avanços normativos importantes sobre os direitos das crianças e adolescentes e também voltados a saúde a nível nacional, no entanto, o desafio continua a ser a implementação. Em âmbito local não foram encontradas políticas direcionadas a esta faixa etária.

Recomendações gerais:

Adolescentes e famílias:

- É necessário que haja um processo de conscientização da importância e o porquê do consumo de alimentos saudáveis e as consequências de uma má alimentação. Este processo deve ser integrado com a família, escola, área da saúde e organizações.
- Criar estratégias para que os adolescentes pratiquem mais atividades físicas ou esportivas, incluindo maior divulgação das atividades e ações realizadas pelos centros culturais, SESC, organizações da sociedade civil e etc.
- Desenvolver estratégias mais efetivas para sensibilização dos adolescentes sobre as consequências do consumo de álcool, cigarro e drogas, incluindo o trabalho com as famílias.

- Fomentar estratégias para o reconhecimento e prática dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, desenvolvendo estratégias de inclusão e apoio à família neste tópico.
- Fomentar a desconstrução nos adolescentes e em suas famílias, dos preconceitos de gênero que limitam e intimidam as meninas a praticarem esportes e as tornam mais vulneráveis a desigualdades e violências.
- É essencial a criação de programas de prevenção e atendimento às vítimas de violência sexual, incluindo a exploração sexual e também a desconstrução de estereótipos de gênero que justificam esta violência.
- Fomentar continuamente o trabalho de empoderamento feminino.
- Definir estratégias para trabalhar a igualdade de gênero com os adolescentes e promover neles novos modelos de masculinidade.
- Desenvolver programas de conscientização sobre dos direitos das pessoas LGBT e respeito as diferenças.
- Estratégias para que o adolescente entenda seus direitos e deveres no cuidado com a saúde.
- Quanto ao envolvimento das famílias, particularmente dos homens, é fundamental que sejam desenvolvidas estratégias que estejam em consonância às características dos homens destes distritos, uma vez que as mães participantes dos grupos focais pontuaram que eles são ausentes na criação das crianças.

Equipamentos de saúde, educação e organizações sociais:

- É necessário incentivar a disponibilidade e confiabilidade de dados desagregados por sexo sobre o número de adolescentes atendidos nos estabelecimentos de saúde. Sobretudo nas questões de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, fatores de risco, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, incluindo infecções sexualmente transmissíveis.
- É de suma importância contar com dados atualizados sobre a situação da saúde dos adolescentes destes distritos, por meio de pesquisas qualitativas e quantitativas.
- É importante que a depressão seja vista como um problema de saúde pública e que também está atingindo os adolescentes. Portanto conhecer mais sobre a depressão na adolescência, através de pesquisas averiguem as causas nestes distritos.

- É necessário aprofundar o conhecimento sobre a problemática de violência sexual, incluindo a exploração sexual nestes distritos.
- Promover estratégias para incluir a prevenção e atendimento das DCNT, fatores de risco e Direitos Sexuais e Reprodutivos de adolescentes nos programas de saúde.
- Gerar espaços de articulação entre a saúde, educação e as organizações sociais para implementação adequada das políticas públicas existentes voltadas à melhoria da saúde dos adolescentes.
- Aumentar o número de equipes de saúde da família nos territórios.
- Formar profissionais nas organizações e equipamentos de saúde para que eles possam desenvolver um trabalho mais efetivo com os adolescentes no tema de DCNT e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, incluindo as equipes de saúde da família e de agentes comunitários (conceitos, marco legal e abordagem).
- Processos de formação sobre a saúde dos adolescentes, focados num atendimento exclusivo e apropriado para esta faixa etária e com um enfoque de gênero.
- É fundamental que haja um trabalho de parceria entre as organizações, as escolas e serviços de saúde para que tratem questões de igualdade de gênero e diversidade sexual, bem como o desenvolvimento de estratégias ou programas sobre o tema direcionados no adolescente e em sua família.
- Para trabalhar com os profissionais de saúde é fundamental que seja realizado um mapeamento dos perfis dos profissionais, para que o projeto seja desenvolvido de maneira multidisciplinar e integrado entre os profissionais da saúde. Os profissionais que poderão compor esta equipe são: psicólogas, assistentes sociais, enfermeiras, nutricionistas e agentes de saúde.
- O Hospital Geral do Grajaú é gerido pelo Instituto de Responsabilidade Social Sírio- Libanês por meio de uma parceria público privada, apesar da instituição possuir uma vasta experiência no atendimento da população, sofrem com a superlotação do Hospital, uma vez que ele é o único de alta complexidade de referencia naquela região. Em consequência a este fato, a população sofre com a demora no atendimento.
- Embora os equipamentos de saúde nos distritos pesquisados sejam geridos por Organizações Sociais de Saúde, o contrato de gestão entre essas organizações e a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo impossibilita o contato direto. Para que haja um trabalho nestes equipamentos faz-se necessário uma solicitação prévia à Secretaria Regional de Saúde dos

