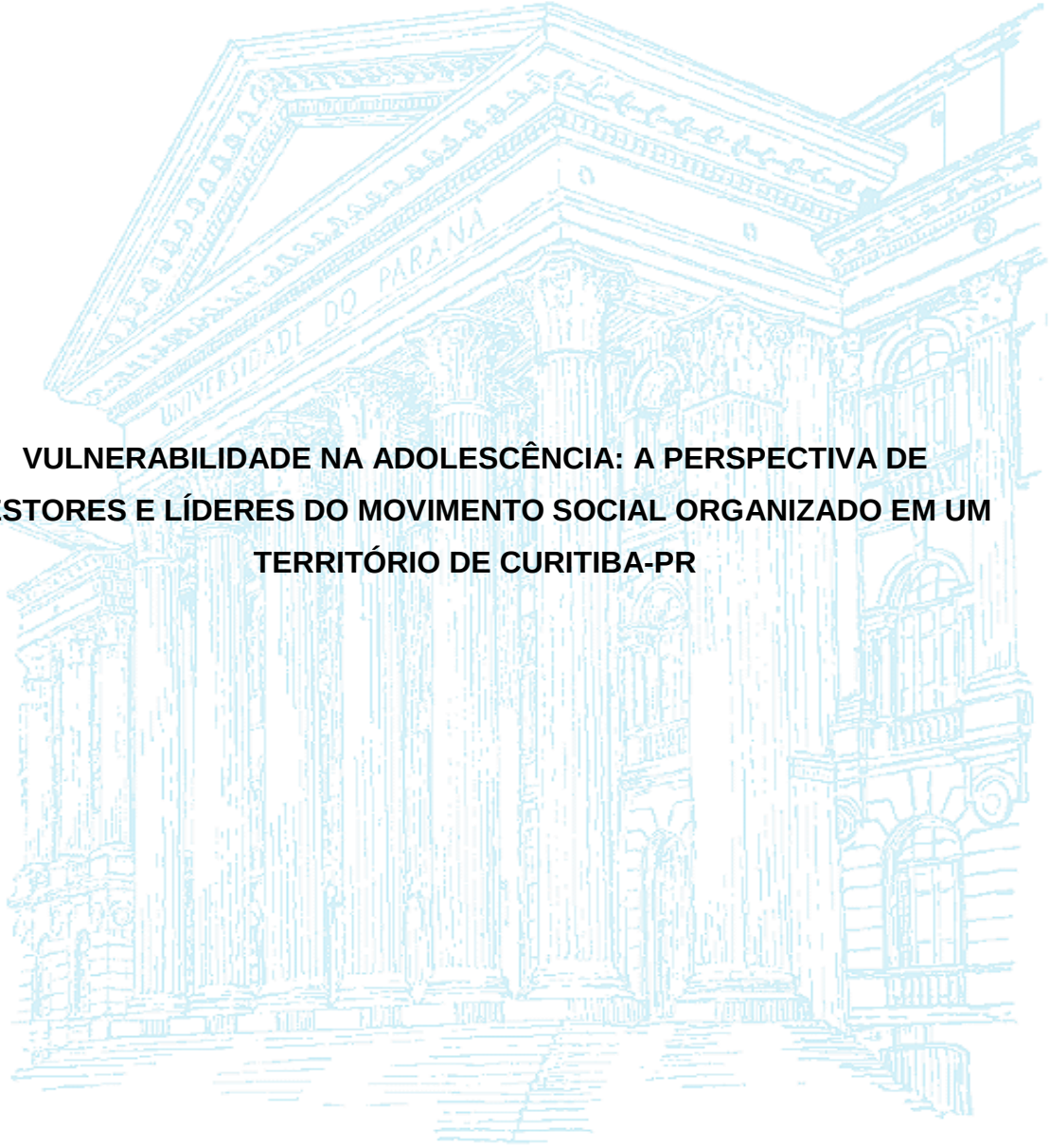
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS

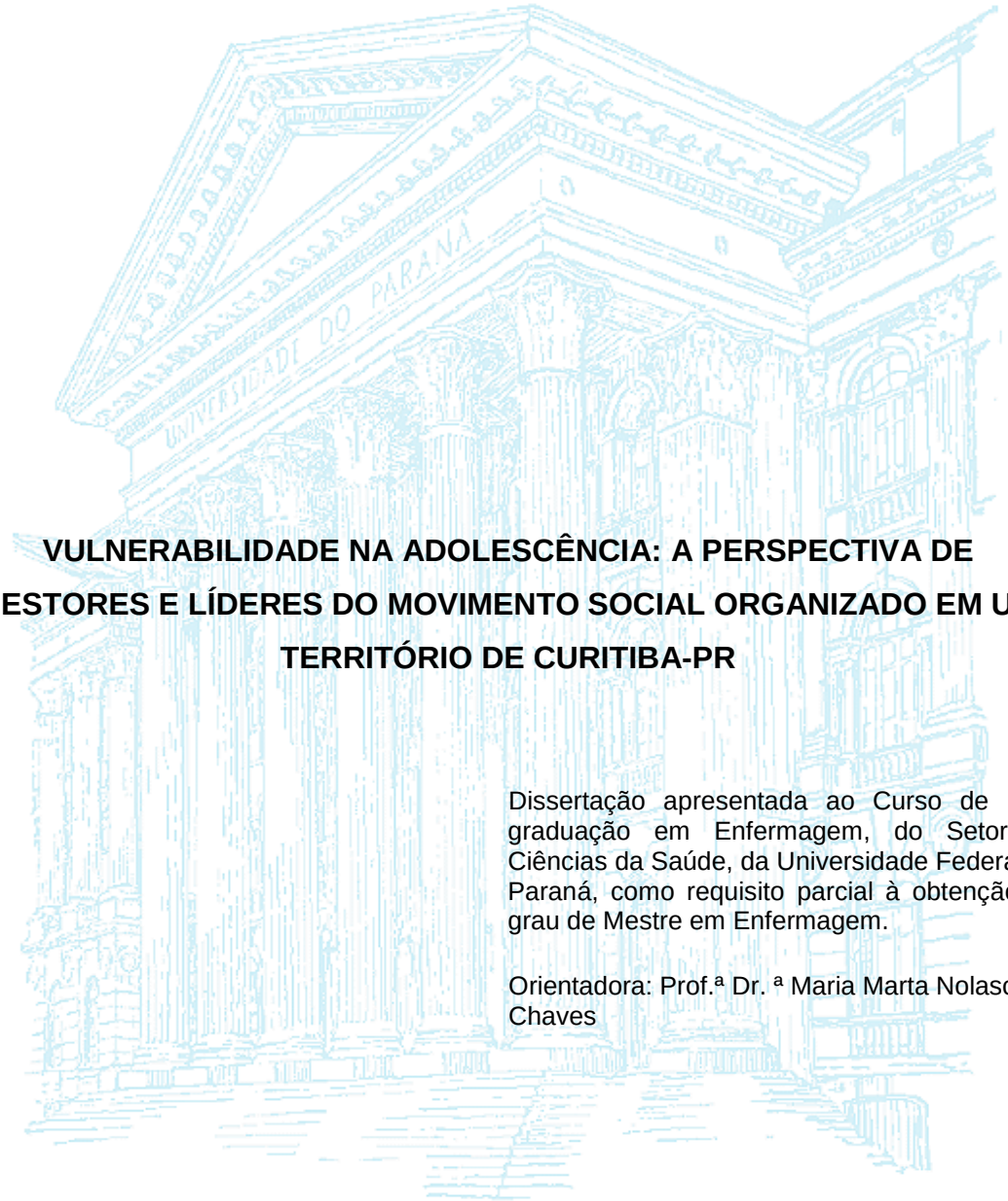


VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A PERSPECTIVA DE GESTORES E LÍDERES DO MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO EM UM TERRITÓRIO DE CURITIBA-PR

CURITIBA

2015

ANA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS



VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A PERSPECTIVA DE GESTORES E LÍDERES DO MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO EM UM TERRITÓRIO DE CURITIBA-PR

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.ª Dr. ª Maria Marta Nolasco Chaves

CURITIBA

2015

Santos, Ana Paula Rodrigues dos
Vulnerabilidade na adolescência: a perspectiva de gestores e líderes do movimento social organizado em um território de Curitiba / PR / Ana Paula Rodrigues dos Santos – Curitiba, 2015.
196 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Enfermagem. 2. Adolescente. 3. Vulnerabilidade. I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO

ANA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS

VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA: A PERSPECTIVA DE GESTORES E LÍDERES DO MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO EM UM TERRITÓRIO DE CURITIBA-PR

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a): _____
Profa. Dra.Maria Marta Nolasco Chaves
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

_____
Profa. Dra. Emiko Yoshikawa Egry
Membro Titular: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

_____
Profa. Dra. Liliana Muller Larocca
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 11 de dezembro de 2015.

Dedico esta Dissertação à minha mãe Maria Lúcia, à minha família e ao Meu esposo Gregory, que me apoiaram durante todo o tempo em que estive desenvolvendo este trabalho.

Também dedico à minha “mestre” e orientadora Maria Marta Nolasco Chaves, por sua competência e atenção.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, bênção e proteção.

À professora Maria Marta Nolasco Chaves, pela orientação, apoio, incentivos, confiança e principalmente pela amizade nesses anos.

Aos professores, amigos e colegas do Grupo de Pesquisa NESC, pela amizade, companheirismo e pela colaboração na realização deste trabalho.

Aos bolsistas de Iniciação Científica, pela ajuda na realização deste trabalho.

Aos colegas de pós-graduação Ângela, Marly, Aline, Neusa e Melissa, pela amizade, companheirismo e colaboração recebida durante o curso. E aos demais colegas que de alguma forma contribuíram no desenvolvimento deste trabalho.

Às Instituições que permitiram a realização deste trabalho.

Aos Gestores, Conselheiros Locais e Líderes dos Movimentos Sociais que aceitaram em participar da pesquisa.

À minha amiga Alde, pelo apoio, incentivo e carinho que sempre foi dado para a realização deste trabalho.

À Capes, pelo auxílio financeiro.

Aprender generosamente significa não aprender com egoísmo, buscando a aquisição de conhecimento para a vaidade pessoal ou para vangloriar-se em um amanhã de triunfos exteriores, esquecendo que muito do aprendido foi ensinado para evitar sofrimento e permitir a passagem pelos trechos difíceis do longo caminho da vida.

Raumsol

RESUMO

Santos, A.P.R. **Vulnerabilidade na adolescência: a perspectiva de Gestores e Líderes do Movimento Social Organizado em um território de Curitiba-PR.** 196f (Dissertação). Mestrado em enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2015. Orientadora: Profª Drª Maria Marta Nolasco Chaves.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, fundamentada na Teoria Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC que objetivou descrever as vulnerabilidades dos adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado, conselheiros locais de saúde e Gestores de um determinado território de Curitiba-PR. Os dados foram coletados no período de maio à julho, por meio de entrevistas semiestruturadas com quinze gestores, conselheiros locais e líderes do movimento social organizado que atendem, de alguma forma, aos adolescentes no território. Os discursos foram analisados segundo a análise de conteúdo, com apoio do *software* IRAMUTEQ. Na análise de conteúdo emergiram quatro categorias e quatorze subcategorias. Dentre elas se destaca o Reconhecimento da vulnerabilidade para o adolescente no território, no que tange à gravidez na adolescência, drogas na adolescência e violência. As participantes apontaram dificuldades para a realização de ações em relação aos adolescentes, como a falta de apoio do Poder Público para a realização de ações e a falta de capacitação para lidar com a adolescência. Para as ações serem realizadas, foi destacada a importância da parceria com os demais serviços públicos presentes no território. Dentre as subcategorias que emergiram destacam-se as questões de gênero que foram identificadas como processo determinante dos agravos. Como conclusão deste trabalho, registra-se que o objetivo delimitado foi alcançado e, consequentemente, a finalidade de contribuir para a elaboração de ações do serviço local de saúde para atender aos adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade nos territórios pesquisados. Por fim, se propõem a realização de novos estudos no sentido de ampliar a discussão sobre as questões de gênero relacionadas aos processos de determinação da vulnerabilidade dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente. Vulnerabilidade. Enfermagem.

ABSTRACT

Santos, A.P.R. **Vulnerability in adolescence: the perspective of Managers and Leaders of the Organized Social Movement in a territory of Curitiba-PR**. 196f (Dissertation). Master's degree in nursing. Program of Post-graduation in Nursing. Federal University of Parana, 2015. Advisor: Profª. Drª. Maria Marta Nolasco Chaves.

This is an exploratory research of qualitative nature, based on the Theory of Praxic Intervention of the Nursing in Collective Health - TIPESC that aimed to describe the vulnerabilities of adolescents as perceived by the organized social movement, local health directors and Managers of a particular territory of Curitiba- PR. Data were collected in the period of May to July, through semi-structured interviews with fifteen managers, local councilors and leaders of organized social movement that work, of some form, with the teenagers in the territory. The speeches were analyzed according to content analysis, with support from IRAMUTEQ software. In content analysis emerged four categories and fourteen subcategories. Among them stands out the recognition of the vulnerability for the teenagers in the territory, with respect to teen pregnancy, drugs and violence in adolescence. The participants pointed out difficulties in carrying out actions in relation to adolescents, such as the lack of support from the Government to carry out actions and the lack of training to deal with adolescence. For the actions be performed, it highlighted the importance of partnership with other public services in the territory. Among the subcategories that emerged there are the gender issues that were identified as determining process of injuries. As conclusion of this work, it is recorded that the defined objective has been achieved and, consequently, in order to contribute to the development of the local health care programs to meet adolescents living in vulnerable situations in the researched territories. Finally, we propose to carry out new studies to broaden the discussion of gender issues related to the procedures for determining the vulnerability of adolescents.

Keywords: Adolescent. Vulnerability. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - TIPOS DE VIOLÊNCIA 50
FIGURA 2 – MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS APROVADAS NO ANO DE 2015 PARA O MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR, 2015. 73
FIGURA 3 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COM AS NOVE REGIONAIS ADMIISTRATIVAS VIGENTES EM 2015, COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015..... 74
FIGURA 4 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COM DELIMITAÇÃO DE TERRITÓRIO NA REGIÃO SUL COM ARAUCÁRIA E FAZENDA RIO GRANDE. CURITIBA/PR, 2015. 75
FIGURA 5 – MAPA DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR, 2015. 76
FIGURA 6 – IDENTIFICAÇÃO DOS BAIRROS DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO COM DESTAQUE PARA O BAIRRO CAMPO DE SANTANA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR, 2015. 77
FIGURA 7 – BAIRROS DO MUNICIPIO DE CURITIBA QUE APRESENTAM MAIS DE 40% DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES COM RENDA SUPERIOR À 5 SALÁRIOS MÍNIMOS NO ANO DE 2010. CURITIBA/PR, 2015..... 98
FIGURA 8 – BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COM MAIS DOMICILIOS PARTICULARES PERMANENTES COM RENDA ENTRE ¼ E 1 SALÁRIO MÍNIMO NO ANO DE 2010. CURITIBA/PR, 2015. 99
FIGURA 9 - MAPA REFERENTE AOS ATENDIMENTOS DAS LINHAS DE ONIBUS ATÉ 250 METROS NA REGIONAL PINHEIRINHO 110
FIGURA 10 – IDENTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS DOLOSOS REGISTRADOS PELA DELEGACIA DE HOMICÍDIOS

POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO NO ANO DE 2010, CURITIBA, 2015. 118
FIGURA 11 – DENDOGRAMA DAS SEIS CLASSES FORNECIDA PELO*SOFTWARE* IRAMUTEQA PARTIR DOS DISCURSOS DOS PARTICIPANTES, CURITIBA/PR, 2015. 124
FIGURA 12 – DENDOGRAMA DAS UNIDADES DE CONTEXTO ELEMENTARES (UCE) E FREQUÊNCIA DAS CLASSES NO CORPUS EMITIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ, CURITIBA/PR, 2015. 125
FIGURA 13 - APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2015. 131

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - POPULAÇÃO, NÚMERO DE HABITANTES, DENSIDADE DEMOGRÁFICA E VARIAÇÃO POPULACIONAL POR BAIRROS DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO EM 2010. CURITIBA/PR, 2015. 82

TABELA 2 – NÚMERO DE HABITANTES ADOLESCENTES POR REGIONAL ADMINISTRATIVA, COM DESTAQUE PARA AS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS BOA VISTA, MATRIZ E PINHEIRINHO, SEGUNDO DADOS DO CENSO DO IBGE 2010. CURITIBA/PR, 2015..... 84

TABELA 3 – NÚMERO DE OCUPAÇÕES IRREGULARES COM AS VARIÁVEIS DOMICÍLIOS E POPULAÇÃO E MÉDIA DE HABITANTES POR DOMICÍLIO NA REGIONAL PINHEIRINHO (RECORTE). CURITIBA/PR,2015..... 90

TABELA 4 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR BAIRRO DE ACORDO COM O SETOR NA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO NO ANO DE 2011. CURITIBA/PR, 2015. 93

TABELA 5 – NÚMERO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES E POPULAÇÃO RESIDENTE NA REGIONAL PINHEIRINHO, COM RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA DE ATÉ 70 REAIS, SEGUNDO CENSO DE 2010. CURITIBA/PR, 2015..... 96

TABELA 6 – NÚMERO DE POPULAÇÃO, POPULAÇÃO MORANDO ATÉ 250M DAS LINHAS DE ÔNIBUS POR BAIRRO (%) NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA, 2015. 109

TABELA 7 **-** NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS DOLOSOS REGISTRADOS POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRNHO NO ANO DE 2010 E 2012. CURITIBA, 2015. 118

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 1, CURITIBA/PR, 2015..... 126
TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 2, CURITIBA/PR, 2015..... 127
TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 3, CURITIBA/PR, 2015. 127
TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 4, CURITIBA/PR, 2015. 128
TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 5, CURITIBA/PR, 2015. 128
TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 6, CURITIBA/PR, 2015. 129

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS BAIRROS DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO, COM DESTAQUE AO BAIRRO CAMPO DE SANTANA, SEGUNDO EXTENSÃO TERRITORIAL POR HECTARE. CURITIBA/PR, 2015. 78

GRÁFICO 2 – NÚMERO DE HABITANTES POR REGIONAL ADMINISTRATIVA EM CURITIBA NO ANO DE 2010 COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015. 79

GRÁFICO 3 – DENSIDADE POPULACIONAL DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, SEGUNDO HABITANTES POR HECTARE, COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO, PORTÃO E SANTA FELICIDADE. CURITIBA/PR, 2015. 80

GRÁFICO 4 – DENSIDADE POPULACIONAL POR REGIONAIS ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015. 81

GRÁFICO 5 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS BAIRROS POR REGIONAL ADMINISTRATIVA, SEGUNDO O MAIOR CRESCIMENTO POPULACIONAL NO PERÍODO DE 2000 A 2010, POR REGIONAL ADMINISTRATIVA, COM DESTAQUE PARA O BAIRRO CAMPO DE SANTANA. CURITIBA/PR, 2015. 82

GRÁFICO 6 – PIRÂMIDE ETÁRIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SEGUNDO CENSO DE 2010. CURITIBA, 2015. 83

GRÁFICO 7 – PIRÂMIDE ETÁRIA DO REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO SEGUNDO CENSO DE 2010, CURITIBA/PR, 2015. 85

GRÁFICO 8 – NÚMERO DE RESIDÊNCIAS REGULARES POR REGIONAL ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR, 2015. 86
GRÁFICO 9 – NÚMERO DE RESIDÊNCIAS REGULARES POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO, CURITIBA, 2015. 87
GRÁFICO 10 – NÚMERO DE PRODUÇÃO DE UNIDADES RESIDENCIAIS NA MODALIDADE CASA NA REGIONAL PINHEIRINHO NO PERÍODO DE 2008 A 2012. CURITIBA/PR, 2015. 88
GRÁFICO 11 – NÚMERO DE PRODUÇÃO DE UNIDADES NA MODALIDADE APARTAMENTO NA REGIONAL PINHEIRINHO, NO PERÍODO DE 2008 E 2012.CURITIBA/PR, 2015. 88
GRÁFICO 12 - PERCENTUAL DE PRODUÇÃO DE UNIDADES RESIDENCIAIS EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO TOTAL DA REGIONAL PINHEIRINHO NO PERÍODO DE 2000 A 2012. CURITIBA/PR, 2015. 89
GRÁFICO 13 - PERCENTUAL DA PRODUÇÃO DE UNIDADES RESIDENCIAIS NA REGIONAL PINHEIRINHO EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO TOTAL DE UNIDADES RESIDENCIAIS NO PERÍODO DE 2000 A 2012. CURITIBA/PR, 2015. 89
GRÁFICO 14 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR REGIONAL ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA NO ANO DE 2011, SEGUNDO DADOS DE CADASTRO DE LIBERAÇÃO DE ALVARÁS, COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015. 91
GRÁFICO 15 – DISTRIBUIÇÃO ECONÔMICA POR SETORES NO MUNICIPÍO DE CURITIBA NO ANO DE 2011. CURITIBA/PR 2015. 92
GRÁFICO 16 - DISTRIBUIÇÃO ECONÔMICA POR SETORES NA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO NO ANO DE 2011. CURITIBA/PR, 2015. 92

GRÁFICO 17 – NÚMEROTOTAL DE ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR BAIRRO NA REGIONAL PINHEIRINHO NO ANO DE 2011. CURITIBA/PR, 2015. 93
GRÁFICO 18 - RENDIMENTO MÉDIO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES (P.P) DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS E DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, COM DESTQUE PARA A REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO, SEGUNDO CENSO DE 2010. CURITIBA, 2015. 94
GRÁFICO 19 - RENDIMENTO MÉDIO DOS BAIRROS REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES E RENDIMENTO MÉDIO DA REGIONAL PINHEIRINHO, SEGUNDO CENSO 2010, CURITIBA 2015. 95
GRÁFICO 20 - NÚMERO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, COM RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA DE ATÉ 70 REAIS COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO, SEGUNDO O CENSO DE 2010, CURITIBA, 2015. 96
GRÁFICO 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, COM RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA DE ATÉ 70 REAIS, SEGUNDO O CENSO DE 2010. CURITIBA/PR, 2015. 97
GRÁFICO 22 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS P.P POR CLASSES DE RENDIMENTO DOMICILIAR PER CAPITA DA REGIONAL PINHEIRINHO E CURITIBA, SEGUNDO O CENSO DE 2010. CURITIBA/PR 2015 100
GRÁFICO 23 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS P.P POR CLASSES DE RENDIMENTO DOMICILIAR PERCAPITA DOS BAIRROS DA REGIONAL PINHEIRNHO, SEGUNDO O CENSO DE 2010, 2015 101

GRÁFICO 24 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE ABASTECIMENTO PÚBLICOS E PARTICULARES EM CURITIBA POR REGIONAL ADMINISTRATIVA. CURITIBA 2015. 102
GRÁFICO 25 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS E PARTICULARES POR BAIRRO NA REGIONAL PINHEIRINHO, CURITIBA-PR, 2015..... 103
GRÁFICO 26 – NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL POR REGIONAL ADMINISTRATIVA COM DESTAQUE PARA AS REGIONAIS CIC, MATRIZ E PINHEIRINHO. CURITIBA, 2015. 104
GRÁFICO 27 – NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015..... 105
GRÁFICO 28 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS E PARTICULARES PARA A EDUCAÇÃO NAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR 2015. 106
GRÁFICO 29 – NÚMEROS DE CRECHES, PRÉ-ESCOLAS E ESCOLAS PÚBLICAS E PARTICULARES NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015. 107
GRÁFICO 30 - TAXA DE ATENDIMENTO (%) DO ENSINO FUNDAMENTAL DA POPULAÇÃO ENTRE 6 A 10 ANOS NA REGIONAL PINHEIRINHO NO ANO DE 2012. CURITIBA/PR, 2015. 108
GRÁFICO 31 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS E PRIVADOS VOLTADOS PARA AÇÃO SOCIAL POR REGIONAL ADMINISTRATIVA. CURITIBA/PR, 2015. 111
GRÁFICO 32 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS SOCIAIS PÚBLICOS E PARTICULARES POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015..... 112

GRÁFICO 33 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE ESPORTE E LAZER PÚBLICOS E PARTICULARES EM CURITIBA, POR REGIONAL ADMINISTRATIVA. CURITIBA, 2015. 113
GRÁFICO 34 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE ESPORTE E LAZER PÚBLICOS E PARTICULARES POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015. 114
GRÁFICO 35 - NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE EM CURITIBA, POR REGIONAL ADMINISTRATIVA. CURITIBA, 2015..... 115
GRÁFICO 36 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015. 116
GRÁFICO 37 - NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS DOLOSOS POR REGIONAL ADMINISTRATIVA NO ANO DE 2010 E 2012, CURITIBA, 2015 117
GRÁFICO 38 – NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS CULPOSOS POR BAIRRO NO TRÂNSITO REGISTRADOS PELA DELEGACIA DE HOMICÍDIOS – REGIONAL PINHEIRINHO – 2012. CURITIBA, 2015. 119
GRÁFICO 39 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A INSERÇÃO POR SEGMENTO: GESTORES LOCAIS, LÍDERES DE MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E CONSELHEIROS LOCAIS, CURITIBA/PR, 2015. 120
GRÁFICO 40 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E INSERÇÃO POR SEGMENTO: GESTORES LOCAIS, LÍDERES DE MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E CONSELHEIROS LOCAIS, CURITIBA/PR, 2015. 121
GRÁFICO 41 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO O TEMPO DE FORMAÇÃO E INSERÇÃO POR SEGMENTO: GESTORES LOCAIS,

LÍDERES DE MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E CONSELHEIROS LOCAIS, CURITIBA/PR, 2015. 122
GRÁFICO 42 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A ÁREA DE CONHECIMENTO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL, CURITIBA/PR, 2015..... 122
GRÁFICO 43 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A OCUPAÇÃO DECLARADA, CURITIBA/PR, 2015. 123
GRÁFICO 44 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO POR SEGMENTO: GESTORES LOCAIS, LÍDERES DE MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E CONSELHEIROS LOCAIS, CURITIBA/PR, 2015. 123

LISTA DE SIGLAS

CHD	-	Classificação Hierárquica Descendente
CIC	-	Cidade Industrial de Curitiba
CID-10	-	Classificação Internacional de Doenças
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CONANDA	-	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CRAS	-	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	-	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DNC	-	Departamento Nacional da Criança
DST	-	Doenças Sexualmente Transmissível
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
FUNABEM	-	Fundação Nacional de Bem ao Menor
HIV	-	Vírus da Imunodeficiência Humana
IHA	-	Índice de Homicídios na Adolescência
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAMUTEQ	-	*Interface de R pour les Analyses Multidimensionelles de Textes et de Questionnaires*
IPARDES	-	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPPUC	-	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
MHD	-	Materialismo Histórico Dialético
MS	-	Ministério da Saúde
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESC	-	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PeNSE		Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PPGENF	-	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PROSAD	-	Programa Saúde do Adolescente
RO	-	Realidade Objetiva
SAM	-	Assistência ao Menor
SESA	-	Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SIPAV	-	Sistema Integrado para a Prevenção de Acidentes e Violências
SMS-CTBA	-	Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba
SPA	-	SubstÂncias Psicoativas
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIPESC	-	Teoria da Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UCE	-	Unidade de Contexto Elementar
UCI	-	Unidades de Contexto Inicial
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 24
2. OBJETIVOS 28
2.1 GERAL 28
2.2 ESPECÍFICOS 28
3. REVISÃO DE LITERATURA 29
3.1 ADOLESCÊNCIA 29
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ADOLESCENTE 33
3.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA 38
3.4 VULNERABILIDADE 41
3.4.1 Violência 44
3.4.2 Gravidez na Adolescência 51
3.4.3 Drogas na Adolescência 54
3.5 GÊNERO 57
4. MATERIAL E MÉTODOS 63
4.1 TIPO DO ESTUDO 63
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO 66
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 66
4.3.1 Critérios de Inclusão e exclusão 67
4.4 COLETA DE DADOS 67
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 68
4.6 ASPECTOS ÉTICOS 70
5. RESULTADOS 72
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO 72
5.1.2 Caracterização da população de Curitiba, das Regionais Administrativas 78
5.1.3 Condições de habitação das residências regulares e irregulares em Curitiba e na Regional Pinheirinho 85
5.1.4 Caracterização das atividades econômicas em Curitiba e Regionais Administrativas 91
5.1.4.1 Atividade Econômica 91
5.1 4.2 Rendimento médio por domicílio particular permanente 94
5.1.4.3 Classe de Renda 97
5.1.5 Equipamentos de abastecimento públicos e privados em Curitiba e Regionais Administrativas 101

5.1.6 Organizações da sociedade civil em Curitiba e Regionais Administrativas 103
5.1.5 Equipamentos do setor de Educação em Curitiba e Regionais Administrativas 105
5.1.7 O transporte público na Regional Pinheirinho 108
5.1.8 Equipamentos do Ação Social em Curitiba e Regionais Administrativas 111
5.1.9 Equipamentos do setor de esporte e lazer em Curitiba e na Regional Pinheirinho 112
5.1.10 Equipamentos do setor saúde em Curitiba e na Regional Pinheirinho 114
5.1.11 Dados do setor de segurança em Curitiba e na Regional Pinheirinho 116
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 120
5.2.1 Caracterização dos Participantes 120
5.2.2 O tratamento dos dados das entrevistas 124
5.2.2.1 Classe 1 125
5.2.2.2 Classe 2 126
5.2.2.3 Classe 3 127
5.2.2.4 Classe 4 128
5.2.2.5 Classe 5 128
5.2.2.6 Classe 6 129
5.2.3 Categorias temáticas dos discursos dos participantes 130
5.2.3.1 Categoria temática - O reconhecimento da vulnerabilidade para o adolescente no território 132
5.2.3.2 Categoria temática – As percepções das ações para o enfrentamento das vulnerabilidades 135
5.2.3.3 Categoria temática – Facilidades e/ou potencialidades para o desenvolvimento de ações 138
5.2.3.7 Categoria temática – Dificuldades e/ou fragilidades para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento das vulnerabilidades 139
6. DISCUSSÃO 141
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 158
REFERÊNCIAS 161
APÊNDICES 179
APÊNDICE A 180
APÊNDICE B 183
ANEXOS 184

1. INTRODUÇÃO

O Brasil, nas últimas décadas, viveu uma importante modificação demográfica, relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade; do aumento da expectativa de vida; dos movimentos migratórios e de urbanização, sendo que, atualmente, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade representa um total de 51.402.821, correspondendo a 26,9% do total da população brasileira (BRASIL, 2010a; IBGE, 2010).

Nesse sentido, é importante destacar que o adolescente se encontra em uma fase do desenvolvimento humano na qual se faz necessário ficar atento às características físicas, psicológicas e sociais, sendo imprescindível uma diversidade de ações para promover seu desenvolvimento na sociedade e suprir suas necessidades de educação, saúde, moradia, esporte e lazer, dentre outros, tanto no sentido da prevenção, como da assistência (CURITIBA, 2006).

Com relação ao período da vida que corresponde à adolescência há divergências. No Brasil o Ministério da Saúde (MS) considera que o período de vida do indivíduo correspondente à adolescência é entre os dez e vinte anos incompletos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) afirma que a adolescência corresponde ao período que vai dos doze aos dezoito anos. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2009). Neste estudo considerou-se, na busca de dados e caracterização de processos relacionados à adolescência, a definição do Ministério da Saúde, visto que se trabalhou com dados oficiais. Para tal tomou-se como pressuposto que as condições de vida deste segmento populacional devem ser asseguradas para se garantir a sua reprodução social no grupo no qual vivem, no caso a comunidade estudada (BRASIL, 2010b).

As mudanças físicas podem ser percebidas a olho nu, fato que acontece entre oito a treze anos para o sexo feminino e nove a quatorze anos para o sexo masculino. Já a maturidade e a mudança do comportamento ocorrerão de acordo com a reprodução e os determinantes sociais de cada indivíduo. A saúde do adolescente é influenciada pelas transformações que ocorrem neste período, tornando-os expostos a processos de desgaste, como exposição ao uso de drogas (lícitas ou ilícitas), causas externas, gravidez na adolescência, problemas

familiares e dificuldade de relacionamento no ambiente escolar (CURITIBA, 2006; ROEHRS, MAFTUM E ZAGONEL, 2010).

Assim, destaca-se que essa fase é caracterizada por descobertas das próprias limitações, de curiosidade por novas experiências, pela necessidade de integração social, pela busca da independência individual, pelo desenvolvimento da personalidade e pela definição da identidade sexual (SOARES et al*.,* 2008).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) afirma que a adolescência é tida como uma fase de potencialidades e vulnerabilidades, relacionado às mudanças psíquicas, sociais e biológicas, que são características neste período do desenvolvimento, o que tem gerado uma crescente preocupação de diversos setores da sociedade. Para isso, a implementação de políticas e programas para este segmento populacional tem-se tornado um grande desafio, considerando o grande contingente populacional que estes grupos representam e também pela importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

Em Curitiba, no período de março/2013 a fevereiro/2014, as maiores causas de internamento entre adolescentes com idade entre dez e dezenove anos foram gravidez e causas externas[1]. Compreende-se que para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde dos indivíduos nessa fase da vida é necessário explorar o significado qualitativo desse dado e, a partir desse novo conhecimento, realizar intervenções em saúde direcionadas às necessidades e vulnerabilidades do grupo (BRASIL, 2014).

Em estudos realizados pelo Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC-pesq) nos anos de 2010, 2011, 2012 e 2013, identificou-se como é o reconhecimento de necessidades (CHAVES, 2010); a organização dos movimentos sociais para a participação no setor saúde (SILVA, 2011); a organização dos serviços municipais para enfrentar as situações de saúde dos adolescentes (SANTOS, 2012a) e, ainda, quais eram as necessidades em saúde percebidas pelos adolescentes de um território do município de Curitiba/PR (SANTOS, 2013).

[1]CID 10 – Capítulo XX – Causas externas – acidentes, agressões, lesões autoprovocadas, envenenamento.

Nos conhecimentos construídos alguns dados se destacaram: Curitiba, no ano de 2010, possuía uma população de 269.505 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos; os serviços de atenção à saúde para este segmento populacional foram organizados a partir das propostas de intervenção em saúde aprovadas no Conselho Municipal de Saúde e nas Conferências Municipais de Saúde. Para que se efetivassem as ações de assistência à saúde dos adolescentes, no período de 1997 a 2007, a organização dos serviços do setor foi por meio de programas e protocolos, os quais estabelecem o atendimento na rede de serviços municipal, sejam eles públicos ou privados, esse último como prestador de serviços ao SUS.

Nesse entanto, Chaves (2010), pontua que as intervenções propostas pelos protocolos têm respondido às reivindicações dos movimentos sociais organizados na luta pelo direito à saúde, porém a autora refere que as regulamentações e normatizações estão fundamentadas na epidemiologia do risco, a qual referenda a chance de o indivíduo desenvolver um agravo naquela sociedade, não considerando a singularidade da realidade que vivem os sujeitos que recebem tais ações.

Nesse sentido, as discussões promovidas nas Conferências Municipais de Saúde não foram suficientes para efetivar ações de saúde para este segmento populacional. Desta forma, o adolescente tem reproduzido o modo de viver de seus familiares e da sua comunidade sem ter a possibilidade de modificar sua realidade, pois na família, nos grupos, assim como nas instituições que estão presentes no território, não se tem condições materiais que lhe permitam a elaboração de um projeto de mudança para sua vida futura (SANTOS, 2012a).

As necessidades em saúde referidas pelos adolescentes relacionam-se com às alterações da fase da adolescência no próprio corpo; a expressão de adoecimento individual, o carecimento ou melhora para algo que o atendesse ali no lugar em que estavam vivendo e, principalmente, a falta de policiamento, devido à violência relatada naquela região (SANTOS, 2013).

Assim sendo, esse trabalho traz uma importante reflexão acerca desse grave problema de saúde pública que afeta a nossa sociedade e que atinge os adolescentes e jovens em nosso país e no mundo. Os problemas de saúde relacionados a esse segmento populacional e a não organização de ações específicas para atendê-los tem se tornado uma barreira para o acesso do

adolescente aos serviços locais, no sentido de participar de ações que permitam potencializá-los para a vida na sociedade. Acredita-se que a ausência de ações específicas para os adolescentes no setor saúde é um processo que favorece o desgaste desses indivíduos, uma vez que a assistência à saúde para este grupo populacional só ocorrerá em situações que são indesejadas para a atual sociedade, conforme as citadas anteriormente.

Baseado nos estudos acima apresentados, o presente relatório de pesquisa tem o seguinte objetivo: reconhecer as vulnerabilidades de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado, conselheiros locais e dos gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR. O estudo foi desenvolvido em um território de um Distrito Sanitário localizado na região sul do município de Curitiba-PR, com significativa densidade populacional jovem, na qual há concentração de adolescentes.

Trata-se de uma proposta de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, ancorada na Teoria da Intervenção Práxica em Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – PPGENF/UFPR. Tem como tema central a vulnerabilidade de adolescentes, o qual busca responder à seguinte questão norteadora: qual é a vulnerabilidade do adolescente segundo a percepção do movimento social organizado, gestores e dos conselheiros dos serviços locais sobre as vulnerabilidades dos adolescentes em um determinado território?

Os participantes da pesquisa foram representantes do movimento social organizado, conselheiros e gestores locais dos setores de saúde, educação e ação social, que desenvolvem atividades junto aos adolescentes no território selecionado.

Este estudo está inserido na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem, do Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC).

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Reconhecer as vulnerabilidades dos adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado, conselheiros locais e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar os processos protetores ou de desgaste relacionados aos adolescentes, em vulnerabilidade, na percepção dos gestores, líderes do movimento social e conselheiros locais, de um determinado território do município de Curitiba/PR;
- Caracterizar as instituições e o movimento social organizado que atendem aos adolescentes moradores de um determinado território;
- Levantar as ações realizadas pelos gestores e líderes do movimento social organizado para atender os adolescentes de um determinado território de Curitiba-PR;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ADOLESCÊNCIA

A adolescência (palavra derivada do latim *adolescere*, que tem como significado “crescer”) nas últimas décadas, vem sendo estudada por vários pesquisadores. Esta etapa da vida é caracterizada por diversas mudanças de caráter físico, biológico e psicológico, que lhe conferem distintas peculiaridades.

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2005). Este período também é conhecido como puberdade. É nesta época que ocorrem as transformações do corpo envolvendo os vários órgãos e estruturas, que variam de indivíduo para indivíduo, quanto ao seu início e velocidade de modificações (CURITIBA, 2006; FIGUEIREDO, VIANA, MACHADO, 2008).

É importante salientar que, no final da década de 1980, houve discussões para caracterizar historicamente adolescente e adolescência, de forma que fossem articulas diferentes dimensões (biológicas, psicológicas, socioeconômicas) e níveis (singular, particular e sociedade) em que se insere este segmento, caracterizando-se: Adolescência como o processo de desenvolvimento humano e Adolescente o sujeito que vivencia esta fase (PERES; ROSENBURG, 1998).

Nesse sentido, as autoras referem ainda que demarcar a adolescência pela idade é um critério cronológico de definir a “transição entre a infância e a idade adulta”, supondo que o processo de amadurecimento do indivíduo está completo, equivalendo o tempo biológico, psicológico e social em diferentes realidades. Este amadurecimento se dá em decorrência de um organismo fisiológico que responde a estímulos, transformando a natureza e sendo transformado ao longo da história. Sendo assim, não se deve considerar somente o lado biológico para o trabalho junto a esta população, nem desconsiderar as diversas fases vivenciadas dentro da própria adolescência (MAFRA, 2014).

Portanto, ao escrever esse tópico da revisão de literatura, percebemos que não há um consenso sobre a definição da adolescência e,assim sendo,

neste trabalho adotaremos a definição de adolescência segundo Bydlowski e Westphal (2010), que afirmam o seguinte:

> A adolescência é definida, usualmente, como uma etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, uma etapa de transição, circunscrita a uma faixa etária. É definida usualmente como um período difícil da vida marcado por processo de crescimento físico e desenvolvimento psicossocial. É considerada o momento em que o indivíduo se prepara para assumir responsabilidades próprias da idade adulta e plena autonomia social (WESTPHAL; BYDLOWSKI, 2010, p.26).

Fonseca et al. (2013) comentam que a adolescência se inicia com a inserção social, profissional e econômica na sociedade adulta e é marcada por grandes descobertas e instabilidade emocional, período no qual a personalidade é formada. Portanto, a adolescência é uma época de grandes e profundas transformações, não apenas para o adolescente, mas sim, para toda a sua família, assim como para o ambiente social que o cerca. Vale ressaltar ainda que este período é considerado o mais difícil de se trabalhar no sentido de prestar assistência à saúde, não só pelas relações interpessoais, mas pelo fato de essas transformações acontecerem de forma muito abrupta.

Por conseguinte, o MS fala que a adolescência é tida como uma fase de vulnerabilidades e potencialidades, a qual, vale enfatizar, é caracterizada por um período de grandes e importantes descobertas das próprias limitações, de curiosidade por novas experiências, marcada pela necessidade de integração social, pela busca da independência individual, do desenvolvimento da personalidade, da definição da identidade sexual e, segundo MALTA et al. (2011), esses conflitos podem fazer emergir situações de vulnerabilidade à saúde dos adolescentes (SOARES et al*.,* 2008).

Diante disto, o MS (BRASIL, 2008) descreve que o adolescente vive uma situação de ambivalência, pois ora mantém uma postura relacionada à fase adulta e ora mantém o comportamento de uma criança, fazendo com que se exponha de forma perigosa em algumas situações e em outras de forma calculada, ou seja, trata-se de um período da existência, que o adolescente começa a interagir com o mundo externo de forma mais autônoma, não tendo que assumir, de fato, a responsabilidade de uma vida adulta.

Esta exposição é relacionada aos fatores inerentes da adolescência, como por exemplo, a faixa etária (adolescência inicial, intermediaria e tardia); inserção no ambiente familiar (os que têm família e moram com ela e os que não têm); no âmbito escolar (os que frequentam a escola e os que estão fora dela); condição social (os que vivem com os parceiros ou não) e dentre outras questões que acontecem na adolescência e no início da juventude, fazendo surgir a sensação de onipotência, de busca por novas experiências, busca de aceitação no grupo de afinidade, independência, desafio da estrutura familiar e social, conflitos existenciais e psicossociais. Os hábitos adquiridos neste período podem ser de imprescindível importância na vida futura do adolescente, podendo impedir ou permitir o pleno aproveitamento do seu potencial (PERES; ROSEMBURG, 1998; BRASIL, 2008; CORDEIRO et al., 2008).

Além da mudança na estrutura física, conforme já mencionado, o adolescente forma o seu pensamento e a sua maneira de perceber o mundo e, movido pela curiosidade, pode se expor a determinadas situações, como por exemplo: gravidez na adolescência, drogadição e violência.

A violência é hoje uma das grandes preocupações da sociedade brasileira e tem motivado muitas ações governamentais e não governamentais para o seu enfrentamento e os dados sobre o problema tem sido objeto de muitas pesquisas (BYDLOWSKI; WESTPHAL, 2010).

Nesse sentido, em 1998, o IPPUC, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria Municipal da Criança e, também da Sociedade Paranaense de Pediatria, através do projeto SIPAV (Sistema Integrado para a Prevenção de Acidentes e Violências), evidenciaram um número significativo de Crianças, Adolescentes e Jovens que sofreram agressões físicas, no período de 1993 a 1999, no qual, destacaram-se as lacerações, hematomas, fraturas, traumatismos cranianos e violência sexual, entre outros agravos físicos e emocionais (CURITIBA, 2008).

Apesar da magnitude do problema, as instituições estimaram que, a cada 20 situações de violência na infância e na adolescência, apenas uma era registrada, e que 54% dessas injúrias aconteciam em crianças menores de nove anos, tendo os pais como os autores da violência (CURITIBA, 2002).

No ano de 2000 foi implantado a Rede de Proteção de Curitiba-PR, com um projeto piloto na Regional Administrativa do Portão (SME, SMS e SMCr) e,

posteriormente, houve a incorporação gradativa de todas as Regionais na Rede de Proteção, por meio de capacitações para os profissionais da SMS, SME, SMCr, FAS, FCC, SMEL, SMU, SMAR e Gestores da Administração Regional. Assim, no ano de 2003, ocorreu a oficialização da Rede de Proteção pela Gestão Municipal (CURITIBA, 2008).

É importante destacar que no ano de 2005, a Rede de Proteção foi incluída no plano do Governo Municipal, resultando na implantação da nona Regional Administrativa (CIC) com a reorganização de algumas Coordenações Regionais e Redes Locais e, assim, no ano de 2007 ocorreu o fortalecimento do sistema de notificação obrigatório e a implantação formal de um sistema de monitoramento e acompanhamento das crianças, dos adolescentes notificados em especial aos casos de reincidências (CURITIBA, 2008).

Cabe salientar que os atuais dados apresentados pela Rede de Proteção à criança e ao adolescente em situação de risco à violência, demonstraram que mais de 50% dos adolescentes vitimados estavam frequentando a escola quando ocorreu a violência, sendo seus agressores os próprios pais, ou seja, aqueles adultos que deveriam proteger a criança e/ou adolescente (MAFRA, 2014).

Os dados permitem refletir que a vulnerabilidade deste grupo também tem relação com a violência doméstica promovida pelos responsáveis por suas vidas (MAFRA, 2014). Assim, percebe-se a importância que há no conhecimento mais aprofundado sobre os casos que ocorrem na população sob a responsabilidade da equipe, assim como dos moradores da área de abrangência do território da Unidade de Saúde, para que com este seja possível incrementar ações previstas nas políticas públicas no sentido de promover a saúde integral deste segmento populacional, pois em uma ação efetiva há que se intervir também na dinâmica desta família (FRANZIN, FRANZIN; MOYSÉS, 2012).

Nesse sentido, faz-se necessário que durante esse período de desenvolvimento físico-emocional, haja uma maior observância das demandas e necessidades existentes para a promoção de saúde num enfoque ampliado, visando conduzi-los para a fase adulta com integridade, promovendo a saúde e evitando agravos, muitas vezes, irreversíveis (GOMES; HORTA, 2010).

Embora aconteça a universalização da adolescência, é válido entender que esta depende de uma inserção histórica e cultural, que irá determinar as

variadas formas de viver a adolescência, segundo gênero, geração e grupo social, e todos esses aspectos tornam bastante complexas a apreensão e a resposta ao conjunto das necessidades de saúde de adolescentes e jovens. Para Egry, Oliveira e Fonseca (2013) e Gesnner (2013), a consideração ativa desses aspectos é fundamental, para um adequado cuidado da saúde desse grupo, capaz de efetivamente acolhê-los como sujeitos plenos, com suas necessidades e demandas específicas, favorecendo um trabalho integrado entre promoção, prevenção e recuperação/reabilitação (AYRES, 1995).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ADOLESCENTE

Sabendo que política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou por delegação, e que estas influenciam a vida dos cidadãos e, ainda, que repercutem na economia e na sociedade, daí porque qualquer teoria da política pública precisa também explicar as inter-relações entre Estado, política, economia e sociedade, se faz necessário compreendermos as mudanças que vem ocorrendo na estrutura familiar (HOCHMAN, ARRETCHE; MARQUES, 2007).

As políticas públicas para a população adolescente têm seu início com o Primeiro Código de menores em 1927, que regulamentava o trabalho do menor. Na década de 30, introduziu-se o ensino público gratuito e nessa mesma época foi criada a Assistência ao Menor (SAM) do Ministério da Justiça, que objetivava as ações correcionais e repressivas. Já em 1940 houve a proposta política de proteção à infância com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNC), a partir do Decreto-Lei n. º 2.024, de 17 de fevereiro do citado ano. Na década de 1960, foram estabelecidas as diretrizes e bases de uma Política Nacional de Bem-Estar do Menor - criando a Fundação Nacional de Bem do Menor (FUNABEM) que tinha objetivos correcionais e educacionais. (CORRÊA; FERRIANI, 2005).

Na perspectiva histórica tem-se que a primeira lei que teve o olhar para as crianças e os adolescentes, foi a Lei nº 6.697, de 10 de outubro de 1979, a qual instituiu o código de menores com referência à assistência, proteção e vigilância a menores (MAFRA, 2014).

Já no que diz respeito às perspectivas das políticas públicas de saúde, pode-se dizer que essas políticas são, desde as primeiras reflexões, destinadas aos adolescentes e jovens, sendo importante destacar como marco a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, que estabelecem a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A partir daí tem-se a implementação de ações programáticas destinadas a esse público, como o Programa Saúde do Adolescente – (PROSAD) (1990), que tinha como objetivo oferecer subsídios para a assistência à saúde integral deste segmento populacional, porém mostrou-se fragmentado e com ações desarticuladas, com falta de prioridade, legitimidade política e participação dos adolescentes (CORRÊA; FERRIANI, 2005; TEIXEIRA, SILVA; TEIXEIRA, 2013).

Com a Constituição de 1988, enfatizou-se o caráter discriminatório do atendimento às crianças e adolescentes, sendo criado, através da lei 8.069 de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). É importante salientar que o ECA constituiu em favor das crianças e dos adolescentes determinados direitos humanos relativos à saúde, à educação, à cultura, ao lazer, ao trabalho e previdência, à assistência social e às liberdades fundamentais, reconhecendo em favor desse segmento da população, os direitos humanos (civis, políticos, econômicos e sociais) inerentes à pessoa humana, pela Constituição Federal. Os direitos da criança e do adolescente atualmente no Brasil tem sentido de maior compromisso com a visão dos Direitos Humanos (NETO, 2007; BRASIL, 2010b).

Ressalta-se que antes de 1990 não existiam ações específicas para os jovens, sendo que esses eram incorporados nas políticas gerais e, somente ao final do respectivo ano, é que surgem iniciativas que apontam para as mudanças a partir de mobilizações de instituições da sociedade civil e nas instâncias federal, estadual e municipal do poder executivo (SPÓSITO; CORROCHANO, 2003; EDUARDO; EGRY, 2010).

O Estatuto substituiu o antigo código de menores, Lei nº 6.697/79, cuja incidência era voltada precipuamente ao *menor em situação irregular*. Crianças e adolescentes eram vistos como objetos da tutela à luz daquele regramento (BARROS, 2014).

O ECA traz no título a mudança principal, a expressão para designar esse grupo, que passa de *menor* (expressão comumente relacionada a algo

pejorativo), para *criança e adolescente,* o que parece revelar uma orientação diferente de que esses indivíduos são dotados não só de deveres mas, sobretudo, dos direitos (EDUARDO, 2006). Já o Código de Menores tratava crianças e adolescentes como objeto de proteção (BARROS, 2014).

O estatuto estabelece no art. 2º uma importante divisão conceitual com implicações práticas relevantes, considerando criança a pessoa com até doze anos incompletos e adolescente aquele estabelecido na faixa etária entre os doze anos completos e os dezoito anos incompletos (BARROS, 2014), sendo diferente da definição da OMS que, segundo já mencionado neste estudo, entende a adolescência como a fase que vai dos onze aos dezenove anos de idade.

O ECA trouxe uma nova concepção de direitos sociais, dentre eles a saúde, o qual teve como objetivo transformar crianças e adolescentes em sujeitos de direito, com prioridade absoluta.

O acesso da criança e do adolescente à Justiça também é reformulado a partir do Estatuto, criando-se a Justiça da Infância e da Juventude no âmbito dos Poderes Judiciários Estaduais, além de mecanismos e procedimentos próprios de proteção judicial e extrajudicial dos interesses individuais, difusos e coletivos das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2010). No âmbito jurídico, não há definição internacional sobre o que é ser adolescente (WESTPHAL; BYDLOWSKI, 2010).

Souza (2009) diz que com essas mudanças, procurou proteger a criança e o adolescente de forma legislativa, por contar com pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, criando uma justiça especializada. Os programas do ministério público, segurança pública, judiciário, conselhos tutelares, entre outros, ficam incumbidos de promover a inclusão das crianças e adolescentes que têm seus direitos ameaçados e violados, nos programas e serviços das políticas públicas sociais (educação, saúde, assistência social, previdência, trabalho) (SOUZA, 2009).

