A ACESSIBILIDADE DO ADOLESCENTE AO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

**THE TEENAGER'S ACCESSIBILITY TO THE LOCAL SISTEM OF
HEALTH**

LA ACCESIBILIDAD DE LOS ADOLESCENTES AL SISTEMA LOCAL DE SALUD

Nilton Orlando da Silva¹
Maria Marta Nolasco Chaves²
Melissa dos Reis Pinto Mafra³
Rosele Ciccone Paschoalick⁴
Bruna Kruczewski⁵

¹Enfermeiro. Graduado pela Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem –área saúde coletiva. UFPR. Membro do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

³Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR. Preceptora do Programa PET-Saúde - área enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem –área saúde coletiva. UFPR. Membro do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

⁵Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Pesquisa NESC-UFPR. Curitiba, PR, Brasil.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, ancorada na Teoria de Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). O objetivo deste trabalho é analisar o acesso às intervenções de saúde para os adolescentes nos serviços de atenção básica em Curitiba Paraná. A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, e ainda ações curativas para portadores de agravos. O uso de serviços de saúde não depende apenas de sua simples existência, o acesso envolve processos, como: a oferta de atendimento, a presença de profissionais capacitados, as condições do usuário para utilização e sua disponibilidade de tempo. A população, representada em comitês, conselhos e conferências, pode se inserir na formulação das políticas públicas no âmbito da saúde e no controle das ações de responsabilidade do Estado para garantia de seus direitos e acesso a serviços. A partir da apreciação das conferências de saúde realizada por Chaves (2010) ao longo dos anos de 1997 a 2007, é realizada análise dos protocolos para intervenções na população adolescente, pois, este é um período em que o indivíduo está formando sua personalidade e desenvolvendo suas potencialidades. Os programas voltados à população adolescente são insuficientes e centralizados porque atingem apenas uma pequena parcela de indivíduos, e não demonstra redução significativa nos índices de violência, gravidez na adolescência e delitos envolvendo o uso de drogas.

Palavras chaves: Adolescência. Acesso. Conferências Municipais de Saúde.

ABSTRACT

This is an exploratory research of a qualitative character, anchored by the theory of Praxis Intervention in Collective Health Nursing (TIPESC in Portuguese). The goal of this paper is to analyze access to health interventions to adolescents in basic attention services in Curitiba, state of Paraná. Basic Attention is characterized by a set of health actions, both in the individual and collective scopes, which comprise the promotion, health protection, and preventing further harm. The use of health services does not depend just on its existence, access involves factors such as: treatment supply, the presence of trained professionals, the conditions of the user in enjoying it and his or her time availability. The population, represented by committees, boards, and conferences, can influence the formulation of public policies in the health sphere and in controlling actions which are under the state's responsibility to warrant access. From the critique performed by Chaves (2010) of health conferences which was undertaken between 1997 and 2007, an analysis is made of the protocols for interventions in the adolescent population, for this is a period in which the individual is forming his or her personality and developing his or her potential. Programs aiming the adolescent population are insufficient and centralized because they reach only a small share of individuals, and does not present a significant decrease in indices of violence, teenage pregnancy, and misdemeanors involving the use of drugs.

Keywords: Adolescence. Access. Municipal Health Conferences.

RESUMEN

Se trata de una investigación de carácter cualitativo, basada en la Teoría de la Intervención Práctica en Enfermería en Salud Colectiva (TIPESC). El objetivo de este estudio es analizar el acceso a las intervenciones de salud para adolescentes en los servicios de atención primaria en Curitiba Paraná. La Atención Primaria se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan la promoción de la salud, la prevención de enfermedad, e incluso acciones curativas para los portadores de enfermedad. El uso de los servicios de salud no sólo depende de su mera existencia, el acceso implica procesos tales como: la oferta de atención, la presencia de profesionales capacitados, las condiciones del usuario utilizarla y su disponibilidad de tiempo. La población representada en los comités, consejos y conferencias, puede incluirse en la formulación de políticas públicas en salud y en el control de las acciones de responsabilidad del Estado para garantizar sus derechos y acceso a los servicios. A partir de la apreciación de las conferencias de salud hecha por Chaves (2010) durante los años 1997 a 2007, es realizada el análisis de los protocolos para intervenciones en la población adolescente, ya que este es un período en el individuo se está formando su personalidad y desarrollando sus potencialidad. Los programas para la población adolescente son insuficientes y centralizados, ya que tocan sólo una pequeña parcela de individuos, y no demuestra una reducción significativa de los índices de la violencia, el embarazo en la adolescencia y el crimen que involucre el uso de las drogas.