respectivos distritos de no mínimo 60 dias, além disso, também é preciso o preenchimento de formulário específico e protocolo físico do mesmo.

- Logo, faz-se necessário um programa que não só articule com esses stakeholders, mas que também tenha profissionais que possuam conhecimento especializado sobre os assuntos e que sejam agentes formadores dos profissionais desses serviços, uma vez que as pesquisadoras constataram que os profissionais destes serviços possuem o conhecimento limitado sobretudo no que se refere a DCNT, direitos sexuais e direitos reprodutivos e igualdade de gênero.

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 (ODS, 2015)

Como mostrado neste relatório, em relação aos ODS, anotados no Capítulo I, nos distritos do Capão redondo e Grajaú ainda persistem muitos desafios relativos à saúde e igualdade de gênero:

- Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas (ODS 3.7).
- Reduzir a taxa de mortalidade materna (ODS 3.1).
- Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.
- Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte (ODS 5.1).
- Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos (ODS 5.2).

BIBLIOGRAFIA

Capítulo I

- ODS. *Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável* (2015).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION OMS (2011). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*, 21 de outubro, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_portuguese.pdf>. Acesso em: Nov. 2017
- WORLD HEALTH ORGANIZATION OMS (2014). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Geneva. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf>. Acesso em: Nov. 2017

Capítulo II

- CEINFO, Geoprocessamento e Informações Socioambientais, Coordenação de Epidemiologia e Informação. Secretariada Municipal da saúde de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/informacoes_socioambientais/index.php?p=8452>. Acesso em: Nov. 2017
- IBGE (2015). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default_sintese.shtm>. Acesso em: Nov. 2017
- INFOCIDADE. Secretaria Municipal de Urbanismo e Licenciamento (SMUL). Disponível em: <<http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/index.phpSEADE>>. Acesso em: Nov. 2017
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-basica/programas-e-acoas?id=180>> Acesso em: Nov. 2017
- MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO (2016). Censo escolar da Educação, notas estadísticas. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep).
- Observatório Social, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/observatorio_social/mapas/index.php?p=2012>. Acesso em: Nov. 2017
- PLANO Brasil sem Miséria (2015). Caderno de Resultados 2011/2014. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/cadernodegraficosbsm-35anos.pdf>. Acesso em: Nov. 2017
- PORTAL DE ESTATÍSTICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em: Nov. 2017
- REDE NOSSA SÃO PAULO. Observatório Cidadão. Disponível em: <<http://www.redesocialdecidades.org.br/br/SP/sao-paulo/regiao>>. Acesso em: Nov. 2017

- SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (2016). Igualdade Racial em São Paulo. Avanços e desafios.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (2016a). Diversidade étnico/racial e pluralismo religioso no Município de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/igualdade_racial/arquivos/Relatorio_Final_Virtual.pdf>. Acesso em: Nov. 2017
- SISTEMA de Informações sobre Nascidos Vivos/SINASC e Secretaria Municipal da Saúde/SMS, 2017. Disponível em: <<http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/sinasc/nascido.def>>. Acesso em: Nov. 2017
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, The World Bank (2011). Relatório mundial sobre a de ciência /; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. – Publicado pela Secretaria dos Direitos da pessoa com Deficiência do Estado de São Paulo