A Lei tem o objetivo de tutelar a criança e o adolescente de forma ampliada, não se limitando apenas a tratar de medidas repressivas contra seus atos infracionais. Pelo contrário, o Estatuto dispõe sobre os direitos infanto-juvenis, formas de auxiliar sua família, tipificação de crimes praticados contra

crianças e adolescentes, infrações administrativas, tutela coletiva etc. (BARROS, 2014).

É importante salientar que o ECA regulamentou o art. 277 da Constituição Federal, que atribui à criança e ao adolescente prioridade absoluta no atendimento aos seus direitos como cidadãos. A aprovação dessa lei representa um esforço coletivo dos mais diversos setores da sociedade organizada e revela um projeto marcado pela igualdade de direitos e de condições que devem ser construídas para assegurar acesso a esses direitos (BRASIL, 2010b).

No Brasil, durante o período de 1999 a 2002, houve o aumento significativo das políticas públicas voltadas à temática dos adolescentes e jovens no âmbito do Governo Federal, se comparado a períodos anteriores. Brito (2005) assinala que as políticas públicas de juventude começam a ganhar espaço público à medida que surgem projetos e programas que buscam enfrentar os dois grandes problemas relacionados a essa classe populacional: a violência e o desemprego.

A partir de 2003, tem-se instalado um campo de discussão de políticas públicas para os jovens, ao lado da instituição da Secretaria Nacional de Juventude e do Conselho Nacional de Juventude, que podem não refletir necessariamente em mudanças significativas no interior de uma agenda pública que tem a juventude e seus direitos com o tema (SPÓSITO; CORROCHANO, 2005). Essa situação remete a uma avaliação da necessidade de uma política pública especifica para essa população quando se encontra inserida em outra política setorial como as de saúde, educação e trabalho, dentre outras, destinadas aos jovens e adolescentes, fazendo com que esses sujeitos tenham a sua esfera de cidadania ampliada.

Outros programas do Ministério da Saúde lançados em1989, trouxeram o foco tradicional dos riscos e ameaças que repercutem na saúde pelo fato de os indivíduos serem adolescentes e jovens, como se fossem esses momentos diferentes dos demais momentos da vida: as doenças sexualmente transmissíveis/ vírus imunodeficiência adquirida (DST/HIV), a gravidez, as drogas, entre outros, estruturados nos tradicionais “pacotes de saúde” ofertados à população de forma geral (BRASIL, 2006). Outros documentos oficiais trazem orientações para os profissionais da saúde com vistas à educação permanente

em saúde, objetivando qualificar os profissionais para o trabalho com os adolescentes e jovens (BRASIL, 2007).

O reconhecimento dos jovens por parte das políticas públicas decorre do entendimento de que a juventude é uma etapa do ciclo da vida – para além de uma mera fase de transição ou formação – que carrega sentido em si mesmo. Marcada pela superação da condição anterior de dependência e proteção exigida pela infância e adolescência, é na juventude que o indivíduo processa de maneira mais intensa a conformação de sua trajetória, valores, e a busca de sua plena inserção na vida social.

O processo de saúde-adoecimento o qual é determinado pelos processos econômicos e sociais, estes últimos definidores dos modos de vida da população e que estão na gênese, no desenvolvimento e na perpetuação dos problemas de saúde, permitem refletir sobre a impossibilidade do setor sanitário de responder sozinho para a transformação da realidade e, ao mesmo tempo, exigindo do setor saúde estabelecer estratégias que favoreçam a integração com outras ações advindas de políticas setoriais e tecnologias para a defesa da vida, e assim, para a garantia de condições de vida saudáveis para a população (BRASIL, 2010a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), diz que os conjuntos de estratégias para a prevenção de agravos, promoção da saúde e ações curativas e de reabilitação, façam parte das organizações dos serviços e da execução das práticas de saúde, passando por um processo de produção da saúde, seja ela individual ou coletiva.

Nesse sentido, é válido salientar que essas ações visam a privilegiar os adolescentes e jovens nas ações de saúde, por serem uma população pouco frequente nos serviços de saúde, além do principal fato, centrado nos riscos dessa fase da vida.

Também com a mesma contradição, frequente nas políticas de forma em geral, no que se refere ao protagonismo juvenil, tem-se uma proposta do Ministério, lançada em 2000, de formar adolescentes promotores da saúde, sendo multiplicadores de ações como promoção da saúde, mas que estão centradas na prevenção dos agravos prevalentes nessa população (BRASIL, 2000).

Desse modo, os adolescentes e jovens permanecem à margem da atenção à saúde com propostas de ações simplistas e reducionistas. Horta, Lage e Sena (2009) afirmam que, apesar das considerações teóricas sobre a importância do jovem como coparticipe na construção de políticas públicas no setor saúde, sendo que, ele ainda é objeto dessas políticas por uma ótica de riscos, ou seja, os programas têm baixa capacidade de induzir mudanças e ações programáticas que não são voltadas para um delineamento de uma política voltada para a saúde dos jovens.

Portanto, é possível afirmar que mesmo presentes na sociedade, a discussão sobre a juventude, as políticas públicas de forma geral e de saúde, necessitam avançar para um diálogo mais amplo, capaz de ver efetivamente os jovens e os adolescentes nos espaços sociais de sua vida, atender a suas demandas e necessidades para além de um foco de problemas e riscos, compreendidos como sujeitos, ou seja, são necessárias práticas que promovam a produção de saúde dos adolescentes e jovens; foco nas necessidades; processos de intervenções Inter setoriais e interdisciplinares; diversificação das práticas sanitárias; mudança na gestão e nos trabalhos entre as equipes de saúde para a construção complementar e intercambio desses dois campos da atenção à saúde (SANTOS, 2013).

3.3 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do desenvolvimento. Para compreender o processo saúde-doença do indivíduo é preciso ir para além dos dados que o caracterizam pessoalmente. Em sentido abrangente à saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse de terra e acesso a serviços de saúde. Mas para conhecer o indivíduo é preciso compreender a sua história e a relevância desses fatos históricos na vida do sujeito. O processo saúde-doença é antes de tudo resultado das formas de organização social da produção, as quais geraram grandes desigualdades nos níveis de vida (BETTIOL, 2006; CHAVES, 2010).

A forma de viver dos diferentes grupos, segundo Chaves (2010), é determinante do seu processo saúde-doença. Para compreendê-los é preciso

considerar os processos de produção e consumo da sociedade, uma vez que estes determinam a forma de viver dos diferentes grupos no seu tempo histórico, tais fatores definem os potenciais de desgaste e fortalecimento no processo saúde-doença, em determinada sociedade, em um determinado tempo histórico. Para Breilh (2009) a saúde do ser humano não é apenas um problema de pessoas enfermas, debilitadas, que necessitam de atendimento, é antes de tudo uma questão de se conhecer os processos que promovem saúde e os processos causadores de desgastes que levam ao adoecimento. Conforme afirma Laurell:

> Toda política de salud descansa sobre una concepción, implícita o explícita, de cómo se produce el proceso salud-enfermedad. Un proyecto de salud alternativo democrático-popular tiene que basarse en una concepción que da cuenta de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. […] si los problemas de salud son una expresión específica de las condiciones de trabajo y vida de los distintos grupos sociales, su solución no puede separarse de la transformación y el creciente control democrático sobre estas condiciones. (LAURELL, 1993, p. 36).

Para exercer intervenções efetivas em saúde é necessário – mais do que enfocar nos problemas específicos como resultado expresso em agravos – observar os processos que geram e provocam as condições de adoecimento. Para Breilh (2009) é imprescindível a visão integral da saúde e as condições que lhe afetam, é preciso ter uma visão menos fragmentada da saúde que vê somente as partes, é fundamental reconhecer os processos diversos que definem a vida e a saúde. Há uma relação entre saúde, ambiente e a sociedade e, desta forma, os problemas de saúde não são reduzidos à enfermidade e à prevenção como fenômenos individuais, pois, os processos de adoecimento não atingem somente uma pessoa e sim um grupo, uma comunidade. Ainda que apresente uma relativa autonomia, os fenômenos individuais mantêm elementos que estão sujeitos à determinação coletiva (BREILH, 2009).

Ao se considerar as três dimensões do processo saúde doença (singular, particular e estrutural) e levando-se em conta que existe mútua relação dos processos, seria um erro tomar o fator mais grave ou de maior peso e considerá-lo separadamente, isso ocorre quando a realidade é tomada a partir de explicações concretas por meio de fatores que a determinam. No momento de pensar as intervenções em saúde, o que se deve buscar é que os esforços incidam sobre as três dimensões para que a mudança seja eficiente ou, em

outras palavras, é importante compreender o indivíduo na sua totalidade, mas há de se considerar a transformação da sua realidade (BREILH, 2009; CHAVES, 2010).

3.4 VULNERABILIDADE

O termo vulnerabilidade teve sua origem na área dos Direitos Humanos, designando “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” produzido pela sociedade organizada estrutural e historicamente (AYRES, 2007, pg. 188)

Segundo Santos (2012b), a vulnerabilidade pode ser compreendida como um conjunto de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco a que estamos expostos em todas as situações de nossas vidas, mas também como a forma de avaliar as chances que cada pessoa tem de adoecer. Barra et al. (2010), conceituam o termo vulnerabilidade como caracterização de uma pessoa ou grupo populacional que passa a ser mais ou menos vulnerável, a partir de um conjunto de processos políticos, econômicos, culturais e psicológicos, além dos propriamente biomédicos, como genéticos, fatores de risco ligados à história familiar, raça, etc., que possibilitam a maior ou menor suscetibilidade de ocorrência de diferentes enfermidades.

Ao discutir o conceito de vulnerabilidade Ayres (2003, 2007) aponta que o processo de vulnerabilidade envolve aspectos individuais na sua totalidade, ou seja, toda pessoa pode vivenciar o processo de adoecimento ou se proteger dele, dependendo dos aspectos psicossociais desse indivíduo, do grau e da qualidade de informações recebidas, bem como a capacidade de incorporação dessas práticas no seu cotidiano, ou seja, o conceito de vulnerabilidade para o autor está relacionado a aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos que possam resultar em suscetibilidades ao adoecimento, ou agravos à saúde. Estes aspectos não estão relacionados somente ao individual, mas também à aspectos coletivos e contextuais que envolvem questões sociais, políticas, culturais e econômicas (AYRES, 2008). O autor considera que para definir a vulnerabilidade, ao aproximar estes aspectos, há que se integrar três eixos estabelecidos: social, individual e programático, os quais revisam entre si as relações entre as situações sociais, programáticas com interferências nas condições de vida e saúde dos indivíduos (AYRES, 2003).

Portanto, para Ayres (2003) a *vulnerabilidade individual* é entendida como cognitiva, referindo-se à qualidade e a quantidade que o indivíduo tem de receber informações, assim como de elaborá-las, incorporá-las e aplicá-las na

prática de seu interesse. A *vulnerabilidade social* refere-se ao acesso à informação que o indivíduo recebe, interpretando seu significado, bem como à capacidade de colocá-la em prática, somadas aos aspectos materiais, culturais, políticos e morais da vida em sociedade. A *vulnerabilidade programática* é entendida como a análise da capacidade de resposta de programas e serviços e instituições quanto ao compromisso de disponibilizar recursos, às condições socialmente dadas de vulnerabilidade, monitorar ações de prevenção, fortalecendo indivíduos.

A definição de vulnerabilidade, na América Latina, é recente e remete à ideia de fragilidade e de dependência dos adolescentes, principalmente os de menor nível socioeconômico, com o objetivo de ampliar a análise dos problemas sociais, como renda ou a posse de bens materiais da população em geral, vinculada às concepções do Estado de Bem-Estar Social (FONSECA et al., 2013).

Segundo Ressel (2009), a vulnerabilidade na adolescência decorre da multiplicidade de fenômenos que ocorrem nesse período da vida, e a partir dessa fase, o adolescente passa a ter maior conhecimento de si mesmo e por isso pode estar mais sensível e suscetível às situações de seu cotidiano. Somando-se a esses as questões relacionadas ao contexto cultural, social e econômico.

A adolescência refere-se a um período de maturidade do indivíduo podendo sofrer influências tanto sociais, quanto culturais e ambientais de vulnerabilidades a sua saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens tem como proposta programar e desenvolver ações que atendam de modo integral as demandas referentes às distintas vulnerabilidades à saúde dos adolescentes em nosso país (RAPOSO, 2009). No entanto, o direito de ser adolescente vem sendo desrespeitado por vulnerabilidades e desigualdades que marcam o cotidiano deste grupo populacional. Ao olhar para este grupo e comparar com os demais segmentos etários, observa-se que eles sofrem mais fortemente o impacto de vulnerabilidades, como a pobreza, a violência, a exploração sexual, a baixa escolaridade, a exploração do trabalho, a gravidez, as DST/AIDS, o abuso de drogas e a privação da convivência familiar e comunitária (UNICEF, 2011).

O desenvolvimento de ações públicas para a população jovem é garantido na Constituição Federal, no artigo 224, o qual prevê que "A política de

atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios". Assegurando essas ações em relação às prioridades, é o conhecimento e reconhecimento da demanda de crianças e adolescentes com relação aos processos que promovam e protejam seu desenvolvimento a serem desenvolvidos por diferentes setores, como saúde, educação e lazer, dentre outros (BRASIL, 2010b).

Na saúde coletiva o termo passou a ser utilizado para além da compreensão de um aspecto relacionado à dimensão biológica do indivíduo, permitindo que o processo de trabalho em saúde reflita sobre os perfis epidemiológicos ao incorporar dados para análise da determinação de algumas doenças e buscar aspectos presentes no viver humano, com vistas ao desenvolvimento de uma vida saudável (BERTOLOZZI et al., 2009; BARRA et al., 2010).

A vulnerabilidade é um indicador para o potencial de adoecimento, influenciando questões biológicas, sociais e culturais, que podem ou não aumentar as chances de contrair doenças, inclusive infecciosas, de forma que intervenções para promoção e prevenção possam ser realizadas a todo e qualquer indivíduo que vive sob esses fatores. Já sobre risco, nada mais é que o uso de dados matemáticos, de probabilidade de adoecimento do indivíduo, conforme características específicas da dimensão de vida e torna-se uma opção como processo dinâmico de viver humano. Parte-se do pressuposto que, para evitar o risco é preciso reconhecê-lo, aceitá-lo e, quando possível, evitá-lo (BERTOLOZZI et al., 2009; BARRA et al., 2010; SANTOS et al., 2012b; FERREIRA et al., 2012).

O Ministério da Saúde preconiza que nas práticas sanitárias as avaliações sejam realizadas, em especial nas Unidades de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), de forma que famílias moradoras da mesma área de abrangência possam ter atendimentos priorizados, conforme a probabilidade de adoecimento da população, procurando atender as de maior necessidade e vulnerabilidade, sendo, esta avaliação, realizada por equipe inter e multidisciplinar, dos quais, os dados encontrados, poderão auxiliar no planejamento e direcionamento de políticas públicas (NAKATA et al., 2013).

Condições de vida não controladas pelas pessoas podem torná-las vulneráveis. Pode se exemplificá-las com a falta ou precarização de moradia; falta de acesso à alimentos e estudo; violência; desemprego; desigualdades sociais; relações de gênero; políticas públicas desfavoráveis e abandono social, nas diferentes fases do ciclo vital. Processos que refletem diretamente no processo saúde-doença expressos pelo indivíduo ou coletividades. A equipe de saúde pode renovar suas práticas a partir do momento que reconhecem estas condições, procurando tratar os usuários com justiça e autonomia, por meio da percepção do sujeito na sua integralidade nas ações de saúde que executam (BARRA et al., 2010).

Os adolescentes, em especial, representam um grupo com vulnerabilidades que precisam ser de alguma maneira compreendida para serem trabalhadas nas ações realizadas pela equipe de saúde, por tratarem de questões econômicas, de gênero, culturais, sociais e religiosas, como por exemplo: falta de acesso às condições de vida adequadas, relação sexual precoce, uso de drogas e exposição à violência. Ao perceber e enfrentar tais questões, o profissional pode compreender o adolescente na sua realidade e a partir desta compreensão planejar a intervenção no sentido de transformar aquela realidade junto com outros setores (REIS et al., 2013).

3.4.1 Violência

A violência em si consiste em um problema social, não específico da área da saúde. Afeta os indivíduos não só pelas mortes, lesões e traumas que causa, mas também pelo impacto que gera nas condições de vida e saúde de indivíduos e coletividades (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013).

Nesse sentido, em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde e seis anos antes, em 1996, na 49ª Assembleia Mundial da Saúde, declarou a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública, estabelecendo como prioridade as definições de ações visando sobre a magnitude do problema e suas causas e, assim como o delineamento de ações visando à prevenção da violência em suas diversas formas (KRUG et al.,2002; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Não são poucas as tentativas de definir a Violência sem que haja, até o momento, um conceito único que expresse toda a complexidade do fenômeno (PERES et al.,2010). A identificação de um ato como violência varia no tempo, assim como varia entre diferentes culturas (WIEVIORKA, 1997). Há ainda uma variabilidade individual, que passa pelas diferentes maneiras de perceber e significar as coisas no mundo, ou seja, o que é para um percebido como violência, pode não ser para outro (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Neste sentido, em 2002, através da publicação do Relatório de Violência e Saúde, a OMS definiu a violência como “o uso intencional da força física ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação” (KRUG et al*.,* 2002).

Esta definição, que vem sendo amplamente utilizada em estudos no campo da saúde, é bastante ampla, englobando não apenas atos concretos de uso da força, mas também as situações de ameaça e uso de diferenciais de poder que resulte em dano, o qual, do mesmo modo, extrapola os limites da lesão física ou da morte, envolvendo situações mais abrangentes, como o dano psicológico e a privação de desenvolvimento (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

De acordo com as autoras Westphal e Bydlowski (2010), a violência é um fenômeno sócio histórico, complexo e de natureza diversificada, que vem ocorrendo em todas as sociedades. Para elas está intrinsecamente ligado às desigualdades sociais e culturais e ainda, sendo determinado por aspectos relacionais e comportamentais. Para Albuquerque (2014) a violência está presente desde o início da história da humanidade, mas nem por isso deve ser vista como natural ou inevitável.

Neste sentido, a violência contra o adolescente é um fenômeno atual que tem uma significativa representação problemática para o campo da saúde, principalmente devido aos altos índices de morbimortalidade a que está associada, adquirindo maior expressão em países emergentes, como o Brasil, onde se destacam a desigualdade social e a insuficiência de políticas públicas (SOUZA; SANTANA, 2009; GESSNER; FONSECA; OLIVEIRA, 2014).

No mesmo contexto, a literatura sinaliza que a experiência do adolescente com situações de violência proporciona mudanças de atitudes, com

perspectivas de o indivíduo desenvolver um comportamento violento (BROOK; BROOK, WHITEMAN, 2007; MOREIRA et al*.,* 2013).

Assim como existem diferentes modos de definir a violência, existem diferentes maneiras de classificar os diferentes tipos de violência e nesse sentido, com vistas a viabilizar a comparação internacional e a operacionalização do conceito violência em categorias, a OMS propôs também no relatório Mundial (KRUG et al.,2002), uma tipologia que classifica as violências segundo a natureza do ato violento e as características do agressor.

Em relação à natureza do ato pode ser classificada como violência física, sexual, psicológica ou que envolve privação e negligência. No que tange às características do agressor, as violências são classificadas em autoinfligida, interpessoais e coletivas. Cada um desses tipos prevê subtipos, como pode ser visto na figura 1 (página 50) (KRUG et al*.,* 2002; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014). Não esquecendo o "*bullying"*, que atinge perversamente os escolares, incidindo negativamente na autoestima e na função protetora da escola (BRASIL, 2010a).

Essa tipologia, ao delimitar a natureza e os tipos de ações violentas, traz aspectos importantes para o planejamento de programas preventivos, os quais precisam considerar a singularidade do tipo de violência a ser combatida, com suas dinâmicas próprias e fatores de risco específicos (WESTPHAL; BYDLOWSKI, 2010).

Segundo Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, é apontado que a violência se caracteriza como um fenômeno previsível e passível de prevenção, cujo enfrentamento perpassa o investimento adequado, a compreensão do contexto no qual ocorre, bem como as relações estabelecidas entre este e os diferentes tipos de violência, pelo combate ao processo de naturalização e banalização dessa violência na vida cotidiana e pela elaboração e implantação de políticas públicas efetivas (GONTIJO et al., 2010).

A violência contra o adolescente ganhou visibilidade por meio de estatutos, leis e políticas públicas, bem como da constituição de Conselhos tutelares, mas apesar dos diversos documentos e instituições voltadas para a assistência ao adolescente, identifica-se a falta de articulação na busca de formação de redes de apoio. Assim, na prevenção da violência urgem a reflexão e a mobilização da sociedade e dos profissionais envolvidos na assistência ao

adolescente vitimado pelas violências (CARVALHO et al., 2008; MOREIRA et al., 2013).

No campo da saúde pública, o impacto que a violência tem provocado no quadro atual de morbimortalidade da população, aliado ao reconhecimento contemporâneo do valor da vida e dos direitos de cidadania, vem impulsionando um trabalho mais diretamente dedicado ao estudo de suas causas e à tarefa de desenvolver estratégias preventivas, para além de sua função tradicional de atendimento a agravos (MINAYO, 1994,1999; PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

Para isso, é importante destacar que os diferentes tipos de violência representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira causa de morte na faixa etária de um a 39 anos de idade. A maioria das vítimas são adolescentes e jovens, principalmente do sexo masculino, da raça negra ebaixo nível tanto de escolaridade quanto socioeconômico. Essa mortalidade precoce tem causado grande impacto na saúde da população e diminuído a qualidade e expectativa de vida de adolescentes e jovens (WESTPHAL; BYDLOWSKI, 2010).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, a cada ano, mais de um milhão de mortes são ocasionadas por violência interpessoal, coletiva ou autoviolência, sobretudo na população entre 15 e 44 anos. Diante disso, a OMS reconhece a violência como um dos principais problemas mundiais no que tange à área da saúde, pelo seu potencial de resultar em lesões, mortes, danos psicológicos e deficiência de desenvolvimento (WHO, 2002; GESSNER; FONSECA; OLIVEIRA, 2014).

Segundo um estudo que teve como objetivo geral analisar o fenômeno da violência contra adolescentes à luz das categorias gênero e geração, alguns dados foram destacados para a elevada incidência e para o impacto da violência, sobretudo a doméstica, contra crianças e adolescentes em diferentes partes do mundo. O estudo trouxe dados de algumas pesquisas realizadas nos Estados Unidos, Chile, Egito, Índia e Filipinas, as quais evidenciaram que a agressão física para fins educativos não se restringe apenas em alguns locais do mundo, sendo encontrada em todos os países investigados. Já em relação as punições mais severas, como bater com objetos, foram registrados com maior incidência na Índia, no Egito e nas Filipinas, com 35%, 26% e 21%, respectivamente e, em contrapartida, no Chile e nos Estados Unidos esse índice foi de apenas 4%.

Ainda, com relação as agressões físicas moderadas, como bater com as mãos, apresentou-se uma incidência de 75% nas Filipinas, 58% na Índia, 51% no Chile, 47% nos Estados Unidos e 29% no Egito (GESSNER; FONSECA; OLIVEIRA, 2014).

Para a preocupação de todos, a violência se desloca para o interior, estagnando nas grandes metrópoles em uma nova dinâmica territorial que aumenta a violência nos municípios interioranos. Esse novo arranjo evidencia a necessidade de políticas de Estado tripartites e intersetoriais, que atuem fortemente nos determinantes da situação de violência que assola a sociedade e que impacta sobremaneira na saúde dos adolescentes e dos jovens (BRASIL, 2010a).

Nessa perspectiva, é importante destacar que o Conselho Nacional da Criança e do Adolescente (CONANDA) apontou que, anualmente, 6,5 milhões de crianças e adolescentes sofrem algum tipo de violência doméstica e que 18 mil são espancados diariamente e 300 mil são vítimas de incesto (BRASIL, 2009b).

Para isso, os profissionais devem ser conhecedores de situações que se associem a violência, como desagregação familiar, uso indevido de tempo, desintegração de valores tradicionais, influências de amizades e marginalização social, pois esses fatores colaboram para que o adolescente reconstrua sua identidade nos novos espaços sociais, servindo como ferramenta preventiva (AISENBERG, 2005; WAISELFISZ, 2014; CARVALHO et al., 2008; MOREIRA et al*.,* 2013).

Deste modo, as condições de saúde tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente à crescente incidência de mortes por causas externas – (compreendem lesões decorrentes de acidentes, como por exemplo os relacionados ao trânsito, afogamento, envenenamento, quedas ou queimaduras) e de violências – (agressões/homicídios, suicídios, tentativas de suicídio, abusos físicos, sexuais e psicológicos) – que atualmente no Brasil, representam a terceira causa mais frequente de morte e que passam a ocupar a primeira posição quando se restringe a análise de grupo de pessoas de um a 39 anos, principalmente na população adolescente que apresenta proporções mais significativas do que no restante da população (BRASIL, 2011).

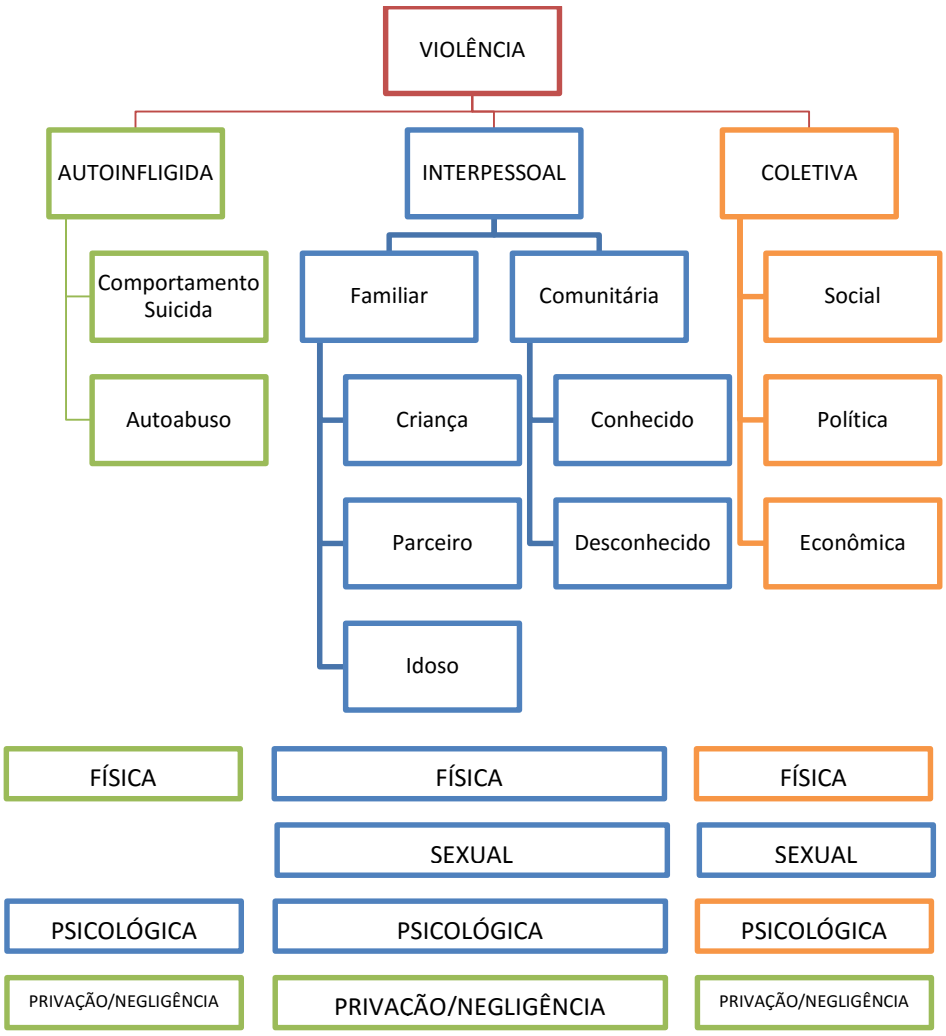
Os jovens compõem um continente vitimado pelas distintas formas de violência presentes na sociedade brasileira, ou seja, enfrentam desigualdades de ingresso e permanência no mercado de trabalho, assim como o impedimento ao acesso de bens culturais, não assegurando o direito a uma educação de qualidade, como também não recebem tratamento adequado no tocante às políticas públicas de saúde e lazer (WESTPHAL; BYDLOWSKI, 2010).

E é nesse sentido que as autoras acima referidas pontuam que esses mesmos jovens, residentes em regiões de vulnerabilidade social, são imersos em um processo de globalização excludente, ou seja, são compelidos a consumir o que a sociedade produz, sendo que a maior parte deles não possui condições materiais para fazê-las e, desse modo, aqueles que estão excluídos acabam vendo uma parte das pessoas da sua idade usufruindo e ostentando o consumo de objetos de luxo, tais como roupas e calçados de marca, e ainda, se preparando com aulas, atividades culturais e esportivas das mais diversas formas. Nesta perspectiva de globalização excludente o tráfico de drogas e o crime organizado têm no adolescente e jovem – especialmente os que vivem nas periferias de grandes centros urbanos – a sua melhor e mais frágil presa para o alinhamento às atividades do tráfico de drogas ilícitas, pois é por meio dessa que o desejo do consumo se concretizará (WESTPHAL; BYDLOWSKI, 2010).

Portanto, é fundamental que os direitos sejam reconhecidos e alicerçados em uma perspectiva ampla de garantia de uma vida social plena. Westphal e Bydlowski (2010) pontuam ainda que esses direitos devem ser reconhecidos através de uma promoção da autonomia e do desenvolvimento integral dos adolescentes e que, com um mundo globalizado, no qual se tem rápidas mudanças tecnológicas, dever-se-ia ter condições, oportunidades e responsabilidades específicas para a construção de uma sociedade melhor para os adolescentes.

Neste sentido, é fundamental o reconhecimento de que as políticas sociais voltadas para os adolescentes sejam complementares, ou seja, é obrigação do Estado implementar políticas que considerem as diferenças e as vulnerabilidades dos sujeitos de direito, nos diversos contextos sociais, visando à redução das desigualdades, em outras palavras, cuidar dos adolescentes e jovens com investimento público eficaz, o qual é fundamental para uma sociedade justa e próspera (WESTPHAL; BYDLOWSKI, 2010).

FIGURA 1 - Tipos de Violência



FONTE: Adaptada de PAIM; ALMEIDA-FILHO (2014, p 439).

3.4.2 Gravidez na Adolescência

A gravidez na adolescência deve ser considerada não apenas como simples adaptação às transformações corporais, mas como importante período no ciclo existencial da pessoa, da qual se exige uma tomada de posição social, familiar, sexual e perante os membros do grupo a que pertence (BARETTA et al., 2011).

Nesse período, ocorre a transição da infância para a fase adulta, além de rápidas transformações, tanto físicas e fisiológicas, como também o crescimento acelerado. Na mulher se observa o alargamento dos quadris e a maior deposição de gordura, aparecimento dos pelos pubianos e axilares, desenvolvimento mamário, menarca e início dos ciclos ovulatórios, com consequente capacidade reprodutiva (BARETTA et al., 2011).

A vida sexual dos adolescentes é uma realidade inegável, o que torna imprescindível sua conscientização e orientação, com a finalidade de serem evitadas algumas situações indesejadas e, nesse sentido, a falta de informações sobre métodos anticoncepcionais, associada ao início precoce da vida sexual, decorrente de escolhas, hábitos ou descuidos, pode acarretar nessas consequências, resultando no aparecimento de alguma doença sexualmente transmissível (DST) ou uma gestação precoce (DANIELI, 2010; BARETTA et al., 2011).

Por outro lado, dados apontam que adolescentes e jovens masculinos não têm sido atendidos em suas necessidades de saúde relacionadas à sexualidade e à reprodução. Com efeito, os serviços de saúde encontram dificuldades em atender esse público, o que é constatado em estudos, pesquisas e ações envolvendo profissionais de saúde (BRASIL, 2006; BARETTA et al., 2011; SANTOS, 2013; MAFRA, 2014).

Deste modo, a gestação na adolescência é uma realidade na sociedade atual, sendo desejada ou não, e que, nos últimos anos, seu número tem sido significativo, o que pode resultar em muitas complicações, tanto de cunho físico como emocional, as quais recairão não somente nas adolescentes, mas também em toda a sociedade (DANIELI, 2010; BARETTA et al., 2011; FARIAS; MORE, 2012).

Atualmente, no Brasil e nos países em desenvolvimento, a gravidez na adolescência é considerada um risco social e um grave problema de saúde pública devido, principalmente, a sua magnitude e amplitude, como também aos problemas que dela derivam. Dentre estes problemas se destacam: o abandono escolar e o risco durante a gravidez – ocasionado muitas vezes pela não realização de um pré-natal de qualidade, pelo fato de a adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência (BRASIL, 2010b).

Neste contexto, a gravidez na adolescência pode ocorrer, e quando ela se faz presente, mesmo que a adolescente expresse o desejo de se tornar mãe e constituir uma família, acaba se tornando um problema social (BARETTA et al., 2011).

Ao abordar a descoberta da gravidez na adolescência, as autoras Paixão et al. (2014) comentaram que a gravidez inesperada na adolescência, requer uma certa autonomia, que nem sempre os adolescentes têm, e nesse contexto, o aborto pode surgir como uma resolução imediata para “corrigir” esta situação, vista como “problemática”, imposta tanto pelo namorado, quanto pela família.

Hodiernamente, este tema – gravidez na adolescência – tem sido muito polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva deste segmento, sendo que, em geral, tem sido considerado um elemento desestruturador da vida de adolescentes e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes (BRASIL, 2006; BARETTA et al., 2011; JORGE et al., 2014; SASAKI et al., 2015).

E, como consequência, conflitos familiares surgem após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez, que vão desde a não aceitação pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, até o próprio o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, que interferem na estabilidade emocional da adolescente (NETO, et al., 2007; PAIXÃO et al.,2014). Nesse período, a desvinculação da mãe com o bebê que está sendo gestado ao lado do relacionamento hostil ou agressivo entre os pais e as atitudes agressivas ou indiferentes em relação ao bebê são

os fatores que mais sinalizam sobre o risco à vulnerabilidade (BRASIL, 2010b; PAIXÃO et al., 2014; JORGE et al., 2014).

Durante a gestação, tanto o bebê quanto a mãe precisam se sentir amados e seguros. O acompanhamento de pré-natal e da saúde materno-infantil é o recurso que mais pode oferecer apoio, suporte e proteção para a criança e sua família (BRASIL, 2010b). Um estudo realizado por Oliveira et al., (2010) revela que filhos de adolescentes sem acompanhamento têm maior incidência de baixo peso ao nascer, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e prematuridade (OLIVEIRA et al., 2015).

Além disso, a proteção da gestante também é importante, especialmente quando se trata de adolescentes grávidas, algumas vezes, em decorrência de violência sexual, situação na qual podem ter sentimentos negativos em relação ao bebê e à maternidade e, por este motivo, o serviço de saúde precisa estar preparado para acolher e oferecer espaço para que elas possam expressar seus sentimentos e esclarecer suas dúvidas (BRASIL, 2010b).

Contudo, a gestação nem sempre é considerada um acontecimento negativo na vida das adolescentes. Muitas vezes o motivo de engravidar para muitas foi apenas de desejar ter um filho, e a vontade de engravidar é decorrente da necessidade de autoafirmação como mulher e uma tentativa de fuga da realidade vivenciada, derivada da desestruturação familiar, de ambientes hostis, devido à falta de respeito, de perspectiva de vida e de futuro, ou em detrimento da violência domiciliar, seja de âmbito psicológico, físico ou mesmo sexual (NETO, et al., 2007; CORTEZ, et al., 2013).

Há também casos em que as famílias apoiam e desejam a gravidez, nos quais, os familiares entram num estágio de plena satisfação, assumindo a criança e a mãe, com ou sem o pai presente. Outra situação é a que a adolescente ao começar as relações conjugais, oficiais ou não, planeja com seu companheiro a gravidez (NETO, et al, 2007; ALMEIDA, SOUZA, 2011).

A gravidez, constituindo um problema em si, ou não, no contexto que a produz e reproduz, irá fazer parte da realidade dessa adolescente e se revela como elemento reorganizador da vida, mudando suas atividades diárias, principalmente com relação à escola (FERREIRA, et al., 2012; PAIXÃO et al., 2014; JORGE et al., 2014; OLIVEIRA et al.,2015; SASAKI et al., 2015).

3.4.3 Drogas na Adolescência

O uso de drogas atualmente configura um grave problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (WRIGHT et al., 2009), e está geralmente relacionado à criminalidade e à violência urbana (WHO, 2012). Os fatores de risco para o uso de drogas envolvem aspectos interpessoais, culturais, biológicos e psicológicos (WHRIGHT et al., 2009; WHO, 2012).

Na adolescência o seu uso fica mais exacerbado, haja vista que os adolescentes ficam mais suscetíveis a mudanças de comportamento, pois são levados à busca pela inserção em grupos de iguais para se sentirem aceitos no meio social o que, por conseguinte, pode aumentar a exposição aos fatores de risco como por exemplo, os relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas (SILVEIRA et al., 2013).

De acordo com a literatura, os adolescentes que apresentam baixa condição socioeconômica e são expostos à proximidade com usuários e ao tráfico de drogas em seu local de moradia têm maior propensão a serem consumidores. Para muitos jovens e adolescentes, ser bandido é uma alternativa de ascensão social (SILVEIRA et al., 2013). Às vezes, eles são motivados pela ideia de que os riscos são compensados por gratificações sociais em rejeição ao tipo de vida dos pais, marcada por dificuldades e pobreza (MARTINS et al., 2008).

O uso regular de drogas aumenta a probabilidade de causar dependência química, já que os efeitos somáticos dessa dependência trazem consequências prejudiciais ao estado mental do indivíduo (MORALES et al., 2011; HORTA et al., 2014; FILHO et al., 2015), e nesse sentido, podem ocorrer mudanças de comportamento, manifestadas na agressividade, rebeldia e procura por situações que lhes deem prazer. Estudos experimentais mostram que o abuso de algumas drogas como álcool e a cocaína pode ser responsável pelo aumento da agressividade entre usuários e motivador de atitudes e comportamentos violentos (MINAYO; DESLANDES, 1998; SILVEIRA, FERREIRA et al, 2013b; PIEROBON et al., 2013).

A dependência química, portanto, afeta o usuário e sua relação com o mundo, sua família e seus amigos, prejudica os estudos, o trabalho, as amizades e, sobretudo, a autoestima (BLUM et al., 2003).

Estudos brasileiros como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2009 e o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas, mostraram que o envolvimento com as drogas inicia principalmente na fase da adolescência com possibilidade de danos irreversíveis no futuro (CARLINI; NOTO; SANCHEZ, 2010; MALTA et al., 2011).

Nesse contexto, é importante destacar que os adolescentes que se encontram sobre o efeito de drogas, assim como as pessoas em geral, se envolvem em relacionamentos sexuais sem proteção, com maior probabilidade de gravidez indesejada e um maior risco para as doenças sexualmente transmissíveis (PECHANSKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; SILVEIRA; FERREIRA; ZEITOUNE, 2013).

Resultados da PeNSE mostraram dados importantes relacionados ao uso de drogas entre os adolescentes escolares, como a experimentação de bebida alcoólica (71,4%); consumo regular do álcool (27,3%); embriaguez na vida (22,1%); preocupação da família quando chega bêbado em casa (93,8%); violências pelo uso de álcool (9,0%); uso de cigarros (24,2%) e experimentação de outras drogas (8,7%) (FILHO et al., 2015).

Um estudo realizado na Argentina, com adolescentes escolares, com o objetivo de investigar a associação entre álcool e violência na população de adolescentes e jovens argentinos, apontou que 51,9% dos adolescentes, entre 13 e 15 anos de idade, tinham consumido álcool no último mês, com taxa mais elevada entre os meninos, corroborando com o cenário internacional, que demonstra que 15% a 51% dos jovens e adolescentes têm consumido álcool amplamente nos últimos anos, e que os abusos são divulgados como sendo comuns entre alunos do ensino médio na América do Sul (MONTEIRO, 2007; ALDERETE et al., 2008; DAWSON et al., 2008; MADRUGA et al., 2011; PIEROBON et al., 2013).

O uso e o abuso de substâncias ilícitas podem afetar o futuro dos adolescentes. A falta de perspectiva ocorre, muitas vezes, devido a déficits de aprendizagem e memória, apatia e improdutividade, acarretando em dificuldades na aprendizagem e repetência escolar, fazendo com que o adolescente não evolua na sua vida acadêmica e profissional (RIGONI et al., 2007; SILVEIRA et al., 2013).

Como mencionado anteriormente, além dos problemas que são decorrentes da própria adolescência em si, a relação familiar também é afetada, pois o núcleo familiar fica desorientado quanto à resolução do problema, unindo a esse sentimento a angústia, o desespero e a sensação de impotência (MILIONI et al., 2011).

Os prejuízos provocados pelas drogas também afetam a saúde física do jovem usuário. Os efeitos agudos (durante a intoxicação ou mesmo na overdose) ou crônicos, produzem alterações mais duradouras ou até irreversíveis. Portanto, esses fatores de risco podem trazer complicações para a saúde física e mental do adolescente, assim como de sua família e sociedade, acarretando maiores gastos públicos com a tentativa de recuperação, por isso, se faz necessária a prevenção nessa faixa etária (SILVEIRA et al., 2013).

Portanto, é primordial proporcionar a saúde no contexto da promoção da saúde, ou seja, é necessário utilizar diferentes medidas, dentre estas a Educação em Saúde, pois esta é a oportunidade de aprendizagem, incluindo o melhoramento do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades que favoreçam a pessoa a obter saúde, mas para isso, também se faz necessário o conhecimento sobre o tema que envolve as drogas, assim como medidas e implementação de trabalhos educativos no contexto que o adolescente vive, seja ele escolar, social ou familiar, de modo a minimizar as diversas vulnerabilidades a que estão expostos (BESERRA et al., 2011; BESERRA; SOUSA; ALVES, 2014; FILHO et al., 2015).

3.5 GÊNERO E GERAÇÃO

Grande legado do feminismo da segunda metade do século 20, a categoria de gênero sofreu várias transformações conceituais ao longo de sua história, tendo como marco a década de 1970, sendo que nesse período a perspectiva biologicista de gênero implicava apenas na distinção entre os sexos, a qual foi contraposta por novos olhares. Para a enfermagem, a utilização do conceito de gênero – mostrou-se importante para compreender as consequências que decorrem das relações de gênero, sobretudo no processo saúde-doença de mulheres e homens (SEGATO, 1998; FONSECA, 2008; GESNNER, 2013; EGRY, FONSECA, OLIVEIRA, 2013).

A categoria gênero foi proposta para elucidar as relações estabelecidas entre os sexos, ou seja, refere-se à construção social, cultural e linguística, como os processos que diferenciam homens e mulheres, para designar as relações sociais entre os sexos, que se conformam com outras marcas sociais: raça, etnia, classe social, sexualidade, religião e geração. Tido também como a forma primeira de significar as relações de poder, pois é o campo por meio do qual este poder é articulado. Influenciado nas relações de poder de Focault - o poder é uma realidade dinâmica que ajuda o ser humano a manifestar sua liberdade com responsabilidade, por meio do diálogo (ADELMAN; SILVESTRIN, 2002; CARVALHO; PINTO, 2008; FARIAS, 2009; EGRY, FONSECA, OLIVEIRA, 2013; DUARTE et al., 2015).

Nesse sentido, é importante apontar que gênero não significa um saber sobre as diferenças fixas e naturais relacionadas apenas ao sexo, mas a um saber que tem sido utilizado nas sociedades ocidentais como símbolo para o estabelecimento de regras e para a configuração do lugar social que cada sujeito ou grupo ocupa no sistema produtivo e reprodutivo vigente. Desde então, com diferentes proporções e compreensões, os estudos de gênero têm-se expandido especialmente nas áreas das ciências humanas e da saúde, num esforço significativo para compreender e transformar as desigualdades de gênero (DUARTE et al., 2015).

Nesta perspectiva, é importante frisar que ao olhar para as questões de gênero, deve-se lembrar que não se trata de sexo, ou seja, sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, definido geneticamente. Gênero está ligado

a construção do sexo social, a partir das características biológicas e de influências culturais e sociais, na busca da igualdade entre homens e mulheres, pois os direitos entre eles devem ser os mesmos. Esta questão de gênero tem suscitado discussões, religiosas e políticas, no âmbito do acesso à educação, trabalho e cidadania (SAFFIOTI, 1999; MEYER, 2004; SCOTT, 2005; FONSECA, 2008).

Historicamente, a construção do pensamento feminista em torno da categoria gênero utilizou abordagens ancoradas em três posições teóricas, que são explicadas por Scott (1995): teoria do patriarcado, teorias de orientação marxista e a teoria psicanalítica.

A teoria do patriarcado, adota noções fixas de feminilidade e masculinidade, ou seja, aponta que a subordinação das mulheres está ligada à “necessidade” do macho dominar as mulheres (EGRY, FONSECA, OLIVEIRA, 2013; GESNNER, 2013). Scott (1995) afirma que a teoria do patriarcado é limitada, pois não explica a relação das desigualdades das desigualdades de gênero com outras desigualdades e, por estar baseada apenas nas diferenças físicas entre homens e mulheres, não permite a construção sócio, histórica e cultural do gênero.

A segunda teoria, de orientação marxista, propõe uma abordagem mais histórica, tentando encontrar uma explicação material para o gênero, uma solução baseada nos sistemas duais (EGRY, FONSECA, OLIVEIRA, 2013). Aponta o patriarcado e o capitalismo como sistemas separados, mas em interação, como os responsáveis pela dominação feminina (GESNNER, 2013). Pois, famílias, lares e sexualidade são produtos da mudança dos modos de produção. Contudo, Scott (1995) contrapõe a ideia ao afirmar que, ao tratar o conceito de gênero como subproduto de estruturas econômicas, não se permite o seu estudo como próprio estatuto de análise.

A terceira teoria, mais recente, dividida entre o pós-estruturalismo francês e as teorias anglo-americanas das relações de objeto, inspira-se na psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero dos sujeitos sociais, a partir das primeiras etapas do desenvolvimento da criança. Enquanto a escola das relações de objeto coloca ênfase sobre a influência da experiência concreta na formação de identidade de gênero, a escola pós-estruturalista destaca o papel central da linguagem, comunicação, interpretação

e representação de gênero. (EGRY, FONSECA, OLIVEIRA, 2013). As escolas que compõem a teoria diferem também sobre o inconsciente, enquanto, para os pós-estruturalistas, o inconsciente é fundamental para a construção do sujeito, para a escola das relações de objeto não o é (GESNNER, 2013). Para Scott (1995), a teoria psicanalítica limita o conceito de gênero à família e à experiência doméstica, desligando-o de outros sistemas sociais, econômicos, políticos ou de poder.

Dentre as definições de gênero que subjazem à abordagem pós-estruturalista, a que melhor reflete estas rupturas foi proposta pela feminista americana Joan Scott, nos anos de 1980, e implica dois níveis: gênero como elemento constitutivo das relações sociais e gênero como forma básica de representar relações de poder. Lembrando que o primeiro se refere as diferenças perceptíveis entre os dois sexos, e o segundo, nas representações dominantes apresentadas como naturais e inquestionáveis (SCOTT, 1995)

Para Scott (1995), o conceito de gênero pode ser entendido como:

> O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder (Scott, 1995, p.21).

Assim, o uso da categoria gênero é uma forma de indicar as construções sociais das ideias sobre os papeis de homens e mulheres, pois como afirma Beauvoir (2009), “ninguém nasce mulher, torna-se mulher”, visto que, demostra que gênero é uma construção cultural ao longo dos anos, estabelecida e reforçada através de leis, símbolos, normas, valores, costumes, assim como pelas instituições e pela subjetividade (GESNNER, 2013). Portanto, “a construção, tanto da feminilidade como da masculinidade, se dá sobre corpos biológicos imersos num social que os transforma e é transformado por eles” (FONSECA, 2008, p.16).

Vários estudos, pontuam que a categoria gênero não pode ser utilizada isoladamente, ou seja, é preciso a alquimização de categorias sociais (gênero, raça e geração), fazendo-se necessário a compreensão da realidade com outras categorias para a interpretação dos fenômenos, iluminando-se umas ou outras, ou a junção de várias (EGRY, FONSECA, OLIVEIRA, 2013; GESNNER, 2013)

Nesse sentido, a estrutura de gênero, possui implicações nas relações sociais e na maneira de viver das pessoas, assim como, nos diferentes grupos sociais, já que, configuram contextos e interações específicas, os quais, repercutem nos processos de subjetivação individual, delineando, assim, possibilidades e limitações (GESNNER, 2013).

Percebe-se que a construção de senso comum – masculino e feminino – ainda é muito forte, devido a comportamentos e papéis sociais instituídos, portanto, a consolidação da discussão da categoria gênero tem acrescentado e contribuído para um novo olhar de análise das relações sociais, as quais, são repletas de desigualdades, hierarquias e preconceitos sobre o masculino e o feminino que se diz ser constituído nas relações sociais (CARVALHO; PINTO, 2008).

A sociedade define as funções de meninos e meninas já na fase da infância pela influência das questões sociais e políticas, ou seja, os meninos sairiam junto com os pais para o trabalho e as meninas ficariam com a responsabilidade dos cuidados da casa junto com a mãe. Daí se construiu e se constrói muitas produções de sentido desses sujeitos para a vida social, sejam elas no individual, coletivo (CARVALHO; PINTO, 2008; FARIAS, 2009)

Para Adelman e Silvestrin (2002), a identidade de gênero se dá no período da infância, com influência na construção da identidade e desenvolvimento psicológico dos meninos, por meio do esporte, sentimentos de superioridade em relação às meninas, e o medo da feminilidade, denominada psicologia da separação, o qual se caracteriza pela rejeição da identidade da mãe para a construção da sua própria identidade. Já em relação às meninas, os autores destacam um processo de continuidade, ou seja, apreender atitudes ditas “femininas” e orientar-se para cuidar do bem-estar dos outros.

Muitas mulheres que foram submetidas ao poder patriarcal passaram a ser chefes de família e, com sua inserção no mercado de trabalho, ocasionou-se uma imagem negativa ao homem, pois significava a incapacidade deste em se manter como o provedor da família, papel social historicamente atribuído ao sexo masculino. Porém, a mulher tem enfrentado condições diferenciadas de tratamento, no que diz respeito a sua carga de trabalho, que triplicou, pois continuou sendo cuidadora do lar, da família e agora com a profissão. Com relação a vida profissional das mulheres se sabe que o salário para esse grupo

ainda não é compatível com o que é repassado ao homem, desvalorização que representa sobrecarga física e emocional para as mulheres. Percebe-se ainda uma mudança de comportamento relativo ao papel social da mulher, com o aumento da oferta de emprego e redução da taxa de fecundidade, possibilitando maior inserção no mercado de trabalho (FARIAS, 2009; MAFRA, 2014).

Para compreender as vulnerabilidades de adolescentes, é necessário incorporarmos também a categoria geração em sua análise. Em uma reconstrução do conceito de geração com o objetivo de historicizar o conceito, sem perder as vistas as dimensões estruturais e interacionais, como aponta Sarmento (2005), para a definição de geração:

> O conceito de gênero não só nos permite distinguir o que separa e o que une, nos planos estrutural e simbólico, as crianças dos adultos, como variações dinâmicas que nas relações entre crianças e adultos vai sendo historicamente produzido e elaborado (SARMENTO, 2005, p.367).

E ainda, o autor acrescenta que o conceito de geração é um constructo sociológico, o qual, procura dar conta das interações dinâmicas entre o plano sincrônico e o plano diacrônico, uma vez que o plano sincrônico é a *geração – grupo de idade*, ou seja, trata-se das relações estruturais e simbólicas dos atores sociais de uma classe etária definida, e o plano diacrônico é a *geração – grupo de um tempo histórico definido*, isto é, o modo continuo que é reinvestido de estatutos e papéis sociais que desenvolvem práticas sociais diferenciadas entre os atores de uma determinada classe etária, em cada período histórico concreto.