Palabras clave: Adolescencia. Acceso. Conferencias Municipales de Salud.

INTRODUÇÃO

A saúde do adolescente está diretamente relacionada às condições de vida, nutrição, habitação, educação e inserção dos responsáveis na produção para garantir a reprodução social do grupo, no qual vive. A assistência à saúde nos serviços de atenção básica, ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimentos, tem sido discutida para atender às especificidades deste grupo, uma vez que os dados epidemiológicos demonstram uma realidade que deve ser modificada, pois tem altos índices de morte por causas externas, especialmente para os adolescentes do sexo masculinos e índices elevados de gravidezes não planejadas.

A análise do discurso dos Relatórios Finais das Conferências Municipais de Saúde de Curitiba-PR sobre os protocolos voltados para saúde do adolescente no período da 4ª à 9ª Conferência, mostrou que as intervenções propostas foram respostas às reivindicações dos movimentos organizados na luta pelo direito ao acesso nos vários níveis de assistência à saúde para diferentes segmentos populacionais. A ausência de discussões e, conseqüentemente, a não organização de serviços para atender aos adolescentes tem sido uma barreira ao acesso do grupo no sistema local de saúde, o que potencializa o processo de desgaste destes indivíduos em determinadas classes sociais, uma vez que só serão assistidos pelo setor saúde na ocorrência do trauma, do adoecimento ou da gravidez não planejada⁽¹⁾.

Portanto, o estudo objetivou analisar a contribuição do movimento social organizado nas Conferências Municipais de Saúde para garantir acesso às intervenções de saúde para os adolescentes nos serviços de atenção básica em Curitiba-Paraná, e, neste sentido, apresenta os meios pelos quais o município tem oferecido atendimento, com promoção de saúde e prevenção de adoecimento aos adolescentes.

METODOLOGIA

O presente documento deriva da reflexão originada na tese “Competência Avaliativa do Enfermeiro para o Reconhecimento e Enfrentamento das Necessidades em Saúde das Famílias”⁽¹⁾. A partir deste estudo, se fez a seleção das intervenções em saúde que se relacionavam às necessidades em saúde dos adolescentes, segundo características próprias deste segmento populacional, no sentido de entender como o discurso do movimento social

organizado nas Conferências Municipais de Saúde contribuiu para garantir acesso às intervenções de saúde para o grupo nos serviços de atenção básica em Curitiba, Paraná.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, ancorada na teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC)⁽²⁾, que sugere a percepção da Realidade Objetiva (RO) nas dimensões que a conformam: singular, particular e estrutural. Esta compreensão da RO na saúde permite evidenciar as contradições na realidade estudada e compreender as várias maneiras pelas quais o fenômeno se manifesta, assim como a sua determinação. E é por meio desta maneira de ver o fenômeno que se elabora uma intervenção resolutive, seguindo com a reinterpretação desta nova realidade. Este movimento de intervenção e reinterpretação para interpor uma nova intervenção, permite a abertura de novos horizontes processuais, os quais são transformadores da realidade de saúde do indivíduo ou da população^(2;3).

RESULTADOS E ANÁLISE

A caracterização dos adolescentes do município de Curitiba foi baseada em dados secundários disponíveis nos sites do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. De acordo com os dados apresentados, em Curitiba no ano 2010 a população de adolescentes era de 269.505, percentil de decréscimo de aproximadamente 7% do grupo em relação ao ano de 2000⁽⁴⁾.

A violência contra a criança e o adolescente é relatada na literatura como um fenômeno complexo, que atinge todas as classes sociais, ambos os gêneros, assim como envolve a família e a sociedade. A fragilidade imposta pela pobreza contribui para a incidência da violência, mas não é o único processo determinante, outros processos também contribuem para esta realidade, tal como o histórico passado de violência doméstica; o despreparo para a maternidade e/ou paternidade; adoção de práticas rígidas como medidas de educação; o isolamento social familiar; a ocorrência de perturbações psicológicas entre membros da família; negligência em relação às crianças, etc.⁽⁵⁾.