Capítulo III e IV

- ATLAS DA VIOLÊNCIA (2017). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA.
- Atlas de Mortalidade por Câncer. INCA. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/7326fa804748a063b639bf7c4f0415f8/12_RC28_epidemiologia.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: Nov. 2017
- ALTON I. (2005). The overweight adolescent. Chapter 7 in Stang J, Story M (eds). *Guidelines for Adolescent Nutrition Services: 1-8, 2005*. Disponível em: <http://www.epi.umn.edu/let/pubs/adol_book.shtm> Acesso em: Nov. 2017
- CARLO, Waldemar A.; TRAVERS, Colm P. (206). *Mortalidade materna e neonatal: hora de agir, J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 92, n. 6, p. 543-545, Dec. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572016000700543&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2017
- CHACHAM, Alessandra Sampaio; MAIA, Mônica Bara; CAMARGO, Malco Braga (2012). *Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte*. Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 29, n. 2, p. 389-407, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010230982012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2017
- Conde Wl; Monteiro Ca. (2014). nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in brazil. *am j clin nutr*, v.100, n.6 (suppl), p.1617s–22s, 2014.
- DREZZET, J. (2013). *Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. Reprodução & Climatério*; 28:89-91 - Vol. 28 Núm.3 Dez. Disponível em: <<http://recli.elsevier.es/pt/mortalidade-materna-no-brasil-insucesso/articulo/S1413208714000089/>>. Acesso em: Nov. 2017
- DICK B, Ferguson BJ. (2015). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade*. J Adolesc Health. Jan;56(1):3-6. Disponível em: <

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25530601>>. Acesso em: Nov. 2017
- DUTRA, Oscar P. (2006). *II Diretriz brasileira de cardiopatia grave. Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo, v. 87, n. 2, p. 223-232. Disponível em: <
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2006001500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2017
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto (2017). *Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, Feb. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000200653&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2017
- GOVERNO DO BRASIL (2017). *Doenças cardiovasculares são principal causa de morte no mundo*. Disponível em: <
- <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/09/doencas-cardiovasculares-sao-principal-caoa-de-morte-no-mundo>>. Acesso em: Nov. 2017
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE, Ministério de Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do Estado de saúde, Estilos de Vida e Doenças Crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da federação*. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: Nov. 2017
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, Ministério de Saúde, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (2015). *Pesquisa Nacional de Saúde escolar*. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>>. Acesso em: Nov. 2017
- MALBERGIER, André; CARDOSO, Luciana Roberta Donola; AMARAL, Ricardo Abrantes do. (2012). *Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 678-688, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Nov. 2017
- MALTA, Deborah Carvalho et al. (2014). *Factors associated with injuries in adolescents, from the National Adolescent School-based Health Survey (PENSE 2012). Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. 2014, v. 17, suppl 1, pp. 183-202. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400050015>>. Acesso em: Nov. 2017
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde (2011). *Saúde Brasil 2011 : uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013). *Cadernos de Atenção Básica. Saúde sexual e reprodutiva*.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014). *Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. Disponível em: <
- <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-%20ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-%20transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis#64>>. Acesso em: Nov. 2017
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017). *Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de*

- risco e proteção para doenças crônicas por inquérito. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf>. Acesso em: Nov. 2017
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016). *Boletim Epidemiológico. Sífilis 2016*. Secretaria de Vigilância em Saúde Volumem 47. No 35.
 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016a). *Boletim Epidemiológico. HIV/AIDS 2016*. Secretaria de Vigilância em Saúde Volumem
 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das ITS, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>>. Acesso em: Nov. 2017
 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017a). *Boletim Epidemiológico. Sífilis 2017*. Secretaria de Vigilância em Saúde Volumem 48. No 36.
 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017b). *Boletim Epidemiológico. HIV/AIDS 2017*. Secretaria de Vigilância em Saúde
 - MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017c). Disponível em: <<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>>. Acesso em: Nov. 2017
 - MOREIRA, Martha Cristina Nunes; GOMES, Romeu; SA, Miriam Ribeiro Calheiros (2014). *Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2083-2094, July 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413->. Acesso em: Nov. 2017
 - ONU (2015). Moraes, Silvia Piedade de e Viltalle, Maria Sylvia de Souza. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência: interações. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 8, pp. 2523-2531. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.03112014>>. Acesso em: Nov. 2017
 - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE OPS (2016). *Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória*. Documento de Referência Técnica REGULA. Washington, DC.
 - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). n.d. *Noncommunicable diseases and gender*. Washington, DC: OPAS. Undated infographic. [Internet] disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17118&Itemid= Disponível em:
 - PAHO. WHO. *Doenças cardiovasculares*. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acesso em: Nov. 2017
 - PORTAL DA SAÚDE, Brasil (2016). *Programa Academia da Saúde* [Internet]. Brasília: Portal da Saúde; [data desconhecida] [citado 2016 ago 15]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766>. Acesso em: Nov. 2017
 - PROMUNDO (2008). *Trabalhando com mulheres jovens: empoderamento, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro
 - REDE NOSSA SÃO PAULO. *Observatório Cidadão*. Disponível em: <<http://www.redesocialdecidades.org.br/br/SP/sao-paulo/regiao>> Acesso em: Nov. 2017

- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO. *TabNet*. Disponível em: <
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/tabnet/>>
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo (2015). *Boletim ISA Capital 2015*, no 12, 2017: Hipertensão Arterial Sistêmica. São Paulo: CEInfo, 2017, 37 p. Disponível em: <
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/isacapitalsp/index.php?p=177260#>. Acesso em: Nov. 2017
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, (2015 a). *Boletim ISA Capital 2015*, no 6, 2017: Estado nutricional da população da cidade de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2017, 83 p. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_EN.pdf>. Acesso em: Nov. 2017
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, (2015 b). *Boletim ISA Capital 2015*, no 10, 2017: Tabagismo na cidade de São Paulo. CEInfo, 2017, 25 p. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_TAB.pdf>. Acesso em: Nov. 2017
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, (2015 c). *Boletim ISA Capital 2015*, no 2, 2017: Rastreamento de câncer do colo de útero e de mama. São Paulo: CEInfo, 2017, 35 p. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_CM.pdf>. Acesso em: Nov. 2017
- SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo, (2015 d). *Boletim ISA Capital 2015*, no 13, 2017: Sofrimento mental no Município de São Paulo. São Paulo: CEInfo, 2017, 22 p. Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/ISA_2015_TMC.pdf>. Acesso em: Nov. 2017
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2016). *7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Arq Bras Cardiol 2016; 107 (3 Supl.3):1-83.
- UNICEF (2015). *ECA, 25 anos. Avanços e desafios para a infância e adolescência no Brasil*. UNFPA (2017). Disponível em:
<<http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1743-no-brasil-54-6-das-pessoas-com-idade-entre-16-a-25-anos-tem-hpv>>. Acesso em: Nov. 2017
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. OMS (2017). *Noncommunicable Diseases. Progress Monitor 2017*. Disponível em:
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258940/1/9789241513029eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: Nov. 2017
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894). Disponível em: <
http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/>. Acesso em: Nov. 2017

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*, Geneva: WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2006). *Pregnant adolescents*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241593784_eng.pdf. Acesso em: Nov. 2017.

Anexos

Anexo I

Grupo focal - adolescentes
Pesquisa relacionada à saúde de adolescentes

Objetivo do grupo focal:

Identificar os conhecimentos, atitudes e práticas das/dos adolescentes frente às doenças crônicas não transmissíveis e os direitos sexuais e direitos reprodutivos, com enfoque de gênero.

Materiais e instrumentos requeridos:

- Consentimentos devidamente assinados pelos adolescentes e seus responsáveis/cuidadores.
- Questionário de atitudes.
- Imagens.
- Roteiro de observação.
- Cartolina, marcadores, canetas.
- Local apropriado para o desenvolvimento do grupo focal.