Sarmento (2005) ainda pontua nessa questão, o seguinte:

> São as múltiplas implicações da infância como grupo de idade nas sucessivas infâncias historicamente datadas e suas relações com os adultos (Sarmento, 2005, p.367).

Nesse sentido, é importante destacar, conforme apontam Oliveira (1997), Ozella (2008) e Ayres (2012), que a adolescência é um conceito construído historicamente e socialmente, e não um mero produto de transformações hormonais e biológicas, ou seja, é na dialética da

objetividade/subjetividade que são constituídos os significados sobre a adolescência, sendo essa trama de significados extremamente complexa, pois sofre as determinações de gênero, classe, cultura e geração (OZELLA, 2008).

Portanto, é importante pontuar, que a compreensão da(s) vulnerabilidade(s) de adolescentes, baseada na perspectiva de gênero e geração, permite situar o fenômeno como um reflexo dos problemas sociais atuais, articulados às desigualdades e disputas de poder pautado nas transformações históricas.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DO ESTUDO

Este relatório de pesquisa deriva de reflexões originadas dos trabalhos: “A contribuição do movimento social organizado nas conferências municipais de saúde para a acessibilidade do adolescente ao sistema local de saúde” (SILVA, 2011); “Necessidades em saúde dos adolescentes de um território de Curitiba” (SANTOS 2012a); “Necessidades em saúde: a percepção dos adolescentes de um determinado território de Curitiba” (SANTOS, 2013) e “Ações em saúde para o adolescente nos serviços de atenção básica – o olhar do enfermeiro em um distrito sanitário” (MAFRA, 2014).

A partir destes conhecimentos construídos se propôs o desenvolvimento de pesquisa, intitulado “Vulnerabilidade na adolescência: a percepção dos gestores e líderes do movimento social organizado de um território de Curitiba/PR”, fazendo parte de um projeto maior, intitulado “*VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM UM DETERMINADO TERRITÓRIO: UM OLHAR PARA PENSAR A INTERVENÇÃO”*.

Assim, a presente proposta trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa sobre o reconhecimento das vulnerabilidades de adolescentes pelos representantes do movimento social organizado e dos gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR. Está ancorada na Teoria da Intervenção Práxica em Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), proposta por Egry (1996), a qual se constitui um marco teórico e metodológico na intervenção da enfermagem na sua coletividade.

Esta teoria fundamenta-se no pensamento crítico e reflexivo proposto pelo Materialismo Histórico e Dialético (MHD) que compreende os fenômenos de saúde como resultado da organização social para a produção, sendo que nas sociedades capitalistas os indivíduos dependem diretamente da sua inserção na produção para suprir suas necessidades. Considera também que o caráter histórico dos fenômenos sociais é identificado nas mudanças do modo de produção e reprodução social das sociedades nos seus tempos históricos, sendo

estes determinantes das transformações na saúde humana (PERNA; CHAVES, 2008).

Nas bases filosóficas da TIPESC estão a historicidade e a dinamicidade, sendo que a historicidade está baseada no materialismo histórico e refere-se à mobilidade constante da história, às transformações que ocorrem o tempo todo e que são operadas pelas ações do homem. Essa teoria considera o ser humano como ser histórico, isto é, inserido em um tempo e espaço, em constante construção e interação com os outros seres humanos e com a natureza (EGRY, 1996).

Nesse sentido a TIPESC foi utilizada para compreender as percepções sobre a vulnerabilidade de adolescentes, no território, já que a mesma propõe uma forma sistematizada para captar, interpretar e intervir no processo saúde-doença, por meio da realidade objetiva (RO) nas dimensões que a conformam: singular, particular e estrutural (EGRY, 1996).

Nestas dimensões se evidenciam as contradições entre elas e nelas próprias. Assim, busca-se compreender quais são os processos determinantes da RO, sejam eles protetores ou de desgaste (Egry, 1996; BREILH, 2006).

A compreensão da RO na saúde proposta por Egry (1996) e Breilh (2006, 2009), possibilita a construção de uma intervenção resolutiva e a reinterpretação desta, permitindo a abertura de novos horizontes processuais transformadores da realidade de saúde do indivíduo ou da população. Queiroz e Egry (1988) propõem a compreensão da realidade de saúde para a construção da intervenção em um processo que ocorre em cinco etapas:

- Captação da realidade objetiva;
- Interpretação da realidade objetiva;
- Construção de projeto de intervenção na realidade objetiva;
- Intervenção na realidade objetiva;
- Reinterpretação da realidade objetiva.

De acordo com os autores, acima citados, a compreensão de um determinado fenômeno se torna possível pela construção de uma consciência crítico-reflexiva do profissional, considerando a determinação do processo saúde-doença de indivíduos ou grupos sociais, percebendo as relações de

gênero, classe social e etnia nele existente, assim como se deve explorar os processos advindos do modelo econômico, jurídico e ideológico de uma determinada sociedade em um momento histórico ali presentes. Dessa maneira, o profissional passa a compreender a determinação do processo saúde-doença, o que vai além do observado diretamente.

A RO deve, portanto, ser compreendida a partir das três dimensões que a conformam, quais sejam: estrutural, particular e singular, sendo a estrutural formada pelas relações econômicas, sociais e político-ideológicas derivadas dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção de uma sociedade em um determinado período histórico; a particular pelos processos de reprodução social expressos nos perfis epidemiológicos indicativos do processo saúde-doença vivido pelas distintas classes sociais, e a singular pela expressão do processo saúde-doença de cada indivíduo, observando o seu desgaste físico e psíquico determinados pelos processos de desgastes e de proteção presentes ao longo de sua vida, os quais são determinados pela sua inserção no trabalho, logo na produção (EGRY, 1996; BREILH, 2006, 2009).

Desse modo, ao apontar e descrever os processos protetores e de desgaste existentes, podemos compreender a determinação do processo saúde-doença e, assim, identificar as necessidades em saúde, por meio das condições de vida do coletivo, que gerem bem-estar ou que evitem os riscos do indivíduo de adoecer e morrer. A compreensão sobre as dimensões que determinam a RO na saúde possibilita a construção de uma intervenção resolutiva e a reinterpretação desta, além de permitir a abertura de novos horizontes processuais transformadores da realidade de saúde do indivíduo ou da população (EGRY, 1996; BREILH, 2006; AREAZZA, 2012).

Os dados secundários sobre a caracterização territorial; populacional (densidade e idade), social (educação, segurança, habitação, organização da sociedade civil e transporte público); econômica (atividades econômicas, rendimento médio, classes de renda e extrema pobreza);e equipamentos(abastecimento, educação, ação social, esporte e lazer e saúde), foram obtidos em bancos de dados de instituições públicas, tais como: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), Secretaria Municipal de

Saúde de Curitiba (SMS-CTBA) e dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA) disponíveis para serem acessados.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Cenário da presente pesquisa foi o Distrito Sanitário do Pinheirinho, localizado na região sul do município de Curitiba, o qual faz divisa com dois municípios da Região Metropolitana (RM): Fazenda Rio Grande e Araucária. A pesquisa foi realizada no bairro Campo de Santana, por ser o maior bairro da regional (IPPUC, 2013). A caracterização do local do estudo está descrita com profundidade no capítulo de Resultados, no sentido de atender parte do objetivo da presente pesquisa.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram gestores, conselheiros locais e representantes do movimento social organizado que atuam no bairro Campo de Santana, mais especificamente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde com Estratégia em Saúde da Família Rio Bonito, localizado no Distrito Sanitário do Pinheirinho, em Curitiba/PR.

É importante destacar que para a realização das entrevistas, foi seguido o check-list do Coreq, no qual, foram identificados 18 possíveis participantes para a realização da pesquisa, no qual atuavam em cargos de gestão e também no conselho local de saúde e na liderança de movimentos sociais presente no território. Após contato prévio, com os possíveis participantes, dois se recusaram a participar da pesquisa e um não foi localizado, totalizando em 15 participantes.

Portanto, foram entrevistados nove gestores, distribuídos nas áreas de saúde; educação e ação social; e seis conselheiros locais, dos quais três também representavam o movimento social organizado da localidade.E é importante destacar que o tempo de coleta de dados variou entre 30 à 45 minutos.

4.3.1 Critérios de Inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão para a participação na pesquisa optou-se por: gestores, conselheiros locais e representantes dos movimentos sociais organizados, de ambos os sexos, lotados no Distrito Sanitário do Pinheirinho, que atuavam no território na época da coleta de dados. Foram excluídos dessa pesquisa os gestores e representantes dos movimentos sociais que estiveram em período de férias, licença prêmio ou licença para tratamento de saúde, visto que esses profissionais precisariam conhecer a realidade e ter vínculo com a população adstrita no território.

4.4 COLETA DE DADOS

A técnica da coleta de dados foi a da entrevista com o roteiro semiestruturado, conforme apresentado no Apêndice B, com os gestores, conselheiros locais e representantes do movimento social organizado de instituições que, de alguma forma, prestavam serviço aos adolescentes no território. A coleta de dados foi realizada no período de maio a julho, conforme as liberações de viabilidade dos Comitês de Éticas das instituições co-participantes da respectiva pesquisa.

Para alcançar os objetivos propostos por essa pesquisa o roteiro foi dividido em duas partes, sendo que a primeira parte buscava identificar os participantes, através de idade; formação; ocupação; estado civil e tempo de atividade no território. Já a segunda parte buscava identificar a percepção destes participantes sobre as vulnerabilidades adolescentes no território, assim como o conhecimento de alguma ação realizada por este participante ou sua ciência sobre ações que estavam sendo realizadas para os adolescentes no território, identificar as facilidades e as dificuldades para a realização destas ações, identificar as orientações realizadas para os adolescentes no território pelo participante, e saber se esse se encontra preparado ou não para lidar com a adolescência, a fim de analisar a percepção de gestores e líderes do movimento social organizado sobre as vulnerabilidades na adolescência no território.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste tópico será descrito o processamento e a análise dos dados coletados, assim como a formulação das categorias temáticas proposta por Bardin (2011).

Após a transcrição das 15 entrevistas dos participantes, relacionados aos aspectos abordados nas entrevistas – percepção sobre as vulnerabilidades de adolescentes no território – foi realizada a formatação de um *corpus*. O *corpus* contém todos os textos em um único arquivo de texto no *software OpenOffice.org* e salvo na modalidade *texto.txt*, separados por linhas de comando de acordo com as variáveis da pesquisa (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

A partir do *corpus*, procedeu-se a análise textual utilizada para textos escritos, originados a partir de entrevistas, documentos, dentre outros (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006).

Para apoiar a análise dos dados da pesquisa qualitativa foi utilizado o *software* IRAMUTEQ (*interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). O IRAMUTEQ é um *software* gratuito e ancorado no *software R*, que possibilita diferentes análises estatísticas de textos produzidos a partir de entrevistas e documentos, dentre outras modalidades.

O IRAMUTEQ foi desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud, no ano de 2009. Apesar de originalmente ser desenvolvido na língua francesa, este *software* já possui dicionários completos na língua inglesa e italiana e, recentemente, na língua portuguesa. No Brasil seu uso se iniciou em 2013 e permite análises precisas, conferindo-lhe utilidade para a pesquisa qualitativa (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Este *software* viabiliza diferentes tipos de análise: as textuais clássicas, de especificidades, o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a de similitude e a nuvem de palavras. O método de CHD proposto por Reinert, em 1990, é utilizado pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale para Context d'um Ensemble de Segments de Texte*) (REINERT, 1990); no entanto, o IRAMUTEQ inclui outras formas de análise que não são realizadas pelo *software* ALCESTE. Quando se quantifica e emprega cálculos estatísticos em variáveis qualitativas que são os textos, se supera a dicotomia entre a análise qualitativa e quantitativa (LAHLOU, 1994).

A CHD classifica “os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários e os conjuntos deles são repartidos com base na frequência das formas reduzidas”. As unidades de Contexto Inicial (UCI) ou textos foram construídos com base em cada pergunta da entrevista e não por entrevistas dos participantes como um todo. As unidades de Contexto Elementar (UCE) ou segmentos de textos obtidos a partir das UCI “apresentam vocabulário semelhante entre si e diferentes das UCE das outras classes” (CAMARGO; JUSTO, 2013b, p.516). Segundo Lahlou (1994), três etapas são percorridas para realizar a CHD: preparação e codificação do texto inicial, a classificação hierárquica descendente e a interpretação das classes. A partir do corpus os segmentos de texto apresentados em cada classe, que se obtém a partir das palavras estatisticamente significativas, permitem a análise qualitativa dos dados.

A partir dessas análises em matrizes, o *software* organiza a análise dos dados a partir de um dendograma da CHD, que ilustra as relações entre as classes. O programa executa cálculos e fornece resultados que nos permite a descrição de cada uma das classes, principalmente, pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asteriscos (variáveis) (CAMARGO; JUSTO, 2013)

As linhas de comando e as variáveis, contendo asteriscos foram: **** *n_01, conforme o número do entrevistado, *gest_1, gestor, *cons_1 conselheiro local, *educ_1, educador, *saud_1, saúde, *soc_1, ação social. Destaca-se que esse processamento no *software* IRAMUTEQ teve a duração de 15 segundos, o que é uma vantagem significativa nessa etapa em relação a outras formas de processamento de dados qualitativos.

Nesta pesquisa optou-se por selecionar as palavras na CHD pela sua frequência e pelos valores de qui-quadrado mais elevados na classe, tendo em vista a compreensão de que eram significativas para a análise, de acordo com Viana et al. (2013) e Lowen (2014) que também incluíram este critério para a seleção de palavras em seus estudos.

Segundo Chartier e Meunier (2011), o teste qui-quadrado é utilizado para verificar a associação da UCE com determinada classe; portanto, quanto mais alto o seu valor, maior é a associação, sendo que todas as palavras selecionadas tinham um $p<0,001$ indicando uma associação significativa.

Os cálculos estatísticos sobre variáveis qualitativas a partir dos textos inseridos não fazem do *software* um método, uma vez que não faz a análise dos dados, mas é sim um instrumento para explorar esses dados. A utilização de *softwares* facilita o processamento de textos longos e numerosos, no entanto, não se pode subestimar o papel fundamental do pesquisador na análise dos dados, pois a interpretação cabe a quem os analisa (CAMARGO; JUSTO, 2013b; LAHLOU, 2012; CHARTIER; MEUNIER, 2011). Segundo Lahlou (1994), quando se quantifica e emprega cálculos estatísticos em variáveis qualitativas, que são os textos, se supera a dicotomia entre a análise quantitativa e qualitativa.

Após o processamento do *corpus,*o *software* deu origem a um dendograma da CHD (como já explicado anteriormente), e a partir desse dendograma, a interpretação das classes, originadas pela CHD, ocorreu por meio da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2011), a qual se define por um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção dessas mensagens. (BARDIN, 2011).

A proposta de Bardin (2011) é composta por fases que vão ajudar na organização do material e é importante frisar que a organização do material se deu a partir da formatação do *corpus* para ser analisado pelo *software* IRAMUTEQ, assim, a partir das classes procedeu-se a fase da leitura fluente e de definição de categorias de análises, o que é proposto pelo método da Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2011).

A interpretação dos dados foi sustentada pelo referencial teórico e metodológico da TIPESC, segundo Egry (1996) e pelo referencial teórico da Vulnerabilidade, apresentado por Ayres (2003; 2007).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender às diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de saúde/MS sobre Pesquisas envolvendo Seres Humanos, foi apresentado como projeto de pesquisa para o Comitê de Ética em pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade federal do Paraná, para análise e aprovação, em 12/02/2015, sob o nº do parecer 954.280.

A viabilidade para o campo de pesquisa na SMS de Curitiba foi aprovada no dia 18 de abril de 2015 pelo seu Comitê de ética em Pesquisa, sob o nº do parecer 11/2015. Já a viabilidade para o campo de pesquisa na Secretaria Municipal da Educação foi aprovada nos dias 15 de março de 2015 e no dia 16 de maio de 2015 e no dia 19 de janeiro de 2015 pela secretaria Estadual da Educação. A viabilidade para o campo de pesquisa na Fundação de Ação Social (FAS) de Curitiba foi aprovada no dia 01 de julho de 2015.

5. RESULTADOS

Este capítulo está subdividido em dois eixos que têm o objetivo de facilitar a compreensão dos resultados do estudo. No primeiro eixo apresenta-se a caracterização do território, local em que a pesquisa foi desenvolvida, destacando seus aspectos sócio históricos, geográficos, a população; aspectos econômicos relacionados às atividades locais, condições de habitação disponíveis para a população e os equipamentos públicos instalados pelos setores de educação, transporte, lazer, dentre outros. No segundo eixo estão apresentadas as caracterizações dos participantes da pesquisa e as categorias temáticas que emergiram dos seus discursos.

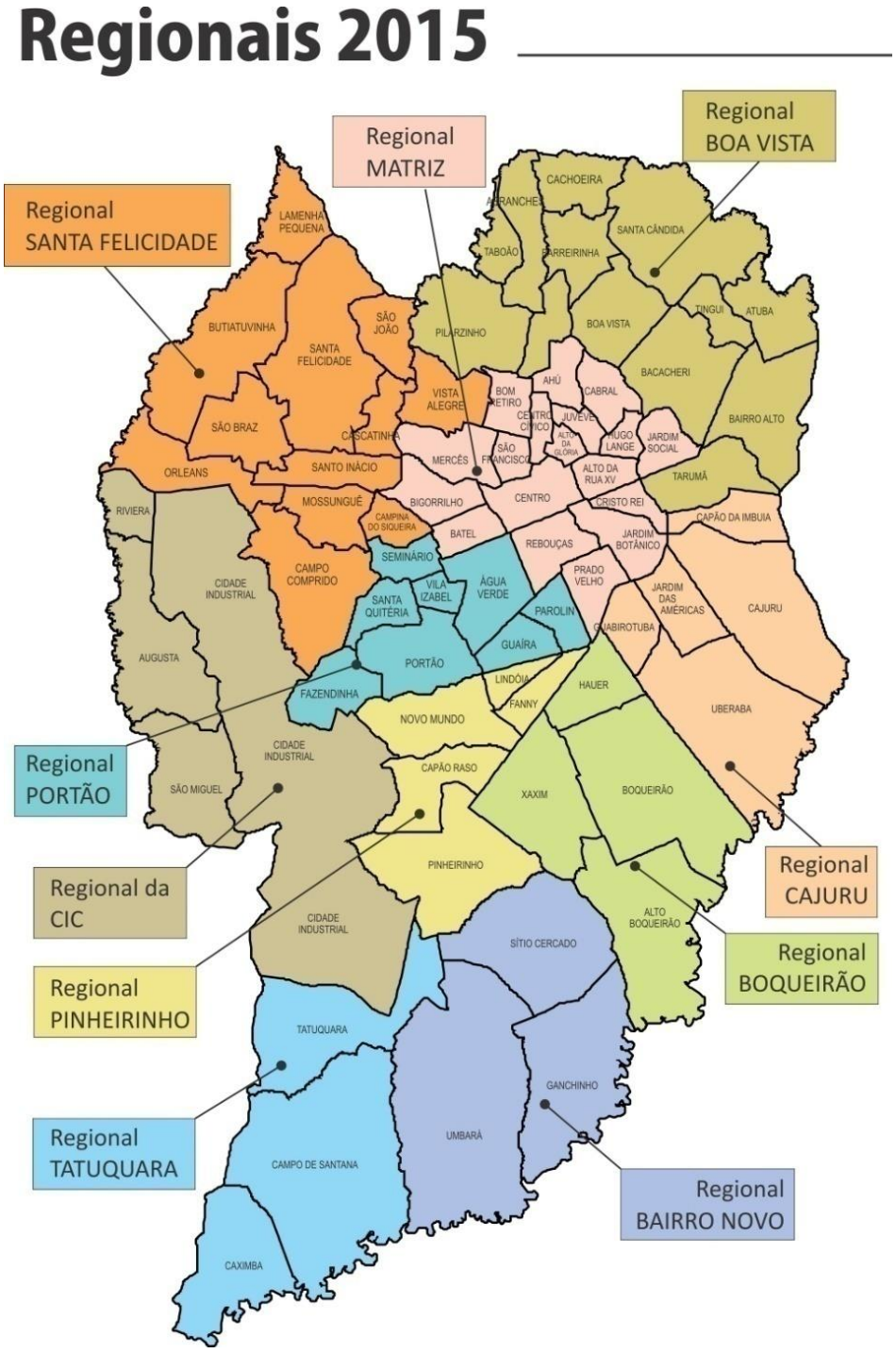
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO

Para a caracterização do município e da Regional Administrativa Pinheirinho foram utilizados dados coletados em *sites* de instituições públicas que os disponibilizam gratuitamente.

O município de Curitiba é dividido em nove regionais administrativas - Bairro Novo; Boa Vista; Boqueirão; Cajuru, Cidade Industrial (CIC); Matriz; Portão, Pinheirinho e Santa Felicidade. Porém, no ano de 2015, foi aprovada nova divisão das Regionais Administrativas, sendo que a Regional Pinheirinho passou a ser formada pelos bairros: Pinheirinho, Capão Raso, Novo Mundo, Fanny e Lindóia; e os bairros Tatuquara, Campo de Santana e Caximba, formam a nova Regional Administrativa Tatuquara. Considerando que a nova divisão de Regionais ainda é uma proposta não efetivada, neste trabalho são apresentadas as nove Regionais Administrativas que estão vigentes na organização do município.

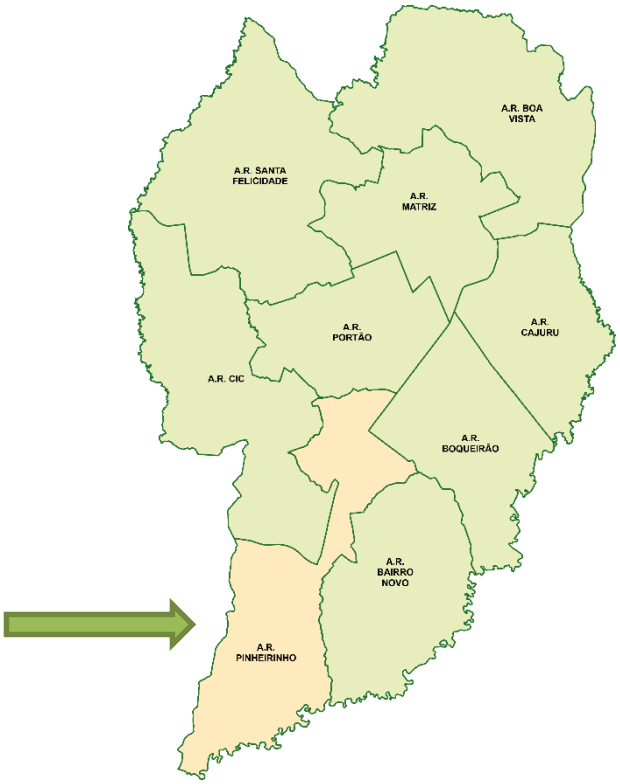
Os bairros que conformam cada distrito são diferentes em número, assim como em aspectos geográficos e histórias de ocupações dos seus territórios. Sabe-se que a ocupação do território municipal ocorreu a partir da região central norte para as partes mais periféricas, sendo importante destacar que a região sul do município de Curitiba é a área com urbanização mais recente.

FIGURA 2 – MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS APROVADAS NO ANO DE 2015 PARA O MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE:http://www.curitiba.pr.gov.br/fotos/album-novo-mapa-regionais/23644, SMS-PMC,2015.

FIGURA 3 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COM AS NOVE REGIONAIS ADMIISTRATIVAS VIGENTES EM 2015, COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.

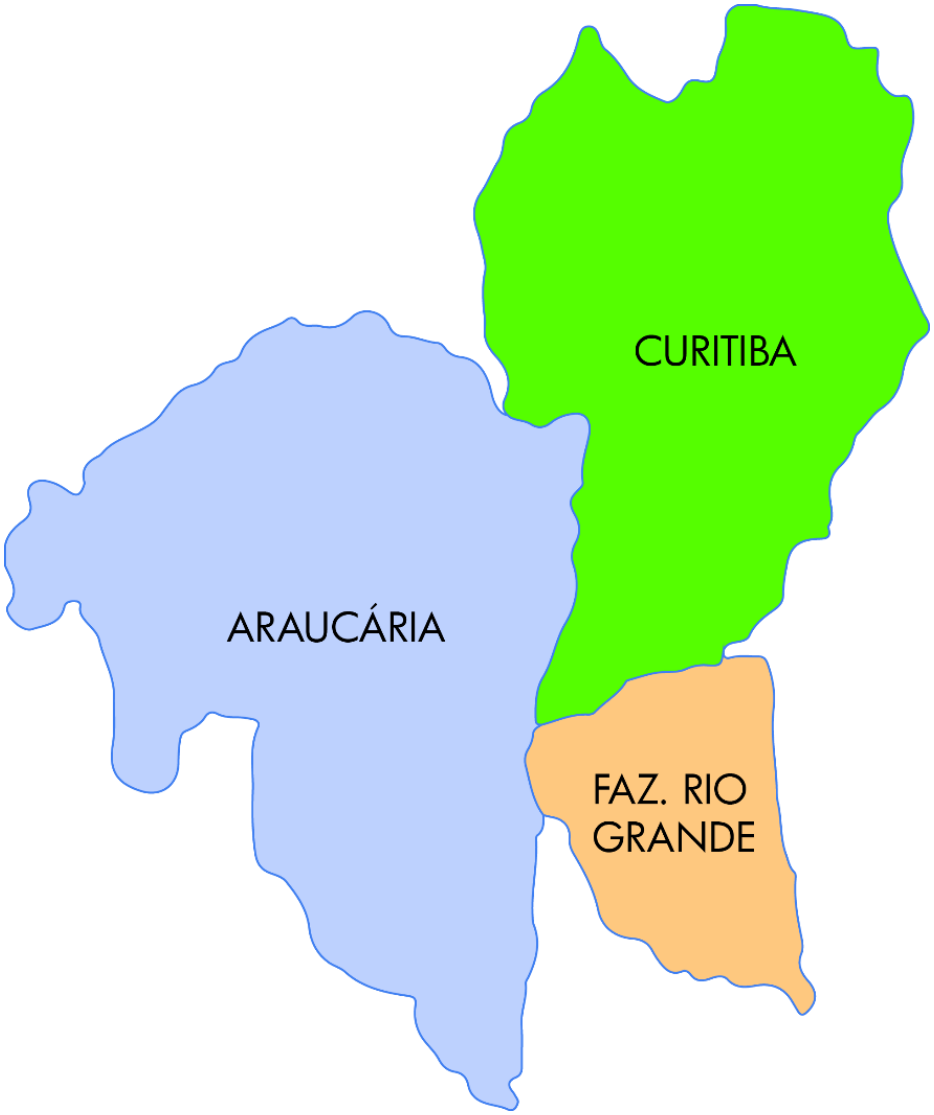


FONTE: Adaptada de IPPUC (2013).

Vale mencionar ainda que as Regionais Administrativas tem a função de pontuar as necessidades de sua população, as demandas para estrutura de serviços, dentre outras questões. Assim, as administrações regionais têm como objetivo promover a interligação do planejamento local ao planejamento da cidade como um todo. As estruturas de serviços nas regionais, em sua maioria, funcionam nas Ruas da Cidadania, que são consideradas ponto de referência e encontro dos usuários dos serviços públicos. Os serviços ali presentes têm como principal objetivo atender às necessidades e aos direitos do cidadão e o acesso ao atendimento fica garantido pela confluência de linhas de ônibus próximos ou pela localização da Regional próxima aos terminais de ônibus.

A Regional Pinheirinho, como mencionado anteriormente no capitulo de Materiais e Métodos, está localizada na região sul do município de Curitiba-PR, a qual faz divisa com dois municípios da Região Metropolitana: Fazenda Rio Grande e Araucária (IPPUC, 2013).

FIGURA 4 – MAPA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COM DELIMITAÇÃO DE TERRITÓRIO NA REGIÃO SUL COM ARAUCÁRIA E FAZENDA RIO GRANDE. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: Adaptada de IPPUC (2013).

A área total do território da Regional é de 5.659,3 hectares, o correspondente a 13,02% do território de Curitiba (IPPUC, 2013).

FIGURA 5 – MAPA DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR, 2015.

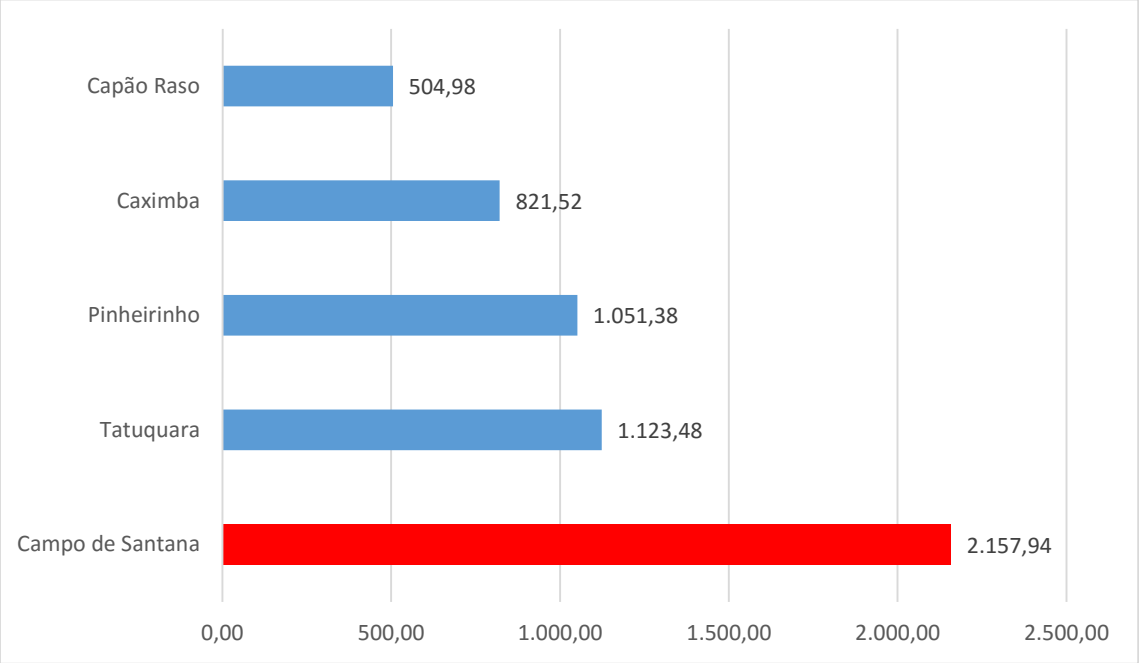
FONTE: Adaptada de IPPUC (2013).

Atualmente, a Regional Pinheirinho é composta por cinco bairros: Capão Raso, Pinheirinho, Tatuquara, Campo de Santana e Caximba, sendo o Campo de Santana o maior bairro da Regional, com 2.157,94 hectares, correspondendo a 38% de sua extensão total, conforme o mapa da figura 6 e o gráfico 1 apresentados a seguir (IPPUC 2013).

FIGURA 6 – IDENTIFICAÇÃO DOS BAIRROS DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO COM DESTAQUE PARA O BAIRRO CAMPO DE SANTANA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR, 2015.

FONTE: Adaptada de IPPUC (2013)

GRÁFICO 1 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS BAIRROS DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO, COM DESTAQUE AO BAIRRO CAMPO DE SANTANA, SEGUNDO EXTENSÃO TERRITORIAL POR HECTARE. CURITIBA/PR, 2015.

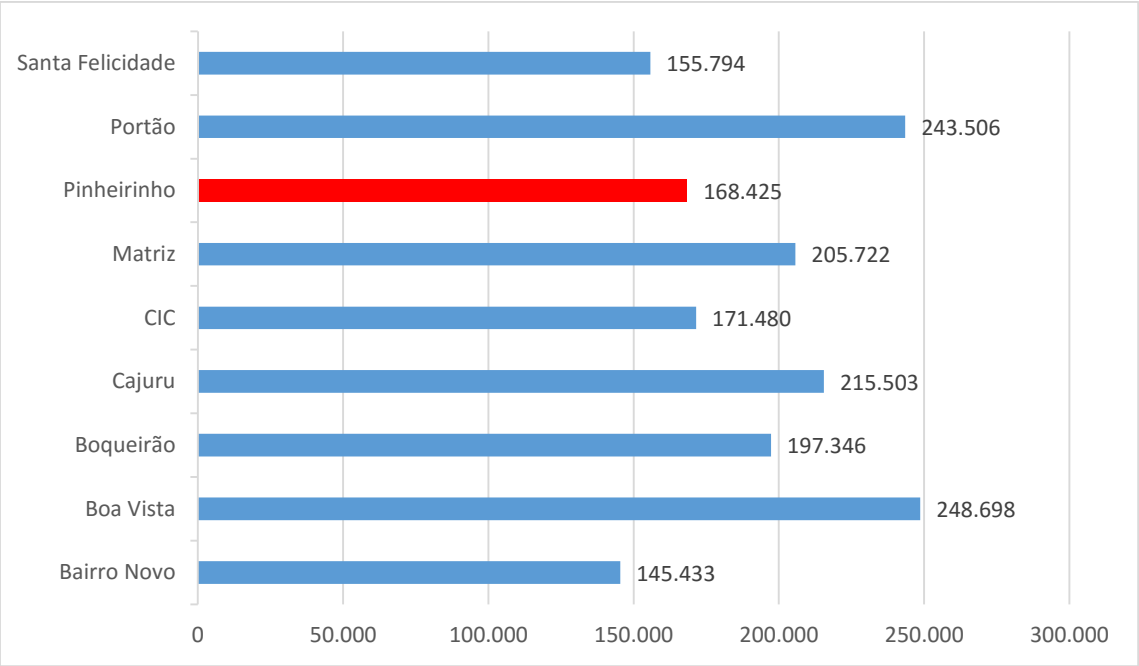


FONTE: IPPUC – Banco de Dados (2013).

5.1.2 Caracterização da população de Curitiba, das Regionais Administrativas

Curitiba tem uma população de 1.848.943 habitantes (CURITIBA, 2014c). A Regional Pinheirinho tem uma população de 168.425 habitantes, correspondendo a 9,61% do total do Município e no período de 2000 a 2010 apresentou um crescimento populacional de 29,34%, sendo considerado, pelos órgãos de estudos populacionais, como um crescimento acima da taxa de crescimento populacional do município de Curitiba, o qual teve o crescimento registrado em 10,37% (IPPUC, 2013).

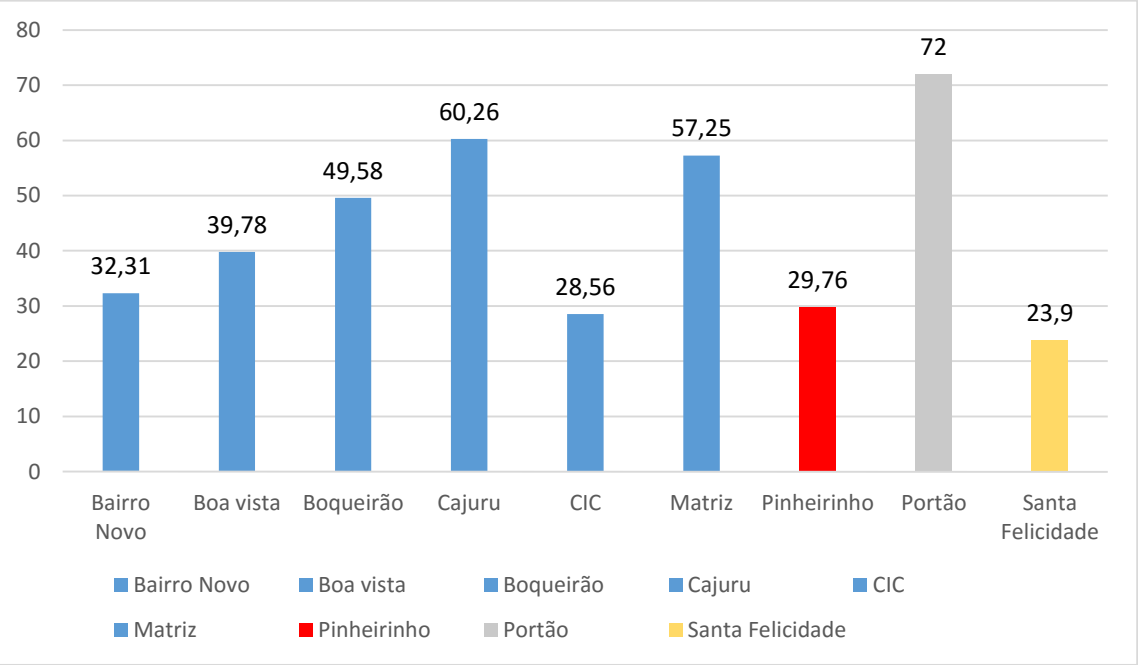
GRÁFICO 2 – NÚMERO DE HABITANTES POR REGIONAL ADMINISTRATIVA EM CURITIBA NO ANO DE 2010 COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC – Banco de Dados (2013).

A densidade populacional da Regional Pinheirinho é de 29,76 hab/ha (habitantes por hectare), bem abaixo da densidade da cidade que é de 40,30 hab/ha, o que remete a observar e identificar no território um crescimento horizontal significativo. No município, conforme gráfico 3, a Regional Administrativa Portão é a que apresenta a maior densidade populacional, 72,0 hab/ha e a Regional Administrativa Santa Felicidade uma densidade populacional de 23,9 hab/ha, sendo esta a menor densidade populacional nas Regionais Administrativas de Curitiba (IPPUC,2013).

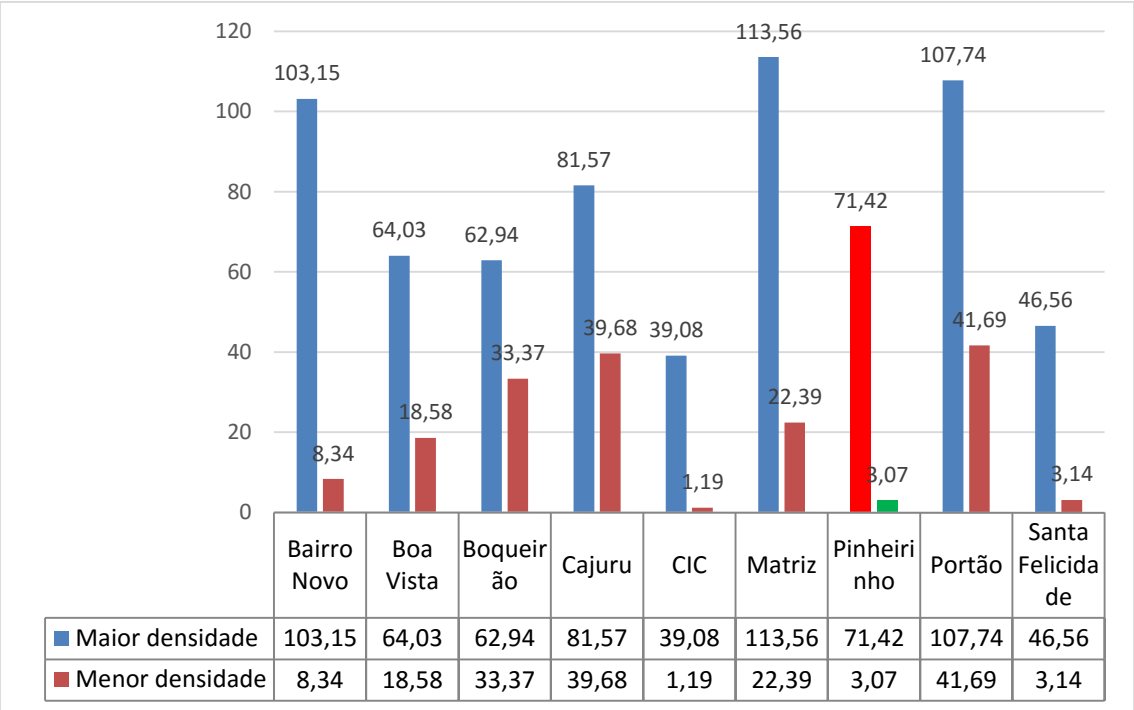
GRÁFICO 3 – DENSIDADE POPULACIONAL DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, SEGUNDO HABITANTES POR HECTARE, COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO, PORTÃO E SANTA FELICIDADE. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: A autora, adaptação de IPPUC, Curitiba (2013).

De acordo com os dados disponíveis nas Regionais Administrativas do Município, os bairros com maior e menor densidade populacional são o Centro com 113,56 hab/ha (Regional Matriz) e o bairro Riviera (Regional CIC) com 1,19 hab/ha respectivamente. Já na Regional Pinheirinho, o Bairro Caximba apresenta a menor densidade populacional 3,07 hab/ha e o Bairro Capão Raso apresenta a maior densidade populacional com 71,42 hab/ha (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 4 – DENSIDADE POPULACIONAL POR REGIONAIS ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.

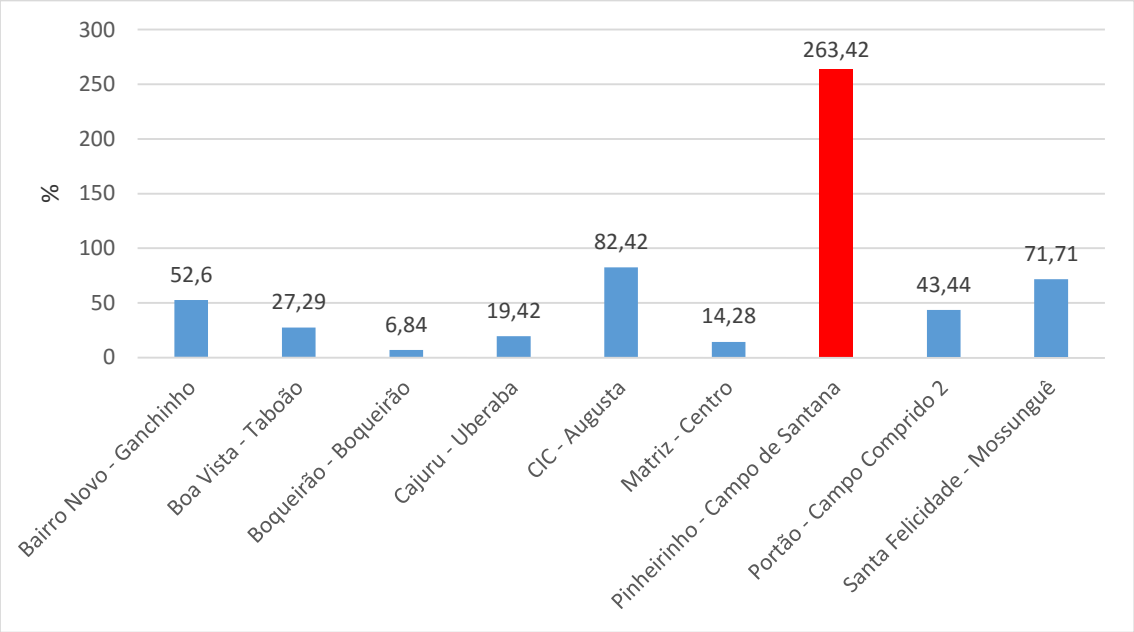


	Bairro Novo	Boa Vista	Boqueirão	Cajuru	CIC	Matriz	Pinheirinho	Portão	Santa Felicidade
Maior densidade	103,15	64,03	62,94	81,57	39,08	113,56	71,42	107,74	46,56
Menor densidade	8,34	18,58	33,37	39,68	1,19	22,39	3,07	41,69	3,14

FONTE: A autora, adaptado de IPPUC, Curitiba (2013).

Com relação ao crescimento populacional por bairros em Curitiba, os dados mostram que entre os anos de 2000 e 2010, o bairro que teve o maior crescimento populacional foi o Campo de Santana com 263,42% que é da Regional Pinheirinho e o menor o Boqueirão com 6,68%, pertencente à Regional Boqueirão (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 5 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS BAIRROS POR REGIONAL ADMINISTRATIVA, SEGUNDO O MAIOR CRESCIMENTO POPULACIONAL NO PERÍODO DE 2000 A 2010, POR REGIONAL ADMINISTRATIVA, COM DESTAQUE PARA O BAIRRO CAMPO DE SANTANA. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: A autora, adaptado de IPPUC, Curitiba (2013).

Com relação à variação populacional, a tabela 1 demonstra que o bairro Campo de Santana apresentou um crescimento de 263,42% entre os anos de 2000 e 2010, ou seja, de 7.335 para 26.657 habitantes, sendo que a densidade de habitantes por hectare é de 12,35, podendo ser considerado o quarto bairro mais denso na Regional (IPPUC, 2013).

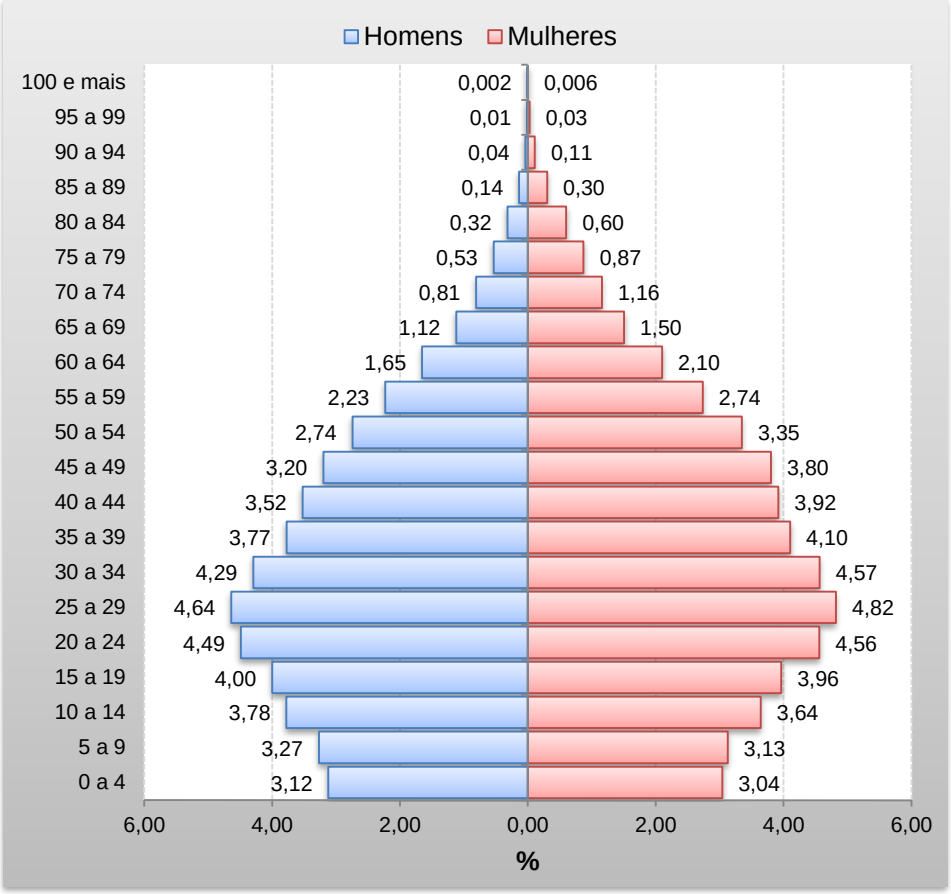
TABELA 1 - POPULAÇÃO, NÚMERO DE HABITANTES, DENSIDADE DEMOGRÁFICA E VARIAÇÃO POPULACIONAL POR BAIRROS DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO EM 2010. CURITIBA/PR, 2015.

Bairros da Regional Pinheirinho	**Número de Habitantes**		**Densidade (habit./ha.)**	**Variação Populacional no período de 2000 a 2010**
	2000	2010		
Campo de Santana	7.335	26.657	12,35	263,42%
Capão Raso	34.376	36.065	71,42	4,91%
Caximba	2.475	2.522	3,07	1,90%
Pinheirinho	49.689	50.401	47,94	1,43%
Tatuquara	36.339	52.780	46,98	45,24%
Regional Pinheirinho	130.214	168.425	29,76	29,34%

FONTE: IPPUC (2013).

Com relação à distribuição da população por faixa etária no município de Curitiba, pode-se observar uma base mais alargada na população de 20 a 30 anos, o que representa um número maior de adultos jovens e adultos. Segundo o Censo do IBGE (2010), Curitiba possui uma população de 1.751.903 habitantes, sendo 835.114 homens e 916.789 mulheres, correspondendo a 47,66% e 52,33% respectivamente.

GRÁFICO 6 – PIRÂMIDE ETÁRIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA SEGUNDO CENSO DE 2010. CURITIBA, 2015.



FONTE: IPPUC – Banco de Dados, adaptado de IBGE, Brasil (2010).

De acordo com os dados populacionais, Curitiba apresenta um número de 269.505 adolescentes, sendo que a Regional que apresenta uma concentração maior de adolescentes é a Regional Boa Vista com 36.490 adolescentes, equivalendo a 13,53%. Destes, 18.629 são do sexo masculino e 17.861 do sexo feminino, representando 51,05% e 48,94%, respectivamente. Já a Matriz é a Regional que apresenta a menor concentração de adolescentes, sendo 21.593 no total, equivalendo a 8,01% do total de adolescentes. Deste total,

10.705 são do sexo masculino e 10.888 são do sexo feminino, representando 49,57% e 50,42%. Na Regional Pinheirinho – conforme tabela 2 – possui um total de 31.125 adolescentes, sendo 15.721 adolescentes do sexo masculino e 15.504 do sexo feminino, representando 11,54% do total de adolescentes, segundo as Regionais Administrativas.