Em muitos territórios urbanos de baixo poder aquisitivo no Brasil, há relato de violência relacionada a uso e venda de drogas ilícitas, que associado à escassez de serviços públicos (atividades culturais, recreativas, esportivas, serviços de saúde, entre outros), e a exclusão social pela violência no próprio território (presença ostensiva de traficantes), levam a

um quadro de grande fragilidade para as famílias e seus filhos. A violência experimentada pelas famílias de baixo poder aquisitivo claramente contribui para a violência intra domiciliar⁽⁶⁾.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, regulamentado em 1990 tem como objetivo de garantir os direitos de brasileiros com idade inferior a 18 anos, portanto o público em questão, que até sua promulgação era tratado como “menores”, e não como cidadãos. Essa lei garante não apenas a precedência dessa população no acesso aos programas públicos existentes, como institui mecanismos de cobrança. O estatuto preocupa-se com o bem-estar necessário para o crescimento sadio e a vida em sociedade. Para tanto, o ECA preconiza que é dever da sociedade, do governo, da família e de cada pessoa dar proteção integral às crianças e aos adolescentes, ou seja, garantir seu direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência com a família e com a comunidade.⁽⁷⁾ Na hipótese dos direitos reconhecidos por esta lei serem ameaçados ou violados, medidas protetivas específicas devem ser aplicadas. Assim, no ano de 2003, oficializou-se a Rede de Proteção pela gestão municipal de Curitiba, que culminou na elaboração do protocolo de atenção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência.

De acordo com o banco de dados dessa Rede de Proteção, no ano de 2006, houve notificação de 3.390 casos de violência, suspeita ou comprovada, contra crianças e adolescentes. Destes, 56,2% foram decorrentes de negligência. A segunda forma de violência mais notificada foi a física (20,4%), a terceira foi a sexual (14,3%), a quarta a psicológica (5,9%) e a quinta o abandono (3,3%). Do total de notificações, 90% ocorreram no espaço doméstico, por responsáveis, como pais, avós, irmãos e padrastos⁽⁸⁾.

A análise das propostas aprovadas para definição do modelo de atenção a saúde do adolescente na 4ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba-PR (1997) propunha que fossem implementadas campanhas de sensibilização da comunidade para que fossem denunciados casos de maus tratos e violência, o mesmo se repetiu na 7ª Conferência (2003) com proposta de fortalecimento da rede de proteção à criança e ao adolescente em vulnerabilidade para a violência através de ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimento junto aos pais e aos educadores de escolas e creches. Na 8ª e 9ª Conferência (2005 e 2007 respectivamente) foi aprovada a implementação do protocolo adolescente saudável, com o objetivo de diminuir a mortalidade dos jovens por causas externas. Segundo

dados do IPPUC os índices de violência nos anos 1999 a 2000 mostram mais de cinco mil jovens envolvidos em delitos, inclusive 24 homicídios, predominando meninos entre 15 e 17 anos (cerca de 85%), na maioria dos casos com presumível o eventual mando ou abuso de adultos⁽¹⁾.

Estudo sobre a morbidade ambulatorial desenvolvido no mês de setembro de 2006 em um hospital público de Curitiba mostrou que os homens foram as principais vítimas de agressão independente da faixa etária, representando 79,9% dos casos no período. Nos eventos o instrumento de agressão mais usado foi a arma de fogo, seguida do uso de instrumento perfurocortante. A agressão mais frequente foi a violência física/espancamento ocorrendo de maneira indistinta entre gêneros e grupo etário. Os adolescentes de 10 a 19 anos, de ambos os sexos, somaram 23,3% do índice de morbidade ambulatorial, ficando em segundo lugar sendo superados somente pela faixa etária dos 20 a 29 anos (33,3%). Entre o grupo de adolescentes sobressai o sexo masculino como maior vítima das agressões referidas⁽⁹⁾.

Estes números seguem a tendência nacional em termos de distribuição etária em que se verificam marcadas diferenças na incidência de homicídios ao longo ciclo de vida da população. Até 12 anos de idade, o número de vítimas é relativamente baixo. A partir dos 13 anos, o número de vítimas de homicídio vai crescendo rapidamente, até atingir o pico na idade de 20 anos. A partir desse ponto, o número de homicídios vai caindo lenta e gradativamente. É justamente na faixa “jovem”, dos 15 aos 24 anos, que os homicídios atingem sua máxima expressão, principalmente na faixa dos 20 aos 24 anos de idade⁽¹⁰⁾.