Tempo estimado: 2 horas

Roteiro-guia de conversação do grupo focal

<p>Saudação e apresentação de participantes 10 min</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação das facilitadoras, do objetivo e da metodologia do grupo focal. - Apresentação das/dos participantes. - Questionário de atitudes: dar 5 minutos aos participantes para responder. <p>Atenção: a cada pergunta é importante incentivar que tanto as meninas quanto os meninos respondam, já que um dos objetivos é o de identificar as diferenças de conhecimentos, atitudes e práticas entre elas e eles.</p>
<p>As mulheres e os homens de meu bairro</p>	<p>Explique que você gostaria de conhecer mais sobre as pessoas do bairro e pergunte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quais as principais características das meninas do bairro? (Que não podem ter os meninos). Quais as principais características dos meninos do bairro? (Que não podem ter as meninas).
<p>Imagens 50 min</p>	<p>Explique aos participantes que serão apresentadas 6 imagens e você gostaria de fazer algumas perguntas e conversar ao redor delas:</p> <p>Imagem 1. Doces, refrigerantes, gorduras, snacks, hambúrguer.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. O que vocês acham do consumo destes produtos? Vocês costumam comer os produtos da imagem todas as semanas? Por quê? 3. Vocês já ouviram falar sobre as consequências de comer estes produtos para a saúde? Sem sim, quais? Onde? 4. O que poderia ser feito, na sua opinião, para que adolescentes como vocês se alimentem mais de frutas, saladas, comidas feitas em casa e com menos açúcar e sal? <p>Imagem 2. Meninos e meninas praticando esportes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Vocês praticam algum esporte ou atividade física? Qual? Onde? Quanto tempo por semana? 6. Vocês gostariam de praticar mais atividade físicas e esporte? Por que? Quais (meninas/meninos)? 7. O que poderia ser feito, na sua opinião, para que adolescentes como vocês pratiquem mais atividades físicas e esportes no seu bairro? <p>Imagem 3. Álcool</p>

	<p>8. O que vocês acham do consumo de álcool? 9. Os adolescentes de seu bairro bebem álcool? Se sim, onde? Quando? Por que?</p> <p>Imagem 4. Cigarro e drogas 10. O que vocês acham de fumar? 11. Os adolescentes de seu bairro fumam? Se sim, onde? Quando? Por que?</p> <p>12. O que vocês acham do consumo de drogas? 13. Os adolescentes de seu bairro consomem drogas? Se sim, onde? Quando? Por que?</p> <p>14. Vocês já ouviram falar sobre as consequências de consumir álcool, cigarro e drogas para a saúde? Sem sim, quais? Onde? 15. O que poderia ser feito, na sua opinião, para que adolescentes como vocês não bebam, fumem nem consumam drogas no seu bairro?</p> <p>Imagem 5. Depressão 16. Vocês já ouviram falar sobre depressão? Sem sim, onde? Tem amigos que possam sofrer depressão? Por que vocês acham que eles têm depressão? 17. O que poderia ser feito, na sua opinião, para que adolescentes como vocês não tenham depressão?</p> <p>Explique que agora fará algumas perguntas e que você gostaria que respondessem a partir de suas próprias experiências.</p> <p>18. Vocês já ouviram falar sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis? DCNT (Diabetes, Hipertensão, Câncer, Doenças Mentais, Doenças cardiovasculares, respiratórias). Se sim, quais? Onde? Conhecem alguém com DCNT o você/ tem? Conhecem alguma campanha sobre isto?</p> <p>19. O que vocês fazem meninas para cuidar da sua saúde? O que vocês fazem meninos para cuidar da sua saúde? Quando vocês têm um problema de saúde onde costumam ir? Onde vocês costumam ir para fazer um acompanhamento rotineiro da sua saúde?</p> <p>20. O que vocês acreditam ser necessário para que adolescentes como vocês, do seu bairro, tenham mais acesso e um melhor atendimento à saúde? Por quê?</p> <p>21. Quais as principais dificuldades para que o atendimento à saúde do adolescente melhore no seu bairro?</p> <p>22. O que o seu bairro tem de bom e que pode contribuir para a saúde dos adolescentes?</p>
<p>O que você faria se... 50 min</p>	<p>Explique que serão lidas 4 situações que tem acontecido a outros adolescentes e que você gostaria de que eles/elas pensarem o que fariam se fossem eles/elas.</p> <p>Situação 1. <i>Lena de 15 anos e Bob de 18 estão namorando faz 6 meses e acharam que queriam começar a ter relações sexuais. Porém, Bob não quer usar preservativo. Lena não sabe o que fazer.</i></p> <p>23. Poderia ter consequências para eles ter relações sexuais sem preservativo. Se sim, quais para a menina, quais para o menino? (Indagar por infecção de transmissão sexual, gravidez e projeto de vida). 24. Se ocorresse uma gravidez ou infecção de transmissão sexual perguntar onde iriam procurar ajuda.</p> <p>Situação 2. <i>Lila fez 16 anos e ela deseja ter uma vida melhor, já que ela e sua família passam muitas necessidades. Por esta razão ela decidiu aceitar ser a namorada do senhor Júlio, quem tem 30 anos. Ele prometeu comprar para ela roupas, dar um celular e ajudar a sua família. Ela</i></p>