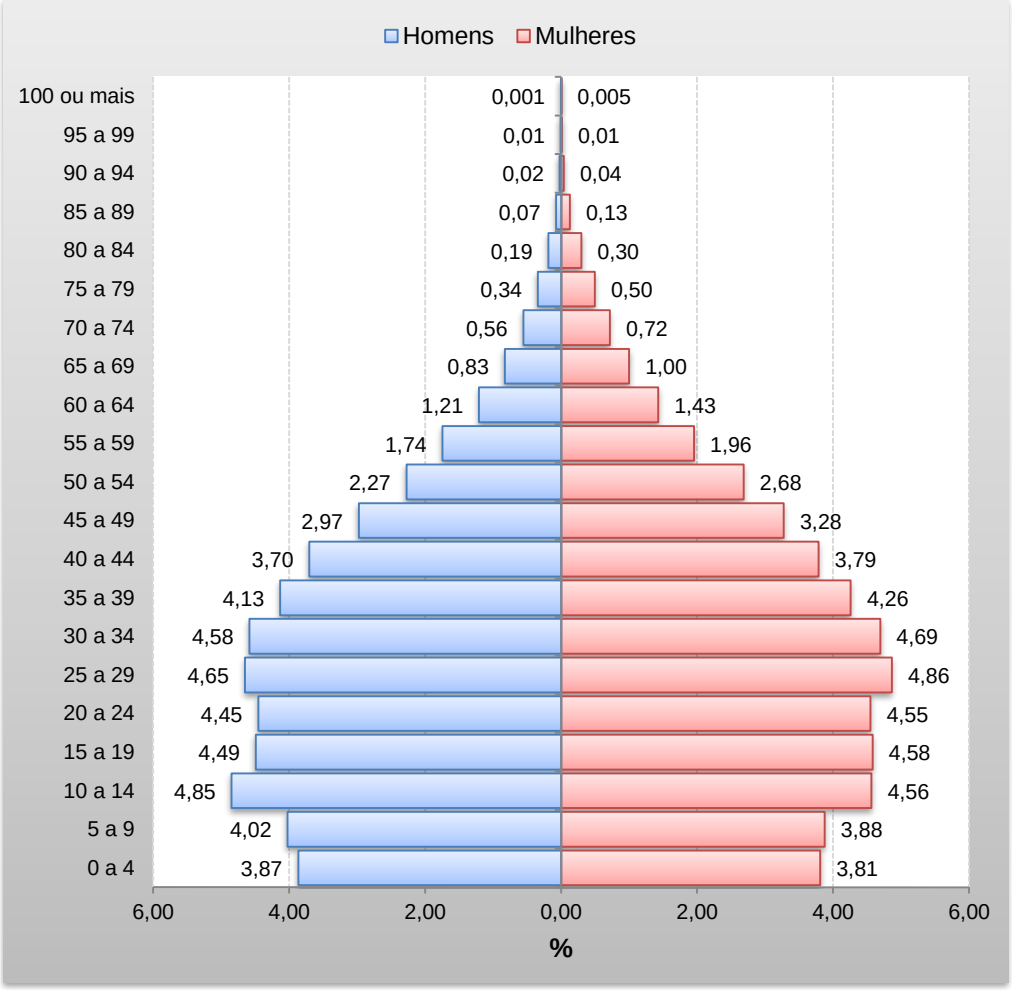
TABELA 2 – NÚMERO DE HABITANTES ADOLESCENTES POR REGIONAL ADMINISTRATIVA, COM DESTAQUE PARA AS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS BOA VISTA, MATRIZ E PINHEIRINHO, SEGUNDO DADOS DO CENSO DO IBGE 2010. CURITIBA/PR, 2015

Regional Administrativa	Faixa etária	Total		Homens		Mulheres	
		Absoluto	Porcentagem	Absoluto	Porcentagem	Absoluto	Porcentagem
Bairro Novo	10 a 14 anos	13406	9,22	6765	4,65	6641	4,57
	15 a 19 anos	13538	9,31	6702	4,61	6836	4,7
Boa Vista	10 a 14 anos	17804	7,16	9120	3,67	8684	3,49
	15 a 19 anos	18686	7,51	9509	3,82	9177	3,69
Boqueirão	10 a 14 anos	15332	7,77	7801	3,95	7531	3,82
	15 a 19 anos	16213	8,22	8226	4,17	7987	4,05
Cajuru	10 a 14 anos	17090	7,93	8691	4,03	8399	3,9
	15 a 19 anos	17799	8,26	9038	4,19	8761	4,07
CIC	10 a 14 anos	15407	8,98	7779	4,54	7628	4,45
	15 a 19 anos	15345	8,95	7710	4,5	7635	4,45
Matriz	10 a 14 anos	8386	4,08	4242	2,06	4144	2,01
	15 a 19 anos	13207	6,42	6463	3,14	6744	3,28
Pinheirinho	10 a 14 anos	15849	9,41	8162	4,85	7687	4,56
	15 a 19 anos	15276	9,07	7559	4,49	7717	4,55
Portão	10 a 14 anos	15363	6,31	7801	3,2	7562	3,11
	15 a 19 anos	17604	7,23	8852	3,64	8752	3,59
Santa Felicidade	10 a 14 anos	11356	7,29	5789	3,72	5567	3,57
	15 a 19 anos	11844	7,6	5992	3,85	5852	3,76
TOTAL		**269505**	**100,0**	**136201**	**7,77**	**136304**	**7,78**
CURITIBA		**1751903**	**100,0**	**835114**	**47,66**	**916789**	**52,33**

FONTE: A autora, adaptado de IBGE, Brasil (2010).

De acordo com os dados da população por faixa etária nas Regionais administrativas de Curitiba, a Regional Pinheirinho apresenta uma base mais alargada, indicando um percentual maior de crianças e jovens (52,58%) que as demais regionais, ou seja, a população jovem da Regional Pinheirinho é composta por 42.087 crianças de zero a catorze anos e de 46.469 jovens e adolescentes entre quinze a vinte e nove anos, no entanto, verifica-se um estreitamento nas faixas etárias abaixo de dez anos, o que permite refletir sobre uma queda de natalidade ou movimento migratório de jovens para aquela população regional, conforme o gráfico 6 a seguir (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 7 – PIRÂMIDE ETÁRIA DO REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO SEGUNDO CENSO DE 2010, CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC – Banco de Dados, adaptado de IBGE, Brasil (2010).

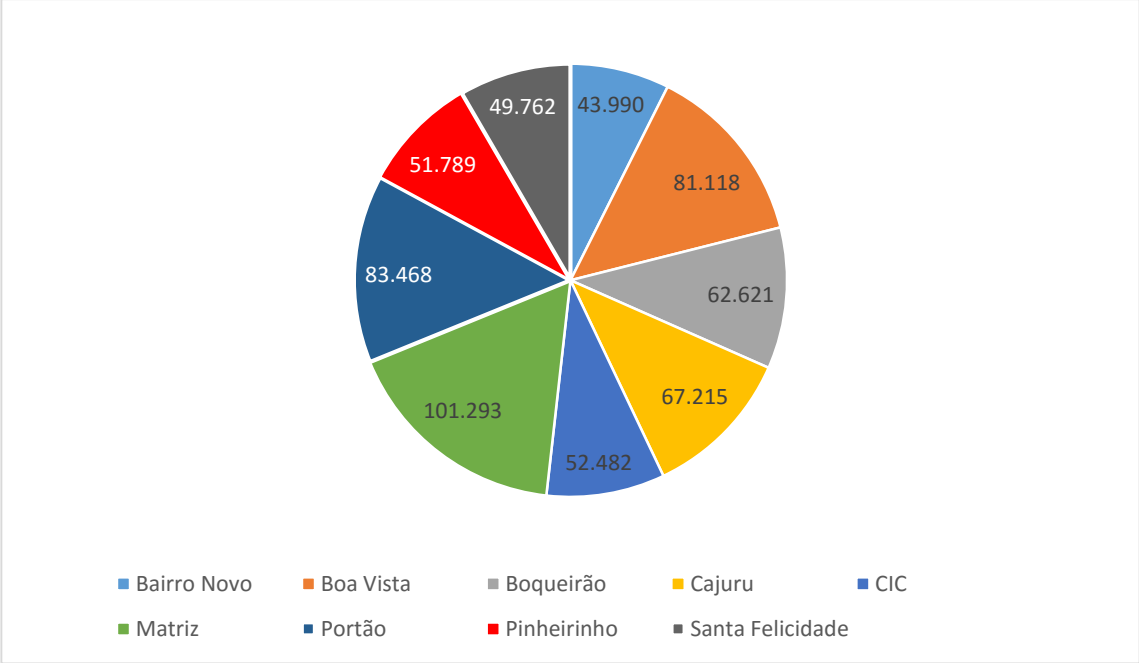
5.1.3 Condições de habitação das residências regulares e irregulares em Curitiba e na Regional Pinheirinho

A cidade de Curitiba, segundo Censo do IBGE, apresenta 635.631 domicílios particulares e coletivos (IBGE, 2010). Destes, 90,8% (575.897) estão ocupados, 1,8% (11.248) têm uso ocasional e 7,4% (46.895) estão vagos (IPPUC, 2012).

De acordo com os dados, os bairros com o maior número de domicílios particulares e coletivos são o CIC, Sítio Cercado, Cajuru, Boqueirão, Uberaba e Centro. Os bairros Mossunguê, São Francisco, Centro, Batel, Campina do Siqueira e Parolin são os bairros com maior número de domicílios vagos, com 7,4% (IPPUC, 2012).

Segundo o IPPUC (2013) a cidade de Curitiba apresenta 593.738 domicílios, de acordo com as Regionais Administrativas, sendo que a quantidade de domicílios se apresenta da seguinte forma: Regional Matriz 101.293 domicílios; Regional Portão 83.468 domicílios; Regional Boa Vista 81.118 domicílios; Regional Cajuru 67.215 domicílios; Regional Bairro Novo 43.990 domicílios; Regional Boqueirão 62.621 domicílios; Regional CIC 52.482 domicílios; Regional Pinheirinho 51.789 domicílios e Regional Santa Felicidade 49.762 domicílios (IPPUC, 2013).

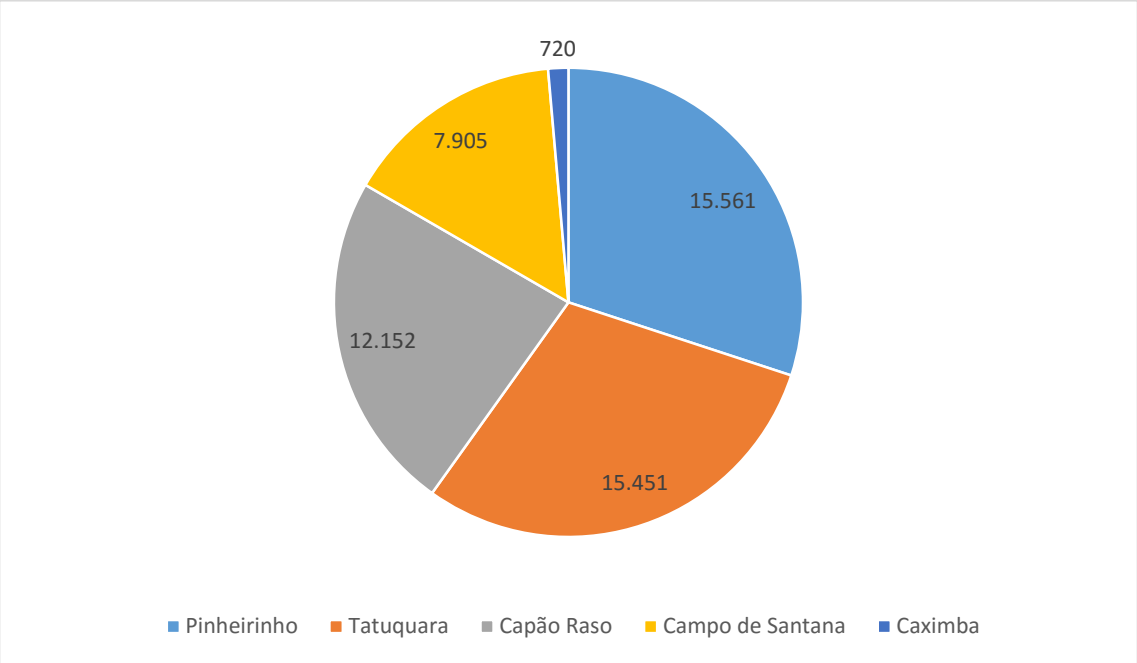
GRÁFICO 8 – NÚMERO DE RESIDÊNCIAS REGULARES POR REGIONAL ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: A autora, adaptado de IPPUC, Curitiba (2013).

Segundo os dados anteriormente apresentados neste estudo, a Regional Administrativa Pinheirinho possui 51.789 domicílios, sendo que este número representa um pouco mais de 9% do total de moradias da Cidade de Curitiba. Dentre os bairros que formam a Regional, o bairro Pinheirinho é o que tem maior quantidade de domicílios, ou seja, possui 15.561 domicílios, seguido dos bairros Tatuquara com 15.451, Capão Raso com 12.152 e o Campo de Santana com 7.905, já o bairro Caximba apresenta apenas 720 domicílios (IPPUC, 2013). Esses dados podem ser observados visualmente pois o bairro Pinheirinho é onde estão concentrados edifícios e condomínios verticais.

GRÁFICO 9 – NÚMERO DE RESIDÊNCIAS REGULARES POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO, CURITIBA, 2015.

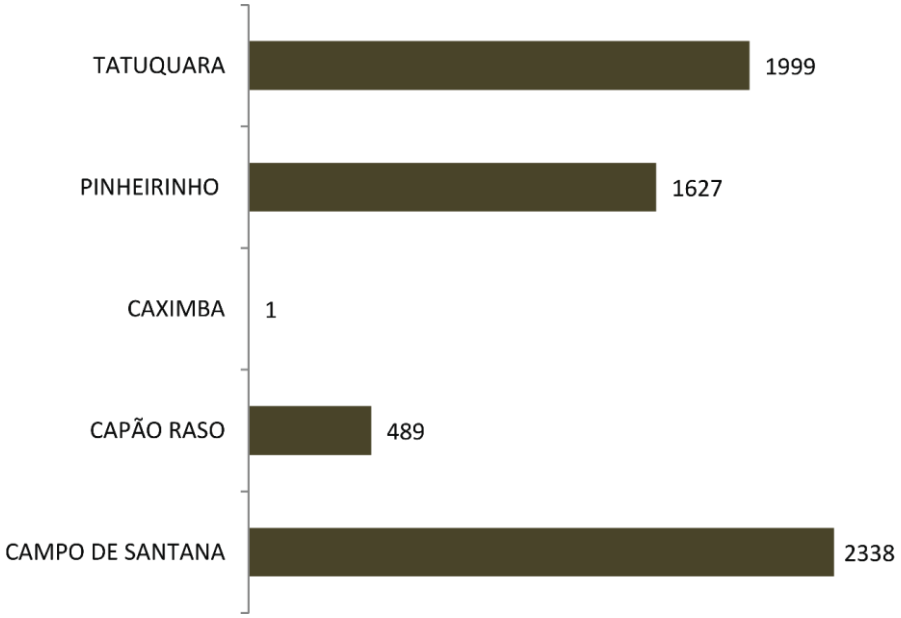


FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A autora (2015).

No período de 2008 a 2012 foi liberada a construção de 16.333 unidades residenciais na Regional Pinheirinho. Destas, 9.879 eram apartamentos e 6.454 eram casas. Na distribuição dessas moradias novas o bairro que mais recebeu casas foi Campo de Santana (2.338 unidades) e o bairro que mais recebeu apartamentos foi o Pinheirinho (4.041 unidades) (IPPUC, 2013). A disponibilização de terrenos para a construção de novas moradias se deu em decorrência do Pacto Federativo da Política Nacional de Habitação, no qual se prevê medidas políticas, legais e administrativas a fim de efetivar o exercício do

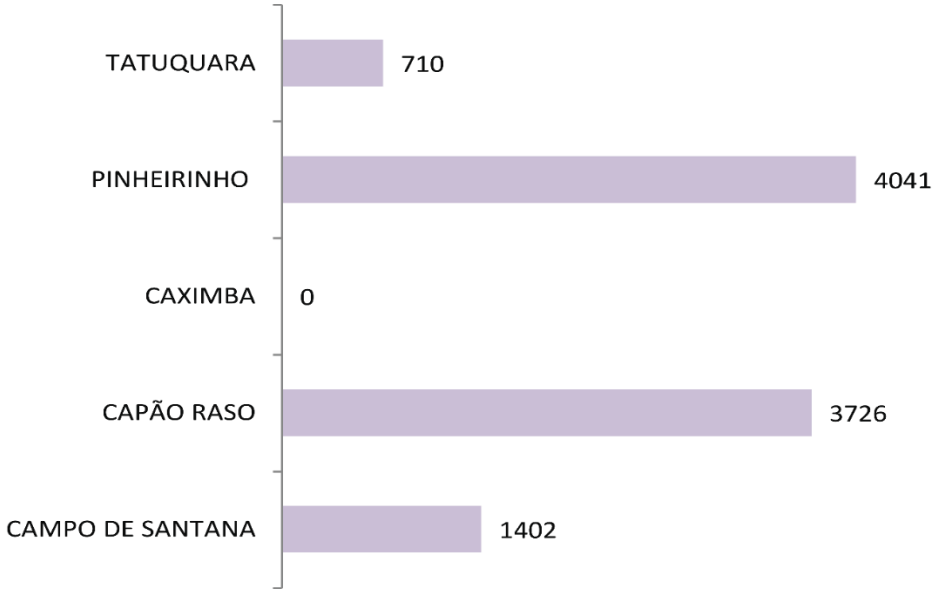
direito social à moradia. O “Programa Minha Casa, Minha Vida” do Governo Federal possui como estratégia diminuir o déficit habitacional do país, onde famílias se inscrevem e a partir do imóvel liberado para posse se inicia o pagamento das prestações (BRASIL, 2004).

GRÁFICO 10 – NÚMERO DE PRODUÇÃO DE UNIDADES RESIDENCIAIS NA MODALIDADE CASA NA REGIONAL PINHEIRINHO NO PERÍODO DE 2008 A 2012. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC (2013)

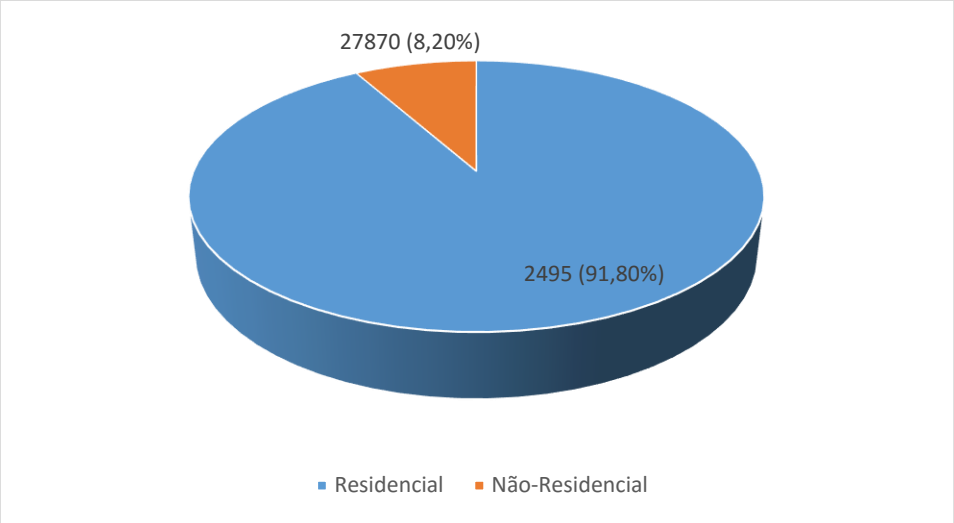
GRÁFICO 11 – NÚMERO DE PRODUÇÃO DE UNIDADES NA MODALIDADE APARTAMENTO NA REGIONAL PINHEIRINHO, NO PERÍODO DE 2008 E 2012.CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC (2013).

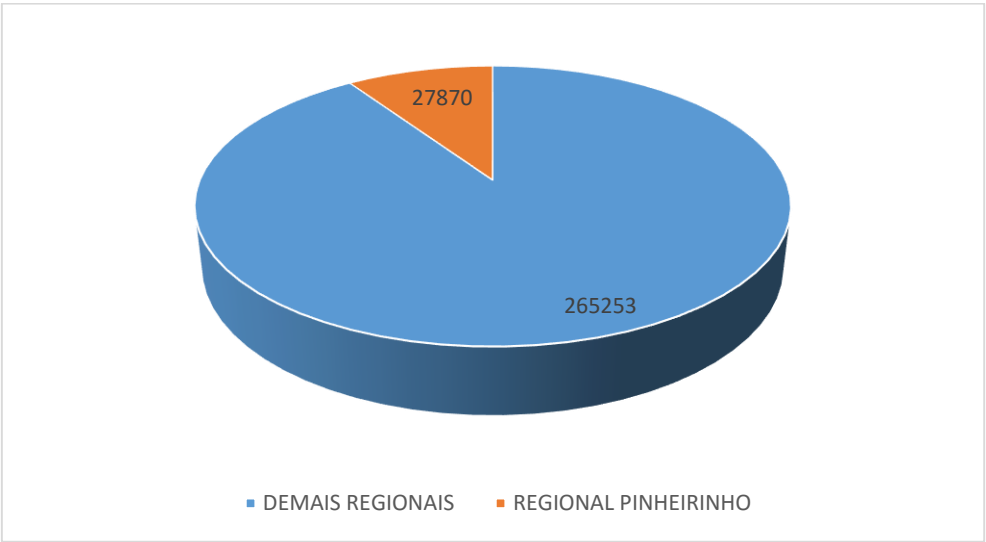
No período de 2000 a 2012, a produção de imóveis para fins residenciais na Regional Pinheirinho foi de 91,8% (IPPUC, 2013), enquanto na cidade de Curitiba, do ano de 2000 a 2010, a produção de imóveis para residências foi de 167,6% (Agência Curitiba de Desenvolvimento S/A, 2015).

GRÁFICO 12 - PERCENTUAL DE PRODUÇÃO DE UNIDADES RESIDENCIAIS EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO TOTAL DA REGIONAL PINHEIRINHO NO PERÍODO DE 2000 A 2012. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC – Setor de Monitoramento (2013).

GRÁFICO 13 - PERCENTUAL DA PRODUÇÃO DE UNIDADES RESIDENCIAIS NA REGIONAL PINHEIRINHO EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO TOTAL DE UNIDADES RESIDENCIAIS NO PERÍODO DE 2000 A 2012. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC – Setor de Monitoramento (2013).

Com relação às moradias irregulares, a Regional Pinheirinho tem 44 áreas identificadas nessa modalidade, nas quais se contata 6.148 domicílios e 23.670 habitantes, o que representa 14,05% da população moradora da Regional (IPPUC, 2013).

O bairro que apresenta a maior quantidade de residências irregulares é o Pinheirinho, com 16 áreas no total, sendo encontrados 1.448 domicílios e identificados 5.575 habitantes nessas áreas. Em seguida vem o bairro Tatuquara, com um total de 2.879 domicílios em áreas irregulares e 11.089 habitantes (IPPUC, 2013).

O Campo de Santana, conforme demonstrado na tabela 3 a seguir, possui seis áreas de ocupação em situação irregular, com 804 domicílios e 3.095 habitantes e o bairro do Capão Raso tem sete áreas de ocupações em situação irregular, totalizando 307 domicílios e 1.178 habitantes. O bairro com menor quantidade de residências irregulares é o Caximba, que tem apenas seis, com 662 domicílios e 2.548 moradores (IPPUC, 2013). De acordo com os dados apresentados na tabela 3, a média de habitantes por domicílio em área irregular é de 3,8.

Tabela 3 – NÚMERO DE OCUPAÇÕES IRREGULARES COM AS VARIÁVEIS DOMICÍLIOS E POPULAÇÃO E MÉDIA DE HABITANTES POR DOMICÍLIO NA REGIONAL PINHEIRINHONO ANO DE 2013 (recorte). CURITIBA/PR,2015.

BAIRRO	DOMICÍLIOS	POPULAÇÃO	NOME	Média de habitantes por domicílio
CAMPO DE SANTANA	134	516	CALIFORNIA II	3,85
CAMPO DE SANTANA	357	1374	OLINDA II	3,84
CAMPO DE SANTANA	180	693	RURBANA	3,85
CAMPO DE SANTANA	115	443	DOM BOSCO II	3,85
CAMPO DE SANTANA	18	69	PROLOCAR JD. DOM BOSCO II	3,83
CAMPO DE SANTANA	226	870	VILA 77	3,84

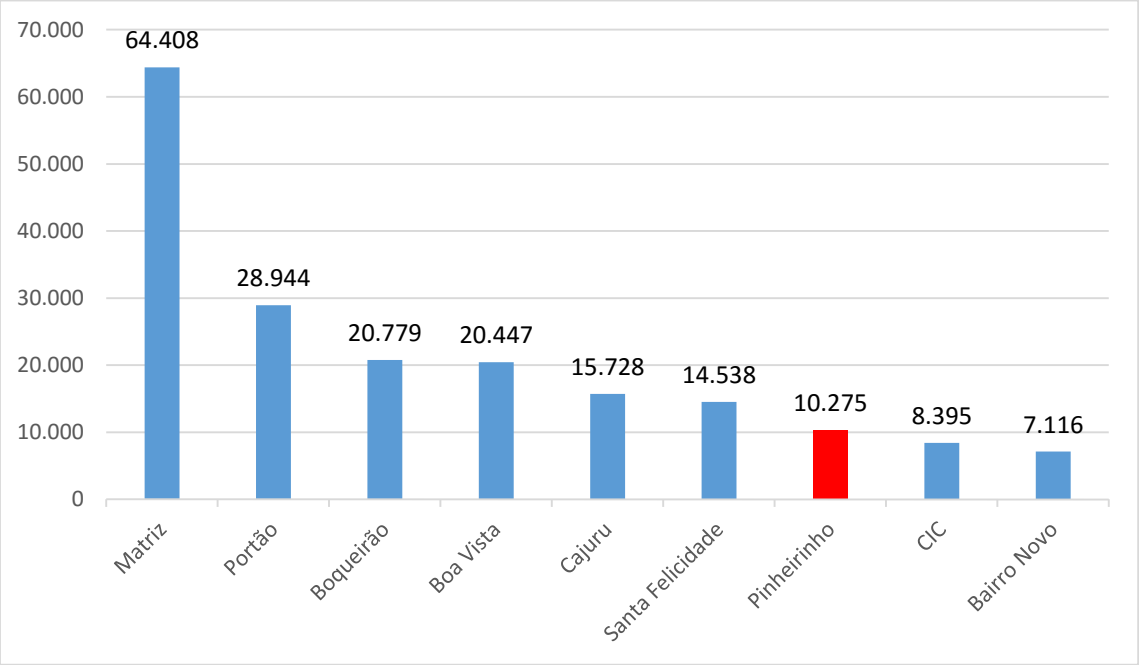
FONTE: IPPUC – Geoprocessamento e COHAB/CT (2013)
Elaboração: A autora, (2015).

5.1.4 Caracterização das atividades econômicas em Curitiba e Regionais Administrativas

5.1.4.1 Atividade Econômica

Curitiba apresenta 190.630 estabelecimentos formais exercendo atividades econômicas, segundo os dados de 2011. A Regional Pinheirinho apresenta 10.275 estabelecimentos, o que corresponde a 5,39% do total de Curitiba (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 14 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA QUANTIDADE DE ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR REGIONAL ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA NO ANO DE 2011, SEGUNDO DADOS DE CADASTRO DE LIBERAÇÃO DE ALVARÁS, COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.

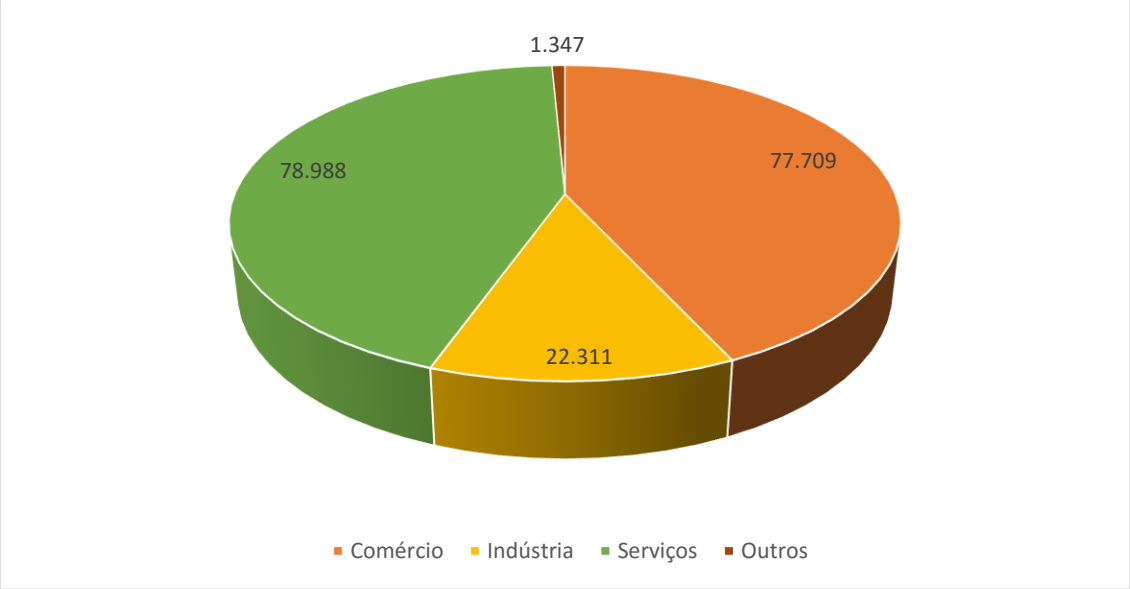


FONTE: SMF/ Cadastro de Liberação de Alvarás (2011).
Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração (2013).
Nota: Estabelecimentos classificados de acordo com sua atividade principal contabilizados até dez/2011.

Para as apresentações sobre a caracterização econômica de estabelecimentos formais, os estudos classificam as atividades econômicas em três setores: comércio, serviço, indústria e outros. No município de Curitiba o setor que tem participação preponderante é o Setor de Serviços com 78.988 estabelecimentos dessa modalidade, seguidos pelos setores do comércio e da

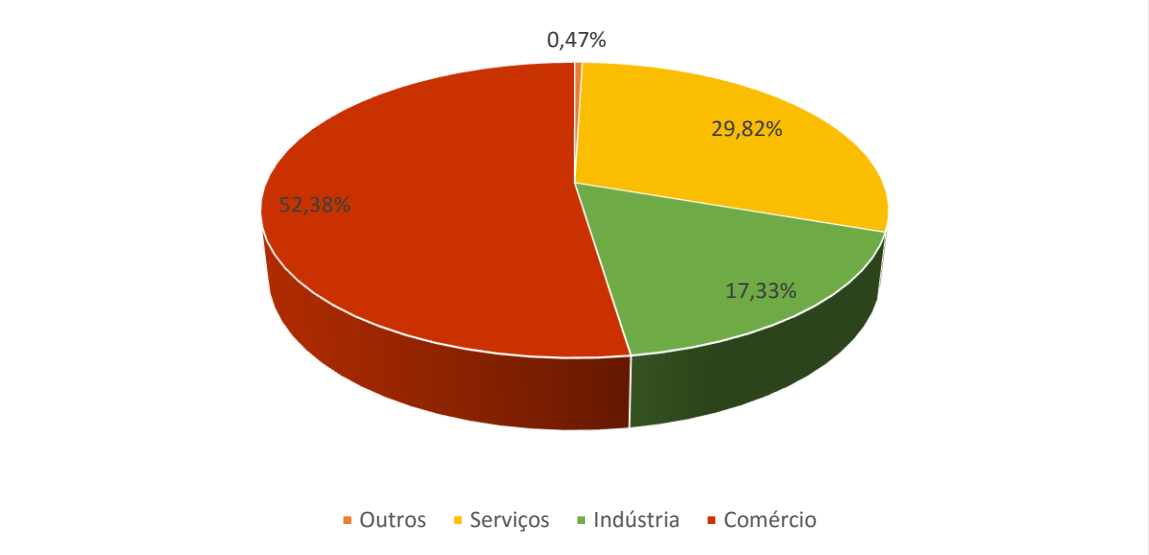
indústria, com 77.709 e 22.311 respectivamente. Já na Regional Pinheirinho o setor comercial tem a participação preponderante de 52,38% em relação ao total de estabelecimentos formais na Regional (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 15 – DISTRIBUIÇÃO ECONÔMICA POR SETORES NO MUNICIPÍO DE CURITIBA NO ANO DE 2011. CURITIBA/PR 2015.



FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A autora (2015).

GRÁFICO 16 - DISTRIBUIÇÃO ECONÔMICA POR SETORES NA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO NO ANO DE 2011. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: SMF/ Cadastro de Liberação de Alvarás (2011).
Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração (2013).

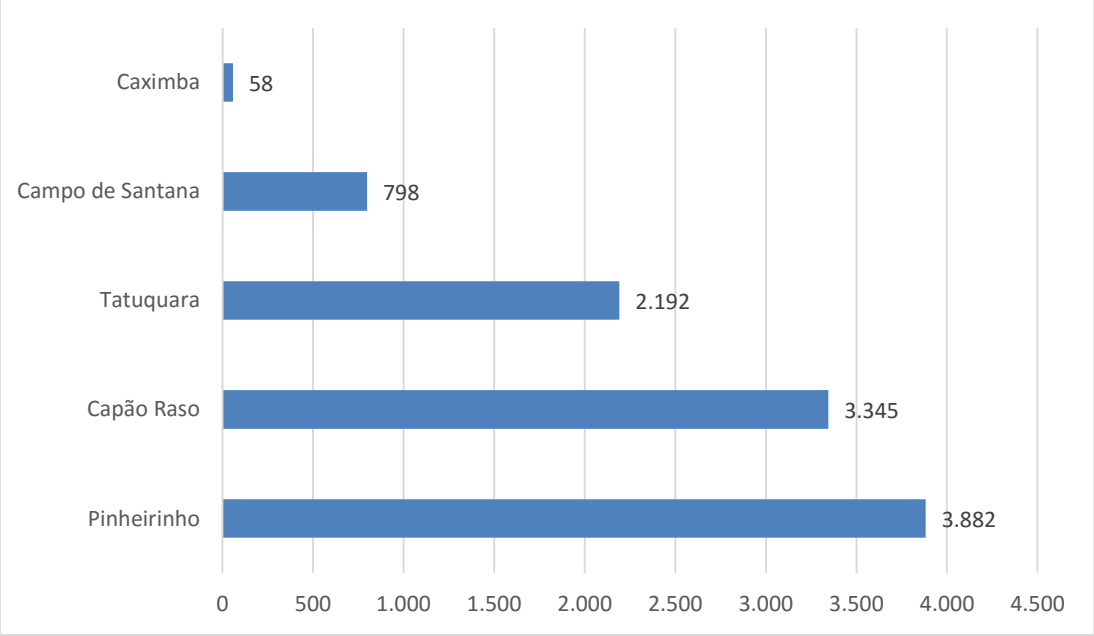
De acordo com os dados apresentados podemos observar na tabela 4 a seguir que os bairros Capão Raso e Pinheirinho concentram 70% dos estabelecimentos formais da Regional e que a participação dos bairros Caximba e Campo de Santana é de apenas 8,33%, o que representa menos de um estabelecimento econômico por hectare nesses territórios (IPPUC, 2013).

TABELA 4 – NÚMERO DE ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR BAIRRO DE ACORDO COM O SETOR NA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO NO ANO DE 2011. CURITIBA/PR, 2015.

Bairro	**Setores Econômicos**				
	Indústria	**Comércio**	**Serviços**	**Outros**	**Total**
Caximba	27	19	12	0	58
Campo de Santana	228	369	198	3	798
Tatuquara	329	1.417	445	1	2.192
Capão Raso	554	1.612	1.157	22	3.345
Pinheirinho	643	1.965	1.252	22	3.882
Total	**1.781**	**5.382**	**3.064**	**48**	**10.275**

FONTE: IPPUC (2013).
Nota: Estabelecimentos classificados de acordo com sua atividade principal contabilizados até dez/2011.

GRÁFICO 17 – NÚMEROTOTAL DE ESTABELECIMENTOS ECONÔMICOS POR BAIRRO NA REGIONAL PINHEIRINHO NO ANO DE 2011. CURITIBA/PR, 2015.

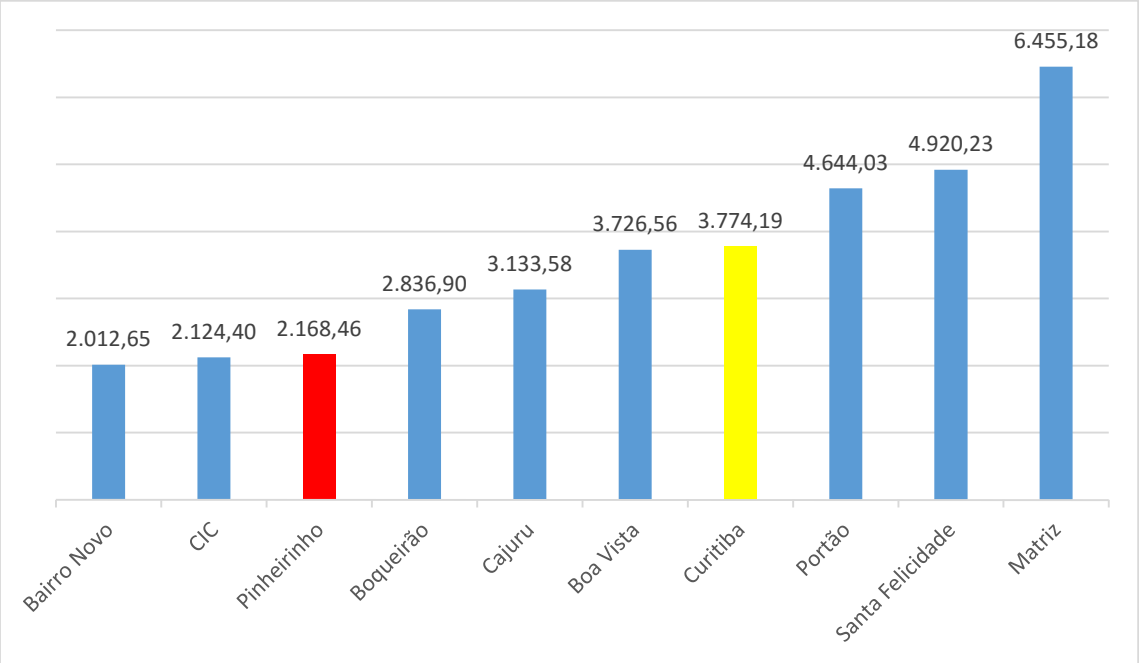


FONTE: SMF/Cadastro de Liberação de Alvarás (2011).
Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração (2013).

5.1 4.2 Rendimento médio por domicílio particular permanente

De acordo com os dados do Censo de 2010 Curitiba apresentou um rendimento médio de R$ 3.774,19 dos domicílios particulares permanentes. Na Regional Pinheirinho, o rendimento médio apresentou 42,5% abaixo do rendimento médio obtido pelo Município, ou seja, apresentou um valor médio de R$ 2.168,48 (IPPUC, 2013).

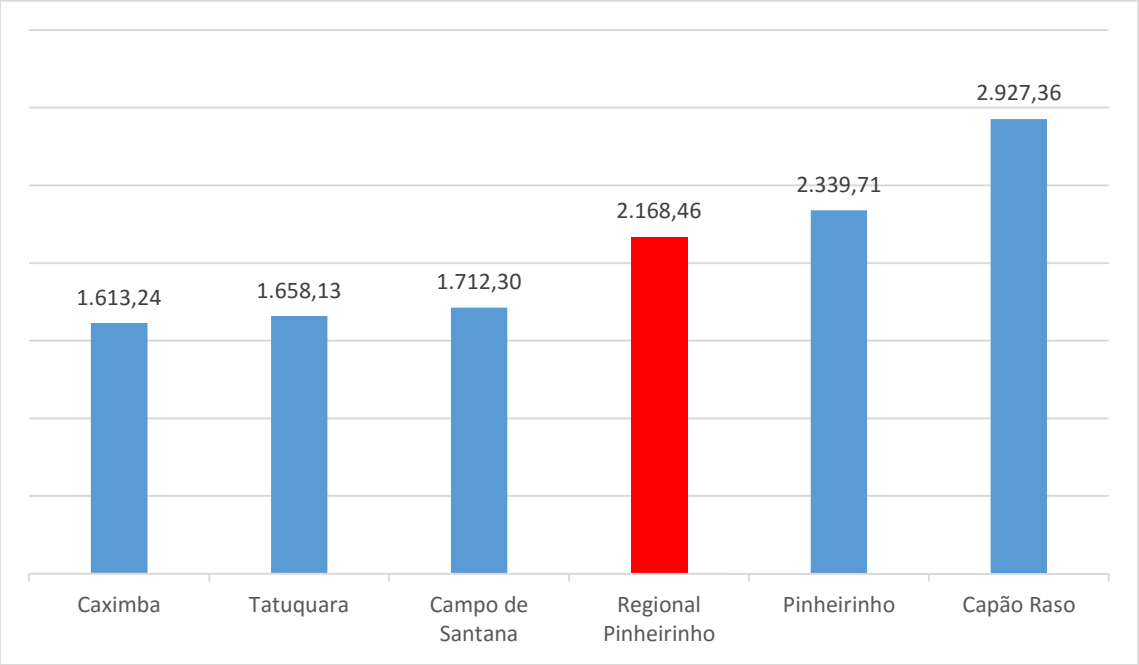
GRÁFICO 18 - RENDIMENTO MÉDIO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES (P.P) DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS E DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, COM DESTQUE PARA A REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO, SEGUNDO CENSO DE 2010. CURITIBA, 2015.



FONTE: IBGE, Brasil (2010).
Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração, Curitiba (2013).

Segundo os dados apresentados no gráfico, as Regionais Bairro Novo, CIC e Pinheirinho, apresentaram os menores rendimentos médios dos domicílios particulares. Na Regional Pinheirinho, os bairros Caximba, Tatuquara e Campo de Santana apresentaram os menores rendimentos médios dos domicílios particulares na Regional, sendo também, os menores na Cidade e, no outro extremo – maiores rendimentos médios dos domicílios particulares – temos o Bairro Capão Raso, sendo 35% de rendimento acima do rendimento médio da Regional (IPPUC, 2013).

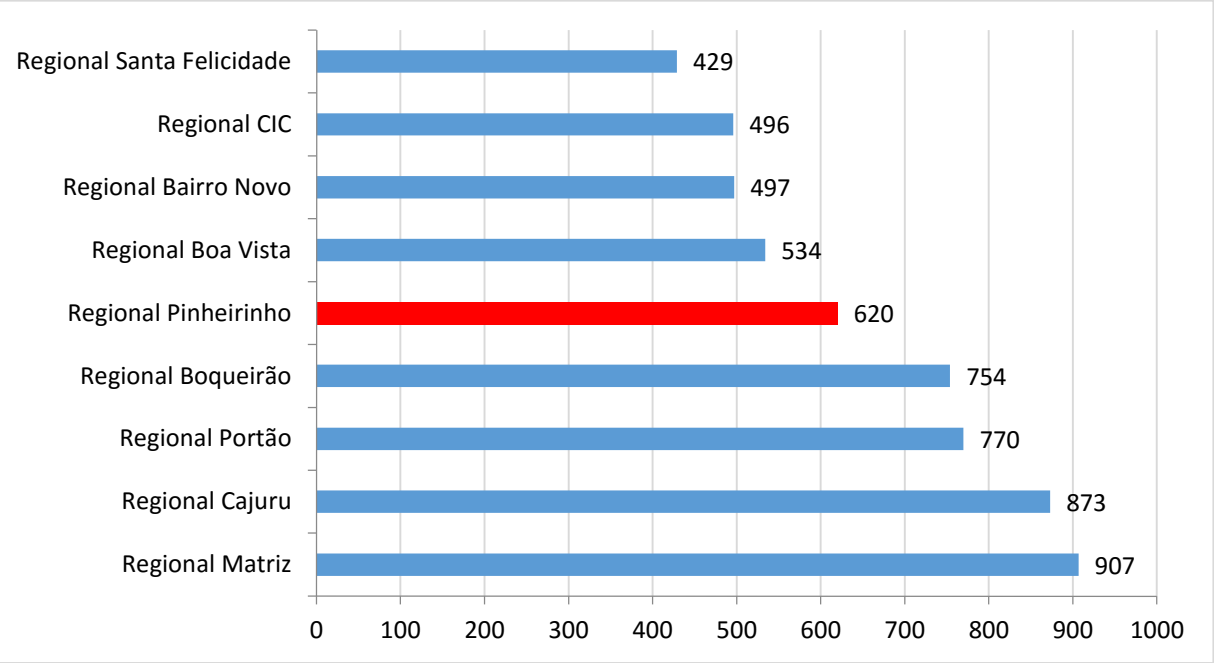
GRÁFICO 19 - RENDIMENTO MÉDIO DOS BAIRROS REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES E RENDIMENTO MÉDIO DA REGIONAL PINHEIRINHO, SEGUNDO CENSO 2010, CURITIBA 2015.



FONTE: IBGE, Brasil (2010).
Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração, Curitiba (2013).

Já em relação ao rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* de até 70,00 reais, os dados levantados pelo IBGE no censo de 2010 demonstraram que Curitiba apresenta 5.451 domicílios nessa situação. A Regional Pinheirinho possui 620 domicílios nessa modalidade, representando um valor referente a 10,54% do total dos domicílios do Município nessa situação, uma situação que atinge uma população de 1.787 habitantes (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 20 - NÚMERO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, COM RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA DE ATÉ 70 REAIS COM DESTAQUE PARA A REGIONAL PINHEIRINHO, SEGUNDO O CENSO DE 2010, CURITIBA, 2015.



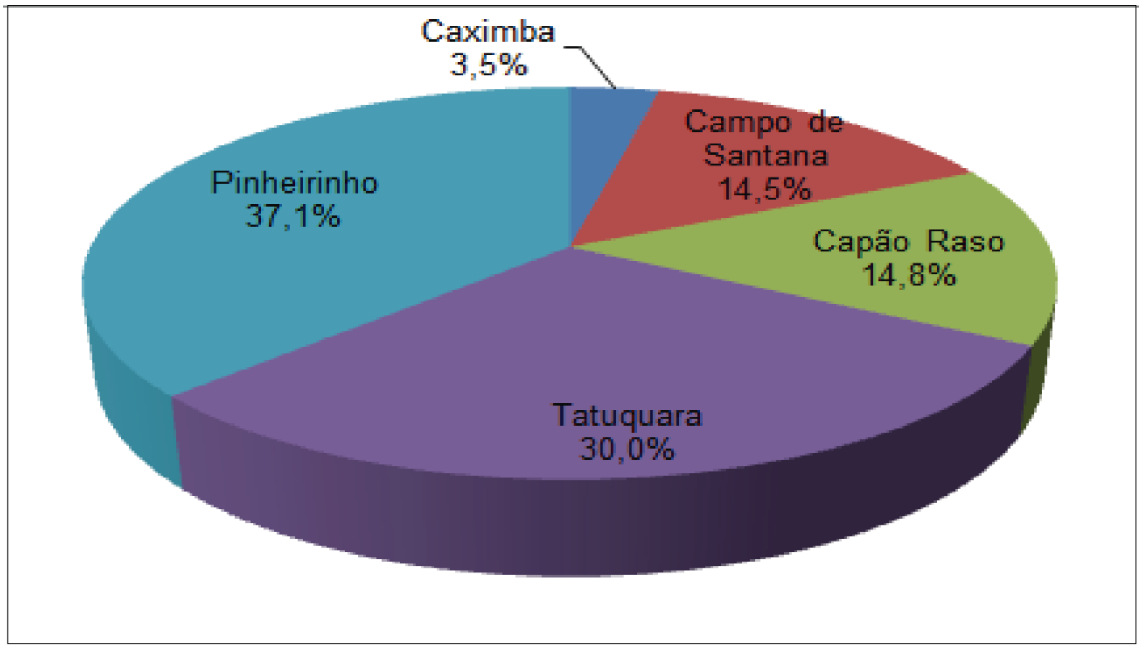
FONTE: IBGE (2010).
Elaboração: IPPUC (2013).
Nota: Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico de 2010.

TABELA 5 –NÚMERO DE DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES E POPULAÇÃO RESIDENTE NA REGIONAL PINHEIRINHO, COM RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA DE ATÉ 70 REAIS, SEGUNDO CENSO DE 2010. CURITIBA/PR, 2015

Bairros	**Domicílios particulares permanentes, com rendimento mensal domiciliar *per capita* de até 70 reais (1)**	**População residente em domicílios particulares permanentes, com rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* de até 70 reais (1)**
Tatuquara	186	633
Pinheirinho	230	592
Capão Raso	92	199
Campo de Santana	90	288
Caximba	22	75
Regional Pinheirinho	620	1.787

FONTE: IBGE (2010).
Elaboração: IPPUC (2013).
Nota: Resultados Preliminares do Universo do Censo Demográfico de 2010.

GRÁFICO 21 - DISTRIBUIÇÃO DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES, COM RENDIMENTO NOMINAL MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA DE ATÉ 70 REAIS, SEGUNDO O CENSO DE 2010. CURITIBA/PR, 2015.

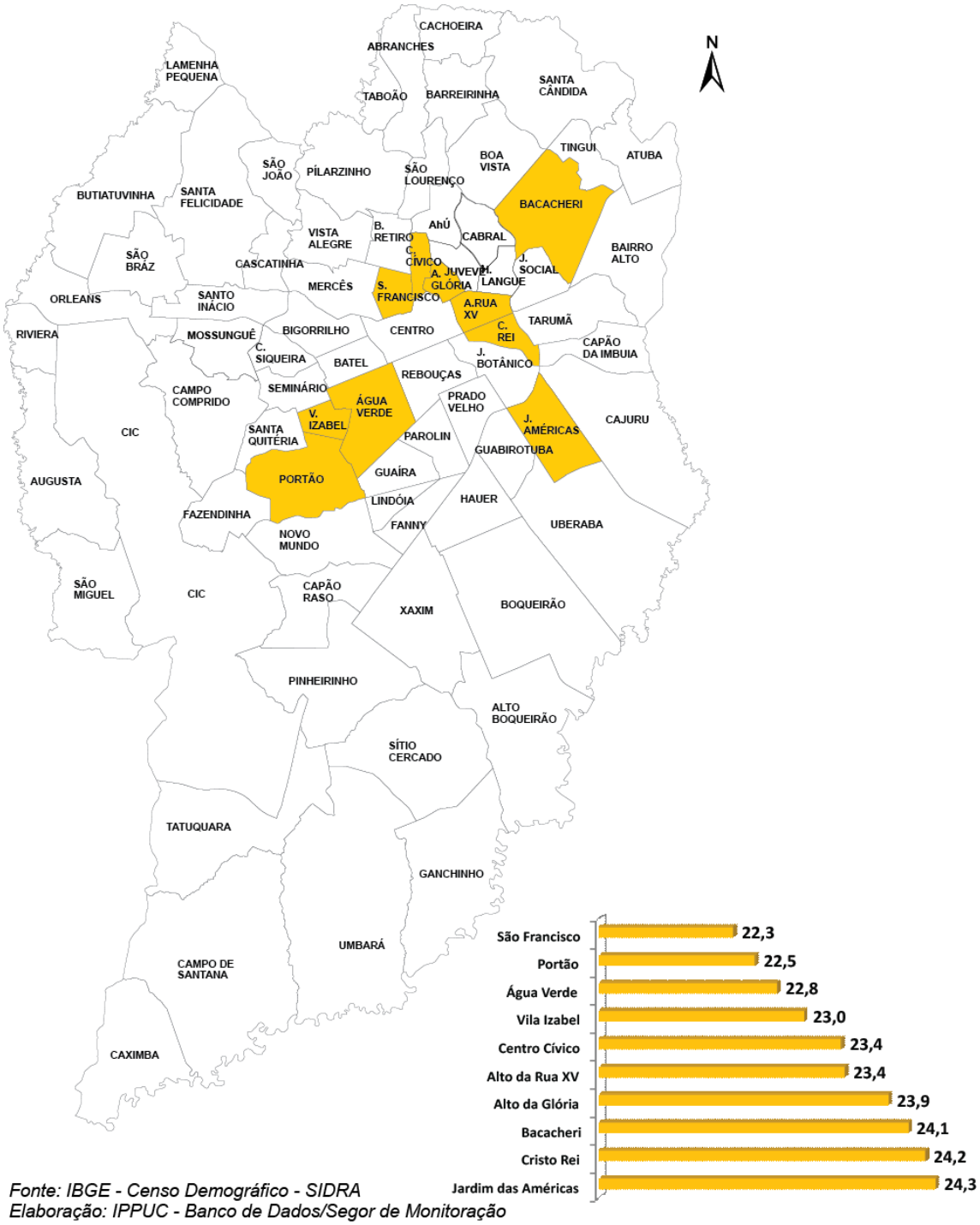


FONTE: IBGE - Resultados Preliminares do Universo de Censo Demográfico (2010).
Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração (2013).
Nota: Observa-se que a somatória dos percentuais é igual a 100,2, porém os dados estão apresentados desta forma pelo Setor de Monitoração do IPPUC, assim não tivemos acesso aos dados primários para efetuar a correção.

5.1.4.3 Classe de Renda

De acordo com a distribuição das classes de renda – considerada por faixa de renda familiar mensal – Curitiba apresenta uma concentração de 42,61% nas classes de renda de até três salários mínimos. Mas vale ressaltar que onze bairros apresentam uma concentração de 40% com renda domiciliar superior a 5 salários mínimos, conforme figura abaixo (IPPUC, 2012).

Figura 7– BAIRROS DO MUNICIPIO DE CURITIBA QUE APRESENTAM MAIS DE 40% DOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES COM RENDA SUPERIOR À 5 SALÁRIOS MÍNIMOS NO ANO DE 2010. CURITIBA/PR, 2015.