Dados coletados pelas fichas de notificação compulsória possibilitam tornar visível a violência que se pratica contra o adolescente servindo de subsidio para o desenvolvimento de novas ações que previnam a violência. Em 2006 foram notificados, entre os adolescentes de 10 a 18 anos, 657 (39,6%) casos de agressão contra o sexo feminino e 595 (35,1%) casos contra o sexo masculino, totalizando 1.252 casos notificados, ou 37,1% do total de casos notificados naquele ano. Não foram considerados para este estudo os dados para a faixa etária de menores de 10 anos, 62,9% dos casos⁽⁹⁾.

Outro dado relevante para esta discussão é o Índice de Homicídios da Adolescência (IHA) que revela a incidência da violência letal contra adolescentes no ano considerado, e também estima o número de homicídios esperados ao longo dos próximos sete anos. A soma das mortes estimadas, ano a ano, até a idade final – 18 anos – se traduz no número estimado

de mortes por homicídio na população entre 12 e 18 anos, para cada grupo de 1.000 adolescentes. Dados do Ministério da Saúde, referentes ao ano de 2006, mostraram Curitiba ocupando a 59ª colocação no *ranking* das cidades com maiores IHA. Com uma população de 228.670 adolescentes com idade entre 12 e 18 anos o índice foi de 3,03 mortes a cada 1.000 adolescentes e um total esperado de 693 mortes entre 12 e 18 anos⁽¹¹⁾.

Ao consultarmos o “Mapa da Violência – os jovens do Brasil”⁽¹⁰⁾, relatório produzido pelo Instituto Sangari e pelo Ministério da Justiça, observamos que a capital do Paraná segue tendência oposta a das demais capitais das regiões sul e sudeste do país. Este documento demonstra que entre os anos de 1980 e 1996 o número de homicídios entre as capitais e regiões metropolitanas crescia 7.7% ao ano. Entre 1996 e 2003 houve grande desaceleração nesse número passando para um crescimento de 2.6% ano. Já na última etapa desse estudo, as capitais e regiões metropolitanas apresentaram crescimento negativo de -2,8%. Já em Curitiba o percurso foi oposto. O quadro I, apresentado a seguir, foi elaborado a partir dos dados do Mapa da Violência/11, nesta apresentação se objetivou destacar a posição do município de Curitiba no cenário brasileiro segundo o número absoluto de homicídios e taxas de homicídio em 100 mil habitantes, para tal se considerou a população em dois grandes grupos: os *jovens* – 15 a 24 anos – e os *não jovens* – 0 a 14 e 25 e mais anos, este último representado por população total.

Quadro I – Distribuição do número e taxa de homicídio (em 100 mil) na população total e jovem em Curitiba-PR, no período de 2006 a 2008. Curitiba, 2012.

População	Homicídios 2006	Homicídios 2007	Homicídios 2008	Taxa em 2008	Posição no Brasil
Jovem	383	368	428	135,1	33 lugar
Total	874	827	1.032	56,5	94 lugar

Fonte: Mapa da Violência, 2011.

Conforme pode ser visto, o número de homicídios cresceu no período em que em outras capitais se teve diminuição. Entre os jovens o crescimento de homicídios foi de 16% no último ano, passando de 368 para 428 mortes e apresentando impressionante taxa de 135,1 mortes por 100 mil jovens.

O que se observa também é que entre as 100 cidades ranqueadas segundo as taxas de homicídios, Curitiba aparece em nonagésimo quarto lugar para a taxa na população total e em trigésimo terceiro quando se separa a população jovem, ou seja, apresenta uma situação muito pior nessa faixa etária quando se compara com outras cidades.