	<p><i>não se sente bem e ademais teve que parar de estudar porque o Júlio é muito ciumento e não gosta que ela tenha amigos. A mãe da Lila falou para ela que devia se acostumar, porque ele estava ajudando ela e a família.</i></p> <p>25. O que vocês acham desta situação? Vocês conhecem situações como esta na sua comunidade?</p> <p>26. A quem Lila poderia pedir ajuda nesta situação? A onde ela poderia ir?</p> <p>5. Explique que agora fará algumas perguntas e que você gostaria que respondessem a partir de suas próprias experiências.</p> <p>27. O que pode ser feito, na sua opinião, para que as situações das que falamos não aconteçam no seu bairro?</p> <p>28. Vocês já ouviram falar sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos? Se sim, o que? Quais? Onde? Conhecem alguma campanha sobre isto?</p> <p>29. Vocês já ouviram falar sobre violências de gênero? Se sim, o que? Quais? Onde? Conhecem alguma campanha sobre isto?</p>
<p>Fechamento do grupo focal 10 min</p>	<p><i>Atividade de fechamento</i></p>
<p>Lanche</p>	

Anexo II

Grupo focal - Famílias Pesquisa relacionada à saúde de adolescentes

Objetivo do grupo focal:

Identificar os conhecimentos, atitudes e práticas das famílias frente às doenças crônicas não transmissíveis e os direitos sexuais e direitos reprodutivos, com enfoque de gênero.

Materiais e instrumentos requeridos:

- Consentimentos devidamente assinados.
- Questionário de atitudes.
- Imagens.
- Roteiro de observação.
- Cartolina, marcadores, canetas.
- Local apropriado para o desenvolvimento do grupo focal.

Tempo estimado: 2 horas

Roteiro-guia de conversação do grupo focal

<p>Saudação e apresentação de participantes 20 min</p>	<p>- Apresentação das facilitadoras, do objetivo e da metodologia do grupo focal. - Apresentação das/dos participantes. - Questionário de atitudes: dar 5 minutos aos participantes para responder.</p> <p>Atenção: a cada pergunta é importante incentivar que tanto as mulheres quanto homens respondam, já que um dos objetivos é o de identificar as diferenças de conhecimentos, atitudes e práticas entre elas e eles.</p>
<p>As mulheres e os homens de meu bairro</p>	<p>Explique que você gostaria de conhecer mais sobre as pessoas do bairro e pergunte: 1. Quais as principais características das mulheres adolescentes do bairro? (Que não podem ter os homens). Quais as principais características dos homens adolescentes do bairro? (Que não podem ter as mulheres).</p>
<p>Imagens 45 min</p>	<p>Explique aos participantes que serão apresentadas 6 imagens e você gostaria de fazer algumas perguntas e conversar ao redor delas:</p> <p>Imagem 1. Doces, refrigerantes, gorduras, snacks, hambúrguer. 2. O que vocês acham do consumo destes produtos? Seus filhos-as costumam comer os produtos da imagem todas as semanas? 3. Vocês já ouviram falar sobre as consequências de comer estes produtos para a saúde de seus filhos-as? Sem sim, quais? Onde? 4. O que poderia ser feito, na sua opinião, para que os adolescentes se alimentem mais de frutas, saladas, comidas feitas em casa e com menos açúcar e sal?</p> <p>Imagem 2. Meninos e meninas praticando esportes. 5. Seus filhos-as praticam algum esporte ou atividade física? Qual? Onde? Quanto tempo por semana? 6. Vocês gostariam que eles-elas praticassem mais atividades físicas e esporte? Por que? Quais? 7. O que poderia ser feito, na sua opinião, para que adolescentes como seus filhos-as pratiquem mais atividades físicas e esporte no seu bairro?</p> <p>Imagem 3. Álcool 8. O que vocês acham do consumo de álcool?</p>