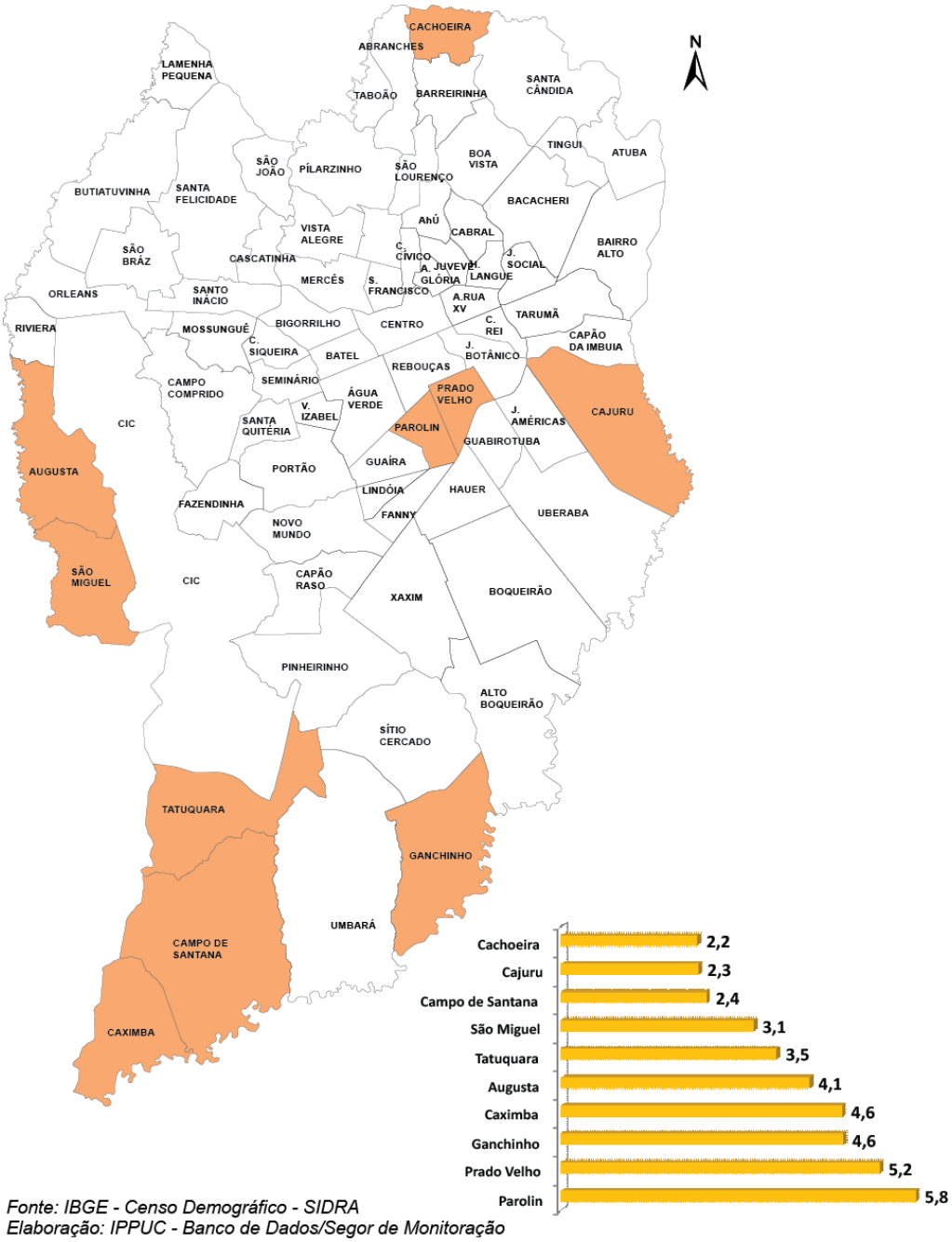


FONTE: IPPUC, 2012

A Regional Pinheirinho apresenta predominância das classes de renda com menor poder aquisitivo, ou seja, concentração de famílias nas classes de renda de até 3 salários mínimos (44,92%), destes destacam-se os bairros

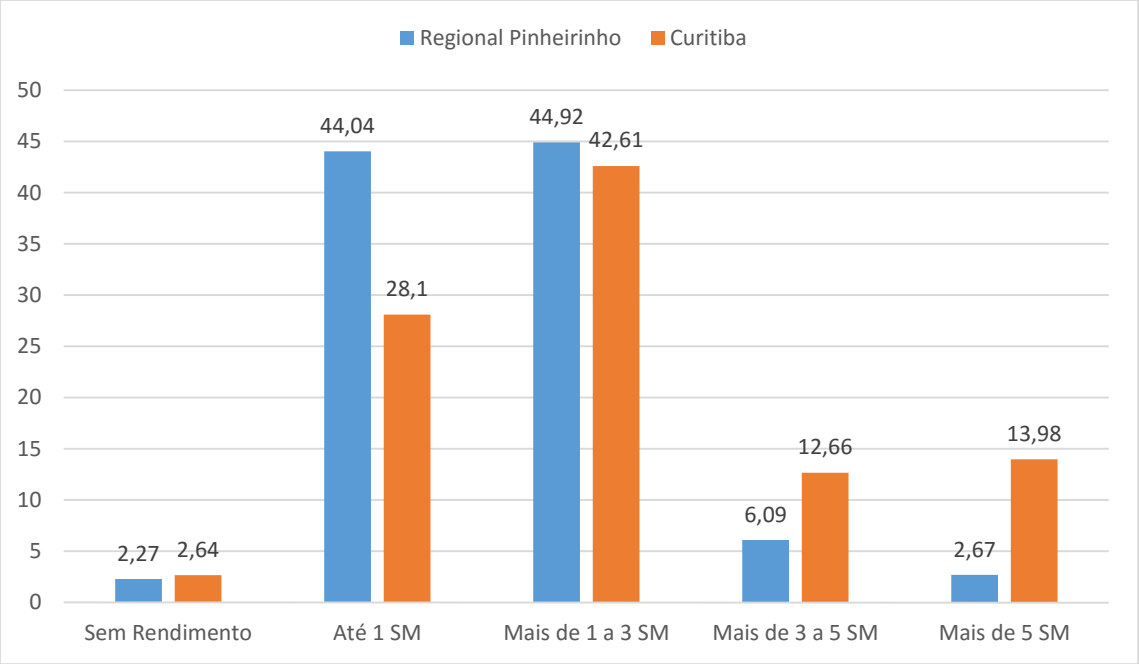
Tatuquara, Campo de Santana e Caximba com concentração da renda de ¼ a 1 salário mínimo, conforme Figura e Gráfico a seguir (IPPUC, 2012).

Figura 8–BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COM MAIS DOMICILIOS PARTICULARES PERMANENTES COM RENDA ENTRE ¼ E 1 SALÁRIO MÍNIMO NO ANO DE 2010. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC, 2012

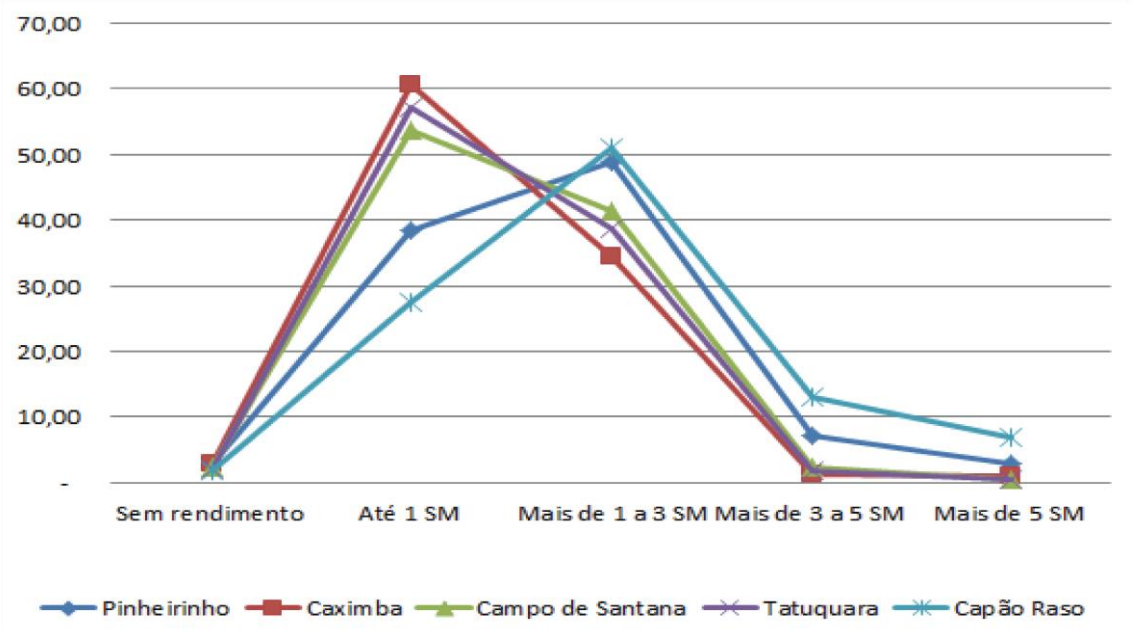
GRÁFICO 22 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS P.P POR CLASSES DE RENDIMENTO DOMICILIAR PER CAPITA DA REGIONAL PINHEIRINHO E CURITIBA, SEGUNDO O CENSO DE 2010. CURITIBA/PR 2015



FONTE: IBGE – Censo Demográfico – SIDRA (2010).
Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração (2013).
Nota: Segundo o Setor de Monitoração do IPPUC o Salário Mínimo de referência utilizado no estudo corresponde à R$ 510,00.

Conforme a figura 23, os bairros Caximba, Campo de Santana e Tatuquara apresentam distribuição similar com predominância das classes com menor poder aquisitivo, ou seja, prevalece a classe de renda abaixo de 1 salário mínimo. No entanto, há menos domicílios em classe de renda acima de 3 salários mínimos e observa-se que os bairros Pinheirinho e Capão Raso apresentam uma situação melhor que os demais bairros da regional, mas ainda inferior a situação encontrada no Município (IPPUC 2013).

GRÁFICO 23 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DOMICÍLIOS P.P POR CLASSES DE RENDIMENTO DOMICILIAR PERCAPITA DOS BAIRROS DA REGIONAL PINHEIRNHO, SEGUNDO O CENSO DE 2010, 2015



FONTE: IBGE – Censo Demográfico – SIDRA (2010).
Elaboração: IPPUC – Setor de Monitoração (2013).
Nota: 1 – Os dados são do Universo
2 – Salário mínimo utilizado: R$ 510,00
3 – Domicílios P.P. – Particular Permanente

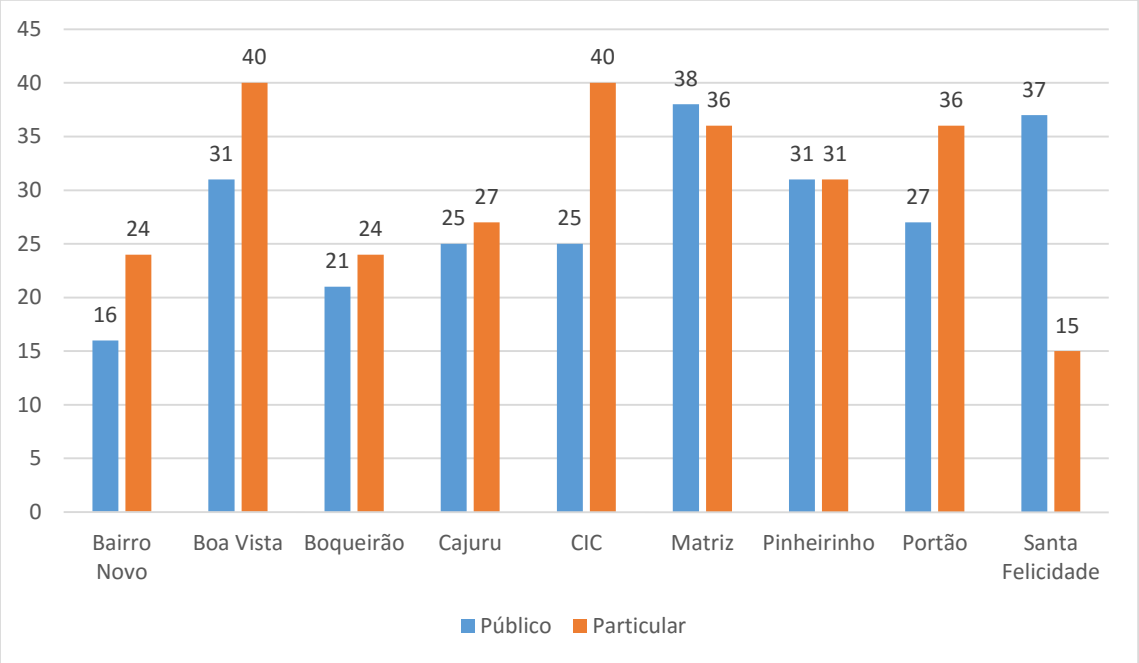
5.1.5 Equipamentos de abastecimento públicos e privados em Curitiba e Regionais Administrativas

Curitiba conta com 462 equipamentos de abastecimento, públicos e particulares[2], divididos nas nove Regionais Administrativas. A Regional que mais possui equipamentos públicos e particulares de abastecimento é a Regional Matriz com 74 equipamentos e, em seguida, vem a Regional Boa Vista com 71, representando, respectivamente, 16,01% e 15,36 do total de equipamentos públicos e particulares do município. A Regional que apresenta menor número de equipamentos públicos e particulares é a Regional Bairro Novo com 40

[2]Equipamento Público e Privado – Equipamento urbano, segundo a norma brasileira NBR 9284, é um termo que designa todos os bens públicos ou privados, de utilidade pública, destinado à prestação de serviços necessários ao funcionamento da cidade, implantados mediante autorização do poder público, em espaços públicos e privados.

equipamentos, o que representa 8,65% do total de equipamentos da Cidade (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 24 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE ABASTECIMENTO PÚBLICOS E PARTICULARES EM CURITIBA POR REGIONAL ADMINISTRATIVA. CURITIBA 2015.

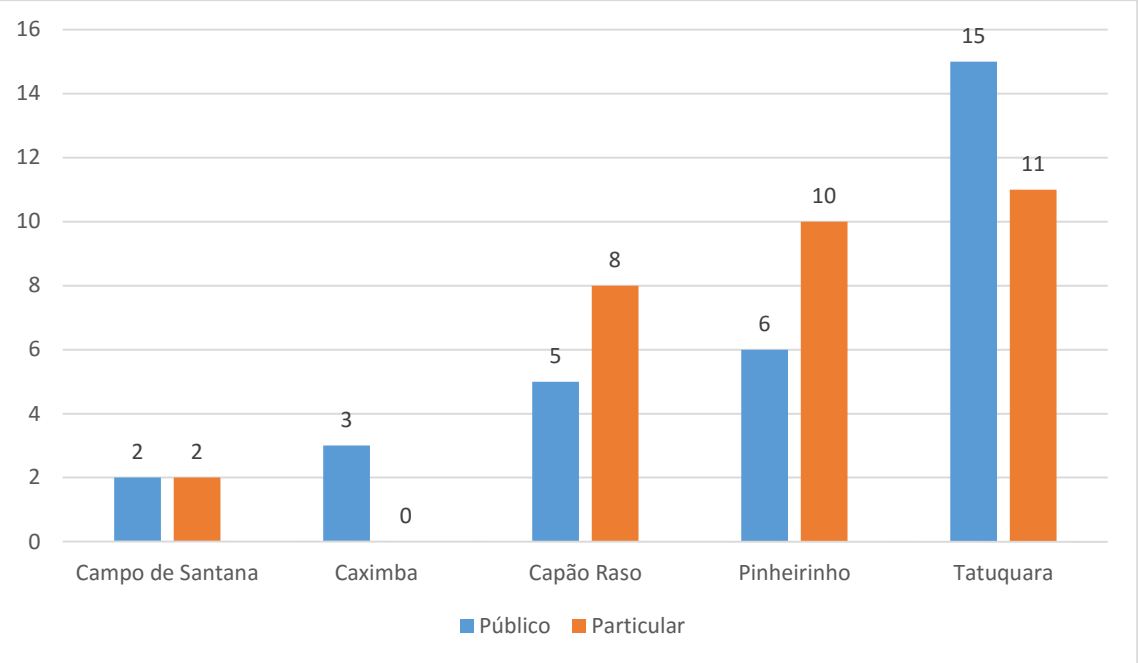


FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A Autora (2015).

A Regional Pinheirinho é atendida por 62 equipamentos de abastecimento, sendo 31 deles particulares e 31 públicos municipais (Conforme Gráfico 25). Dentre o número total de equipamentos públicos, o bairro Tatuquara apresenta 15 estabelecimentos, sendo nove plantações rurais, dois armazéns da Família e quatro pontos do Câmbio Verde. Já o bairro Campo de Santana possui um armazém da Família e um Câmbio Verde (IPPUC, 2013).

Em relação aos equipamentos particulares, a Regional possui um hipermercado e nove supermercados no Pinheirinho e 21 supermercados distribuídos entre os bairros Tatuquara, Capão Raso e Campo de Santana, que contam com onze, oito e dois supermercados, respectivamente (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 25 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS E PARTICULARES POR BAIRRO NA REGIONAL PINHEIRINHO, CURITIBA-PR, 2015

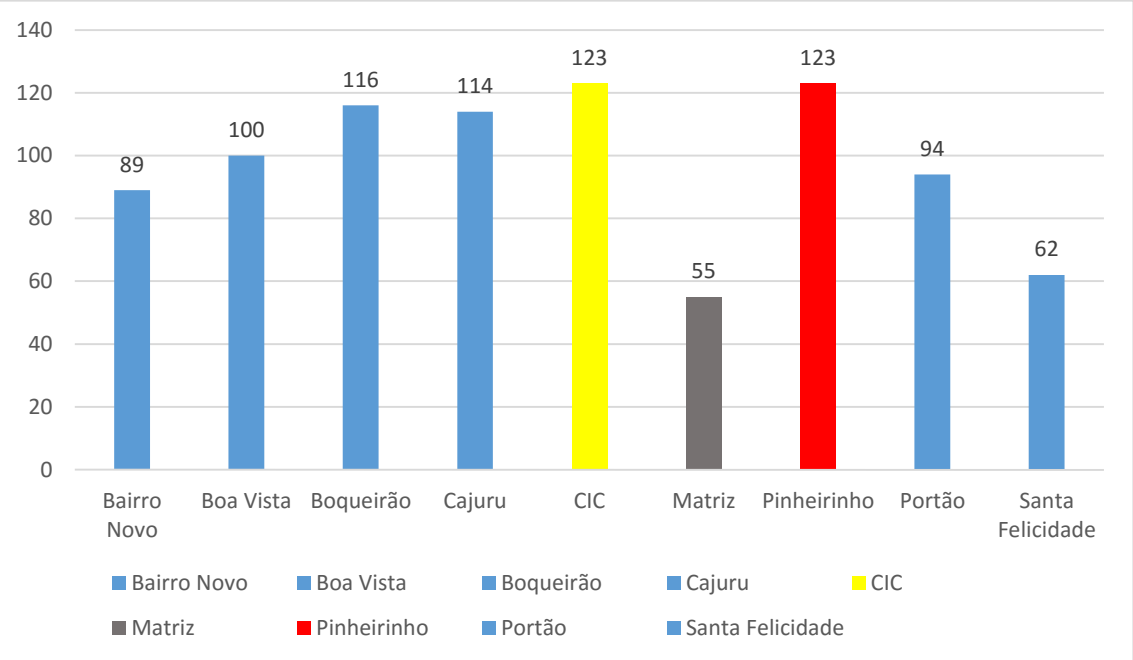


FONTE**:** IPPUC, 2013
Elaboração: A Autora, 2015

5.1.6 Organizações da sociedade civil em Curitiba e Regionais Administrativas

Curitiba possui 876 organizações da Sociedade Civil de acordo com os dados das nove Regionais Administrativas. As Regionais Administrativas que mais apresentam organizações são as Regionais do CIC e do Pinheirinho com 123 organizações, o que corresponde a 14,04% do total de organizações da Sociedade Civil da Cidade e a Regional que menos possui organizações é a Regional Matriz que conta com apenas 55, representando 6,27% do total no município.

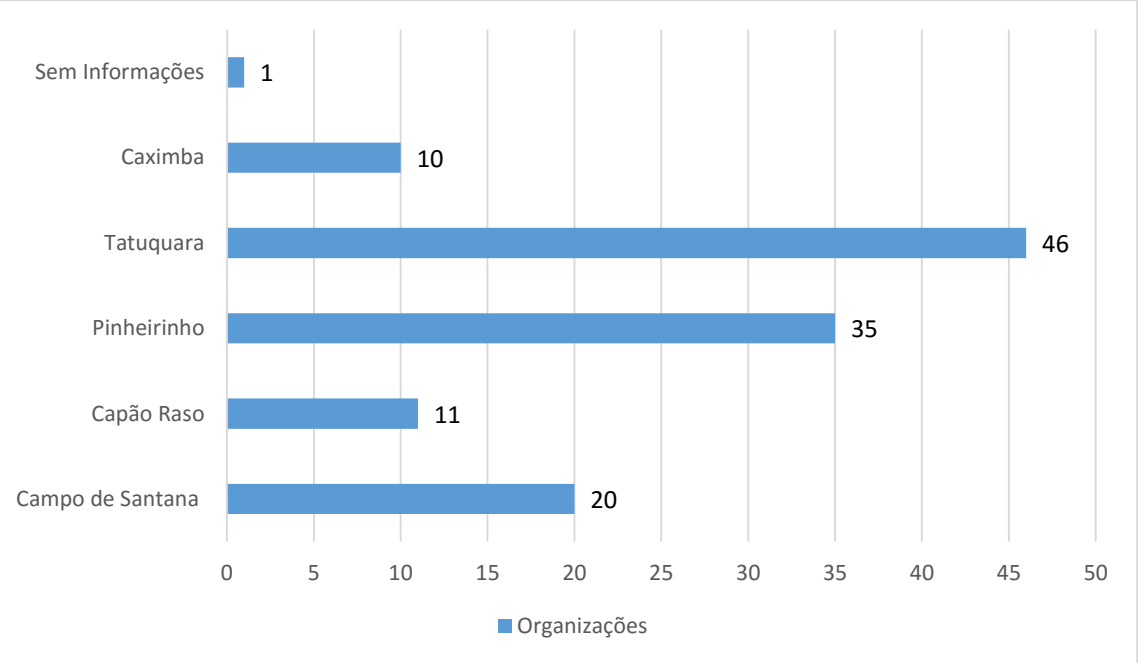
GRÁFICO 26 – NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL POR REGIONAL ADMINISTRATIVA COM DESTAQUE PARA AS REGIONAIS CIC, MATRIZ E PINHEIRINHO. CURITIBA, 2015.



FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A Autora (2015).

A Regional Pinheirinho, como mencionado anteriormente, tem 123 organizações que compreendem desde associações de moradores até clubes de mães e diversas outras organizações representando vários segmentos da sociedade. Estas entidades podem ter papel fundamental para buscar a aprovação de projetos ou informações, para atender tanto às necessidades da população local como do segmento populacional que representam (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 27 – NÚMERO DE ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.

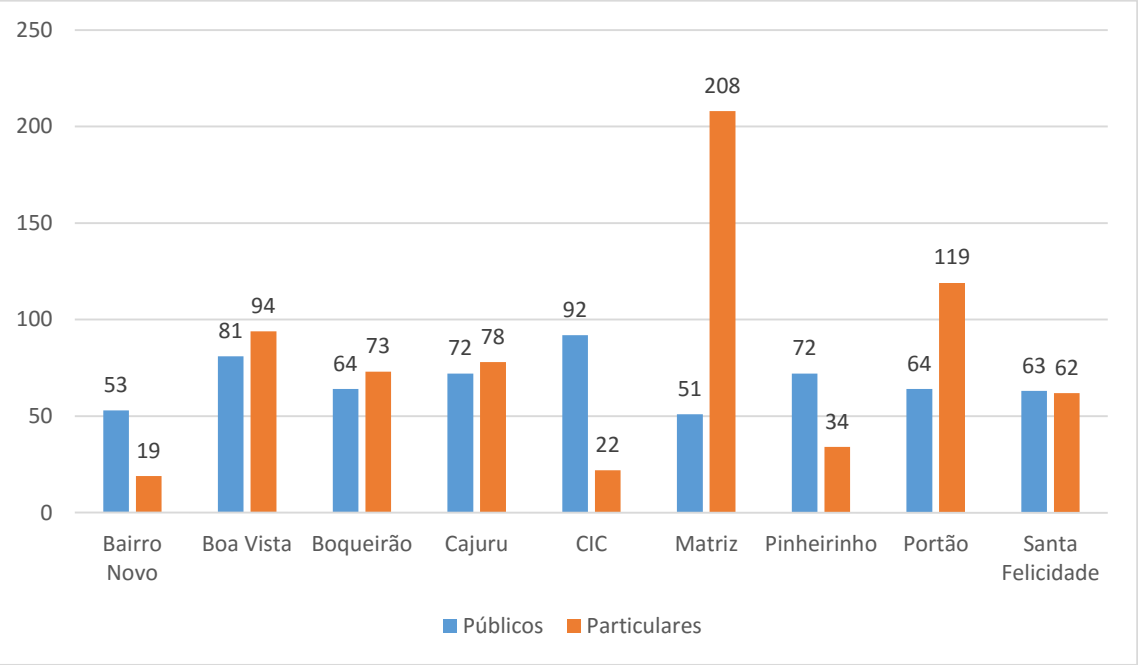


FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração**:** A Autora (2015).
Nota: Sem Informações sobre o endereço da Associação Comunitária de Esporte e Lazer do Tatuquara.

5.1.5 Equipamentos do setor de Educação em Curitiba e Regionais Administrativas

A Cidade de Curitiba apresenta 1.322 equipamentos públicos e particulares voltados para a educação. A maior concentração destes equipamentos é na Regional Matriz com 259 equipamentos, representando 19,59% dos equipamentos na cidade, seguidas pelas Regionais Portão com 183 equipamentos; Boa Vista com 175 equipamentos; Cajuru com 150 equipamentos; Boqueirão com 138 equipamentos; Santa Felicidade com 125 equipamentos; CIC com 114 equipamentos e Pinheirinho com 106 equipamentos. A Regional que apresenta o menor número de equipamentos é a Regional Bairro Novo, com 72 equipamentos, correspondendo a 5,44% do total (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 28 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS E PARTICULARES PARA A EDUCAÇÃO NAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA. CURITIBA/PR 2015.

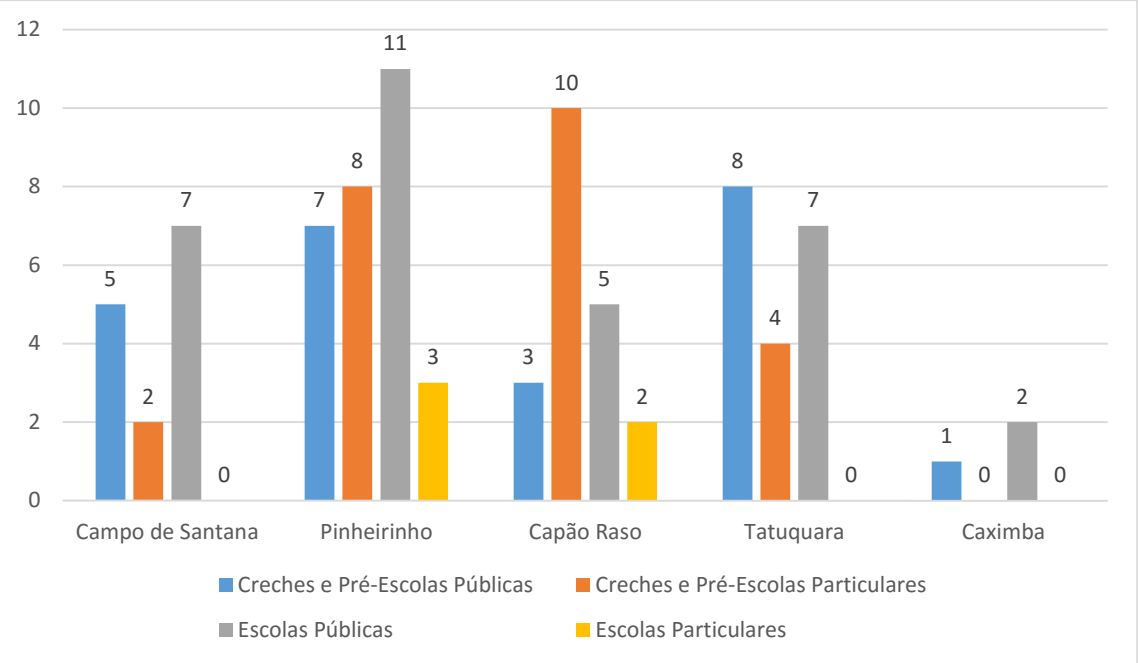


FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A Autora (2015).

Conforme demonstrado no gráfico anterior, a Regional Pinheirinho possui 106 equipamentos de educação, divididos em 51 creches e pré-escolas, das quais 16 estão no Pinheirinho, 14 no Capão Raso, 13 no Tatuquara, sete no Campo de Santana, sendo que o bairro Caximba possui apenas um estabelecimento. A Regional apresenta uma população de crianças entre 0 e 5 anos de 15.522, das quais, 5.302 são atendidas nesses estabelecimentos, correspondendo a 34,16% da população nesta faixa etária (IPPUC, 2013).

Com relação às escolas, a Regional tem duas escolas de educação especial públicas, ambas no Capão Raso e possui 45 escolas de ensino fundamental, sendo 40 públicas e cinco particulares. O bairro Pinheirinho tem 12 escolas públicas e três particulares e o Capão Raso conta com seis escolas públicas e duas particulares. Os bairros Tatuquara, Campo de Santana e Caximba possuem apenas escolas públicas, sendo treze, sete e duas, respectivamente. A Regional tem uma população entre 6 e 10 anos de 14.020 crianças, sendo que o município atende 99,36% dessas crianças nos serviços do setor de educação da Regional (IPPUC, 2013).

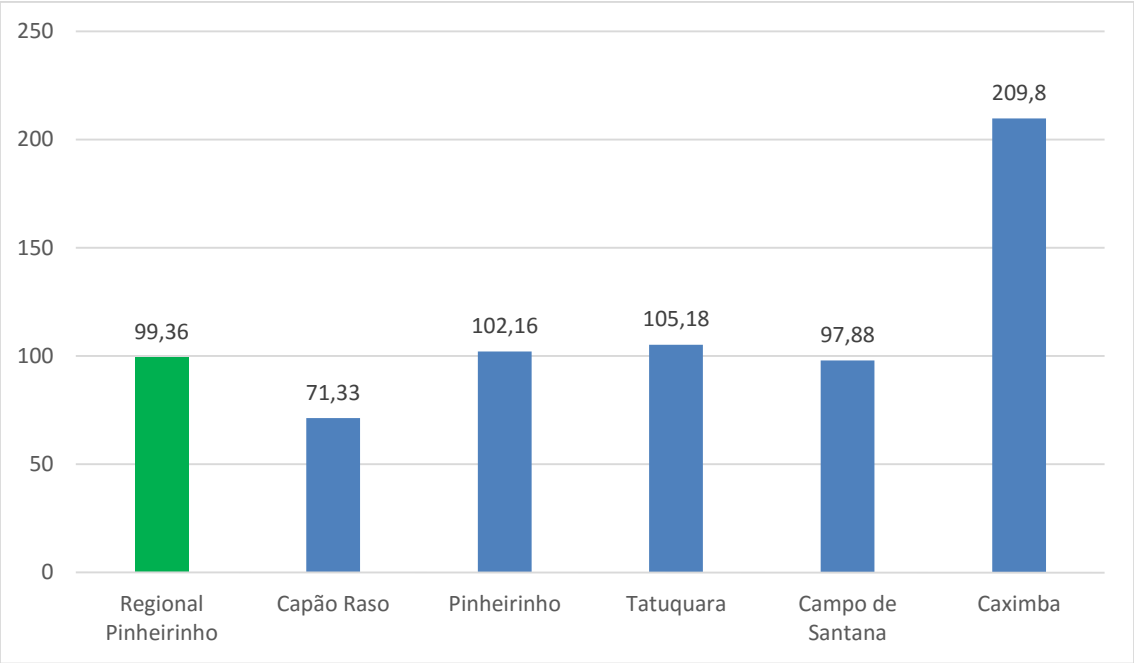
GRÁFICO 29 – NÚMEROS DE CRECHES, PRÉ-ESCOLAS E ESCOLAS PÚBLICAS E PARTICULARES NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A Autora (2015).

De acordo com o gráfico a seguir, podemos observar que o bairro com maior percentual de crianças em escola pública é o Caximba, onde a taxa de atendimento chega a 209,8% da população de crianças no bairro, já os bairros Pinheirinho e Tatuquara, também ultrapassaram os 100% da população estimada. Essa situação ocorre devido à oferta de vagas para crianças e adolescentes moradoras de territórios próximos, ou seja, quando as escolas atendem um público residente em bairros circunvizinhos, os quais têm que se deslocar diariamente para as atividades escolares (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 30 - TAXA DE ATENDIMENTO (%) DO ENSINO FUNDAMENTAL DA POPULAÇÃO ENTRE 6 A 10 ANOS NA REGIONAL PINHEIRINHO NO ANO DE 2012. CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: IPPUC (2013).

A Regional possui três unidades de educação integral, uma situada em cada bairro, sendo eles: Campo de Santana, Tatuquara e Pinheirinho. Em relação a estabelecimentos do setor de educação que atendem ao nível superior, a Regional Pinheirinho apresenta três instituições particulares, sendo duas no bairro Pinheirinho e uma localizada no bairro Capão Raso (IPPUC, 2013).

5.1.7 O transporte público na Regional Pinheirinho

A Regional Pinheirinho possui dois dos maiores terminais de transporte público da cidade de Curitiba, sendo o Terminal do Pinheirinho e o Terminal do Capão Raso que, juntos, têm a capacidade para atender mais de 252.000 pessoas por dia útil (IPPUC, 2013).

Com relação às linhas de ônibus que atendem à população da regional têm-se que o Terminal do Pinheirinho recebe duas linhas do expresso, uma de interbairros, duas linhas diretas (Ligeirinho) e mais de 28 linhas de alimentadores. O Terminal do Capão Raso recebe três linhas do expresso, duas de interbairros, quatro linhas diretas e mais de 17 alimentadores da região (IPPUC, 2013).

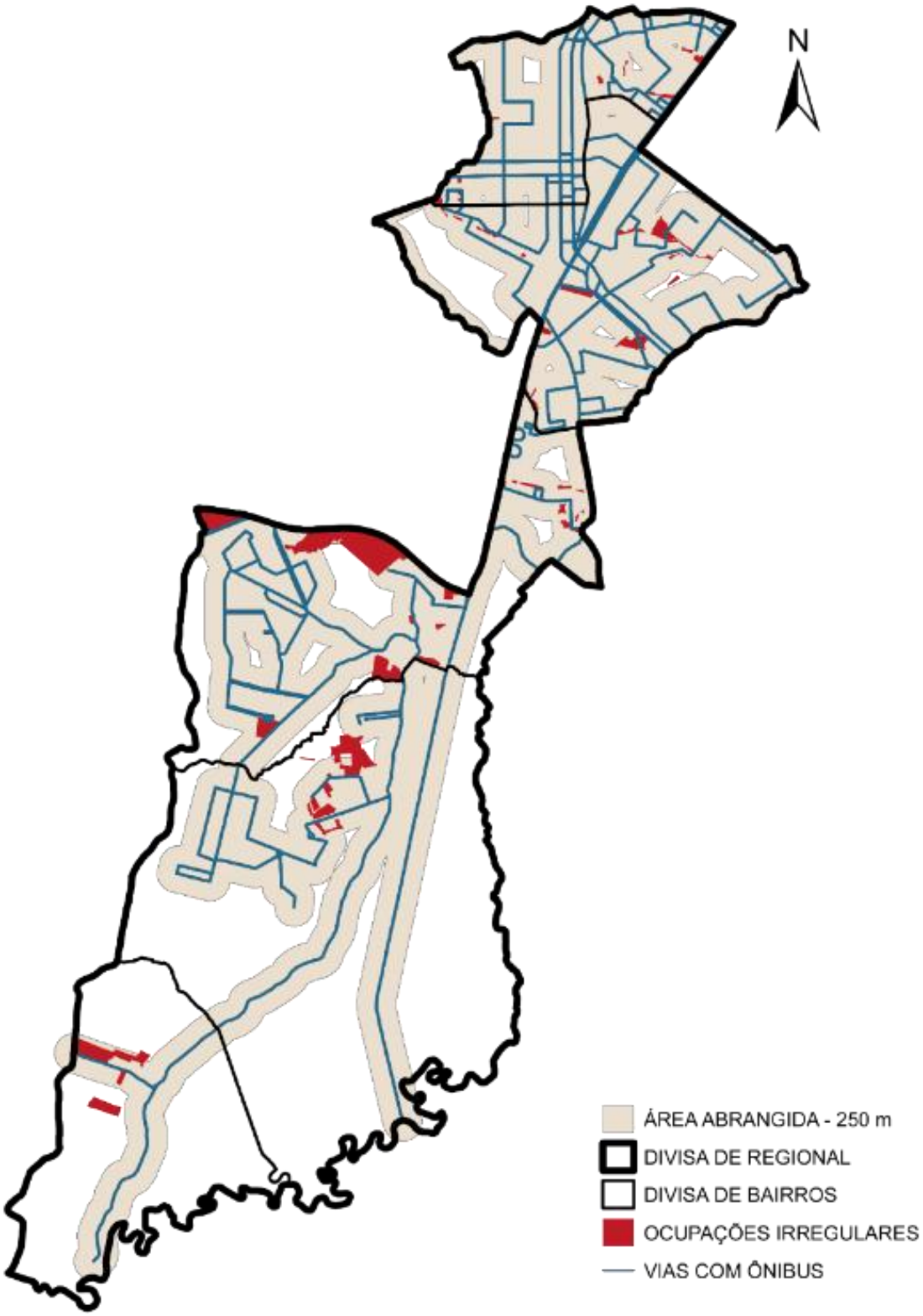
Atualmente a Regional tem 90% de sua população morando a uma distância de até 250 metros das linhas de ônibus. Os bairros com maior percentual de atendimento são o Capão Raso e o Pinheirinho, 98% e 94%, respectivamente. Já o bairro Caximba, é o que tem o menor atendimento das linhas de ônibus, sendo que apenas 30% da população está dentro desta área de abrangência. Este bairro é atendido por duas linhas de alimentadores que vão do bairro até o Terminal do Pinheirinho (IPPUC, 2013).

TABELA 6 – NÚMERO DE POPULAÇÃO, POPULAÇÃO MORANDO ATÉ 250M DAS LINHAS DE ÔNIBUS POR BAIRRO (%) NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA, 2015.

Regional Pinheirinho			
Bairro	**População**	**População morando até 250m das linhas de ônibus**	**Percentual**
Capão Raso	36.065	35.308	98%
Pinheirinho	50.401	47.605	94%
Tatuquara	52.780	46.955	89%
Campo de Santana	26.657	20.681	78%
Caximba	2.522	749	30%
Total	**168.425**	**151.298**	**90%**

FONTE: IPPUC (2013).

FIGURA 9 - MAPA REFERENTE AOS ATENDIMENTOS DAS LINHAS DE ONIBUS ATÉ 250 METROS NA REGIONAL PINHEIRINHO

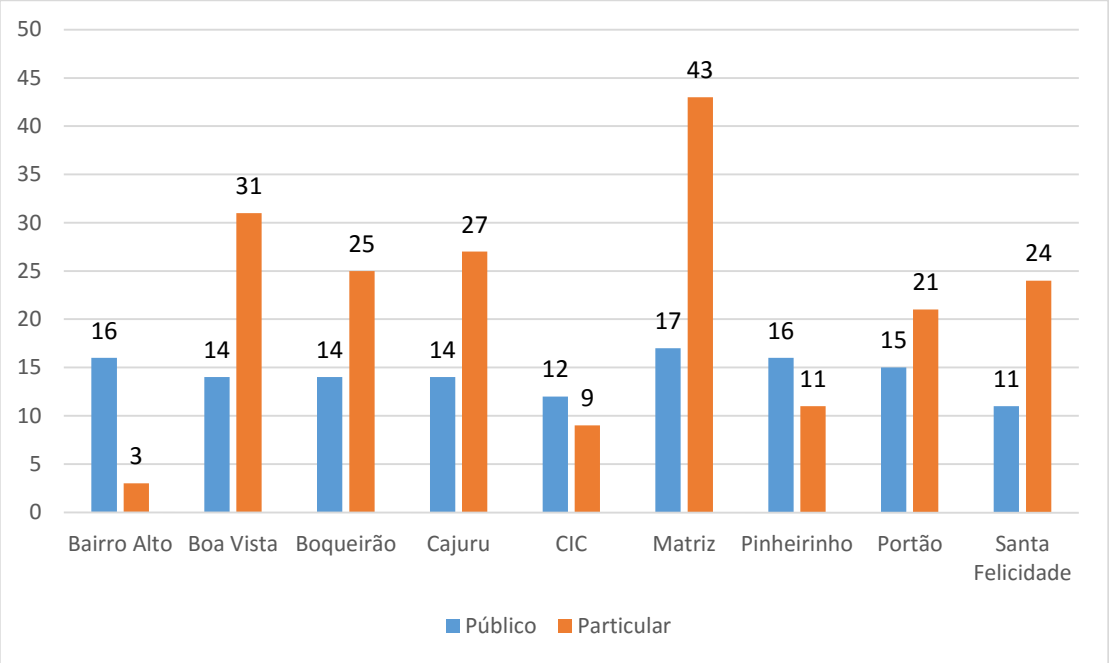


FONTE: IPPUC (2013).

5.1.8 Equipamentos do Ação Social em Curitiba e Regionais Administrativas

Curitiba tem 323 equipamentos públicos e privados voltados para Ação Social nos bairros da cidade, são 113 equipamentos públicos e 183 particulares. A Regional que mais apresenta equipamentos públicos é a Regional Matriz, 17 equipamentos, representando 15,04% e a Regional que menos apresenta equipamentos é Santa Felicidade, que conta apenas com 11, representando 8,52% do total de equipamentos no município.

GRÁFICO 31 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS PÚBLICOS E PRIVADOS VOLTADOS PARA AÇÃO SOCIAL POR REGIONAL ADMINISTRATIVA. CURITIBA/PR, 2015.



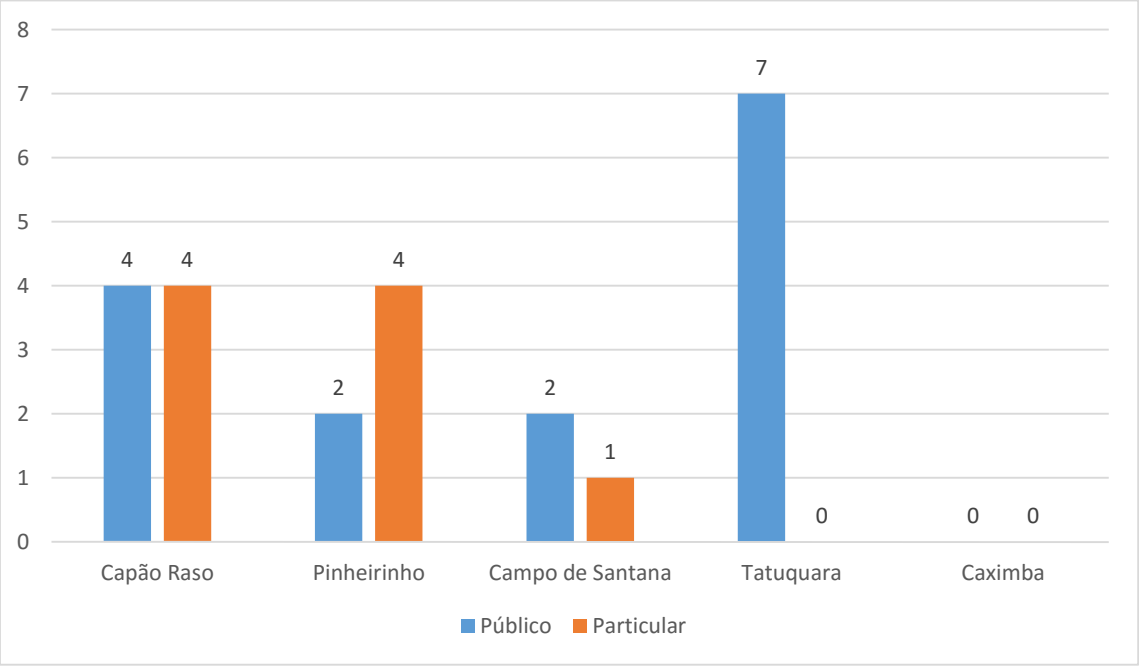
FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A Autora (2015).

A Regional Pinheirinho tem 27 equipamentos, 11 particulares e 16 públicos para a promoção social. O Tatuquara é o bairro que concentra o maior número desses equipamentos públicos, sendo atendido por seis CRAS e um Liceu de Ofícios (IPPUC 2013).

No Bairro Capão Raso são cinco de promoção social, sendo um CRAS, um CREAS, uma unidade do Conselho Tutelar, um Empório Metropolitano e um Liceu de ofícios. Os bairros Campo de Santana e Pinheirinho possuem dois equipamentos públicos de promoção social cada um, sendo o primeiro com dois CRAS e o segundo com um CRAS e um Liceu de Ofício. O bairro Caximba não

possui nenhum equipamento de ação social. Dos equipamentos particulares de promoção social, o bairro Capão Raso tem quatro, o bairro Pinheirinho possui seis e o bairro Campo de Santana possui um. Os bairros Tatuquara e Caximba não possuem equipamentos de promoção social particulares (IPPUC 2013).

GRÁFICO 32 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS SOCIAIS PÚBLICOS E PARTICULARES POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.

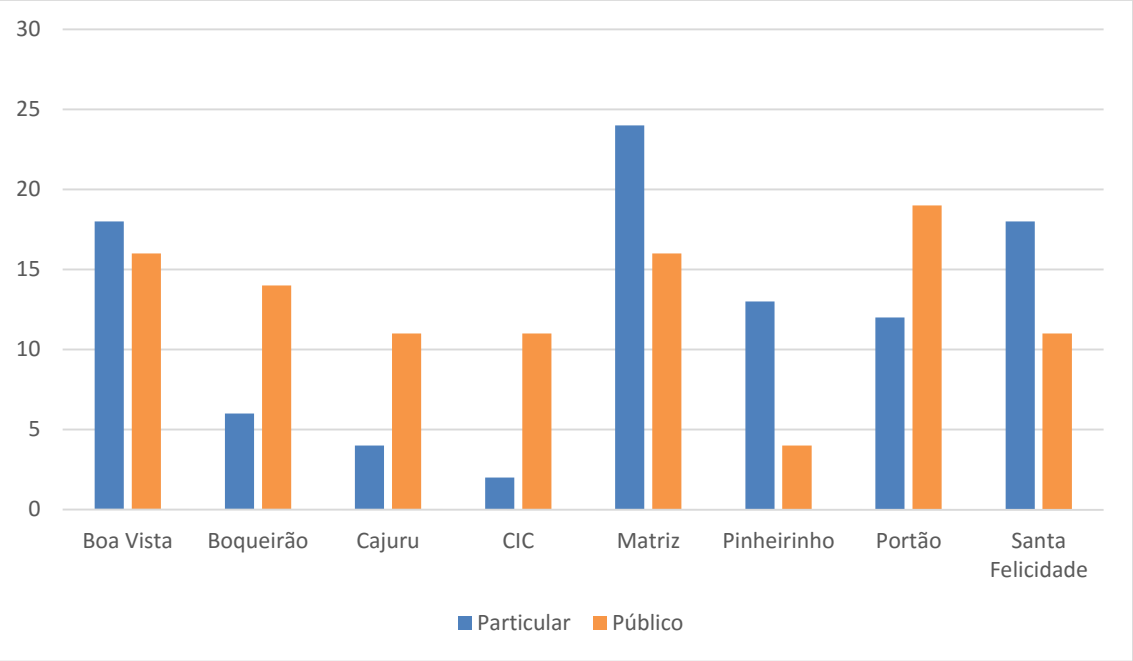


FONTE: IPPUC, adaptado de Fundação de Ação Social – (FAS), Curitiba (2013).
Elaboração: A Autora (2015).

5.1.9 Equipamentos do setor de esporte e lazer em Curitiba e na Regional Pinheirinho

Curitiba apresenta 199 equipamentos do setor de esporte e lazer, sendo que destes, 111 são públicos e 88 são particulares. A Regional que mais apresenta equipamentos de esporte e lazer é a Regional Matriz, com 40 equipamentos ao todo (24 particulares e 16 públicos). A Regional do CIC é a que menos apresenta equipamentos para esporte e lazer, 13 no total, sendo que 11 são públicos e 2 particulares (IPPUC, 2013).

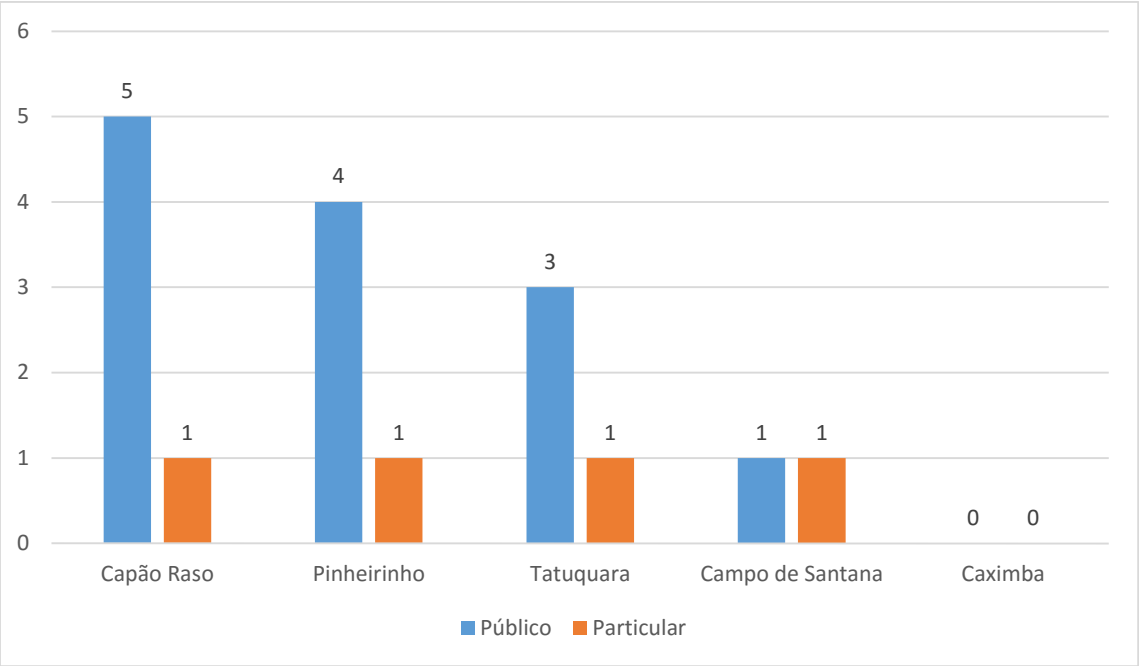
GRÁFICO 33 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE ESPORTE E LAZER PÚBLICOS E PARTICULARES EM CURITIBA, POR REGIONAL ADMINISTRATIVA. CURITIBA, 2015.



FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A autora (2015).

Na Regional Pinheirinho existem 17 equipamentos de esporte e lazer, dos quais 13 são públicos e 4 são particulares. Os bairros Capão Raso e Pinheirinho contam com três Academias ao Ar Livre, um Centro de Esporte e Lazer e um Estádio, cada um. O bairro Tatuquara possui uma academia ao Ar Livre, um Centro de Atividade Física, um Centro de esporte e Lazer e um Clube de Recreio e no bairro Campo de Santana existe uma Academia de Ar Livre e um Estádio, já o bairro Caximba não apresenta nenhum equipamento de esporte e lazer (IPPUC 2013).