Na 4ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba-PR (1997) foi feita reivindicação por ações de combate e prevenção ao tráfico de drogas com programas intersetoriais, em especial o policiamento ostensivo nos parques e portas de escolas, foi aprovada também a criação do SOS drogas. Na 5ª Conferência (1999) falou-se em utilização da mídia para vinculação de programas de combate às drogas e se fez menção à importância de oferecer acompanhamento ao adolescente após o internamento. Na 6ª Conferência (2001) as reivindicações aprovadas foram no sentido de descentralizar os centros de referência e aumentar o nível de assistência aos dependentes químicos, além de promover programas específicos para os adolescentes na área da saúde. Na 8ª Conferência (2005) foi falado sobre a implementação do Protocolo Adolescente Saudável, com ênfase na prevenção ao uso e/ou abuso das drogas, já na 9ª Conferência (2007) se associou a prática esportiva e o lazer a prevenção ao uso de drogas⁽¹⁾.

Dados registrados pelas polícias civis relativas a delitos envolvendo drogas mostram que o município de Curitiba tem um índice maior do o nacional nos dois anos a que se referem os dados, de 62,95 por mil em 2001 e 59,3 por mil habitantes em 2003 contra a média nacional de 46,85 por mil em 2001 e 51,37 por mil em 2003. E, apesar de serem números gerais, permite perceber que o adolescente de Curitiba já estava demasiadamente exposto ao envolvimento com o tráfico, ou dele sofrer consequências⁽¹¹⁾.

Apesar da abordagem no relatório da 4ª conferência (1997) dos casos de neoplasia em adolescentes e da aprovação do protocolo de informação sobre as neoplasias mais comuns em adolescentes. E, de que na 7ª Conferência (2003) foi proposta a intensificação das ações de promoção da saúde e prevenção do câncer, ampliando os exames para a faixa etária dos adolescentes e jovens⁽¹⁾. Os dados de internação por grupos de causas e faixa etária para o ano de 2006, considerando os adolescentes com idade de 10 a 19 anos, apontam as neoplasias ocupando o 4º lugar entre os agravos que mais afetam os adolescentes, entre estes se destacam as lesões por envenenamento, gravidez e doenças respiratórias⁽¹³⁾.

O tema da gravidez na adolescência foi comum a todas as Conferências de Saúde, visto que, tratam da necessidade de incentivo ao uso de métodos contraceptivos e prevenção

das DST/AIDS, vale ressaltar que o projeto de planejamento familiar surgiu na 5ª Conferência (1999) com proposta de oficina de planejamento familiar para adolescentes e se repetiu nas demais conferências com solicitação de intensificação das atividades voltadas para os adolescentes com parcerias entre escola e o setor saúde para focar as consequências da gravidez na adolescência. A 9ª Conferência (2007) o tema foi abordado se propondo aumento da oferta de preservativos masculinos e femininos, e ainda, se reivindicou a distribuição de anticoncepcionais específicos para os adolescentes⁽¹⁾.

O número de gravidez na adolescência no município de Curitiba no ano de 2002 foi de 4.505 (17,9%), no ano de 2003 foram 3.999 (16,10%) e no ano de 2004 foram registrados 4.042 (16,05%)⁽¹⁴⁾. Dados do relatório da SMS para os anos 2000 - 2001 apontaram que houve melhora no acolhimento das adolescentes gestantes em decorrência da realização de um treinamento de dois dias para os funcionários da saúde e da secretaria municipal de educação do qual participaram 150 profissionais⁽¹⁵⁾.

A necessidade de qualificação dos profissionais diretamente ligados ao contato com os adolescentes foi apontada em grande número de propostas aprovadas nas Conferências. Ao longo das Conferências a proposta de qualificação dos profissionais tinha como objetivo instrumentalizá-los para a aplicação dos protocolos e programas referendados pela gestão do setor⁽¹⁾.

Os resultados mostram que o município de Curitiba tem promovido as conferências de saúde a cada dois anos, desde o início da década de 1990 com o objetivo de ouvir os movimentos sociais organizados e planejar os serviços para atender às necessidades em saúde expressas. Com o objetivo de analisar a contribuição do movimento social organizado, nas conferências municipais de saúde, para garantir o acesso aos adolescentes nos serviços de atenção básica à saúde, foram analisados os protocolos vigentes e a síntese das propostas de intervenções em saúde aprovadas pelo setor nas Conferências, as quais definiram, ao longo desses anos, os protocolos de saúde. Nos protocolos vigentes se tem a orientação para a intervenção nos processos de desgastes na saúde do adolescente, porém o que se encontrou foi que não houve proposta de intervenção nos processos estruturais que determinam a saúde dos indivíduos desse grupo⁽¹⁾.