	<p>9. Os adolescentes de seu bairro bebem álcool? Se sim, onde? Quando? Por que?</p> <p>Imagem 4. Cigarro e drogas</p> <p>10. O que vocês acham de fumar?</p> <p>11. Os adolescentes de seu bairro fumam? Se sim, onde? Quando? Por que?</p> <p>12. O que vocês acham do consumo de drogas?</p> <p>13. Os adolescentes de seu bairro consomem drogas? Se sim, onde? Quando? Por que?</p> <p>14. Vocês já ouviram falar sobre as consequências de consumir álcool, cigarro e drogas para a saúde? Sem sim, quais? Onde?</p> <p>15. O que poderia ser feito, na sua opinião, para que os adolescentes não bebam, fumem nem consumam drogas no seu bairro? O que poderia ser feito por vocês?</p> <p>Imagem 5. Depressão</p> <p>16. Vocês já ouviram falar sobre depressão? Sem sim, onde? Conhecem adolescentes que possam sofrer depressão? Por que vocês acham que eles têm depressão?</p> <p>17. O que poderia ser feito, na sua opinião, para que adolescentes não tenham depressão?</p> <p>Explique que agora fará algumas perguntas e que você gostaria que respondessem a partir de suas próprias experiências.</p> <p>18. Vocês já ouviram falar sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis? DCNT (Diabetes, Hipertensão, Câncer, Doenças Mentais, Doenças cardiovasculares, respiratórias). Se sim, quais? Onde? Conhecem alguém com DCNT o você/ tem? Conhecem alguma campanha sobre isto?</p> <p>19. O que vocês fazem para cuidar da sua saúde de seus filhos-as? Quando seus filhos-as têm um problema de saúde onde costumam ir? Onde vocês costumam ir para fazer um acompanhamento rotineiro da sua saúde?</p> <p>20. O que vocês acreditam ser necessário para que os adolescentes, do seu bairro, tenham mais acesso e um melhor atendimento à saúde? Por quê?</p> <p>21. Quais as principais dificuldades para que o atendimento à saúde do adolescente melhore no seu bairro?</p> <p>22. O que o seu bairro tem de bom e que pode contribuir para a saúde dos adolescentes?</p>
<p>O que você faria se...</p> <p>45 min</p>	<p>Explique que serão lidas 4 situações que tem acontecido a outros adolescentes e que você gostaria de que eles/elas pensarem o que fariam se fossem eles/elas.</p> <p>Situação 1. Lena de 15 anos e Bob de 18 estão namorando faz 6 meses. Faz uns dias Lena começou passar mal, esta com vômito e enjoo. Ontem ela descobriu que está grávida. Hoje eles decidiram falar para suas famílias.</p> <p>23. O que vocês fariam como mãe/pai da menina? O que vocês fariam como mãe/pai do menino? - Onde pediriam ajuda?</p> <p>24. Além da gravidez, que outras consequências poderiam ter as relações sexuais sem preservativo? (Indagar infecções sexualmente transmissíveis).</p> <p>25. Vocês como mães/pais como poderiam prevenir esta situação com seus filhos? (Se falar de dar informações, quais informações (métodos contraceptivos?)</p> <p>Situação 2.</p> <p>Lila fez 16 anos e ela deseja ter uma vida melhor, já que ela e sua família passam muitas necessidades. Por esta razão ela decidiu aceitar ser a namorada do senhor Júlio, quem tem 30 anos. Ele prometeu comprar para ela roupas, dar um celular e ajudar a sua família. Ela não se sente bem e ademais teve que parar de estudar porque o Júlio e muito ciumento e não gosta que ela tenha amigos. A mãe da Lila falou para ela que devia se acostumar,</p>

	<p><i>porque ele estava ajudando ela e a família.</i></p> <p>26. O que vocês acham desta situação? Vocês conhecem situações como esta na sua comunidade?</p> <p>27. A quem Lila poderia pedir ajuda nesta situação? A onde ela poderia ir?</p> <p>5. Explique que agora fará algumas perguntas e que você gostaria que respondessem a partir de suas próprias experiências.</p> <p>28. O que pode ser feito, na sua opinião, para que as situações das que falamos não aconteçam no seu bairro? O que pode ser feito por vocês?</p> <p>29. Vocês já ouviram falar sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos? Se sim, o que? Quais? Onde? Conhecem alguma campanha sobre isto? Vocês falam disto com seus filhas-as?</p> <p>30. Vocês já ouviram falar sobre violências de gênero? Se sim, o que? Quais? Onde? Conhecem alguma campanha sobre isto? Vocês falam disto com seus filhas-as?</p>
<p>Fechamento do grupo focal 10 min</p>	<p><i>Atividade de fechamento</i></p>
<p>Lanche</p>	