GRÁFICO 34 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE ESPORTE E LAZER PÚBLICOS E PARTICULARES POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.

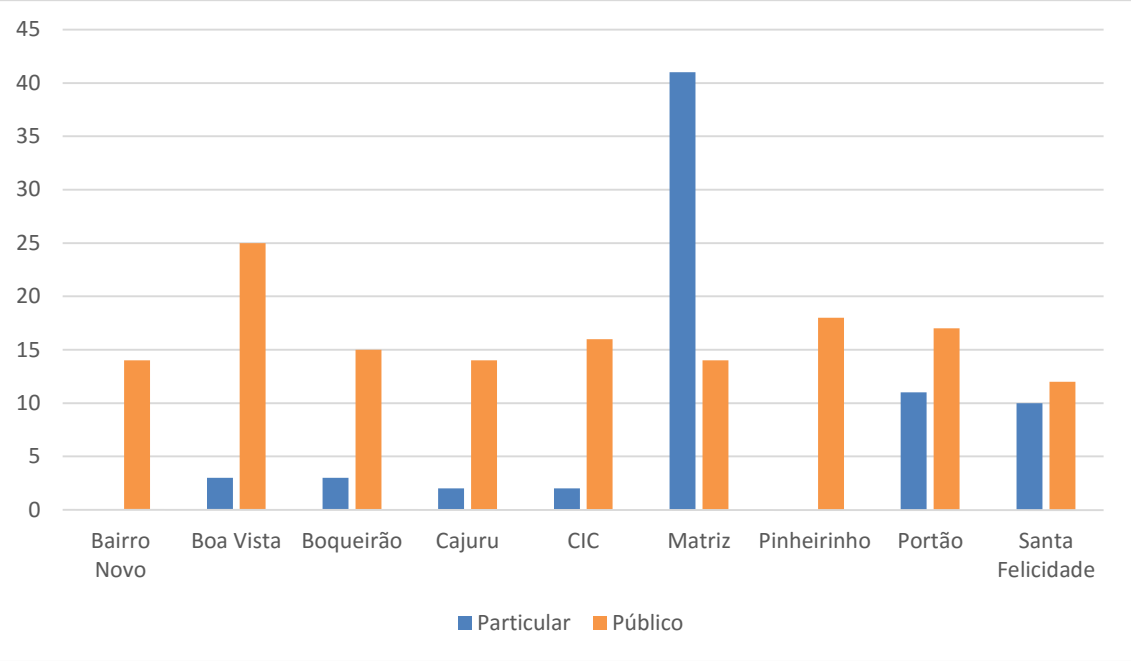


FONTE: IPPUC, adaptado de Secretaria Municipal de Esporte e Lazer – (SMEL) (2013).
Elaboração: A Autora, (2015).

5.1.10 Equipamentos do setor saúde em Curitiba e na Regional Pinheirinho

Curitiba apresenta 217 equipamentos do setor Saúde, sendo que destes 131 são públicos e 86 são particulares. A Regional que mais apresenta equipamentos de saúde é a Regional Matriz, com 55 equipamentos ao todo (41 particulares e 14 públicos). A Regional do Bairro Novo é a que menos apresenta equipamentos para a saúde, 14 no total, sendo que todos são públicos (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 35 - NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE EM CURITIBA, POR REGIONAL ADMINISTRATIVA. CURITIBA, 2015.



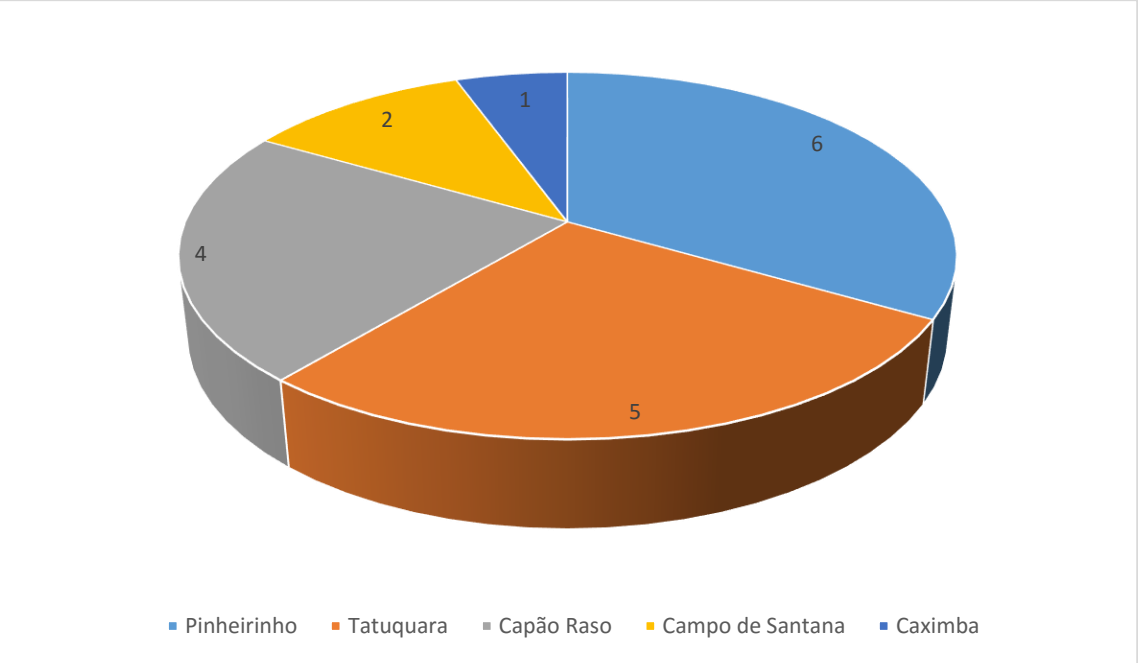
FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A autora (2015).

A Regional Pinheirinho possui 18 equipamentos de saúde, dos quais todos são públicos municipais. O bairro Pinheirinho concentra a maior parte destes equipamentos, totalizando seis, equivalendo a 33,33%. O bairro Tatuquara apresenta cinco equipamentos, seguido pelos bairros Capão Raso, Campo de Santana e Caximba, com quatro, dois e um equipamento respectivamente (IPPUC 2013).

Dos seis equipamentos no bairro Pinheirinho, quatro são Unidades de Saúde (US) e dois Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), já no bairro Tatuquara todos os equipamentos são Unidades de Saúde (US) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, no que tange ao Capão Raso, esse conta com um CAPS, além de três unidades de Saúde. Os bairros Campo de Santana e Caximba apresentam duas e uma Unidade de Saúde, respectivamente (IPPUC, 2013).

Neste ano, a população do Campo de Santana e Tatuquara aguarda a conclusão da Construção da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, que está com previsão de término para o final do ano de 2015. Também há a previsão de uma Rua da Cidadania, a qual tinha sua inauguração prevista para o final do mês de maio de 2015 – o que efetivamente não ocorreu.

GRÁFICO 36 – NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DE SAÚDE POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO. CURITIBA/PR, 2015.



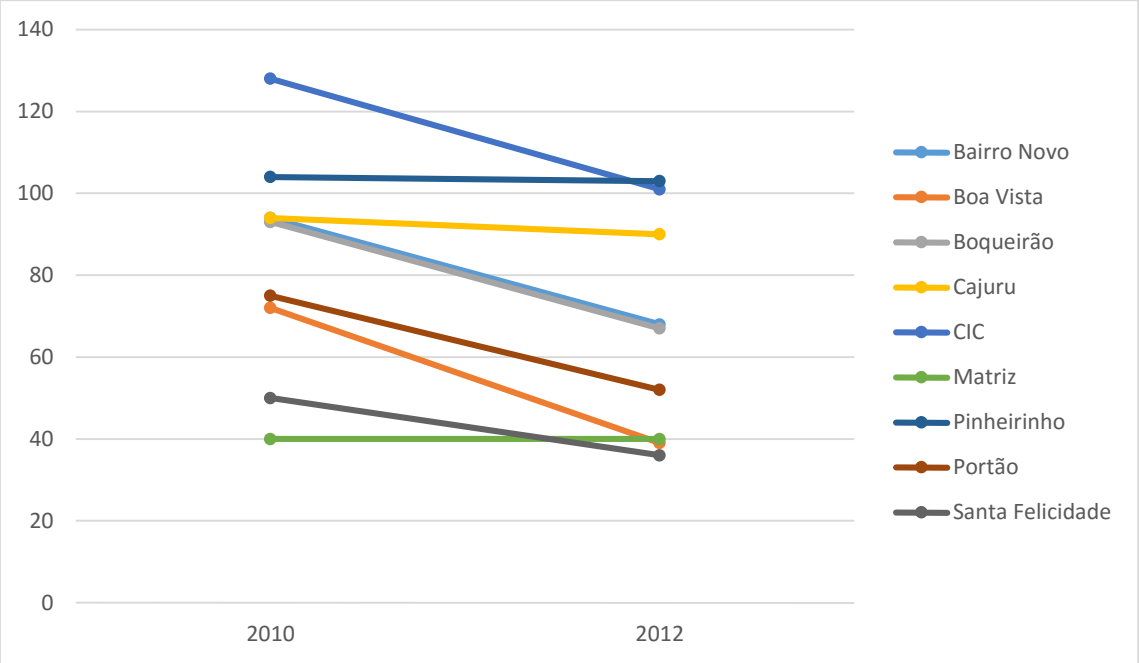
FONTE: IPPUC, adaptado de Secretaria Municipal da Saúde (2013).
Elaboração: A Autora (2015).

5.1.11 Dados do setor de segurança em Curitiba e na Regional Pinheirinho

Segundo dados do IPPUC (2013), Curitiba teve um decréscimo de 750 para 596 no número de ocorrências de homicídios dolosos no ano de 2012 em relação ao ano de 2010.

Já em relação ao número de homicídios por Regional Administrativa no período de 2010 a 2012, observa-se que a Regional Administrativa Boa Vista foi a que mais reduziu o número de homicídios (de 72 para 39), seguido pelas regionais do Bairro Novo e do Boqueirão. Neste contexto, a regional que não sofreu alteração nenhuma foi a Regional Administrativa Matriz, sendo que os registros demonstram que as ocorrências se mantiveram com 40 casos por ano no período (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 37 - NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS DOLOSOS POR REGIONAL ADMINISTRATIVA NO ANO DE 2010 E 2012, CURITIBA, 2015



FONTE: IPPUC (2013).
Elaboração: A Autora (2015).

Com relação aos dados de segurança da Regional Pinheirinho, diferentemente das demais regionais – que apresentaram decréscimo no número de homicídios dolosos registrados em 2012 em relação a 2010 – observa-se uma estabilidade no número de ocorrências registradas, entretanto, apenas dois dos cincos bairros que compõem esta Regional apresentaram aumento no número de homicídios, quais sejam: Campo de Santana, que passou de quatro para nove homicídios e o Caximba que passou de três para nove homicídios. Alguns bairros da Regional mostraram uma diminuição no número de homicídios, como são os casos do Tatuquara e Pinheirinho, com redução de 56 para 47 e 34 para 31, respectivamente (IPPUC, 2013)

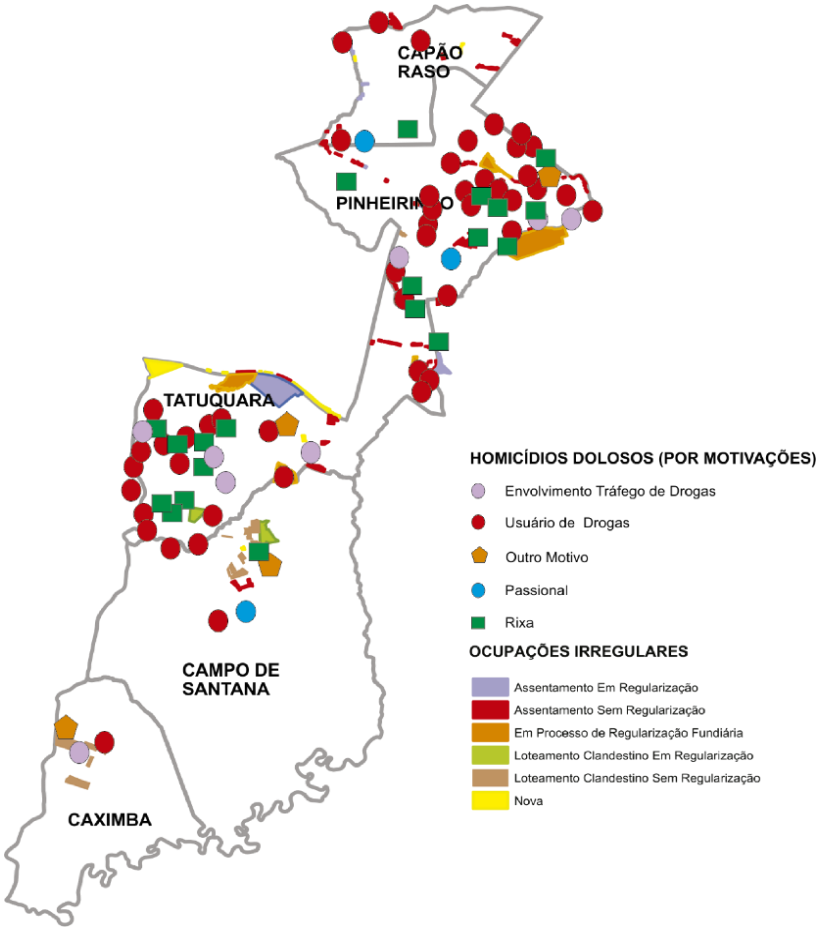
TABELA 7 - NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS DOLOSOS REGISTRADOS POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRNHO NO ANO DE 2010 E 2012. CURITIBA, 2015.

BAIRROS	2010	2012
Tatuquara	56	47
Pinheirinho	34	31
Capão Raso	7	7
Campo de Santana	4	9
Caximba	3	9
REGIONAL PINHEIRINHO	**104**	**103**

FONTE: IPPUC, adaptado de Inquéritos Instaurados Polícia Civil (2010/2012).

De acordo com o georreferenciamento (Figura 10) feito a partir dos dados de 2010, os homicídios concentraram-se nas áreas que apresentam grande concentração de moradias irregulares. Os principais motivos que estão relacionados ás ocorrências registradas, conforme informação dos órgãos públicos, foram o tráfico de drogas, uso de drogas e rixas (IPPUC, 2013).

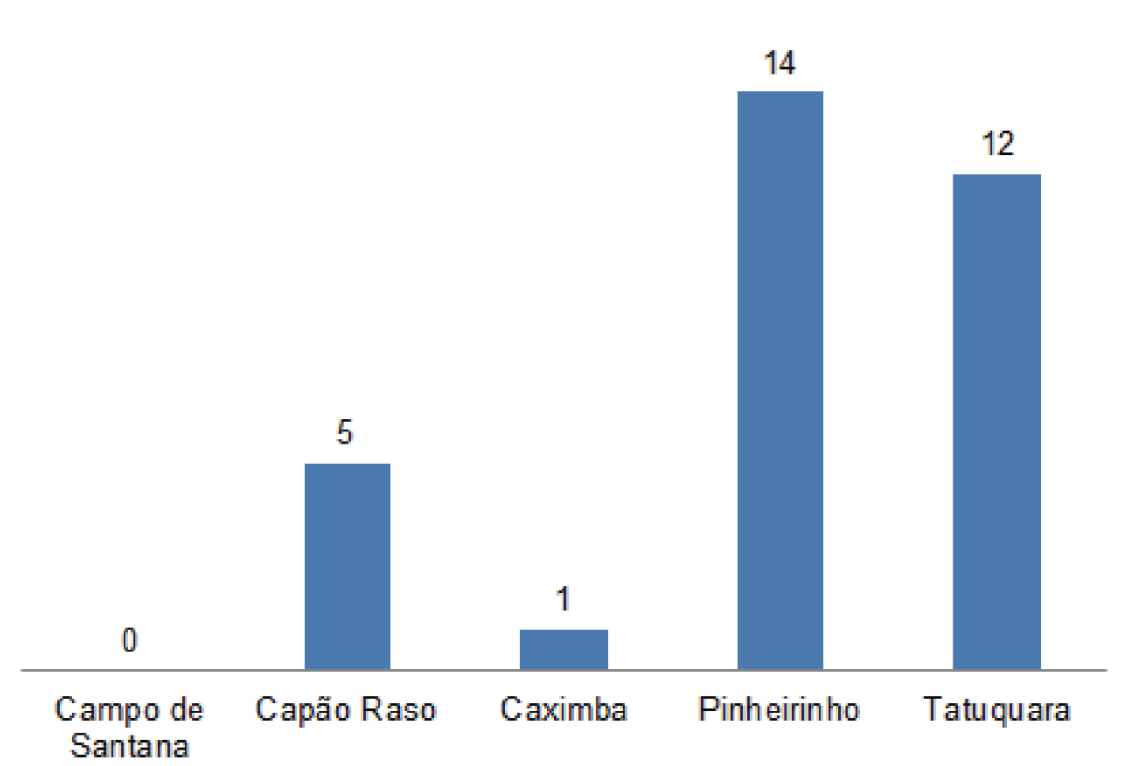
FIGURA 10 – IDENTIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS DOLOSOS REGISTRADOS PELA DELEGACIA DE HOMICÍDIOS POR BAIRROS NA REGIONAL PINHEIRINHO NO ANO DE 2010, CURITIBA, 2015.



FONTE: IPPUC (2013).

Já em relação a homicídios culposos no trânsito, no ano de 2012 foram registrados 32 homicídios, correspondendo a 14,5% do total registrado em Curitiba. E em relação a essa questão, os bairros Pinheirinho e Tatuquara concentram 81% do total de ocorrência registradas na regional (IPPUC, 2013).

GRÁFICO 38 – NÚMERO DE OCORRÊNCIAS DE HOMICÍDIOS CULPOSOS POR BAIRRO NO TRÂNSITO REGISTRADOS PELA DELEGACIA DE HOMICÍDIOS – REGIONAL PINHEIRINHO – 2012. CURITIBA, 2015.



FONTE: IPPUC, adaptado de Inquéritos Instaurados Polícia Civil (2012).

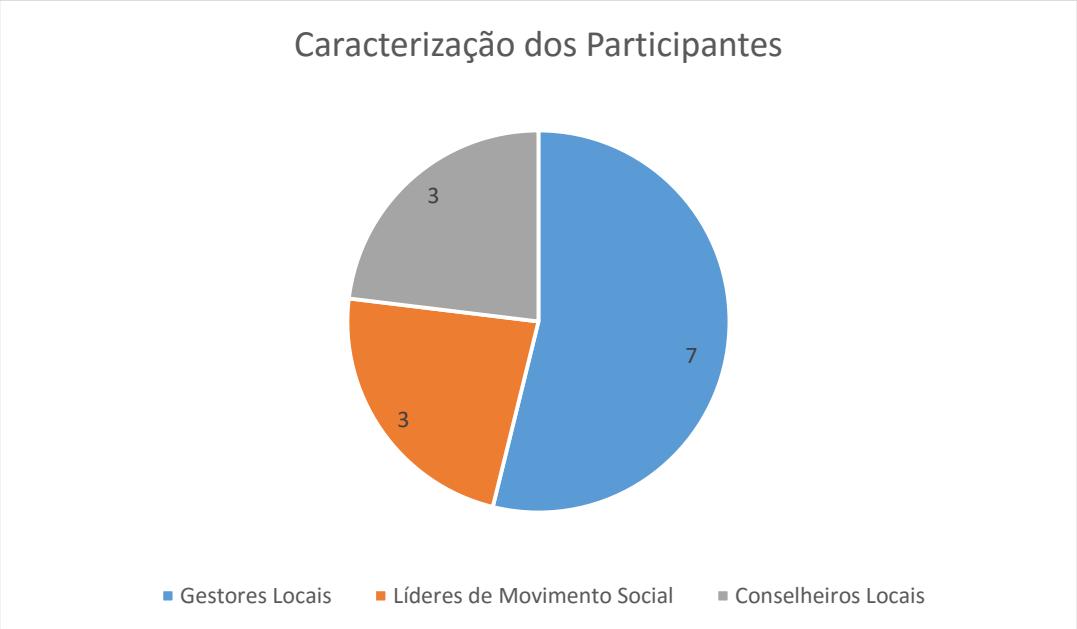
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Este segundo bloco do capítulo de resultados apresenta as informações a partir da coleta de dados do cenário da pesquisa. São apresentadas a caracterização dos participantes gestores, conselheiros locais e líderes do movimento social organizado do território e, a seguir, são dispostas as quatro categorias que emergiram a partir do tratamento de dados das entrevistas realizadas pelo *software* IRAMUTEQ.

5.2.1 Caracterização dos Participantes

Dos 15 participantes, sete são gestores da educação, uma é gestora da saúde; um gestor da ação social e seis representantes do conselho local de saúde. É importante destacar que destes 6 representantes do conselho local, três eram representantes de movimentos sociais no território.

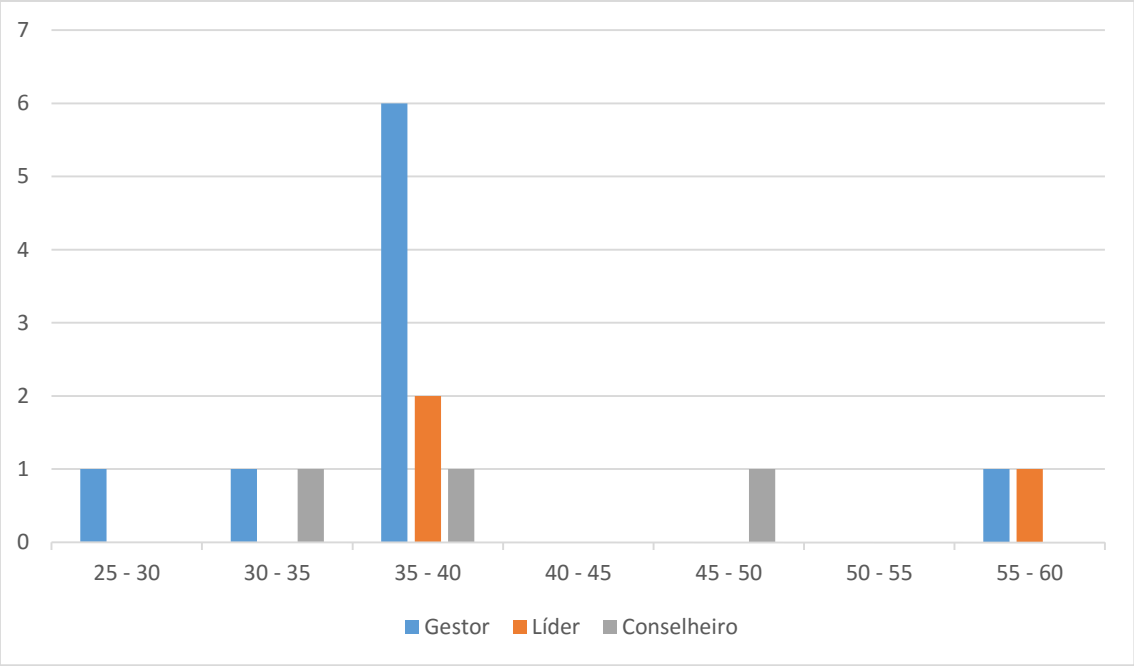
GRÁFICO 39 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A INSERÇÃO POR SEGMENTO: GESTORES LOCAIS, LÍDERES DE MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E CONSELHEIROS LOCAIS, CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: A autora (2015).

Destaca-se que todos os participantes eram do sexo feminino, com idade entre 25 a 60 anos, sendo que a faixa etária média das entrevistadas ficou concentrada entre os 35 e os 40 anos.

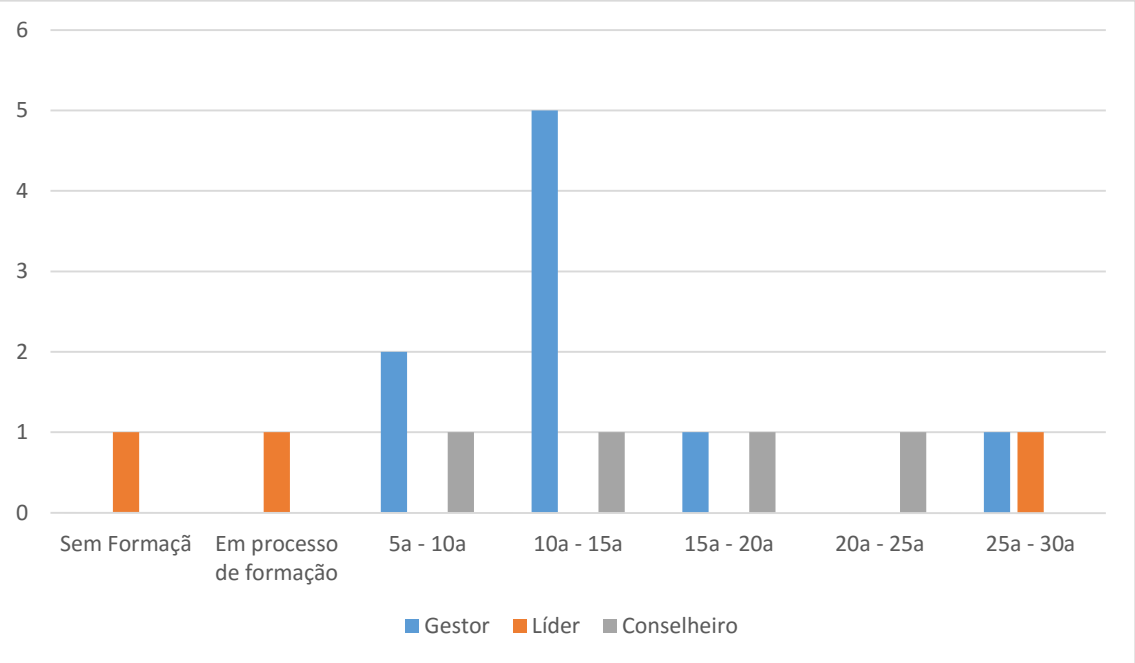
GRÁFICO 40 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA E INSERÇÃO POR SEGMENTO: GESTORES LOCAIS, LÍDERES DE MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E CONSELHEIROS LOCAIS, CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: A autora (2015).

O tempo de formação variou entre sete e trinta anos, tanto entre os gestores, como entre os líderes. Uma das líderes afirmou que se encontrava em processo de formação e outra informou não ter formação profissional.

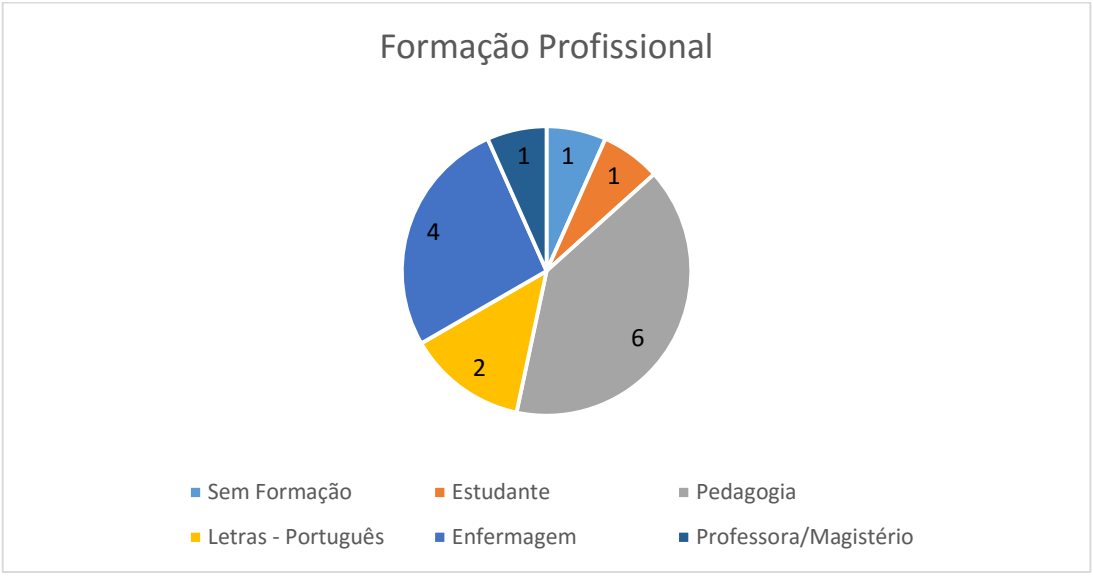
GRÁFICO 41 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO O TEMPO DE FORMAÇÃO E INSERÇÃO POR SEGMENTO: GESTORES LOCAIS, LÍDERES DE MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E CONSELHEIROS LOCAIS, CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: A autora, 2015

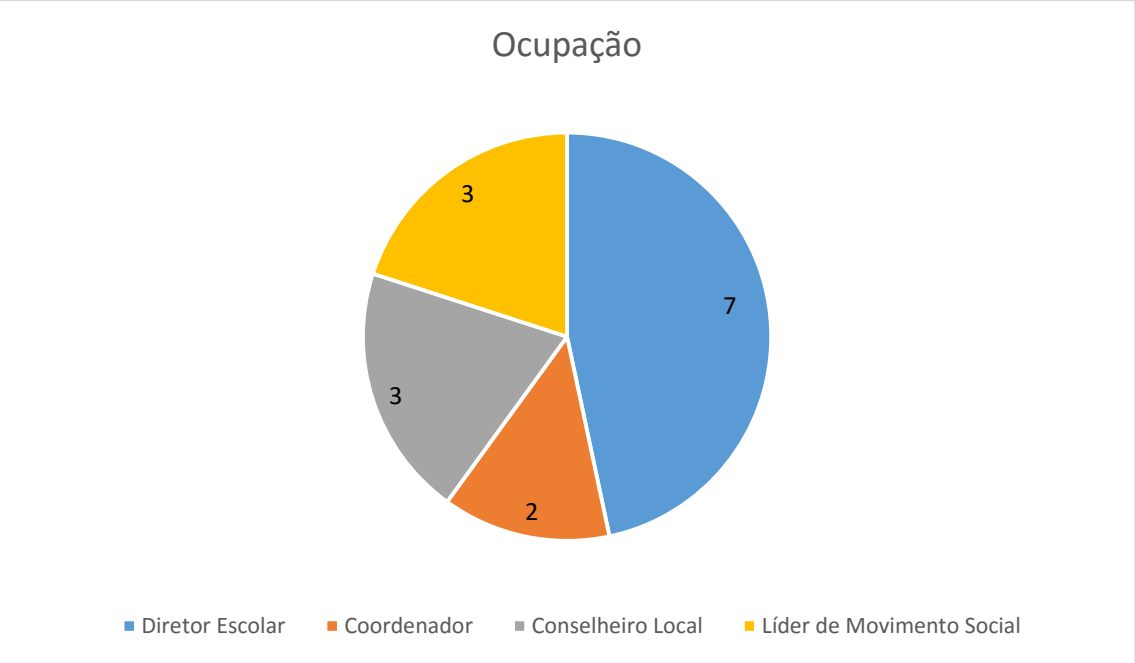
Em relação à formação profissional dos participantes, percebemos um número elevado na área da Pedagogia, enquanto que na ocupação observamos uma concentração na direção de escolas do território, fato que é inerente ao número de participantes advindos da área da educação.

GRÁFICO 42 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A ÁREA DE CONHECIMENTO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL, CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: A autora (2015).

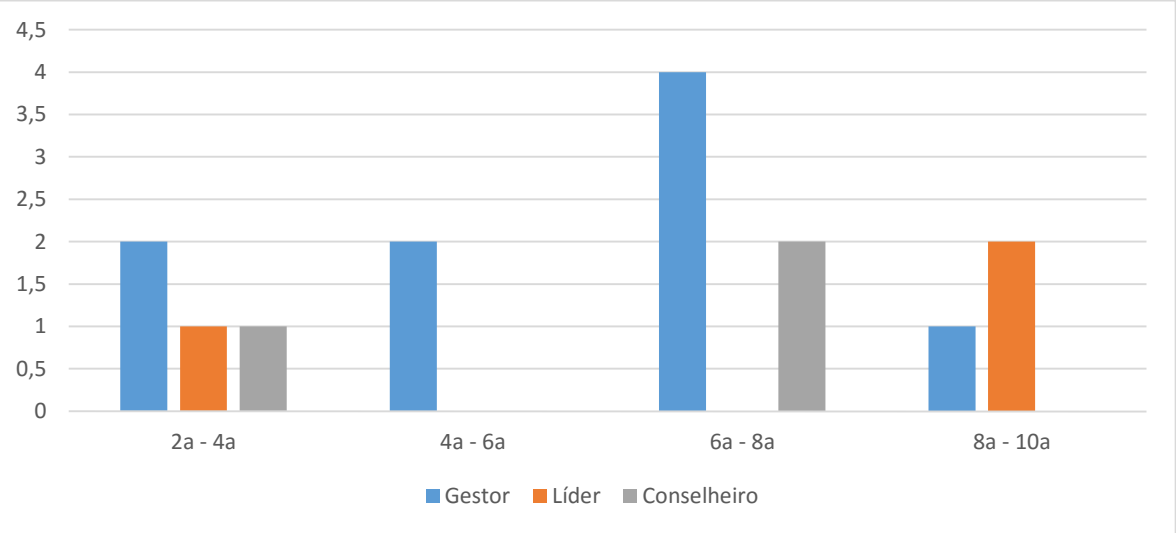
GRÁFICO 43 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO A OCUPAÇÃO DECLARADA, CURITIBA/PR, 2015.



FONTE: A autora (2015).

Com relação ao tempo de trabalho em instituição do território, houve uma variação de 2 a 10 anos, conforme os discursos dos participantes da referida pesquisa.

GRÁFICO 44 – REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES SEGUNDO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NO TERRITÓRIO POR SEGMENTO: GESTORES LOCAIS, LÍDERES DE MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E CONSELHEIROS LOCAIS, CURITIBA/PR, 2015.

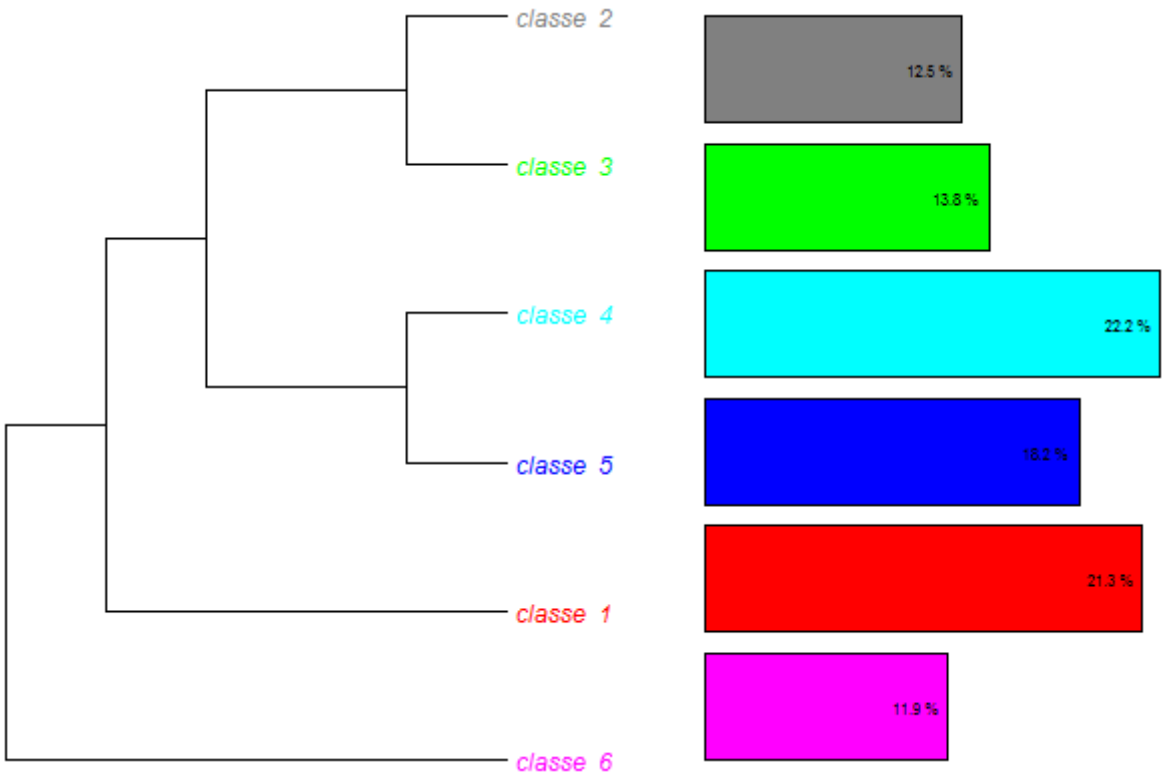


FONTE: A autora (2015).

5.2.2 O tratamento dos dados das entrevistas

Foram processados e analisados 74 textos pelo *software,* dos quais se obteve 510 segmentos de texto; desse total, 455, ou seja, 89,22% foram aproveitados. Após o dimensionamento dos segmentos de texto, classificados em função dos vocabulários e que possuem em média três linhas, as classes de segmentos de textos foram definidas. A relação dessas classes é ilustrada em um dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

FIGURA 11 – DENDOGRAMA DAS SEIS CLASSES FORNECIDA PELOSOFTWARE IRAMUTEQA PARTIR DOS DISCURSOS DOS PARTICIPANTES, CURITIBA/PR, 2015.

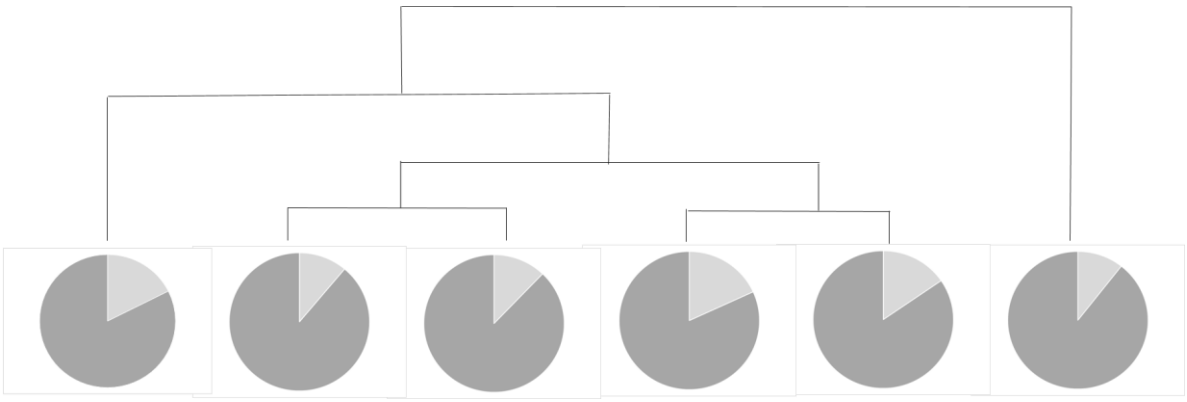


FONTE: A autora (2015).

O *corpus* foi dividido em 4 *sub-corpus.* Com um dos *sub-corpus*, obteve-se a classe 6, constituída de 54 Unidades de Contexto Elementares (UCE) e que concentra 11,87% das UCE do *corpus* total. De outro *sub-corpus*obteve-se a classe 1, com 97 UCE, que corresponde à 21,32% das UCE e, a partir desta, mais três divisões que originaram as classes 2, 3, 4 e 5, com 57, 63, 101 e 83 UCE e correspondendo a 12,53%, 13,85%, 22,2% e 18,24% respectivamente,

do total das UCE do *corpus* total. Para cada classe foi computada uma lista de palavras geradas a partir do teste qui-quadrado (x2), ou melhor, esta análise visa obter as classes de UCE, que ao mesmo tempo apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes, ou seja, o programa executa cálculos e fornece resultados que nos permite a descrição de cada uma das classes, principalmente pelo seu vocabulário característico (léxico). Já a percentagem se refere à ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no *corpus*, enquanto o qui-quadrado (x2) se refere à associação da palavra com a classe (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

FIGURA 12 – DENDOGRAMA DAS UNIDADES DE CONTEXTO ELEMENTARES (UCE) E FREQUÊNCIA DAS CLASSES NO CORPUS EMITIDO PELO SOFTWARE IRAMUTEQ, CURITIBA/PR, 2015.



97 UCE	**57 UCE**	**63 UCE**	**101 UCE**	**83 UCE**	**54 UCE**
21,32%	12,53%	13,85%	22,2%	18,24%	11,87%
Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6

FONTE: A autora (2015).

5.2.2.1 Classe 1

A classe 1 apresentou os seguintes vocábulos mais frequentes e de valores de qui-quadrado mais elevados: você, fase, preparado, difícil, lidar, sentir, diferente, responder, complicado, olhar, gosto; porém, os vocábulos sentar, responder, ontem e adulto não foram considerados por não serem significativo nas UCEs.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 1, CURITIBA/PR, 2015.

Palavra	**X^2**	**%**
Você	63,34	65,31
Fase	41,6	100,0
Preparado	37,74	90,91
Difícil	32,55	90,91
Lidar	32,02	76,47
Sentir	24,99	88,89
Diferente	20,99	80,0
Sentar	18,66	100,0
Responder	18,66	100,0
Ontem	18,66	100,0
Complicado	18,66	100,0
Olhar	17,58	85,71
Gosto	17,58	85,71
Adulto	17,58	85,71
Querer	16,54	57,14

FONTE: A autora (2015).

5.2.2.2 Classe 2

A classe 2 apresentou os seguintes vocábulos mais frequentes: unidade básica de saúde, enfermeiro, CRAS, orientar, equipe, unidade, estabelecer, proposta, oficina, encaminhar, consulta e trabalhar; já os vocábulos: mestrado; montar, amo e servir, não foram considerados por não serem significativos nas UCEs.

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 2, CURITIBA/PR, 2015.

PALAVRA	**X^2**	**%**
Unidade Básica de Saúde	86,91	80,0
Enfermeiro	63,2	90,91
CRAS	37,79	62,5
Orientar	29,1	52,63
Mestrado	28,18	100
Equipe	26,87	63,64
Unidade	22,51	71,43
Montar	21,09	100
Estabelecer	21,09	100
Proposta	21,0	80,0
Oficina	21,0	80,0
Encaminhar	21,0	80,0
Amo	21,0	80,0
Servir	16,26	66,67
Consulta	16,26	66,67
Trabalhar	15,66	29,09

FONTE: A autora (2015).

5.2.2.3 Classe 3

A classe 3 apresentou os seguintes vocábulos mais frequentes e com valores de qui-quadrado mais elevados: comunidade escola, realizar, quadra, algum, atividade, setor, esportivo, incentivo, políticas e físicas; já os vocábulos: bacana, voltar, principalmente, nenhum e transtorno, não foram considerados por não serem significativos nas UCEs.

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 3, CURITIBA/PR, 2015.

Palavra	X^2	**%**
Comunidade escola	44,24	100,0
Realizar	41,78	44,68
Quadra	37,03	87,5
Algum	34,6	57,14
Bacana	31,46	100
Atividade	30,22	50,0
Voltar	27,41	52,38
Principalmente	27,41	52,38
Setor	25,11	100,0
Almoçar	25,11	100,0
Nenhum	24,13	46,15
Esportivo	18,79	100,0
Transtorno	18,79	100,0
Incentivo	18,55	80,0
Políticas	18,55	80,0
Física	16,16	62,5

FONTE: A autora (2015).

5.2.2.4 Classe 4

Os vocábulos mais frequentes na classe 4 foram: família, gente, dar, próximo e ajuda; porém o vocábulo também, não foi considerado por não ser significativo para o estudo.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 4, CURITIBA/PR, 2015.

PALAVRA	**X2**	**%**
Família	41,33	73,08
Também	33,76	52,73
Gente	32,11	43,0
Dar	20,27	71,43
Próximo	17,72	100,0
Ajuda	16,16	85,71

FONTE: A autora (2015).

5.2.2.5 Classe 5

A classe 5 apresentou os seguintes vocábulos mais frequentes e de qui-quadrado mais elevado: bairro, crescer, demanda, fato, recurso, suficiente, oferecer e últimos; no entanto, o vocábulo nosso não foi considerado por não ser significativo nas UCEs.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 5, CURITIBA/PR, 2015.

PALAVRA	**X^2**	**%**
Bairro	57,6	62,5
Crescer	31,86	100,0
Demanda	30,55	81,82
Nosso	24,39	66,67
Fato	21,82	77,76
Recurso	18,37	70,0
Suficiente	18,09	100,0
Oferecer	17,59	75,0
Últimos	17,59	75,0

FONTE: A autora (2015).

5.2.2.6 Classe 6

A classe 6 apresentou os seguintes vocábulos mais frequentes e de valores de qui-quadrado mais elevados: violência, droga, situação, grávida, vulnerabilidade, grávidas, tráfico, adolescente, cedo, notificar, psicológico, uso, drogadição, inserir, sexual, menina, gravidez, gestação, sexualidade, Rede de Proteção e presença; porém, o vocábulo enfim, não foi considerado por não ser significativo nas UCEs.

TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS VOCÁBULOS POR QUI-QUADRADO (X^2) E A FREQUÊNCIA DO TERMO NA CLASSE 6, CURITIBA/PR, 2015.

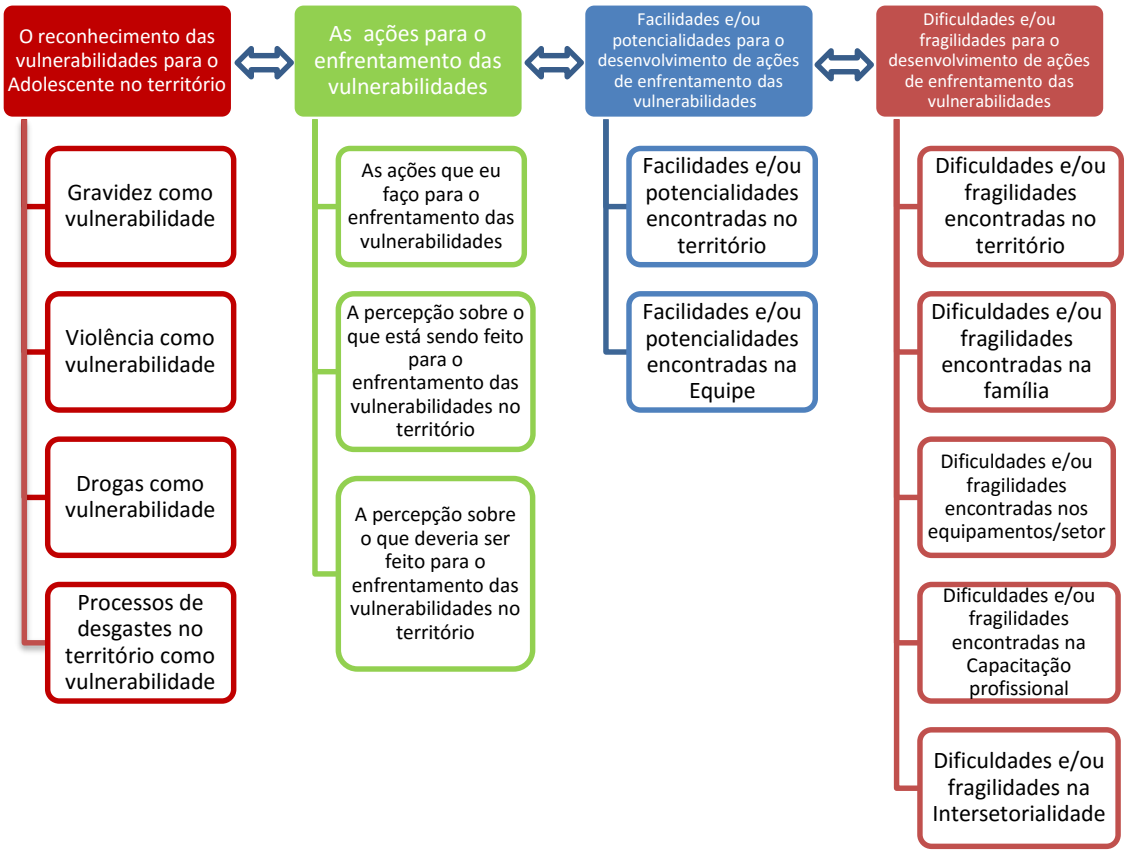
PALAVRAS	**X^2**	**%**
Violência	138,22	95,0
Droga	115,9	82,61
Gravidez	99,38	100,0
Situação	65,92	65,22
Grávida	60,47	100,0
Vulnerabilidade	47,14	64,71
Grávidas	45,15	100,0
Tráfico	45,15	100,0
Adolescente	34,55	52,38
Cedo	31,03	75,0
Notificar	29,97	100,0
Psicológico	29,97	100,0
Uso	29,97	100,0
Drogadição	29,97	100,0
Inserir	29,69	83,33
Sexual	28,88	63,64
Menina	28,48	52,94
Gravidez	22,65	60,0
Gestação	22,43	100,0
Sexualidade	17,46	66,67
Rede de Proteção	17,46	66,67
Presença	15,38	75,0
Enfim	15,38	75,0

FONTE: A autora, 2015

5.2.3 Categorias temáticas dos discursos dos participantes

Inicialmente retorna-se ao tratamento dos dados no *software* IRAMUTEQ, que emitiu 6 classes no tratamento dos dados, mas conforme leitura e análise do *corpus*, as classes 2, 3,4 e 5 obtiveram uma mesma sequência lógica de assuntos evidenciados pelo *software*, ou seja, conforme a figura 11 do dendrograma das classes, observamos uma aproximação dessas classes, o que realmente aconteceu durante a leitura exaustiva para a análise dos resultados, conforme a proposta de Bardin (2011). Portanto, para melhor apresentação das categorias temáticas e posterior discussão dessas, juntamos a classe 2 e 3; e a classe 3 e 4. Neste sentido, formaram-se 4 grandes categorias temáticas: *os reconhecimentos das vulnerabilidades para os adolescentes no território; as percepções das ações para o enfrentamento das vulnerabilidades; facilidades e/ou potencialidades para o desenvolvimento das ações; dificuldades e/ou fragilidades para o desenvolvimento das ações*, sendo que nestas categorias se desdobraram algumas subcategorias, conforme apresentado no esquema da Figura 13 a seguir.

FIGURA 13 - APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS TEMÁTICAS EVIDENCIADAS NO DISCURSO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2015.



FONTE: A autora (2015).

5.2.3.1 Categoria temática - O reconhecimento da vulnerabilidade do adolescente no território

Na primeira categoria, *o reconhecimento da vulnerabilidade para o adolescente no território*, identificou-se a predominância dos seguintes vocábulos: gravidez, tráfico, violência, drogadição e foi possível verificar quatro subcategorias, como segue:

5.2.3.1.1 Subcategoria temática - Gravidez como Vulnerabilidade

O tema da gravidez na adolescência foi apontado por sete participantes como vulnerabilidade na adolescência, mas teve um fato que chamou a atenção, pois de acordo com as entrevistas dos conselheiros e líderes locais, a gravidez não apareceu como um processo de vulnerabilidade, ao contrário, foi mencionado como se fosse um processo natural para os moradores daquela comunidade.

Para esta subcategoria considerou-se a alocução do entrevistado quando foi apontada vulnerabilidade específica, no caso, se falou sobre o agravo ou fenômeno que estava relacionado ao tema. Assim, os apontamentos foram relacionados à gravidez e número de notificações realizadas pelo Conselho Tutelar em relação às gestantes adolescentes menores de dezoito anos e meninas com início precoce da atividade sexual.