Segundo o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito das Crianças e Adolescentes, os indivíduos em situação de pobreza enfrentam os riscos e as práticas de exclusão e de exploração social, a situação destes jovens em situação de pobreza é histórica

no país. É possível perceber ao longo da história a persistência das desigualdades e injustiças com relação a fatores econômicos, sociais e culturais, elementos centrais no atendimento da criança e adolescente para a promoção da equidade, na defesa do direito à convivência familiar e comunitária. A universalização do acesso deve articular a proteção social a criança e ao adolescente às políticas de apoio familiar, buscando promover a inclusão social e a superação da vulnerabilidade, oferecendo atenção especializada e acompanhamento sistemático em programas de orientação, apoio e proteção no contexto social⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é uma fase de desafios, da busca de aceitação e independência, desafio da estrutura familiar, conflitos existenciais e psicossociais. Um número elevado de adolescentes está à margem do atendimento que necessitam para desenvolverem todo seu potencial, pois, apesar de existirem programas integrados de educação, saúde, lazer, estes atingem uma pequena parcela deste segmento populacional. As ações de prevenção são trabalhadas com número insuficiente de profissionais capacitados que contam com infraestrutura limitada. Desta forma o adolescente encontra-se abandonado pelo poder público e acaba repetindo aquilo que vivencia no grupo familiar e na comunidade.

Os dados analisados sobre as condições de vida para o adolescente no município de Curitiba apontam que não houve redução significativa nos índices de violência (ao contrário houve expressivo aumento da taxa de homicídios), de gravidez na adolescência e delitos envolvendo o uso de drogas no período dos relatórios finais das Conferências estudadas. Nos protocolos de saúde direcionados para este segmento populacional não há referência à responsabilidade que pode ser atribuída ao Estado ou à sociedade quanto à manutenção dos dados encontrados. Por fim, acredita-se que poderíamos reverter os índices analisados com ações contínuas, intersetoriais - principalmente envolvendo os setores saúde, educação, trabalho e segurança pública, os quais deveriam estar comprometidos com a transformação da realidade descrita neste estudo. Além disso, cabe destacar a necessidade de estimular a participação e intervenção dos conselhos locais de saúde para a discussão desses problemas, fundamentadas na análise das relações das forças de produção e reprodução social, pois se acredita que estas instituições estão mais próximas da realidade dos adolescentes que vivem em territórios de populações com extrema pobreza.

REFERÊNCIAS

1. CHAVES, M.M.N. **Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias**. 273 f. Tese (Doutorado) – Programa Interunidades EE-EERP da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.
2. EGRY, E.Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo. Ícone. 1996.
3. BREILH J. **Epidemiologia crítica: Ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro. Hucitec. 2006.
4. IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. **Alunos matriculados em cursos oferecidos nas escolas municipais por administração regional**. Curitiba, 2006.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Pactos pela vida. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>> Acesso em 04/06/2011.
6. BARKER G., RIZZINI I. **Cuidar sem violência todo mundo pode**. Rio de Janeiro. CIESP/PROMUNDO, 2003.
7. LOPES A. C. B, TONIN M. M. **Direitos Humanos de crianças e adolescentes**. Edição comemorativa. Curitiba, Artes & Textos, 2008.
8. CURITIBA. **Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência**. Secretaria Municipal de Saúde. 3 ed. 2008.
9. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Epidemiológico de Curitiba**. ed. especial, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 22/08/2011.
10. WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2011: os jovens do Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.
11. BRASIL. **Índice de homicídios na adolescência**. Programa de redução da violência letal contra adolescentes e jovens. Secretaria especial dos direitos humanos. [S.L.], 2009a. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/IHA.pdf>> acesso em 06/11/11.
12. IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. **Distribuição das ocorrências registradas pelas polícias civis relativas a delitos envolvendo drogas**. Curitiba, 2004.
13. IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. **Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária (cid10)**. Curitiba, 2006.
14. IPPUC - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano. **Número de nascidos vivos, óbitos maternos, coeficiente de mortalidade materna, tipo de parto e gravidez na adolescência**. Curitiba, 2010.
15. CURITIBA. **Relatório de programas da SMS e atividades realizadas no SUS**. Curitiba, 2002.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional dos direitos da criança e do adolescente. **Plano nacional de promoção, proteção e defesa do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária**. Brasília, 2006.