Anexo III

Entrevista semiestruturada - Profissionais da saúde
Pesquisa relacionada à saúde de adolescentes

Objetivo do grupo focal:

Identificar os conhecimentos, atitudes e práticas das/dos profissionais da saúde frente às Doenças Crônicas não Transmissíveis e os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Materiais requeridos:

- Consentimento devidamente assinado.
- Test atitudes
- Local apropriado para o desenvolvimento da entrevista e a sua gravação

Tempo estimado: 1 hora

Roteiro de questões:

<ol style="list-style-type: none">1. O qual é seu nome, idade e profissão?2. O qual é a instituição para a qual você trabalha e o qual seu cargo e responsabilidades?3. Você trabalha de maneira direta com adolescentes? Se sim, enquanto profissional de saúde, como é o seu trabalho junto a adolescentes?4. Você já teve acesso a informações sobre igualdade de gênero no seu trabalho? Se sim, quais?
<ol style="list-style-type: none">5. Você tem conhecimentos sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis? Se sim, em geral o que você sabe? (Indagar conceitos (Diabetes, Hipertensão, Câncer, Doenças Pulmonares, Doenças Mentais) e marco legal)).6. Na instituição onde você trabalha é frequente a consulta de adolescentes por doenças crônicas não transmissíveis? Se sim, quais são as mais frequentes? Há diferenças entre meninas e meninos?7. Você conhece os principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis? Se sim, quais? Indagar por: alimentação não saudável, sobrepeso, consumo de álcool, tabagismo, uso de drogas.8. Na sua experiência há diferenças entre as meninas e meninos frente à prática destes fatores de risco? Quais?9. A instituição onde você trabalha tem programas, estratégias ou protocolos específicos para prevenir e atender as DCNT e seus fatores de risco nos adolescentes?10. O que pode ser feito, na sua opinião, para melhorar a prevenção e atendimento as DCNT e seus fatores de risco em adolescentes desde distrito? Quais são os principais desafios para que essas melhorias aconteçam?
<ol style="list-style-type: none">11. Você tem conhecimentos sobre Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos? Se sim, o que você conhece? (Indagar conceitos e marco legal).12. Na instituição onde você trabalha é frequente a consulta de adolescentes por infecções sexualmente transmissíveis? Se sim, quais são as mais frequentes para meninas e para meninos? É frequente a consulta de meninas adolescentes grávidas?13. Na sua experiência há diferenças entre as meninas e meninos frente ao cuidado de seus direitos sexuais e reprodutivos?14. A instituição onde você trabalha tem programas, estratégias ou protocolos específicos de prevenção e atendimento sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos para adolescentes? Se sim, quais?15. O que pode ser feito, na sua opinião, para melhorar a prevenção e atendimento dos problemas associados aos Direitos Sexuais e Reprodutivos dos adolescentes deste distrito. Quais são os principais desafios para que essas melhorias aconteçam?
<ol style="list-style-type: none">16. Você tem conhecimentos sobre violências de gênero? Se sim, o que você conhece? (Indagar conceito e marco legal)

17. Na instituição onde você trabalha é frequente a consulta de adolescentes por violências de gênero? Quais as mais frequentes para meninas? Quais as mais frequentes para meninos?
 18. Na instituição onde você trabalha tem programas, estratégias ou protocolos específicos de prevenção e atendimento de violências de gênero para adolescentes? Se sim, quais?
 19. O que pode ser feito na sua opinião, para melhorar a prevenção e atendimento das violências de gênero nos adolescentes deste distrito? Quais são os principais desafios para que essas melhorias aconteçam?
 20. Na instituição onde de você trabalha tem programas específicos para meninas e para meninos adolescentes?
 21. O que pode ser feito, na sua opinião, para aumentar a igualdade no acesso de meninas e meninos nos serviços de saúde no distrito onde você trabalha. Quais são os principais desafios para que essas melhorias aconteçam?
-
22. *Nos territórios da pesquisa existem serviços de saúde básica direcionados a pessoas com deficiência? Quais*
 23. *Os espaços de saúde (postos de saúde, Upas, hospitais) dos distritos possuem acessibilidade para pessoas com deficiência?*
 24. *Quais são as principais dificuldades para o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde dos territórios.*

Dar 10 min para responder questionário atitudes.