> *Muitas meninas grávidas [...] tenho percebido um aumento significativo dessa situação aqui [...] nas reuniões da rede de proteção a gente acaba discutindo esses casos, muitos devido à violência e outras situações pelas questões de fazer parte de um grupo.* (n04);
>
> *A violência sexual aparece como uma vulnerabilidade muito grande, nós temos em todas as faixas etárias de crianças a adolescentes, um número muito expressivo de contato direto com o adolescente. Por que meio que é cultural aqui você ter iniciação sexual cedo, por que a colega teve, por que a filha da vizinha teve, por que a filha da outra vizinha já está grávida.* (n10);
>
> *Gravidez na adolescência, a gente tenta realizar algumas ações que nós temos aqui, como o serviço de convivência.* (n13);

5.2.3.1.2 Subcategoria temática - Violência como vulnerabilidade

O tema violência foi um dos temas que emergiram dos discursos dos participantes em relação às vulnerabilidades para a adolescência. Os apontamentos foram direcionados às situações de violência com o tráfico de drogas, situações de violência sexual e do uso de drogas ilícitas e lícitas, conforme se demonstra nos discursos a seguir:

> *Também tem a questão da violência que é muito presente aqui no bairro, nós ficamos sabendo de muitos casos em que eles são os agressores ou são agredidos devido ao tráfico de drogas, que faz parte de muitos por aqui.* (n04);
>
> *As vulnerabilidades que eu percebo aqui no território é a violência que tem muita por aqui [...].* (n05);
>
> *Também tem a presença da violência aqui, é um local que vemos a presença da violência, até mesmo por causa das drogas, os adolescentes são violentos, pois já depredaram até as escolas.* (n07);
>
> *As vulnerabilidades a meu ver são a gravidez na adolescência, a drogadição e a violência [...].* (n08);
>
> *Violência, uma situação de muitos jovens sendo agredidos, ou por agressão intrafamiliar ou institucional dentro das escolas. A violência sexual aparece como uma vulnerabilidade muito grande, nós temos em todas as faixas etárias de crianças a adolescentes, um número muito expressivo de contato direto com o adolescente.* (n10);
>
> *Violência, briga de gangues, mesmo que ele não esteja inserido em um grupo ou gangue ou coisa assim, eles acabam se envolvendo em situações de violência. Permanecem com os amigos e se colocam em situações de risco [...].* (n13).

5.2.3.1.3 Subcategoria temática - Drogas como vulnerabilidade

Além das situações de gravidez na adolescência e a inserção dos adolescentes – principalmente do sexo masculino – no tráfico de drogas, os participantes elencaram o uso indiscriminado de drogas ilícitas como vulnerabilidade para a adolescência no território.

> *[...] para os meninos é a questão das drogas.* (n03);
>
> *As vulnerabilidades que eu percebo aqui no território é a [...] questão das drogas. Nós que estamos há muito tempo aqui, já ouvimos várias histórias de meninos e meninas que se envolveram com as drogas, mas essa questão é mais para os meninos [...]* (n05);

> *As vulnerabilidades que eu percebo aqui no território [...] e o tráfico de drogas para os meninos. Nos últimos anos esse número tem aumentado bastante [...].* (n07);
>
> *O que eu percebo é a questão de drogadição, ganha disparado o uso de drogas; tráfico de drogas, o envolvimento de adolescente é cada vez mais cedo.* (n13)

5.2.3.1.4 Subcategoria temática - Processos de desgastes no território como vulnerabilidade para adolescência no território

Esta subcategoria emergiu no discurso e para tal foram apontados processos de desgaste relacionados ao cotidiano da população adolescente no território. As alocuções foram direcionadas, em especial, à falta de escolas e cursos profissionalizantes na área e as entrevistadas destacaram que as escolas instaladas no território não oferecem atividades de contraturno para os alunos matriculados, o que consideram relevante para que os adolescentes saiam do violento cotidiano da comunidade. Outros processos de desgaste apontados nas entrevistas foram relacionados à falta de locais para atividade de lazer e esporte e, ainda, a permanência das atividades do tráfico de drogas no território, sendo que, consequentemente, essas ficam próximas dos adolescentes e de suas famílias.

> *As vulnerabilidades que eu percebo aqui no território é o fato de ter muito adolescente sem ocupação, cursos, alguma coisa para fazer. Ficam depredando tudo, o patrimônio que tem aqui.* (n01);
>
> *As vulnerabilidades que eu percebo aqui no território é, falta muito, a questão do espaço de lazer, acho que é um dos fatores, que acontece, das vulnerabilidades de adolescentes, acho que cabe um investimento nessa área, e aí acaba os jovens buscando outros meios para desprenderem as suas atividades, as suas buscas [a entrevistada referiu as situações de tráfico de drogas e sexualidade].* (n02);
>
> *Tem outra característica que eu percebo aqui nas moradias Rio Bonito é a questão da evasão escolar, quando eles atingem certa idade, eles começam a desistir da escola [a participante se referiu ao fato do*

> *território ter somente uma escola estadual para atender toda a demanda das moradias Rio Bonito].* (n13)

5.2.3.2 Categoria temática – As percepções das ações para o enfrentamento das vulnerabilidades

Esta categoria temática teve a predominância do assunto sobre as ações que são desenvolvidas ou que deveriam ser desenvolvidas para os adolescentes no território, ou seja, os participantes descreveram aqui as suas percepções sobre as ações que vem sendo realizadas no território para este segmento populacional por outros setores e também descreveram as ações que realizam na sua rotina diária. Deste modo, seguem os trechos que descrevem o desenvolvimento de ações no território para os adolescentes:

> *Nós realizamos ações para as adolescentes, é uma atividade com as meninas, que é o curso de balé, onde aquelas que já tenham concluído o ensino fundamental, podem continuar a frequentar. Essas aulas são no contraturno, é bem legal, pois eles têm a oportunidade de realizar uma atividade diferenciada. Até pretendemos fazer parceria [referindo-se a outra escola], mas ainda estamos conversando e vendo a possibilidade de realizar essa atividade. (n04);*
>
> *Hoje eu dou na minha casa, aulas de crochê, tricot e tear, e é gratuito, é para todas as idades, tem adolescentes, crianças, desde 13 anos até homens que pegam no crochê e no tear, e isso para mim é gratificante. (n11);*
>
> *A gente trabalha algumas temáticas que desenvolvemos com os próprios grupo; no último grupo trabalhamos com a questão do preconceito, que estava causando alguns conflitos dentro do grupo, e a gente fez algumas ações com os pais e foi bem bacana. (n13).*

Já em relação às ações que o participante percebe que estão sendo desenvolvidas para os adolescentes no território, os discursos descreveram o seguinte:

> *As ações que eu percebo em relação aos adolescentes é o portal do futuro, eles estão procurando os adolescentes para participarem dos cursos, tem adolescente que até começa a ir, mas sabe como é. (n01);*

O que eu vejo é o CRAS realizando ações para os adolescentes, só que são para um público em especifico, temos o comunidade escola nos fins de semana que acontece aqui na escola e nas outras duas também, mas não tem uma ação especifica para os adolescentes em si, e sim para a comunidade como um todo. Também tem o grupo da outra escola que oferece, só que é para os meninos, curso de artes marciais, e se eu não me engano capoeira, mas é só para os meninos. (n04);

Eu vejo algumas ações voltadas para os adolescentes, é o CRAS, alguns cursos do pró-jovem adolescente, o Comunidade Escola nos finais de semana nas escolas aqui da região. (n06);

Esses grupos têm 8,9, 12 e 15 adolescentes, e eles [refere-se ao CRAS] fazem o trabalho de resgate da autonomia do adolescente, trabalham questões assim, muito comum aqui no nosso bairro, que é a higiene, tratamento da pediculose. (n10;)

A gente tem um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, é um grupo de crianças e adolescentes que antigamente o pessoal chamava de contraturno, só que não é bem um contraturno, por que a gente não trabalha a questão do reforço escolar, a gente trabalha com a seleção de crianças e de adolescentes em situações de risco ou eles são encaminhados pelo Conselho Tutelar. A gente vai montar um grupo aqui no CRAS, eu acredito que a previsão seja na segunda quinzena de agosto e um outro grupo com 15 adolescentes a gente vai encaminhar para outra empresa que é a (refere o nome da empresa) que também trabalha com o Adolescente Aprendiz. (n13);

É importante destacar que nessa categoria temática, também apareceram discursos que apontaram a não realização de ações para os adolescentes, sendo que alguns dos participantes descreveram que não percebem nenhuma ação voltada para os adolescentes no território, conforme a seguir:

Eu vou falar bem a verdade para você, eu não vejo nenhuma ação sendo realizada para os adolescentes aqui, a gente tem uma pista de skate muito bacana, só que a gente não vê um torneio, não vê um curso. (n11);

No momento não, eu não vejo nenhuma ação para o adolescente, tem sim a quadra do skate ali em cima, mas já fica longe, aqui mesmo, mais perto da nossa casa só o movimento das escolas mesmo, aqui outras coisas por enquanto nada. (n12);

Em relação a outros setores, eu não vejo nenhuma ação sendo realizada no momento, por um outro segmento na verdade, pouquíssima coisa, acho que na verdade nada, não vejo nada sendo feito aqui. (n14)

> *O que eu percebo é o abandono em relação aos adolescentes e principalmente as crianças e os adolescentes, não temos nada aqui. (n15)*

Ademais, algo que chamou bastante a atenção, é que os participantes descreveram algumas ações que poderiam ser realizadas no território para os adolescentes, visto que estas ações descritas apontam uma estratégia para o enfrentamento das vulnerabilidades percebidas por este sujeito, a qual será discutida com mais profundidade em outra categoria neste estudo. A seguir, os discursos dos participantes em relação a essa temática:

> *Teria que ter ações para a prevenção da gravidez e ações que chamassem mais os adolescentes, como por exemplo, atividades esportivas nas escolas, envolvendo os profissionais da saúde. Nas escolas tem o Comunidade escola, mas é um final de semana e não envolve outros equipamentos, acho que para ter uma ação efetiva, tinha que ter o envolvimento do Conselho Tutelar. (n03);*

> *Com o setor saúde, a gente tenta trabalhar junto, principalmente por conta das temáticas, desde questão de higiene; cuidados básicos voltados para a saúde mesmo, até questão de prevenção. Até teve uma enfermeira aqui fazendo essas ações com os adolescentes, e foi bem bacana, os meninos ficaram um pouco tímido, mas as meninas tiraram bastante dúvidas e esclareceram bastante temáticas. Com o setor educação a gente precisaria melhorar esse trabalho, mas eu acredito que eles desenvolvam ações para os adolescentes, acredito que é voltada mais para a área da educação mesmo. (n13)*

Outro destaque que se faz nessas alocuções é referente ao fato de que alguns participantes comentaram não estarem mais praticando ações para os adolescentes ou que estão iniciando alguma ação para esse segmento populacional:

> *Nós não realizamos nenhuma ação, na verdade é agora que estamos iniciando as oficinas com as gestantes aqui na unidade básica de saúde, pois a enfermeira está fazendo mestrado e está trabalhando com esse tema, e agora estamos começando a realizar ações voltadas para esse público, mas anteriormente não era realizado nenhuma atividade com os adolescentes. (n07);*

> *Agora que estamos começando com essas ações aqui na unidade básica de saúde, devido a enfermeira que está estudando sobre isso, até agendamos um mutirão para a orientação sobre DSTs, gravidez e planejamento familiar. (n08);*

> *Este ano nós não estamos realizando nenhuma ação, por que o governo do estado cortou todos os projetos, nós não temos nada no momento; nós até o ano passado tínhamos, mas voltado para a questão do esporte, mas hoje não tem nenhum projeto de contraturno para os adolescentes. Essa ação funcionou durante uns 4 anos, mais ou menos. (n14).*

5.2.3.3 Categoria temática – Facilidades e/ou potencialidades para o desenvolvimento de ações

De acordo com as classes que emergiram do *software* e leitura do material, observamos que algumas dessas ao afirmarem determinados aspectos das ações – no caso, falar sobre as facilidades para desenvolvê-las – também reafirmavam suas dificuldades, ou seja, apresentaram novamente os aspectos contrários para as ações serem desenvolvidas. Nesta perspectiva, esta categoria temática evidencia as facilidades para a realização das ações em relação aos adolescentes no território, assim como as potencialidades para tais ações, conforme os trechos dos discursos dos participantes a seguir – por meio dos quais é possível observar que a facilidade é também a dificuldade:

> *Acredito que a quantidade de adolescente deva ser um grande facilitador, como eu mencionei, eu trabalhei antes no Tatuquara, e depois vim para cá [a participante refere-se ao trabalho que realizou, devido ao número elevado de adolescentes em outro território]. (n03);*
>
> *[...] nas facilidades, acredito que o número de adolescentes é um fator que ajuda e muito para a realização dessas ações, pois nos últimos anos o número deles vem aumentando significativamente, então acho que esse é um facilitador, pois nós temos público para a realização dessas ações, o que só falta é saber como fazer isso, com tão poucos recursos que nós temos aqui. (n05);*
>
> *A facilidade seria o número de adolescentes, que são bastante, o que dificulta é ir atrás, pois não temos um plano de atividades que contribua para isso. Eles são acessíveis, é só saber trabalhar com eles, pois tem bastante escolas e também o CRAS com bastante adolescentes, só falta o empenho da equipe, pois focamos apenas na criança, gestante e idoso e acabamos por esquecer do adolescente. (n07).*

5.2.3.7 Categoria 4 – Dificuldades e/ou fragilidades para o desenvolvimento de ações para o enfrentamento das vulnerabilidades

De acordo com a classe 1 do *corpus* do IRAMUTEQ, os seguintes vocábulos foram os mais frequentes: você, fase, preparado, difícil, lidar, sentir, diferente e responder. É importante salientar que nessa classe houve uma predominância na questão da falta de capacidade que os participantes apontaram ter para realizar ações e orientações para os adolescentes no território, principalmente para aqueles que se encontram em situações de vulnerabilidade, conforme os discursos a seguir:

> *[...] eu acho que deveria me preparar mais para lidar com eles, pois eles estão em uma fase de tantas dúvidas, passam por muitas coisas. Até uma vez eu ouvi de uma delas, que namoro sem sexo, não é namoro, eu fiquei assustada, por que no meu tempo era tudo diferente, era mais inocente. Eu tenho uma filha e fico imaginando se fosse ela dizendo isso, é bem complicado, acho que não estamos preparados para lidar com essas e outras situações em relação aos adolescentes.* (n03)

> *A realidade aqui é muito difícil, deveria fazer mais cursos, pois eles se encontram em uma fase de bastante transformação, de desafiar o outro para ser reconhecido e respeitado no seu grupo, pois o bairro em si, não oferece recursos necessários para oferecer acessos a determinadas coisas, acho que nós profissionais da educação e também de outras áreas, precisamos na graduação ter uma preparação para lidar com esse público.* (n04)

> *Não, não sei se eu estaria preparada para lidar com a adolescência, como é algo que eu nunca desejei, então eu sempre acho que é porque eu não estou preparada, minha opção sempre foi de trabalhar com os menores mesmo, sendo formada em [...] eu poderia fazer o concurso do estado, para ser professora [...] mas nunca quis, prefiro os menores [...] eu não me sinto preparada [...] não tenho desejo de trabalhar com esse público [...] já trabalhei com o público de jovens e adultos [...] eu acho que eles procuram a escolarização por outros motivos, são pessoas que estão sentindo a defasagem educacional em suas vidas, e voltam querendo de fato se dedicar, levar a sério, para melhorar a sua vida profissional [...] para os adolescentes isso não está muito claro, pois é a fase dos desafios, de burlar as regras [...] para trabalharem com essa faixa do desenvolvimento humano, tem que estar muito preparados para suprir mais frustrações, mais enfrentamentos [...] não sei se os cursos de graduação, seja ele em qual área for ser, educador, assistente social, psicólogo [.....] estão conseguindo preparar os profissionais para encararem essa fase [...]* (n06)

> *Eu acho que para lidar com isso, eu deveria estar mais preparada [...] fazer algum curso ou coisa do gênero [...] não me sinto preparada para lidar com eles.*(n07)

> *Não, eu acho que falta jeito de lidar com os adolescentes, pois eles estão em uma fase que os hormônios estão à flor da pele, e os adolescentes aqui do bairro são bem diferentes, até por viverem de uma forma diferente, muitos já são experientes em algumas coisas, que na minha época, não tinha isso, acho que teria que ter um tri-jeito para fazer com que eles se interessassem, mas eu não tenho esse molejo com eles.* (n08)

Nas alocuções também foram descritas situações na comunidade, nos grupos e nas famílias que potencializam as dificuldades para enfrentar os processos de vulnerabilidade que estão relacionados à adolescência ali no território, conforme as falas a seguir:

> *Tem casas aqui perto, porque está todo mundo em casa, têm quatro adolescentes, todos em casa, e às vezes acontece um fervo, uma briga, você vê uma briga, correndo com uma faca.* (n01)

> *Foi feita uma pista de skate, mas só ela não adianta, pois lá você encontra latinhas de cerveja jogada e preservativo, é um local que seria bom se tivesse alguém com eles. (*n03)

> *Eles assumem um papel de "babás" [refere que os adolescentes assumem a responsabilidade de cuidar dos irmãos menores] essa é uma vulnerabilidade, e a questão da falta mesmo do atendimento do acesso aos serviços de saúde.* (n10)

> *Não acompanhamos a saúde, tratamos a doença, é uma vulnerabilidade deles, porque nós não temos equipe de saúde e nem profissionais de saúde adequados, porque hoje as moradias Rio Bonito se encontram numa estrutura para 10.400 habitantes, que é o último dado censo do IBGE no ano de 2010, mas nós temos cadastrados 20.242 usuários.* (n10)

> *Não tem uma ação social que envolva esses adolescentes, como um curso, uma preparação para os adolescentes, então assim, não tem uma para, [referia-se a canchas/quadras] para os adolescentes poderem jogar uma bola.* (n15)

6. DISCUSSÃO

Este capitulo está organizado para discutir, à luz dos referenciais teóricos previamente delimitados, as categorias temáticas que surgiram a partir das seis classes segundo o processamento dos dados no *software* IRAMUTEQ. Neste sentido, como forma de organização, considerou-se a sequência da discussão das categorias temáticas conforme apresentado no capítulo de resultados: o reconhecimento da vulnerabilidade para o adolescente no território; as percepções das ações para o enfrentamento das vulnerabilidades; facilidades e/ou potencialidades para o desenvolvimento de ações e dificuldades e/ou fragilidades para o desenvolvimento de ações.

Buscou-se na análise identificar as convergências e divergências da realidade estudada com os pressupostos teóricos, com base no referencial teórico e metodológico do estudo, a Teoria da Intervenção Práxica em Enfermagem em Saúde Coletiva (Egry, 1996) e a Vulnerabilidade (Ayres, 2007) e, ainda, explora-se gênero e geração como categorias que permearam os discursos dos participantes. Neste caso, os entrevistados, os quais são adultos, ao descreverem a realidade do território, apontaram dois polos antagônicos, mas que, contraditoriamente, conformam os processos de desgaste para os adolescentes naquele cotidiano. Para esses participantes, em um polo da realidade estão expressões de desgaste para as meninas, no caso constituído pela gravidez na adolescência e, no outro polo os desgastes que são relacionados aos meninos, os quais se referem ao uso de drogas ilícitas e inserção no narcotráfico. Mediando a constituição dessa polaridade foram descritas as situações de violência, porém, essa descrição também se voltou para as especificidades de comportamentos e atitudes segundo os sexos dos adolescentes, sendo que para as meninas foram citados casos de violência sexual e para os meninos casos de violência física e uso de armas. Como essas expressões de violência se relacionam na realidade é que, segundo os entrevistados, se constitui a vulnerabilidade a qual é comum aos adolescentes de ambos os sexos.

Com relação aos participantes deste estudo, chama a atenção que todos são do sexo feminino. Tal fato demonstra uma realidade já apontada que é a feminilização de setores da saúde, da educação e assistência social. Porém,

aqui este fenômeno também fica expresso no movimento social organizado. Outra questão que se analisa é o tempo que os entrevistados estão ali trabalhando, pois a variação foi de dois a dez anos, haja vista que a maioria está entre sete a oito anos, sendo que com essa caracterização se permite afirmar que os entrevistados têm familiaridade com a realidade local sobre a qual discorreram.

6.1 O RECONHECIMENTO DA VULNERABILIDADE PARA O ADOLESCENTE NO TERRITÓRIO

O reconhecimento da vulnerabilidade para o adolescente, segundo as entrevistadas, está relacionado à presença de agravos e situações particulares que têm processos de desgaste para os adolescentes, seja no território, na família ou em relacionamentos entre os próprios adolescentes. Nos discursos foram mencionados a gravidez na adolescência, a violência devido ao tráfico de drogas e o uso de drogas ilícitas. As participantes apontaram que esses processos de desgaste são inerentes aos sexos dos adolescentes, ou seja, identificaram as vulnerabilidades como sendo próprias de cada gênero, visto que, a gravidez e a violência sexual foram referidas como sendo situações que atingem as meninas e a drogadição e violência física como sendo situações exclusivas dos meninos. Nesse sentido, a partir dos discursos analisados, entende-se que as participantes compreendem que a *vulnerabilidade* – no que tange as situações de gravidez, violência sexual e física e drogadição – como constituída a partir da construção histórica e social de gênero, ou seja, para as entrevistadas as *vulnerabilidades* dos adolescentes é determinada segundo o sexo, naquela comunidade, da mesma forma que compreendem que essas situações estão relacionadas ao grupo de pessoas nascidas na mesma época, o qual acabam compartilhando a mesma experiência histórica (SARMENTO, 2005).

Divergentes da compreensão apresentada nos discursos das participantes, autores referendados na base teórica deste estudo afirmam que a vulnerabilidade do indivíduo ou do coletivo ocorre segundo as suas condições históricas e sociais, que podem torná-los ou não expostos a situações de risco, de forma que políticas públicas e propostas de enfrentamento devem

estabelecer intervenções, tanto no setor saúde, como ações deste setor articuladas de forma intersetorial. Assim, os setores públicos presentes no território, articulados ou não com setores privados, devem atuar no sentido de superar ou transformar os processos que potencializam a vulnerabilidade dos adolescentes (NICHIATA et al., 2008; ANJOS et al., 2012; SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012; SANTOS; CUBAS, 2012; MAFRA, 2014).

Sasaki et al. (2015) comenta que a escola constitui um espaço que representa um processo de proteção na vida de um adolescente, visto que o desenvolvimento de ações de promoção à saúde dos adolescentes deve ser considerado em conjunto no planejamento e na avaliação de estratégias e ações integradas com outros setores, que visam o reconhecimento por parte do adolescente sobre a nocividade do uso de drogas lícitas e ilícitas, assim como na educação sexual.

Para Zeitoune et al. (2012) a escola também é um espaço de proteção para as situações que aqui foram pontuadas, mas que este mesmo local também pode se tornar um potencializador de processos de desgaste, visto que um adolescente pode ter proximidade com outros adolescentes que já estão inseridos no mundo das drogas. Os autores citados ainda afirmam que as informações relacionadas à promoção da saúde ou prevenção de adoecimentos poderiam ser obtidas se o adolescente tivesse vínculo com um profissional do serviço de saúde local, ou seja, se tivesse a familiaridade para procurar orientações relacionadas a esta fase de sua vida, como também sobre questões que lhe trazem anseios nesse momento de transformação do corpo.

Conforme dito anteriormente e com base nos discursos dos participantes, verifica-se que há um entendimento da *gravidez como vulnerabilidade* e, nesse sentindo, a gravidez – principalmente na adolescência – é um fenômeno complexo, ligado a projetos de vida, construção de identidade, reconhecimento social e vivência da sexualidade (JORGE et al., 2014) e que, por estes motivos, precisamos compreender o contexto social que esta adolescente grávida está inserida, assim como verificar as consequências que esta gravidez trará na trajetória da vida desta adolescente (MAFRA, 2014).

Muitos autores pontuam a gravidez, nesta faixa etária da vida, como um problema exclusivo da menina, visto que se houvessem mais discussões em relação a paternidade responsável, esse fenômeno poderia ser melhor

suscitado, possibilitando aos indivíduos do sexo masculino uma vida sexual segura e com responsabilidade (PAIXÃO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

Em relação aos papéis sociais de gênero, os adolescentes se expõem a diversos processos de desgaste, visto que o homem não é o ator principal do processo reprodutivo, já que embora não tenham esse papel e a paternidade não seja discutida, ao descobrir que serão pais, muitos adolescentes passam a ter a responsabilidade de trabalhar para prover o seu sustento e do filho, de forma total ou parcial, atendendo às expectativas sociais da masculinidade e garantindo sua passagem para a fase adulta (MAFRA, 2014).

Baretta et al. (2011) cometam que os adolescentes e jovens do sexo masculino não têm sido atendidos em suas necessidades de saúde relacionadas à sexualidade e à reprodução, pois os serviços de saúde encontram dificuldades em atender a esse público, o que é constatado em estudos, pesquisas e ações envolvendo os profissionais da saúde (BRASIL, 2006; SANTOS, 2013; MAFRA, 2014).

Neste contexto, a inexperiência e a falta de diálogo nos relacionamentos dos adolescentes potencializam a sua vulnerabilidade, ao iniciar sua vida sexual, a qual vai ocorrer sem planejamento, sem os cuidados com os métodos de proteção de DST’s e também sem métodos contraceptivos. A consequência dessa falta de conhecimentos poderá ser a gravidez indesejada, como mencionaram os participantes do presente estudo. Em seus discursos os entrevistados declararam não se sentirem preparados para lidarem com as questões que envolvem a sexualidade de adolescentes e jovens.

Meincke et al. (2011) salientam a importância de conhecer o perfil dos adolescentes para a promoção em saúde, principalmente para a verificação de necessidades e de adoção de medidas pertinentes a sua prevenção que envolve a vulnerabilidade em relação à atividade sexual desse segmento populacional. Assim, verifica-se que as dimensões da vulnerabilidade, na esfera individual, relacionam-se ao nervosismo, à insegurança e as dúvidas em relação à prevenção. Com relação à vulnerabilidade social, verifica-se a construção social dos papéis de gênero e as expressões de violência e, em relação à vulnerabilidade programática, apontam-se a inexistência de ações concretas advindas de políticas públicas que estimulassem o enfrentamento da determinação da vulnerabilidade em que se encontram os adolescentes. Cabe

também refletir sobre a necessidade de diálogo e cuidado entre adolescentes, gestores, conselheiros locais e líderes do movimento social para que se elaborassem estratégias de enfrentamento das situações descritas.

Outra situação evidenciada pelas participantes foi o uso de drogas na adolescência, uma vez que este fato configura um grave problema de saúde pública, pois atualmente essa situação está relacionada à criminalidade e à violência urbana. Nesse sentido, ao descrever *a droga como vulnerabilidade*, é importante entender se os adolescentes têm conhecimento ou não sobre as consequências do uso de drogas, sejam essas lícitas ou ilícitas, visto que um estudo realizado com 16 adolescentes mostrou que estes têm um conhecimento limitado sobre os temas que envolvem as drogas.

Um estudo apontou a necessidade de medidas educativas, preventivas e a implementação de trabalhos educativos nos contextos em que vivem os adolescentes, seja ele escolar, social ou familiar. O objetivo das atividades seria minimizar as diversas vulnerabilidades a que estão expostos esses indivíduos, pois os próprios adolescentes relataram a necessidade de trabalhos educativos na escola, capacitação de profissionais para atendê-los, supervisão dos pais e a implementação de ações de segurança, como medidas preventivas para o uso indevido de drogas (FARIA - FILHO et al., 2015).

Ao discutir drogadição e violência, Resta (2012), afirma que outros estudos apontam que se trata de uma questão de gênero pautado na dominação masculina, em decorrência de uma gama de situações a que estão expostos, como por exemplo: uso abusivo de álcool, relação sexual sem proteção, brigas e violência, bem como a pressão sofrida para que sejam agressivos e competitivos (HORTA et al., 2014; MAFRA, 2014).

Outras situações de vulnerabilidade pontuadas pelas entrevistadas foram a violência, drogadição e tráfico de drogas, pois afirmaram que essas situações fazem parte da vida cotidiana dos adolescentes no território, podendo assim afirmar *a vulnerabilidade em decorrência dos agravos,* devido a exposição de situações que interferem na vida desses adolescentes, como mortes por causas externas e também a relações sexuais desprotegidas, o que faz diagnosticar DST’s nos adolescentes. Para as entrevistadas, a adolescência é um momento de descoberta da sexualidade, de alterações hormonais que levam a iniciação precoce da atividade sexual sem orientação prévia e de exposição a

situações que podem colocar a saúde em risco, como por exemplo, o envolvimento com o tráfico de drogas.

Para o sexo masculino na adolescência, a sexualidade é vista como algo incontrolável, sendo muitas vezes vivenciada e incentivada pelas gerações anteriores no sentido de fazer o adolescente demonstrar a sua masculinidade, assim como são também cobrados para demonstrar a sua masculinidade nos ambientes em que se inserem com os amigos, seja na família, na escola ou em ambientes de lazer. Já para o sexo feminino, a sexualidade é tratada como algo mais velado, ou seja, não discutido, ou seja, para os estudiosos, a mulher que trata da sua sexualidade de forma mais aberta torna-se mal interpretada moralmente e, consequentemente, vista com discriminação pela sociedade (ABRAMOVAY, 2009; SILVA et al., 2014; MAFRA, 2014).

No decorrer das entrevistas com as participantes, ficou evidente a não realização de ações preventivas para as situações de vulnerabilidade que reconheciam, principalmente, nos processos relacionados à sexualidade. Apesar da sexualidade ter sido compreendida como algo de grande importância na adolescência e apontado que o atendimento ao adolescente deveria considerar o seu contexto social, levando em consideração a sua historicidade, ou seja, o modo como ele se sente bem e o seu modo de viver.

Assim, cabe aos profissionais de saúde, no atendimento a um adolescente, dar abertura ao diálogo, sem preconceitos. Independente das ações, seja individual ou grupal, essas devem ter como objetivo ajudar a reduzir as tensões do adolescente, promover esclarecimentos, orientar tratamentos possíveis e encaminhamentos disponíveis em rede de serviços dos setores que se dispõem no território ou serviços de referência (MAFRA, 2014; JORGE et al., 2014; SALCEDO-BARRIENTOS et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

Como mencionado anteriormente, na história destes adolescentes em relação às suas famílias ou no contexto em que vivem, foram evidenciados *os processos de desgaste na vida dos adolescentes no território como vulnerabilidade*, visto que para as entrevistadas estes processos estão relacionados à ausência de escolas, assim como, ausência de cursos profissionalizantes, atividades de cultura, esporte e lazer, permitindo ao adolescente, tempo livre para as atividades nas ruas do território em que vivem, ou seja, tempo para atividades que potencializam ou fragilizam as suas vidas.

Neste contexto, adolescentes escolares relataram a ociosidade como principal situação que os leva ao uso de drogas, pois estes estão inseridos em locais que há baixa oferta de atividades esportivas e lazer e, dessa forma, citaram a inserção ao mercado de trabalho como meio de evitar a ociosidade (FARIA-FILHO et al., 2015).

Nesta perspectiva, Souza, Castro e Vialich (2012) comentam que se faz necessária a presença de projetos sociais que envolvam o esporte e outras práticas corporais, que visem o aumento do vínculo social e a socialização dos adolescentes para que, desse modo, sejam minimizadas as vulnerabilidades ao protegê-los de situações de violência, o que ocorreria durante o período em que não estão na escola.

Em contrapartida e de acordo com os discursos das participantes, ficou evidente que essa não é uma realidade presente na vida dos adolescentes moradores do território estudado, visto que não há escolas para atuarem na área de abrangência das Moradias Rio Bonito e, consequentemente, há dificuldade da construção de vínculo com este segmento populacional, assim como a resolução de atividades preventivas. Tal situação pode ser confirmada pelos dados que caracterizam o território estudado, pois as informações mostraram que as escolas municipais presentes não conseguem atender toda a população de crianças e adolescentes moradoras do local. Em relação a escola estadual presente no território a situação fica ainda mais agravante, pois de acordo com os dados empíricos, a escola teve que adotar horários diferenciados para atender, em partes, um grande contingente desses adolescentes, e ainda, que atualmente, a escola não possui mais atividades de contraturno para atender aos seus alunos, isso devido a cortes no orçamento do governo estadual.

Relacionado as subcategorias anteriores, as entrevistadas destacaram a *violência como vulnerabilidade,* que vem sendo considerado um problema de saúde pública, por estar relacionado ao uso, ao abuso e a dependência de drogas ilícitas entre jovens e adolescentes, aos fenômenos de morte associada a causas externas, HIV e uma série de agravos que atingem a saúde, com manifestações de violência ocorrendo nas casas, escolas, trabalho e até mesmo nos meios de comunicação, nas suas diversas formas: violência sexual, violência psicológica, violência física e negligência (FIGUEIREDO, 2005; VERDI; BOEHS; ZAMPIERI, 2005).

De acordo com o ECA nos artigos 13° e 245° cabe aos profissionais de saúde notificarem casos suspeitos ou confirmados de violência, bem como, em Curitiba, encaminhar o caso para a Rede de Proteção à criança e ao adolescente.

> (...) Art. 13. 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. (Redação dada pela Lei nº 13.010, de 2014 – Lei Menino Bernardo ou Lei da Palmadinha) (BRASIL, 2014).
> (...) Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:
> Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (...) (BRASIL, 1990).

Neste sentido, destaca-se que em 2009 foi promulgada a Lei 12.015/09, que modificou o Código Penal em relação aos crimes sexuais, o estupro (sexo vaginal mediante violência ou ameaça) e o atentado violento ao pudor (outras práticas sexuais), sendo fundidos em um só tipo de crime, o estupro. Também desapareceu a figura da violência presumida e, assim, todo ato sexual com pessoas com menos de 14 anos passou a configurar estupro de vulnerável, mesmo que se afirme ter sido consentido pelo menor (BRASIL, 2009).

Já em relação ao índice de violência, segundo a caracterização do território e as alocuções das entrevistadas, percebe-se o envolvimento de adultos jovens e adolescentes com o tráfico de drogas e o mundo das drogas, fato que não é evidenciado pela caracterização do território, segundo a primeira parte dos resultados, pois os dados demonstram uma manutenção do número de casos, registrado pela delegacia.

Ainda na temática da violência, as entrevistadas descreveram situações que ocorrem no ambiente escolar, fato que é debatido como tema no cotidiano da sociedade pela mídia. A concepção de violência na escola é evidenciada de forma diferente pelos atores envolvidos – professores, alunos e funcionários – que apresentam concepções distintas do problema, talvez porque estejam

profundamente ligadas à singularidade de cada grupo (EYNG; GISI; ENS, 2009; SILVA et al, 2014).

Silva et al. (2014) chamam à atenção para essa problemática, que se torna visível a partir de conhecimentos fatais, como por exemplo mortes ou incidentes mais graves nos arredores e dentro das escolas e, muitas vezes, mascarando outros tipos de violência que acontecem nos ambientes escolares e nos espaços que os cercam.

A violência sofrida ou praticada nas escolas se manifesta de forma distinta e sofre influências das condições de renda de grupos sociais, pelo tipo de instituição, hábitos da cultura do grupo e relações de gênero e geração, visto que a pessoa mais velha, detêm o poder, assumindo tamanha importância nas relações intergeracionais. Algumas pesquisas pontuam que a humilhação é o tipo de violência mais sofrida nas escolas, seguida de furto, ameaça e destruição de pertences. Apesar da humilhação não ser a principal violência retratada pelas participantes, essas comentaram sobre a violência dentro do ambiente escolar, devido a furtos e destruição do patrimônio, fato que corrobora com os estudo e pesquisas aqui mencionados (EYNG; GISI; ENS, 2009; SILVA et al., 2014).

Perante o exposto, se faz necessário refletir sobre a elaboração de ações de intervenção que enfrentem as situações descritas e interfiram na sua determinação. Considerando-se que a escola é um local complexo e dinâmico, é importante propor intervenções que sejam necessárias para investigar o que pensam e como vivem aqueles que fazem parte dela, especialmente os adolescentes e jovens (MENDES, 2011).

6.3 AS PERCEPÇÕES DAS AÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DAS VULNERABILIDADES

É necessário discutir e refletir sobre como realizar ações e intervenções que possam alterar a determinação da realidade descrita, sendo que neste contexto se discutirá a segunda categoria que emergiu nos discursos das entrevistadas, ***as percepções das ações para o enfrentamento das vulnerabilidades*** com ações de promoção e prevenção de agravos, no contexto da atenção básica à saúde, assim como de estratégias que visem a intersetorialidade na realização dessas ações.

Segundo Silva et al. (2014), para as ações de promoção a saúde e prevenção de agravos junto à adolescentes, é necessário criar ambientes mais seguros e agradáveis nas escolas, comunidades e sociedade, sendo de responsabilidade do poder público em suas três esferas de governo, cujas ações se baseiem na intersetorialidade e participação coletiva e também devem ser levados em consideração os espaços sociais, assim como o cotidiano dos indivíduos junto às suas famílias e grupos, para que tais ações possam ser desenvolvidas, tendo como princípio a integralidade.

Porém, na realidade estudada, cabe refletir sobre como realizar ações fundamentadas no princípio da integralidade, pois nos discursos das entrevistadas observa-se a insuficiência de setores, assim como a inexistência da intersetorialidade nas ações e, segundo as participantes, as atividades deveriam ser articuladas com os setores de educação, saúde e assistência social, tendo em vista que a insuficiência e a inexistência de determinados equipamentos no território foram mencionados como impeditivos para o desenvolvimento de determinadas ações. Nesse sentido se permite afirmar a existência de uma contradição nos discursos das participantes, pois elas representam setores fundamentais para a realização dessas ações em relação às vulnerabilidades dos adolescentes no território referendado, mas caberia refletir se de fato esses equipamentos têm profissionais capacitados e suficientes para o desenvolvimento das ações que são de suas competências.

No entanto, é possível apontar que a determinação do processo saúde-doença da população está relacionada a diferentes processos, os quais são históricos, sociais e econômicos em uma determinada sociedade (BREILH, 2006). Desse modo, é importante a participação e articulação dos profissionais do setor saúde com outros setores presentes na sociedade e assim, inseridas na área de abrangência da unidade de saúde, para o enfrentamento dos problemas encontrados, assim como os de prevenção de agravos e de promoção da saúde (VERDI; BOEHS; ZAMPIERE, 2005; PINTO et al.,2012).

Na caracterização do território ficou evidenciada a existência de diferentes equipamentos públicos de diferentes setores, tais como de educação, saúde e assistência social, que poderiam ser articulados para o desenvolvimento de ações junto aos adolescentes. Porém, de acordo com os discursos das gestoras, conselheiras locais e das líderes de movimentos sociais, observa-se a

falta de um trabalho integrado e de promoção à saúde e prevenção de agravos para este segmento populacional na área de abrangência dos serviços das entrevistadas. E, de acordo com os autores aqui citados, a intersetorialidade se faz importante para as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças na vida destes adolescentes, assim como, para o enfrentamento das vulnerabilidades que cercam esse segmento populacional.

Para que essas atividades sejam realizadas, percebe-se nos discursos das participantes a necessidade do envolvimento da *equipe multiprofissional*, com destaque para o Enfermeiro e profissionais de educação física. No reconhecimento do trabalho desempenhado pelo enfermeiro, foram apontadas atividades como: realização de oficinas/palestras sobre prevenção de gravidez na adolescência, assim como orientação sobre cuidados básicos de higiene. Já em relação aos profissionais da área da educação física, não foram apontadas atividades especificas, mas sim a articulação da saúde com atividades esportivas, para o enfrentamento das vulnerabilidades no território estudado.

No entanto, para que essas ações sejam realizadas, é importante destacar a equipe do Núcleo de Apoio à saúde da família (NASF), o qual surgiu em 2008, com objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica e aumentar a resolutividade e reforçar os processos de territorialização. Vale destacar que a equipe do NASF está regulamentada pela portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, pois este Núcleo trabalha com profissionais de diversas áreas de conhecimento da saúde que tem entre seus objetivos o enfoque das práticas multiprofissionais nos territórios sob a responsabilidade da equipe da ESF (BRASIL, 2010a).

Neste sentido e em relação às ações educativas, deve-se considerar a visão do usuário sobre o tema e objeto que estão em discussão, ou seja, deve-se levar em consideração a idade, o histórico de vida e a vivência na comunidade em que reside o usuário do serviço, pois as atividades podem ser realizadas em grupos de indivíduos que tenham pontos e interesses em comum, facilitando a discussão e a troca de experiências entre os participantes, como por exemplo, as atividades realizadas pelos educadores físicos do NASF, que são realizadas em grande grupo ou por meio de atendimentos individuais, quando estes são

solicitados pelos usuários do serviço ou quando o profissional percebe esta demanda (MAFRA, 2014).

Para isto, seria importante que os profissionais de saúde fossem preparados para compreenderem o seu papel nesse processo educativo, não se esquecendo das diretrizes orientadoras das ações da atenção básica à saúde, pois de acordo com Duarte et al. (2015), os profissionais são peças-chave para o reconhecimento das vulnerabilidades dos adolescentes, já que esses podem procurar os serviços em decorrência das consequências físicas e psicológicas que sofrem nessa fase da vida.

Desse modo, destaca-se que no território estudado não há áreas de cultura e lazer e, assim, é possível afirmar, de acordo com as características aqui pontuadas, que há uma dificuldade de acesso dos adolescentes nestes locais para a realização dessas atividades, portanto é necessário que os adolescentes tenham acesso a espaços amplos para a organização de atividades diferenciadas, criativas e inovadoras, conforme demandam os indivíduos deste segmento populacional (BRASIL, 2010a; UNICEF, 2011; MAFRA, 2014).

Quando abordadas sobre as *ações que realizam para os adolescentes*, algumas entrevistadas mencionaram determinadas ações que realizam para este segmento populacional, como por exemplo, atividades de dança, esporte e atividades de tricô e crochê, no entanto, o que mais se destacou foi a falta de contato direto com o adolescente – acredita-se que devido às suas demandas diárias nos serviços nem percebem se esse segmento populacional é atendido ou não nas suas ações. As entrevistadas relataram ações para os adolescentes moradores do território sob sua responsabilidade, ou seja, os discursos se pontuaram na consulta de enfermagem, atendimento à demanda espontânea no serviço de saúde e, ainda, a efetivação de busca ativa para atendimento desta população devido às notificações da rede de proteção ou por solicitação da escola, bem como orientações diversas para o adolescente, que se encontra com algum problema diagnosticado no ambiente escolar, pelos professores e pedagogos. É importante destacar que nesses casos, a demanda ocorreu por alguma alteração de comportamento ou algum sinal ou sintoma relacionado à saúde observado no adolescente por profissionais de diversos setores.

De acordo com Verdi, Boehs e Zampieri (2005), as relações interpessoais são determinantes para se estabelecer empatia, pois permite ao

profissional compreender os sentimentos e os significados presentes no indivíduo, através da abertura de diálogo, escuta e acolhimento. E neste sentido, a consulta de enfermagem deve ser integrada às atividades desenvolvidas pelos demais profissionais da equipe com o objetivo de facilitar este relacionamento – usuário e técnicos da área de saúde (MAFRA, 2014).

Ao discorrerem sobre *as ações que deveriam ser realizadas*, encontramos as atividades que as entrevistadas entendem como necessárias para prevenir a gravidez indesejada, o uso de drogas lícitas e ilícitas, envolvimento com o tráfico e, consequentemente, o envolvimento com a violência no território e na família. Elas relatam a dificuldade de programar ações que visem na prevenção desses agravos e, nesse sentido, pode-se afirmar a dissonância que existe entre a percepção do problema e a possibilidade de intervir, pois a não realização das atividades necessárias, segundo o discurso das entrevistadas, está relacionada à dificuldade de lidar com a adolescência, pois elas relataram a dificuldade de lidar com as características que envolvem a adolescência, assim como a falta de apoio do poder público e da provisão de recursos humanos e de materiais para a implantação e execução do mesmo.

Nessa questão, as participantes frisaram a importância da construção de mais escolas no território, pois conforme os discursos e a caracterização do território distrital, a escola nem sempre está presente na área de abrangência da unidade básica de saúde, o que torna difícil a articulação e planejamento das ações que visem o atendimento ao adolescente. Entre as ações intersetoriais, foram referidas atividades lúdicas no sentido de envolver os adolescentes, assim como palestras que chamem os adolescentes para a discussão de temas relacionados à sexualidade e drogadição. Tal proposta possibilitaria suscitar nos adolescentes o conhecimento e, consequentemente, a reflexão sobre as vulnerabilidades aqui pontuadas, fato que deveria ser valorizado pelo poder público.

Ainda no tocante às afirmações apresentadas pelas entrevistadas, vale salientar que Garcia e Fisberg (2011) pontuam que ao conhecer as necessidades, dificuldades, oportunidades e gostos dos jovens, permite-se aos profissionais o desenvolvimento de materiais e estratégias adequadas para serem mais efetivos em seus atendimentos, ou seja, os serviços de saúde deveriam estar mais preparados para atender ao adolescente, aumentando o

acolhimento para que se possa enfrentar os processos que são determinantes das vulnerabilidades a que estão expostos (JORGE; FONSECA; COSTA, 2014; FARIA-FILHO et al., 2015).

6.3 AS FACILIDADES E/OU POTENCIALIDADES E AS DIFICULDADES E/OU FRAGILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES

Em relação à importância da realização de ações junto aos adolescentes, as participantes discorreram sobre as facilidades e as dificuldades para a realização de ações perante os adolescentes no território, ficando evidente as duas últimas categorias ***facilidades e/ou potencialidades para o desenvolvimento de ações*** e ***dificuldades e/ou fragilidades para o desenvolvimento de ações***. A primeira categoria evidenciou discursos que permitiram a sua subdivisão em duas subcategorias, como segue: *facilidades e/ou potencialidades encontrada no território* e *facilidades e/ou potencialidades na equipe*.

No discurso sobre as *facilidades e/ou potencialidades encontrada no território* foi apontado o número elevado de adolescentes na região estudada, fato que converge com a caracterização do território, pois nos últimos dez anos o bairro Campo de Santana tem apresentado um crescimento populacional significativo. Outra questão pontuada nessa subcategoria foi o número de equipamentos, pois elas mencionam que o olhar do estado seria um facilitador para a realização de ações com os adolescentes, fato que, divergem da maioria das participantes, pois a falta de incentivo do poder público é visto como uma dificuldade para a realização das ações para os adolescentes.

No discurso sobre *as facilidades e/ou potencialidades encontradas na equipe* foi apontada a facilidade de linguagem de algumas participantes em relação os adolescentes do território. Outra potencialidade apontada foi a participação delas em algumas ações voltada para os adolescentes, em especial a participação da gestora da educação e da auxiliar de enfermagem.

Sendo assim, é importante destacar que o enfermeiro é membro importantíssimo do desenvolvimento de ações que visem à atenção à saúde dos adolescentes, principalmente no que tange as questões que imponham risco a sua integridade. Portanto, as ações referentes aos adolescentes do território

deveriam ser visualizadas e valorizadas pela equipe, para assim garantir a cidadania a esse público, uma vez que a escola tem o papel de auxiliar o desenvolvimento das relações interpessoais, das capacidades físicas e morais do indivíduo, por meio de ações educativas (SILVA et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

Em relação à última categoria, ***dificuldades e/ou fragilidades para o desenvolvimento de ações***, emergiram quatro subcategorias: *dificuldades e/ou fragilidades na família; dificuldades e/ou fragilidades no território; dificuldades e/ou fragilidades nos equipamentos de educação e saúde; dificuldades e/ou fragilidades na capacitação técnica e pessoal*. No que se refere à primeira subcategoria, fica evidente nos discursos das participantes a dificuldade de realizar ações com os adolescentes devido as características das famílias no território estudado, pois nestes contextos sociais os pais saem diariamente para o trabalho, o que ocorre com o objetivo de promover o sustento da família, deixando os filhos adolescentes sozinhos durante longos períodos do dia, ou seja, como já mencionado anteriormente, os adolescentes ficam em suas casas pela ausência de atividades de contraturno no setor público de educação, o que acaba dificultando o acesso dos profissionais de saúde e assistência social a este segmento populacional e que facilita a inserção dos adolescentes em atividades relacionadas a comercialização e ao uso de drogas, tendo como consequência a violência advinda destas práticas, pois conforme os dados caracterizados do território, essas ações estão presentes na realidade da comunidade.

Já nas *dificuldades e/ou fragilidades do território*, as participantes discorreram sobre a localidade em que se encontram, abordaram a questão do bairro ser muito afastado do centro da cidade – o que dificulta o acesso dos adolescentes a determinados serviços que a cidade apresenta, como lazer, educação e cursos profissionalizantes. Para elas, se o bairro fosse mais próximo do centro da cidade os adolescentes poderiam ter a oportunidade de perceber que podem mudar seu futuro, ou seja, elas entendem que o fato dos adolescentes não saírem do território, gera uma espécie de sensação de que suas vidas estão predestinadas à realidade local, sem a chance de alterá-las.

Agora em relação as *dificuldades e/ou fragilidades nos equipamentos,* as participantes abordaram a falta de equipamentos de educação, esporte, lazer

e cultura para os adolescentes da comunidade, visto que essa situação potencializa a inserção dos adolescentes em situações de vulnerabilidade, como já citado anteriormente. Essa situação corrobora com os dados descritos no capítulo de resultados, sobre a caracterização do território, já que o local analisado apresenta apenas uma escola estadual e três escolas municipais, as quais trabalham com fila de espera, visto que o número de adolescentes é muito elevado em relação ao número de estabelecimentos de educação no território. Outra questão levantada é a dificuldade de acesso do adolescente ao serviço de saúde dessa comunidade, pois de acordo com os discursos das participantes, os profissionais trabalham com a demanda advinda do território, além de que possuem uma ação especifica de promoção e prevenção de agravos com os adolescentes dessa comunidade.

As participantes ventilaram ainda a dificuldade que elas têm de lidar com o público adolescente, fato evidenciado na última subcategoria *dificuldades e/ou fragilidades na capacitação técnica e pessoal*. As participantes discorreram sobre a falta de capacitação para lidarem com a adolescência, principalmente na falta de diálogo que elas relataram em ter, especialmente voltado para as questões de sexualidade e drogas, haja vista que em seu processo de formação e de outros profissionais, o tema adolescência nunca foi abordado e, por este motivo, atualmente, os profissionais saem despreparados para lidar com a adolescência nos serviços de saúde, educação e assistência social. Já em relação a dificuldade e/ou fragilidade pessoal, as participantes relataram que a adolescência atual está muito diferente da época em que elas estavam nesta faixa etária, ou seja, conforme aponta Sarmento (2005), a geração se faz por um grupo de pessoas nascidas na mesma época, que viveram os mesmos acontecimentos sociais durante a sua formação e crescimento, o qual, acabam compartilhando a mesma experiência histórica, significativa para todo o grupo, originando uma consciência comum que se estabelece ao longo da vida, ou seja, é importante destacar que as participantes trazem suas experiências individuais para lidarem com a adolescência, pois na época em que viveram a adolescência, não era comum falar sobre sexualidade e drogas, visto que esse fato dificulta o trabalho de orientações desses profissionais, o qual, pode resultar no afastamento do adolescente nos serviços de saúde e educação desse território.

Paixão et al. (2014) interpretam que os profissionais de saúde, assim como da educação, possuem papel importantíssimo na prevenção de agravos, como por exemplo, a gravidez e suas consequências, a partir de atividades educativas, sobretudo durante o planejamento familiar e nas escolas. Já para os profissionais que atuam na ESF não podem esquecer-se do trabalho extramuros, dada a importância da atuação na própria comunidade, em escola, associações e nas próprias visitas domiciliares, no sentido de atender as premissas de prevenção de doenças e agravos e promoção à saúde, preconizados pelo modelo de Atenção Primária à Saúde.

Salcedo-Barrientos et al. (2014) comentam que a falta de formação e capacitação dos profissionais, assim como as próprias questões pessoais de cada um em lidar com determinados assuntos, potencializam as fragilidades desses profissionais no processo de identificação e intervenção de vulnerabilidades nos serviços de saúde, assim como a naturalização de uma época, originando um pensamento comum (SARMENTO, 2005). Para Salcedo-Barrientos et al. (2014), o processo de trabalho dos profissionais da saúde necessita de reformulação em relação aos objetivos da ESF. Isto posto, instituições de ensino, outros serviços e os próprios profissionais precisam pensar em novas estratégias para fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde do Brasil e assim viabilizar o atendimento integral e de qualidade para todos os cidadãos, inclusive os adolescentes.

7. CONCLUSÕES

Esta pesquisa teve como objetivo reconhecer as vulnerabilidades dos adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado, conselheiros locais e gestores de um determinado território de Curitiba, com a finalidade de contribuir para a elaboração de ações dos serviços locais que atendem aos adolescentes em situação de vulnerabilidade. Neste sentido, acredita-se que os objetivos foram atingidos.

A partir do conhecimento aqui construído é possível afirmar que para as ações locais serem efetivas é necessário superar o modelo de assistência curativista. É necessário conhecer a população, assim como conhecer os processos de determinação do processo saúde-doença dos que ali vivem, nas dimensões que conformam a realidade observada: singular; particular e estrutural. Ao reconhecer a determinação de tal processo é que a equipe poderá propor intervenções que modifiquem as vulnerabilidades encontradas naquela população e, ainda, trabalhar essas informações junto aos Gestores, Conselhos Locais de Saúde e Líderes do Movimento Social Organizado, visando a troca de conhecimentos e uma possível articulação para o enfrentamento necessário e para reivindicar uma assistência à saúde que atenda às necessidades da população local.

Com os resultados e a discussão deste estudo ficou demonstrado a necessidade de maiores investimentos por parte do Poder Público, dando oportunidade aos adolescentes desse território, tal como o acesso à educação, ao trabalho, à assistência à saúde e às atividades de lazer, visando transformar a vida destes adolescentes e tornando-os menos vulneráveis aos processos de desgastes descritos. Chama-se a atenção também para a necessidade de se incentivar e capacitar os gestores dos setores públicos locais, assim como os conselheiros e líderes do movimento social para a elaboração e atuação junto aos adolescentes sob sua responsabilidade.

A partir desse apoio e investimentos se reflete sobre a necessidade de implantar ações intersetoriais para este segmento populacional, pois de acordo com as entrevistadas, a intersetorialidade é um importante eixo de condução para se elaborar ações resolutivas para as questões discutidas, haja vista que

isoladamente os serviços não conseguirão atender as demandas apresentadas por este segmento populacional com resolutividade.

Neste sentido, reflete-se sobre o comprometimento da gestão pública para promover e dar subsídios para as ações que atendam aos adolescentes, pois o que se pôde constatar no estudo foi a ausência dos serviços públicos de alguns setores no território, em especial o setor de esporte, cultura e lazer, e ainda, a deficiência dos serviços de educação. A falta de acesso aos serviços públicos, considerados potencializadores para a aprendizagem e desenvolvimento dos adolescentes, os prejudicam significativamente, propiciando o envolvimento deste segmento populacional com o tráfico de drogas na comunidade e, consequentemente, com a violência.

Para que as ações possam trazer transformações na realidade aqui descrita, é necessário refletir sobre a capacitação para os profissionais que atuam junto aos adolescentes, pois nesse processo deve-se discutir o arcabouço jurídico vigente que é direcionado para os adolescentes e jovens e, assim, também discutir a qualificação desses profissionais, os quais apresentam papel fundamental em relação à implementação de ações que concretizam os pressupostos das leis. Assim, as ações devem ir além do que se tem realizado, já que no estudo, as participantes relataram a atuação da rede de proteção e do CRAS em situações que a violência e outras vulnerabilidades já estão instaladas.

Com relação ao setor saúde, é importante observar as lacunas nas ações de cuidado, seja na promoção da saúde ou na prevenção de adoecimentos, oferecidas aos adolescentes do território, as quais foram evidenciadas pela ausência de ações para este segmento no serviço local. Neste contexto, é importante destacar que a formação dos profissionais de saúde precisa contemplar conteúdos e práticas voltados para este segmento populacional.

Considera-se importante apontar que nos resultados e na discussão ficou evidente que a vulnerabilidade dos adolescentes tem determinação relacionada às categorias gênero e geração, a qual, a primeira, é construída histórica e socialmente, constituída para diferenciar homens e mulheres em uma sociedade, e a segunda, conforme apontado nesse estudo, caracteriza um grupo de pessoas nascidas em uma mesma época, na qual, viverem as mesmas experiências. Visto que as entrevistadas referiram situações de vulnerabilidade

diferentes para meninos e meninas e a dificuldade de lidar com assuntos que na sua época de adolescência não era trabalhado em seu processo de crescimento e formação. Nesse sentido, conclui-se, neste estudo, que para avançar nessa discussão são necessários novos estudos que ampliem e aprofundem o debate sobre as relações da categoria gênero e geração, para isto, faz-se necessário buscar a compreensão da realidade por meio de uma alquimia de categorias sociais, como por exemplo: gênero, raça e geração – no processo de determinação da vulnerabilidade de adolescentes.

Destarte, há que se fazer menção aos desafios enfrentados no desenvolvimento do estudo, dentre os quais podemos destacar a articulação com os órgãos co-participantes do projeto de pesquisa, pois cada um tinha seu tempo político e administrativo – o que exigiu uma disponibilidade inicial para a articulação e tramitação dos processos, no sentido de liberar o andamento do estudo, assim como a utilização dos dados em bancos secundários e o referencial teórico-metodológico adotado, que exigiu olhar o objeto de pesquisa nas suas diferentes dimensões da realidade – Singular, particular e estrutural. Além disso, o desafio para se utilizar o *software* IRAMUTEQ como ferramenta de apoio à pesquisa, muito embora tenha demandado grande tempo de estudo devido a necessidade de se dominar as suas funcionalidades e peculiaridades, contraditoriamente, apresentou-se como um potencializador da organização dos dados para a construção da análise apresentada neste relatório de pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. **Revelando tramas, descobrindo segredos: violência e convivência nas escolas** / Miriam Abramovay, Anna Lúcia Cunha, Priscila Pinto calaf: Rede de Informação técnologica Latino-Americana – RITLA, Secretaria de Estado de educação do Distrito federal – SEEDF, 2009. 496 p. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/Revelando_Tramas.pdf> Acesso em: 27 jul. 2014.

Agência Curitiba de Desenvolvimento S/A. **AMBIENTE DE NEGÓCIOS.** Disponível em: <http://www.agencia.curitiba.pr.gov.br/publico/conteudo.aspx?codigo=182>. Acesso em: 27 jul. 2015.

AISENBERG, E; ELL, K. Contextualizing cmmunity violence and its effects. **J interpers Violence,** v. 20, n. 7, p. 7855-7871, 2005.

ALBUQUERQUE, L.M. **Construção de um subconjunto terminológico da CIPE para crianças e adolescentes vulneráveis e violência doméstica** 176 p. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

ALBUQUERQUE, L.M.; CARVALHO, C.M.G.; APOSTÓLICO, M.R.; SAKATA, K.N.; CUBAS, M.R.; EGRY, E.Y. Nursing Terminology defines domestic violence against children and adolescents. **Rev. Bras Enferm**., 68(3), p. 452-459, mai-jun. 2015.

ANJOS RHD, SILVA JAS, VAL LF, RINCON LA, NICHIATA LYIDiferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV **Rev Esc Enferm USP**; v.46, n.4, p.829-37, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000400007&script=sci_arttext
Acesso em: 28 ago. 2015.

AYRES, J.R.C.M. **Epidemiologia e emancipação**. 1. ed. Hucitec-Abrasco, 1995.

AYRES, J.R.C.M; FREITAS, A.C; SANTOS, M.A.S; SALETTI FILHO, H.C; FRANÇA JÚNIOR, I. Adolescence and Aids: evaluation of a preventive education experience among peers. Interface - Comunic, Saúde, Educ, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 113-128, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a08.pdf>. Acesso em 20 mar.2014.

AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, vol.17, n.1, p. 43-62, 2007.

AYRES, J.R.C.M. *et al*. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na atenção primária à saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ,** v. 16, n.40, p. 67-81, jan/mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2014.

AREAZZA, ALV Epidemiologia crítica: por uma práxis teórica de saber agir. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p. 1001-1013, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400022&script=sci_arttext
Acesso em:15 ago. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

BARETTA et al. A construção de um projeto na maternidade adolescente: relato de experiência. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 533-536, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a32.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

BARRA et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 6, p. 831-836, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/18.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

BARROS, G.F.M. **Direito da Criança e do Adolescente**. 2. ed. Editora: jusPodivm, 2014.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2009.

BERTOLOZZI, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 43, v. 2, p. 1326-1330, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2014.

BETTIOL, L.M. **Saúde e participação popular em questão:** o programa saúde da família. São Paulo. UNESP, 2006.

BESERRA et al. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Rev. Cienc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1563-1570, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a92v16s1.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

BESERRA, E.P; SOUSA, L.B; ALVES, M.D.S. Educational intervention using the life activity of breathing with adolescents. **Rev. Esc Anna Nery**, v.18, n. 2, p. 209-214, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/en_1414-8145-ean-18-02-0209.pdf>. Acesso em: 03 out. 2015

BLUM et al. Adolescent health in the Caribbean: risk and protective factors. **Am J Public Health**, v. 93, n. 3, p. 456-460, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Adolescentes promotores da saúde:** uma metodologia de capacitação. Brasília: Ministério da saúde, 2000. Disponível em <http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/capa_adolescentes.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL, República Federativa do. **Política nacional de habitação.** Brasília: Ministério das Cidades, 2004. 104 p. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNH/ArquivosPDF/4PoliticaNacionalHabitacao.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Assessoria de Comunicação Social. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Ministério da Educação, Assessoria de Comunicação Social, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem**. Marco Legal:** saúde, um direito de adolescentes. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial**: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0471_M.pdf>. Acesso em 28 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A saúde de adolescentes e jovens: uma metodologia de autoaprendizagem para equipes de atenção básica de saúde.** Módulo básico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0272_M.pdf>. Acesso em 30 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília, 2008. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2013.

_____. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as leis n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - estatuto da criança e do adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - código civil, e da consolidação das leis do trabalho - clt, aprovada pelo decreto-lei n. 5.452, de 1° de maio de 1943; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**. Brasília, DF, 04 ago 2009, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral a saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. /Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescentes do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Lei Federal nº 8.069/1990. **Estatuto da Criança e do adolescente** (ECA). Brasília. 6ed, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidencias de impacto de ações de vigilância em saúde**, departamento de análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Cadernode atenção básica n. 32. Brasília: Editora MS, 2012. Disponívelem: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em:09 nov. 2014.

_____. **Sensibilização sobre gênero, sexualidade e saúde**: ideias e experiências. Maio, 2012b.

BRASIL. Morbidade Hospitalar do SUS. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/ Acesso em: 22 abr. 2014.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica:** Ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro. Hucitec. 2006.

BREILH, J. **¿Estado constitucional de derechos?** Informe sobre derechos humanos. Universidad Andina Simón Bolívar. Programa Andino de Derechos Humanos - PADH. ed. Habya-Yala. Quito, 2009.

BRITO, A.J.R. Consórcio Social da Juventude de São Paulo: tecendo considerações sobre as escolhas e as perspectivas de inserção no mundo do trabalho das juventudes. **Imaginario,** v.11, n.11, p.161-187, dez. 2005.

BROOK, J.S; BROOK, D.W; WHILEMAN, M. Growing up in a violent society: longitudinal predictors of violence in Colombian adolescents. **Am J Community Psychol,** v. 40, n. 1-2, p. 82-95, 2007.

BURSZTYN, I; RIBEIRO, J.M. Avaliação participativa em programas de Saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.404-41, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/07.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para uso do *software* de análise textual IRAMUTEQ. **Universidade Federal de Santa Catarina**, 2013a. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais. Acesso em: 10 mai. 2015.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um *software e* gratuito para análise de dados textuais. **Rev. Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v.21, n.2, p. 513-18, 2013b. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2015.

CARLINI, E.L.A; NOTO, A.R; SANCHEZ, Z.M. **VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e Privada de ensino nas 27 Capitais Brasileiras** – 2010. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações (CEBRID): Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2010.

CARVALHO et al. Violência contra criança e adolescente: reflexão sobre políticas públicas. **Rev. RENE,** v.9, n.2, p.157-164, 2008.

CARVALHO, M.P; PINTO, R. P. **Mulheres e desigualdades de gênero**. São Paulo: contexto, 2008.

CASTRO, M.G; ABRAMOVAY, M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violências. **Cad. Pesquisa,** São Paulo, n.116, p. 143-176, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cp/n116/14402.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

CHARTIER, J.F.; MEUNIER,J.G. Text Mining Methods for Social Representation Analysis in Large Corpora. **Papers on Social Representations,** Paris(FR), v.20, n.37, p.1-47, 2011. Disponível em:< http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>. Acesso em: 11 mai. 2015.

CHAUÍ, M.S. **Uma ideologia perversa: explicações para a violência impedem que a violência real se torne compreensível**. Folha de São Paulo, caderno mais! São Paulo, 1999: 3-3:14/4.

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.

CORDEIRO, A.B.N.F; CORREA, A.K.F.C.C; HORA, S.A.E; PONTES, A.C.A. Odontohebiatria em saúde pública. **Adolesc & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 6-12, 2008.

CORRÊA, A.C.P; FERRIANI, M.G.C. A produção científica da enfermagem e as políticas de proteção à adolescência. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 58, n. 4, p. 449-453, jul./ago. 2005. Disponível em

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a13v58n4.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2013.

CORTEZ et al. Aspectos que influenciam a gravidez na adolescência. **R. enferm. Cent. O. Min.,** v.3, n.2, p. 645-653, 2013

CURITIBA. Protocolo de atenção à saúde do adolescente. Secretaria Municipal de Curitiba, centro de informação em saúde – CIS, coordenação do **Programa Adolescente Saudável**, 2ª edição, 2006.

CURITIBA. Protocolo da Rede de proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. **Secretaria Municipal da Saúde**. Curitiba, 2008. Disponível em: <file:///C:/Users/AnaPaula/Downloads/ProtocoloRededeProtecaoaCrianca%20(2).pdf>

CURITIBA. Instituto de pesquisa e planejamento urbano de Curitiba**. Curitiba em dados**. Curitiba, 2014c. disponível em: http://curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm. Acesso em: 02 nov. 2015.

DANIELI, G. L. **Adolescentes grávidas:** percepções e educação em saúde. Dissertação de Mestrado, Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2010. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Guiomar.pdf> Acesso em: 03 out. 2014.

DUARTE et al. Gênero e violência contra a mulher na literatura de enfermagem: uma revisão. **Rev. Bras. Enferm**, v. 68, n. 2, p. 325-332, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0325.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

EDUARDO, L.P. **Política de atenção ao adolescente em São Carlos: os limites e as possibilidades institucionais**. 76 f. (dissertação) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006.

EDUARDO, L.P. **Necessidades em saúde de escolares na perspectiva das instituições de ensino e saúde do território**. 166 f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

EDUARDO, L.P; EGRY, E.Y. Estatuto da Criança e do Adolescente: a visão dos trabalhadores sobre sua prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol.44, n.1, p. 18-24, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a03v44n1.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2014.

EGRY, E.Y, 1996. **Saúde coletiva:** Construindo um Novo Método em Enfermagem. São Paulo: Editora Ícone.

EGRY, E.Y et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, vol.43, n. 2, p. 1181-1186, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a06v43s2.pdf>. Acesso em: 15 mai 2014.

EGRY, E.Y; FONSECA, R.M.G.S; OLIVEIRA, M.A.C. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. **Rev Bras Enferm**., Brasília, v.66, n. (esp), p. 119-133, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea16.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016.

EYNG, A.M; GISI, M.L; ENS, R.T. Violência nas Escolas e representações sociais: um diálogo necessário no cotidiano escolar. **Rev. Diálogo Educ.**, v.9, n.28, p. 476-480.

FARIA-FILHO et al. Concepções sobre drogas por adolescentes escolares. **Rev.Bras Enferm**., v.68, n.3, p. 517-523, 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n3/0034-7167-reben-68-03-0517.pdf>. Acesso em: 05 out. 2015

FARIAS, L.R.P. **Trabalho e subjetividade de mulheres de uma comunidade: fatores de risco e proteção.** 192f Tese (doutorado) – Programa de pós-graduação em Psicologia do Centro de ciências da vida – PUCCamp, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=470>. Acesso em: 15 out. 2015

FARIAS, RM; BERTOLOZZI, A. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. **R. RA'EGA**, Editora UFPR, Curitiba, n. 7, p. 31-41, 2009.

FERREIRA, et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.16, n.2, p. 217-224, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a02v16n2.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2013.

FERREIRA, et al. Adolescência através dos Séculos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 227-234, ar./jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2.pdf>. Acesso em:10 jun. 2013.

FERREIRA, et al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.2, p. 313-323, fev. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n2/10.pdf>. Acesso em:10 abr. 2014.

FIGUEIREDO, N. M. A de **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2005.

FONSECA, R. M. G. S. Gênero como categoria para a compreensão e a intervenção no processo saúde-doença. **PROENF**- Programa de atualização em Enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, v.3, p.9-39, 2008.

FONSECA, et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 31, n.2, p.258-264, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n2/19.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

FRANZIN, LCS; FRANZIN, FM; MOYSÉS, ST Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidade do sul do Brasil **Colloquium Vitae**, jul/dez, v.4, n.2, p. 79-84, 2012. Disponível em: http://revistas.unoeste.br/revistas/ojs/index.php/cv/article/viewFile/805/1041 Acesso em: 28 jan. 2013

GESSNER, R. **Violência contra o adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração**. 161 f. (dissertação) São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2013. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/186088/mod_resource/content/1/Viol%C3%AAncia%20contra%20adolescentes-Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2016

GESSNER, R; FONSECA, R.M.G.S; OLIVEIRA, R.N.G. Violência contra adolescentes: uma análise à luz das categorias gênero e geração. **Rev. Esc. Enferm USP,** v. 48, n. esp, p. 104-110, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-104.pdf>. Acesso em 14 out. 2015.

GOMES, C.M; Horta, N.C. Promoção de Saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS,** Juiz de Fora, v.13, n.4, p. 486-499, out./dez. 2010.

GONTIJO, D.T; MEDEIROS, M. Gravidez/maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 6, n. 3, p. 394 – 399, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/830/972>. Acesso em: 10 fev. 2014.

GUEDES, R.N; FONSECA, R.M.G.S; EGRY, E.Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia da Família para a violência de gênero. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 47, n. 2, p. 304-311, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>. Acesso em: 21 out. 2015.

GURGEL, et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção cientifica de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 799-205, dez. 2008. Disponível em <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20084/25-gravidez%20na%20adolescencia.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2013.

HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. **Políticas Públicas no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2007

HORTA, et al. Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol,** v.17, suppl 1, p. 31-45, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00031.pdf>. Acesso em 12 out. 2015

HORTA, N.C; LAGE, A.M; SENA, R.R. Produção cientifica sobre políticas públicas direcionadas para jovens. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 538-543, set./dez. 2009. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a15.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

HORTA, N.C; SENA, R.R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-495, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a08v20n2.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

IBGE.**SinopsedoCensoDemográfico2010.**Pirâmide etária, 2010.Disponível em:http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_pir amide. Acesso em:09 nov. 2014

IPPUC. **Habitação – Análise Censo 2010.** Curitiba, 2012.

IPPUC. **Retrato das regionais- regional Bairro Novo**. Curitiba, 2013.

IPPUC. **Retrato das regionais – regional Boa Vista**. Curitiba, 2013.

IPUUC. **Retrato das regionais – regional Boqueirão**. Curitiba, 2013.

IPPUC. **Retrato das regionais – regional Cajuru**. Curitiba, 2013.

IPPUC. **Retrato das regionais – regional CIC**. Curitiba, 2013.

IPPUC. **Retrato das regionais – regional Matriz**. Curitiba, 2013.

IPPUC. **Retrato das regionais – regional Pinheirinho**. Curitiba, 2013.

IPPUC. **Retrato das regionais – regional Portão**. Curitiba, 2013.

IPPUC. **Retrato das regionais – regional Santa Felicidade**. Curitiba, 2013.

JORGE et al. Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Adolesc Saude**, v. 11, n. 3, p. 22-31, 2014.

KRUG et al.**Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LAHLOU, S. L'analyse lexicale. **Variances**,Paris (FR)n. 3, p. 13-24, 1994. Disponível em: <http://eprints.lse.ac.uk/32941/1/L%27analyse_lexicale_%28lsero%29.pdf>. Acesso em: 13 set. 2014.

LAHLOU, S. Text Mining Methods:An answer to Chartier and Meunier. **Papers en Social Representations**. Londres (RU), v. 20, p.38.1-39.7, 2012. Disponível em: <http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2014.

LAURELL, A.C. La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. **Saúde soc.**, São Paulo, v.2, n.2, p. 21-84, 1993.

MACÊDO, M.R.C. **Políticas públicas e promoção da saúde dos adolescentes e jovens do sexo masculino:** saúde sexual e reprodutiva, masculinidades e violências. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

LOWEN, I.M.V. **Competências Gerenciais dos enfermeiros na Ampliação da Estratégia Saúde da Família.** 134 f. (dissertação) Curitiba: Universidade Federal do Paraná - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2014.

MACHADO, M.F.A.S. **Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSF por meio da participação habilitadora.** 2007. 197 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.

MAFRA, M, P. **Ações em saúde para adolescentes nos serviços de atenção básica – o olhar do enfermeiro em um distrito sanitário.** 101f. (dissertação) Curitiba. Universidade Federal do Paraná – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2014.

MAFTUM, M.A; ROEHRS, H; LENARDT, M.L. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm.,** Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 353-357, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a24.pdf> Acesso em: 15 mai. 2013.

MALTA et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, suppl 1, p. 136-146, 2011.

MALTA, et al. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). **Rev. bras. Epidemiol,** V. 17, suppl.1, p. 77-91, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00077.pdf>. Acesso em: 8 out. 2015.

MARTINS et al. Utilização do alcohol use disorders identification test (audit) para identificação do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. **Int J Nurs Stud**, v. 42, n. 2, p. 748-753, 2008.

MARQUES, J.F; QUEIROZ, M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 65-72, set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/09.pdf> 03 jul. 2013.

MENDES, C.S. Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção. **Rev. Esc. Enferm USP,** v.45, n. 3, p. 581- 588, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a05.pdf>. Acesso em 18 out. 2015.

MEINCKE et al. Perfil Socioeconomico e demográfico de puérperas adolescentes. **Cogitare Enferm,** Curitiba, v. 16, n. 3, p. 486-491, 2011.

MEYER, D. Teorias e políticas de gênero: fragmentos de histórias e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.1, p. 13-8, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a03v57n1.pdf Acesso em: 02 mai. 2014

MILIONI et al. Enfermagem Familiar: o conhecimento produzido para além das fronteiras nacionais. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 650-656, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a25.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

MINAYO, M. C. S. et al.**Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 28. ed. São Paulo e Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2004.

MINAYO, MCS **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8° edição. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. **Violência:** um velho problema para a saúde dos brasileiros. In Souza E.R, Minayo M.C.S., organizadoras. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 9-42.

MINAYO, M.C.S. **Violência sob o olhar da saúde**: infrapolítica da contemporaneidade brasileira./Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo *et al.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre dorgas, álcool e violência. **Cad. Saúde Públ.,** Rio de Janeiro, v.14, n. 1, p. 35-42, 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n1/0123.pdf>. Acesso em: 20 set. 2015.

MORALES, et al. Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería**. Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.19, n.spe, p. 673-683, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/03.pdf>. Acesso em: 18 out. 2015.

MOREIRA, et al. Exposure to violence among adolescentes in a low-income community in the northeast of Brazil. Rev.Ciência & Saúde Coletiva, 18(5), p. 1273-1282, 2013. Disponível em: Acesso em: 02 out. 2015

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta deutilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006.Disponível em: http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>. Acesso em: 12 out. 2015.

NAKATA, et al. Classificação de risco familiar em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am**. **Enferm.,** v. 21, n. 5, [7 telas], set./out. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1088.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

NETO, W.N. **Sistemas de Proteção dos Direitos Humanos de Geração**. ed.mimeografada. Mércouri. Fortaleza, 2007.

NICHIATA, et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Revista Latino-Am Enferm**, v. 16, n. 5, p.923-928, set./out. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf>. Acesso em 18 abr. 2014.

NOGUEIRA, M.J; MODENA, C.M; SCHALL, V.T. Políticas públicas voltadas para adolescentes nas unidades básicas no município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev APS**, v. 13, n. 3, p. 338-345, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C. **A adolescência, o adolescer e o adolescente**: re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença. 1997 tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

OLIVEIRA, et al. Care to pregnant adolescents: perspectives and performance of community health agents. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 76-81, 2015.

OZELLA, S. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a05v38n133.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016

PAIXÃO, et al. Descobrindo-se grávida: vivencias de adolescentes. **Rev. Cienc Cuid Saud**, v. 13, n. 3, p. 418-424, 2014.

PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v.32, n.4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**, 1 ed. – Io de Janeiro: MedBook, 2014, 720p

PECHANSKY, F; SZOBOT, C. M; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, supp 1, p. 14-17, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a05v26s1.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2014.

PERES, F; ROSENBURG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/ adolescente presente no discurso da saúde pública. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 7, n. 1, p. 53-86, 1998. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/7018/8487>. Acesso em 13 mai. 2013.

PERES, et al. Avaliação de programas de prevenção da violência: Um estudo de caso no Brasil. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**, n.*2,* p. 58-71, 2010. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/adolescencia/article/view/210/196>. Acesso em: 23 mar. 2015.

PERNA, PO; CHAVES, MMN O materialismo histórico-dialético e a Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do 'coletivo' para a ações da enfermagem. **Trabalho Necessário**, ano 6, número 6, 2008. Disponível em: http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN06%20NOLASCO,%20M.%20e%20PERNA,%20P.pdf Acesso em: 28 jan. 2014

PIEROBON et al. Alcohol consumption and violence among Argentine adolescents. **Rev. J Pediatr.**, v. 89, n. 1, p. 100-107, 2013.

PINTO, et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **Rev. REME**, v.16, n.4, p.487-493, 2012.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2011. 669p.

QUEIROZ, V. M; EGRY, E Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 41, n. 1, p. 26-33, 1988. Disponível em <http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/bases_metodologicas_ass_enfermagem.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2014.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Rev. em Pauta**, v.6, n.23, p. 117-138, jul. 2009. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/450/548>. Acesso em: 20 fev. 2014.

RAUPP, L; MILNITSKY-SAPIRO, C. Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo. **Estud. psicol. (Campinas),** Campinas, v. 26, n. 4, p. 445-454, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n4/05.pdf>. Acesso em 04 jul. 2013.

REIS, et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enferm,** Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p.586-594, mar./abr.2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0586.pdf>. Acesso em 26 abr. 2014.

REINERT, M. ALCESTEune méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de G. de Nerva. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, Marselha (FR), v. 28, p. 24-54, 1990.

RESSEL, L.B. *et al*. Representações culturais de saúde, adolescência e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 522-527, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a14>. Acesso em: 14 abr. 2014.

RESTA, DG. **"Em relação ao sexo tudo é curioso"**: um modo de pensar a sexualidade de jovens na perspectiva da vulnerabilidade e do cuidado em saúde. 158f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67153/000872855.pdf?sequence=1 Acesso em: 01 out. 2014

ROCHA, et al. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 07-13, 2012.

ROCHA, et al. Epidemiologia dos transtornos do desenvolvimento psicológico em adolescentes: uso de álcool e outras drogas. **Rev. Rene**, v. 16, n. 1, p. 54-63, 2015.

ROEHRS, H; MAFTUM, MA; ZAGONEL, IPS Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.421-8, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200026&script=sci_arttext Acesso em: 22 ago. 2013

SAFFIOTI, HIB Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em perspectiva**, v. 13, n. 4, p. 82-91, 1999

SAFFIOTI, HIB Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, v. 16, p. 115-136, 2001.

SANTOS, A da S; CUBAS, MR. **Saúde Coletiva**: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SANTOS, A.P. R **Necessidades em saúde: a percepção dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR.** Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SANTOS, E.P. **Necessidades em saúde dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR.** Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012a.

SANTOS, et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm,** Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, jun. 2012b. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/28.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**/ Secretaria da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde-CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. Disponível em <http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2013.

SALCEDO-BARRIENTOS, et al. Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p.448-453, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00448.pdf>. Acesso em: 06 out. 2015.

SARMENTO, M.J. Gerações e alteridade: interrogações a partir da sociologia da infância. **Rev. Educ. Soc**, v. 26, n. 91, p. 361-378, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v26n91/a03v2691.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SASAKI, et al. Prevalence of sexual intercourse and associated factors among adolescentes attending schools in Gioânia in the state os Goiás, Brazil. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 95-104, 2015.

SCHARAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F. A violência intrafamiliar e as mulheres: considerações da perspectiva de gênero. **Coincidência Latinoamericana,** Caxambú-MG, v. 14, n. 12, p. 30-35, 2005

SCHARAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F. **Violência e Saúde.** In Clínica Médica, v. 1, Barueri-SP : Manole, p. 390-402, 2009.

SCOTT, J O enigma da igualdade. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 11-30, janeiro-abril, 2005.

SEGATO, RL **Os percursos do gênero na antropologia e para além dela**. Série Antropologia, Brasília, 1998.

SILVA, N.O. **A contribuição do movimento social organizado nas conferências municipais de saúde para a acessibilidade do adolescente ao sistema local de saúde.** Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SILVA, et al. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 20, n. 5, [09 telas], 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000500016&script=sci_arttext&tlng=pt Acesso em: 26 dez. 2014

SILVA, et al. School violence in the view of adolescents: possibilities for its confrontation. **Rev. Cogitare Enferm**, Curitiba, v.19, n. 1, p. 20-26, 2014. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35926/22406>. Acesso em: 15 out 2015.

SILVEIRA, et al. Efeitos das drogas lícitas e ilícitas na percepção de adolescentes: uma abordagem de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**., v. 21, n. esp.2, p.748-753, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12072>. Acesso em: 03 out. 2015.

SOARES, et al. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Esc. Anna Nery Rev .Enferm.**, v. 12, n. 3, p. 485-491, set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a14.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2013.

SOUZA, L.A. **Direitos difusos e coletivos**, 12/Luiz Antônio de Souza, Vitor Frederico Kumpal; Coordenação geral Fábio Vieira Figueiredo, Fernando F. Castellani, Marcelo Tadeu Cometi – São Paulo: Saraiva, 2009.

SPOSITO, M.P; CORROCHANO, M.C. A face oculta da transferência de renda para jovens no Brasil. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 141-172, nov. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ts/v17n2/a07v17n2.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2013.

TAQUETTE, S.R. Ethical bahavior in attention of the health os adolescentes. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 6-11, 2010. Acesso em 15 dez. 2014.

TEIXEIRA, S.C.R; SILVA, L.W.S; TEIXEIRA, M.A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas - uma revisão bibliográfica. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 37-44, jan./mar.2013. Disponível em <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=353>. Acesso em: 10 jan. 2013.

UNICEF. **O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades** / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, DF: UNICEF, 2011. Disponível em <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf>. Acesso em: 02/06/2014.

VASCONCELOS, C. M; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VERDI, M; BOEHS, AE; ZAMPIERI, MFM **Enfermagem na atenção primária a saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005.

VIANA, et al. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. **Rev.enferm.UERJ**, Rio de Janeiro, v.21(esp.1), p. 624-30, 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a11.pdf>. Acesso em: 29 set. 2014.

VIEIRA, R.P; MACHADO, M.F.A.S; BEZERRA, M.P; MACHADO, C.A. Assistência à saúde e demanda dos serviços na estratégia saúde da família: a visão dos adolescentes. **Rev. Cogitare Enferm,** Curitiba, v. 16, n. 4, p. 714-720, out./dez. 2011. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/25443/17065>. Acesso em 25 mai. 2014.

WAISELFIZZ, J.J. Os jovens do Brasil – Mapa da violência, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf>. Acesso em: 9 out. 2015.

WESTPHAL, M.F; BYDLOWSKI, C.R. **Violência e juventude**. 1ªed. Hucitec, 2010.

WIERVIORKA, M. O novo paradigma da violência. Tempo Social – **Rev. Sociologia da USP**, v.9, n. 1, p. 5-41,1997.

WHO, World Health Organization.**Young People´s Health**: a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

WHO. World Health Organization. **Health for the world's adolescents:** a second chance in the second decade. Suiça, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112750/1/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf
?ua=1> Acesso em: 02 nov. 2014.

ZALUAR, A. **O condomínio do Diabo**. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1994

ZEITOUNE R.C.G; FERREIRA, V.S; SILVEIRA, H.S; DOMINGOS, A.M; MAIA, A.C. O conhecimento de adolescentes sobre drogas. **Esc Anna Nery Rev.**

Enferm., v. 16, n. 1, p. 57-63, jan./mar. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a08.pdf>. Acesso em 03 jul. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

APÊNDICE E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, _____, estamos convidando o senhor(a) gestor(a) ou Líder do movimento social organizado do território, a participar de um estudo intitulado ***"Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção"***, já que a atenção à saúde do adolescente, tem sido um importante desafio para a organização dos serviços de saúde e para a sociedade. E, nas últimas décadas, a necessidade de estabelecimento de políticas para a adolescência tem-se destacado, considerando o grande contingente populacional que estes grupos representam e também a importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades.

Os objetivos desta pesquisa são: caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR; reconhecer as vulnerabilidades de adolescentes segundo a percepção dos gestores e dos líderes do movimento social organizado de um determinado território do município de Curitiba/PR; Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde.

a) Caso você participe da pesquisa, esta ocorrerá por meio de uma entrevista semiestruturada a ser realizada no local a ser escolhido por você e pela pesquisadora, de acordo com a sua conveniência de trabalho e disponibilidade.

b) A entrevista contém duas partes. A primeira parte é de identificação do entrevistado (a) e a segunda parte com perguntas relacionadas às situações de vulnerabilidades de adolescentes na perspectiva dos Gestores e dos Líderes do Movimento social organizado de um determinado território. O tempo para a entrevista pode ser de até 30 minutos e será realizada individualmente.

c) É possível que o senhor(a) experimente algum tipo de desconforto ou riscos envolvidos com a sua participação, como por exemplo, desconfortos referentes a: alteração da rotina diária de suas atividades (devido ao tempo utilizado para responder o questionário); algum tipo de constrangimento por não compreensão das perguntas (algum termo que o senhor(a) não entenda) e que gere um certo constrangimento no decorrer da entrevista.

As pesquisadoras garantem que serão explicadas ao senhor(a) todo o processo da entrevista, assim como, algum termo que o senhor(a) venha a não entender, e assim, gerar dúvidas, e que possam influenciar na entrevista.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 954 280
na data de 13/02/2015

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

d) Vale ressaltar que essa entrevista não terá custos e não é remunerada, ou seja, você não pagará ou receberá dinheiro para participar da pesquisa. Também afirmamos que não haverá prejuízos caso desista de participar a qualquer momento desta pesquisa.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: reconhecer a percepção dos gestores e dos líderes do movimento social organizado de um determinado território, sobre as vulnerabilidades de adolescentes; assim como ajudar no planejamento das ações voltadas ao atendimento dos adolescentes deste território.

F) As pesquisadoras poderão ser contatadas (conforme quadro) para esclarecer eventuais dúvidas que o Senhor ou a Senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Maria Marta Nolasco Chaves, Enfermeira, Professora da UFPR.
Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de Ciências de Saúde – Campus Botânico.
Avenida LothárioMeissner, 632 – Bloco Didático II – Jardim Botânico – Curitiba/PR; CEP: 80.210-170
Telefones para contato: (41) 9192 9543 – 3361 3777
Dias disponíveis para contato: Segunda a sexta no horário das 8 às 17 horas

Ana Paula Rodrigues dos Santos, Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR.
Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de Ciências de Saúde – Campus Botânico.
Avenida LothárioMeissner, 632 – Bloco Didático II – Jardim Botânico – Curitiba/PR; CEP: 80.210-170
Telefones para contato: (41) 8812 7711
Dias disponíveis para contato: Segunda a sexta no horário das 8 às 17 horas

G) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento.

H) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador, mestrandos e alunos de iniciação científica), que fazem parte desta pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**.

I) Se você autorizar, a entrevista será gravada e poderá conversar com as pesquisadoras sobre o conteúdo da mesma, caso tenha alguma dúvida.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 954280
na data de 13/02/2015

Rubricas:
Participante da Pesquisa _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____ Orientado _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

J) Caso a sua entrevista seja gravada, nós respeitaremos completamente o seu anonimato e, tão logo transcrita a entrevista, e encerrada a pesquisa, o conteúdo será destruído, após ficar 5 anos sob a guarda das pesquisadoras.

K) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (Xerox, gravador e percurso) não são de sua responsabilidade e, vale ressaltar que essa entrevista não terá custos e não será remunerada, ou seja, você não pagará ou receberá dinheiro para participar da pesquisa.

L) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios desta pesquisa e entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Também compreendi que não serão divulgados dados referentes ao meu nome; endereço ou qualquer outra forma de informação que possa vir a tornar público a minha identidade.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____
(Assinatura do Participante da pesquisa)

Autoriza a Gravação da Entrevista?
Sim (___) Não (___)

Local e data:_____
___/___/___

_____
Assinatura do Pesquisador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 954.280
na data de 13/02/2015

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

Título da pesquisa: "VULNERABILIDADES DOS ADOLESCENTES NA PERCEPÇÃO DO MOVIMENTO SOCIAL ORGANIZADO E DOS GESTORES DE UM DETERMINADO TERRITÓRIO DE CURITIBA/PR"

Pesquisadora: Ana Paula Rodrigues dos Santos

Data: ___/___/___ Questionário nº:_____

I - DADOS DO PARTICIPANTE

Nome (SIGLAS):_____ Idade:_____

Estado Civil:_____ Formação:_____

Ocupação:_____

II - PERGUNTAS

1 - Comente sobre as vulnerabilidades que você percebe na população de adolescentes moradora no território?

2 - Quais são as ações que você realiza para o(s) adolescente(s) no território?

3 - Aponte as dificuldades e/ou facilidades que você percebe para o desenvolvimento destas ações:

- Dificuldades e/ou facilidades com a população de adolescentes e seus responsáveis;
- Dificuldades e/ou facilidades na estrutura dos serviços e recursos materiais para as ações;
- Dificuldades e/ou facilidades na equipe;
- Dificuldades e/ou facilidades na articulação do seu serviço, com os serviços de outros setores presentes na comunidade.

4-Comente sobre as ações que a sua equipe desenvolve para atender às vulnerabilidades dos adolescentes no seu território.

5- Você se sente preparado para lidar com a adolescência?

6- Fale sobre o(s) atendimento(s) e/ou atividade(s) que você realiza com o(s) adolescente(s) e/ou familiar(es) no território?

ANEXOS

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFPR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38687014.3.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 954.280

Data da Relatoria: 12/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versãodo Projeto de Pesquisa da Profa. Maria Marta Nolasco Chaves, com Ana Paula Rodrigues dos Santos, Flaviane Andreele Jacinto da Silva, Neusa Pereira dos Santos e Péliclis Nunes como colaboradores. Com relação à saúde tem se discutido como atender às especificidades dos adolescentes nos serviços de atenção básica com ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimentos. Este projeto objetiva caracterizar os processos de determinação de desgaste e de proteção na vida entre adolescentes, como também evidenciar a compreensão dos gestores locais e movimento social organizado sobre a vulnerabilidade dos indivíduos deste segmento populacional, no sentido de elaborar e desenvolver ações de educação em saúde que considerem a singularidade dos adolescentes escolares em situação de vulnerabilidade em um determinado território de Curitiba/PR (Secretaria Municipal de Saúde, Distrito Sanitário Pinheirinho área de abrangência de uma Unidade de Saúde com estratégia em Saúde da Família).Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritiva e exploratória, a qual ocorrerá em 03 fases coordenadas entre si no sentido de explorar as dimensões de uma realidade complexa e que necessita ser modificada. As duas primeiras fases tratam de proposta de pesquisa exploratória de caráter quantitativo e qualitativo, que está ancorada na Teoria de Intervenção Práxica da

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2ª andar **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) proposta por Egry (1996) e pela epidemiologia Crítica (Breilh,2006) comisto se permitirá dar conta dos dois primeiros objetivos propostos: caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR;

reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR. Para desenvolvimento das atividades de investigação que darão conta do terceiro objetivo proposto: promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde, o estudo estará ancorado na Pesquisa Convergente Assistência (PCA) pela possibilidade que ela oferece de, ao mesmo tempo, desenvolver pesquisa e o cuidado. A seleção dos dados será por meio de busca de informações sobre a população a ser estudada e os territórios de moradia deste segmento populacional nos bancos de dados de sites das instituições públicas: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS-CTBA) e dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA). Na análise dos dados se buscará identificar os processos determinantes das condições de vida dos adolescentes moradores da área de um território do município de Curitiba-PR, assim como, identificar as instituições e as ações que são desenvolvidas para este grupo populacional. A coleta de dados primários será por meio de entrevistas semiestruturadas com os participantes e, se houver permissão, a entrevista será gravada e posteriormente será transcrita para se proceder à análise dos dados. Para desenvolver as atividades de educação em saúde que objetivam discutir a promoção da saúde junto ao grupo de adolescentes escolares em situação de vulnerabilidade será, inicialmente, aplicado um questionário junto aos professores, funcionários de uma escola pública do território da pesquisa. O instrumento é composto de perguntas abertas e fechadas para se identificar os adolescentes escolares em situação de vulnerabilidade, segundo os participantes. Posteriormente, serão levantadas as temáticas para as ações de promoção de saúde integral para o escolar adolescente - oficinas temáticas com adolescentes escolares. A seguir serão organizadas as ações de promoção de saúde integral para o escolar adolescente segundo as temáticas levantadas junto à comunidade escolar (professores e funcionários). Por fim, serão desenvolvidas as ações de promoção de saúde integral junto ao grupo de adolescente previamente selecionado. No processo serão continuamente avaliadas as ações de promoção de saúde integral para o escolar adolescente por meio de uma "caixa de diálogo", na qual os participantes

(adolescentes) das ações educativas poderão sugerir trocas ou novas temáticas e metodologias que atendam às suas expectativas, assim como, poderão apontar suas dúvidas para serem discutidas nas oficinas de educação em saúde. Serão incluídos no estudo os seguintes participantes:
Representantes domovimento social organizado e gestores locais de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que atuam nos espaços pertencentes aos Distrito Sanitário Pinheirinho; Adolescentes escolares de 12 a 14 anos, de ambos os sexos e que estejam devidamente matriculados na escola, professores e funcionários maiores de 18 anos, que atuam na escola da área de abrangência da Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família localizada no Distrito Sanitário Pinheirinho. Pretende-se recrutar 160 participantes
divididos entre as populações citadas anteriormente. Apresenta como coparticipantes a Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura Municipal de Curitiba, além da Secretaria Municipal de Saúde. Ela ocorreria no período de outubro de 2014 até fevereiro de 2016. Na última versão as datas foram corrigidas (Fevereiro de 2015 até Fevereiro de 2016).

Objetivo da Pesquisa:
Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR. Reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR. Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Na primeira versão do projeto, como riscos eram citados a perda de confidencialidade.O projeto resumido não citava os benefícios da pesquisa.Na nova versão do projeto, apresenta como riscos "desconfortos referentes à alteração da sua rotina diária nas atividades da escola, no tempo utilizado para responder o questionário" (constrangimento). O benefícios citados são:"ao participar da pesquisa você estará contribuindo para identificar temas referentes à promoção da
saúde a serem desenvolvidos em ações de educação em saúde junto ao adolescente
na escola" (benefícios à comunidade, não ao participante da pesquisa).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Na primeira versão do projeto havia um TCLE para os pais de adolescentes matriculados em escola

pública; um TALE para estes mesmos adolescentes; um TCLE para professores; um TCLE para funcionários; um TCLE para gestores e líderes de movimentos sociais. Os TCLEs ou TALES não citavam de forma adequada os benefícios (ou a possibilidade de ausência dos mesmos) e citavam como risco a perda de confidencialidade (sigilo) da pesquisa. Estes TCLEs não seguiam o modelo deste comitê. Não havia nos TCLEs local para o participante assinar se ele queria ou não que gravasse a entrevista. No TALE os procedimentos da pesquisa não eram descritos, nem riscos ou benefícios. Na última versão estas questões foram resolvidas.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

Continuação do Parecer: 954.280

CURITIBA, 13 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2ª andar **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Maria Marta Nolasco Chaves, protocolou sob o número 11/2015 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Vulnerabilidade Na Adolescência em um Determinado Território: Um Olhar Para Pensar a Intervenção".
(CAAE: 38687014.3.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 18 de Março de 2015.

Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS

ANEXO C

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DA EDUCAÇÃO

FOLHA DE DESPACHO

Superintendência da Educação
Fls. 15
SEED

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO

Protocolo 13.371.867-2

Ao NRE de Curitiba

Assunto: Autorização para a realização do Projeto de Pesquisa "Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção".

A Universidade Federal do Paraná UFPR – Setor de Ciências da Saúde – Departamento de nfermagem encaminhou documento a esta Pasta solicitando autorização para a Mestranda Ana Paula Rodrigues dos Santos realizar o Projeto de Pesquisa "Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção".

Acostou ao protocolado Projeto de Pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Responsáveis pelo Adolescente Matriculado na Escola Pública, Termo de Assentimento, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Professores, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Funcionários e Roteiro de Entrevista.

A DPTE/CAGE/SEED não vê impedimento à realização da pesquisa, ressaltando algumas recomendações (fls. 72 e 73).

A DPTE/CAPP/SEED não vê impedimento para a realização da pesquisa e remete o presente protocolado à SUED/SEED.

Esta Superintendência, no uso de suas atribuições que lhe confere o Decreto nº 1396/2007, se manifesta favorável à autorização para realização da presente pesquisa, desde que observadas as formalidades legais.

A pesquisadora, o NRE e as instituições de ensino devem observar as seguintes orientações:

a) a pesquisadora consulte o NRE acerca da possibilidade de atendê-la e acompanhá-la no que se fizer necessário;
b) o NRE consulte os estabelecimentos de ensino selecionados sobre a possibilidade de atender a pesquisadora;
c) a pesquisadora acoste no protocolado o Termo de Autorização da Pesquisa do estabelecimento de ensino, com assinatura da direção;
d) a pesquisadora consulte e solicite autorização dos pais e/ou responsáveis quanto à participação dos menores na pesquisa;
e) a pesquisadora consulte os alunos maiores de idade quanto à sua participação, considerando que ninguém poderá ser obrigado a participar;
f) a pesquisadora assine um Termo de Compromisso, assumindo toda a responsabilidade pela pesquisa, inclusive pelo sigilo dos dados dos menores, quando necessário, respeitando o contido no Estatuto da Criança e Adolescente – ECA;
g) o NRE e Estabelecimentos de Ensino observem que não haja prejuízo do calendário escolar.

Após a conclusão, solicitamos que acoste ao presente protocolado o resultado do trabalho para conhecimento desta Pasta.

Encaminhe-se o presente protocolado ao NRE de Curitiba para ciência da interessada e prosseguimento.

Curitiba, 19 de janeiro de 2015

Eliane Terezinha Vieira Rocha
Superintendente da Educação

ANEXO D

CURITIBA

EDUCAÇÃO

Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal da Educação
Superintendência de Gestão Educacional
Departamento de Ensino Fundamental
Av. João Gualberto, 623 7º Andar Torre A
Alto da Glória
80030-000 Curitiba PR
Tel 41 33503076
Fax 41 3350 3047
www.curitiba.pr.gov.br

Curitiba, 15 de março de 2015.

AUTORIZAÇÃO

Informamos que **Maria Marta Nolasco Chaves, Ana Paula Rodrigues dos Santos e Neusa Pereira dos Santos**, pesquisadoras do Programa de Pós-graduação da UFPR, Setor de Ciências da Saúde/SCS, estão autorizadas a realizar a pesquisa sobre **"VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM UM DETERMINADO TERRITÓRIO: UM OLHAR PARA PENSAR A IONTERVENÇÃO".**

A referida pesquisa tem como objetivos:

- Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR;
- Reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR;
- Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde.

As pesquisadoras pretendem coletar dados referentes ao tema de estudo na Escola Municipal Helena Kolody e nos Centros de Educação Infantil Hermes Macedo, Maria Gracita Gonçalves e Dona Bertha.

Informamos ainda que a decisão final de participar da referida pesquisa caberá à direção da Escola e dos Centros de Educação Infantil.

Ressaltamos também que as pesquisadoras deverão entregar **uma cópia dos resultados da investigação** para os estabelecimentos envolvidos na pesquisa e outra para o Departamento de Ensino Fundamental - Gerência Pedagógica.

Atenciosamente,

Andresa Cristina Pisa
Gerente Pedagógica
Departamento de Ensino Fundamental

Andresa Cristina Pis
Mat. 5331
Gerente P

ANEXO E

CURITIBA

EDUCAÇÃO

Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal da Educação
Superintendência de Gestão Educacional
Departamento de Ensino Fundamental
Av. João Gualberto, 623 7º Andar Torre A
Alto da Glória
80030-000 Curitiba PR
Tel 41 33503076
Fax 41 3350 3047
www.curitiba.pr.gov.br

Curitiba, 06 de maio de 2015.

AUTORIZAÇÃO

Informamos que **Maria Marta Nolasco Chaves, Ana Paula Rodrigues dos Santos e Neusa Pereira dos Santos**, pesquisadoras do Programa de Pós-graduação da UFPR, Setor de Ciências da Saúde/SCS, estão autorizadas a realizar a pesquisa sobre **"VULNERABILIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM UM DETERMINADO TERRITÓRIO: UM OLHAR PARA PENSAR A INTERVENÇÃO".**

A referida pesquisa tem como objetivos:

- Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR;
- Reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município dé Curitiba/PR;
- Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde.

As pesquisadoras pretendem coletar dados referentes ao tema de estudo na Escola Municipal Helena Kolody, Escola Municipal João Amazonas, Escola Municipal Rio Bonito.

Informamos ainda que a decisão final de participar da referida pesquisa caberá à direção da Escola.

Ressaltamos também que as pesquisadoras deverão entregar **uma cópia dos resultados da investigação** para os estabelecimentos envolvidos na pesquisa e outra para o Departamento de Ensino Fundamental - Gerência Pedagógica.

Atenciosamente,

Andresa Cristina Pisa
Gerente Pedagógica
Departamento de Ensino Fundamental

Andresa Cristina Pisa
Mat. 53315
Gerente Pedagógica

ANEXO F

FAS
FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL

CURITIBA 1693

TERMO DE COMPROMISSO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO CIENTÍFICO

Termo de Compromisso para realização de Estudo Científico que entre si fazem, de um lado a **FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL - FAS** e de outro, **ANA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS.**

Ao primeiro dia do mês de julho do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de Curitiba, Capital do Estado do Paraná, presentes de um lado a **FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL – FAS**, doravante denominada **FAS,** estabelecida à Rua Eduardo Sprada, nº 4520, Campo Comprido CNPJ nº 76.568.930-0001-08, neste ato representado pela Superintendente de Planejamento **JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA**, CPF/MF 003.453.729-56, pela Diretora de Proteção Social Básica **ANA LUIZA SUPLICY GONÇALVES** CPF/MF 923.303.809-25, pela Assessoria da Educação Permanente e Gestão do Trabalho **PAULO ROBERTO DE CARVALHO MANGILI,** CPF/MF 041.135.559-81 e de outro lado, ANA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS, CPF/MF 059.863.999-35 doravante denominado **PESQUISADORA,** pós-graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná**,** firma o presente instrumento mediante as seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente Termo de Compromisso tem por objeto estabelecer observância aos procedimentos de realização do projeto de pesquisa intitulado **"Vulnerabilidades na Adolescência: um olhar para pensar a intervenção",** o qual tem por objetivo geral

- Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR;
- Reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR;
- Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação para a promoção de saúde do escolar adolescente.

CLÁUSULA SEGUNDA

A pesquisa, a qual faz parte do presente Termo de Compromisso, utilizará como instrumento para realização da pesquisa a coleta de dados, por meio dos procedimentos abaixo listados:

- Entrevista com a profissional responsável pela gestão do CRAS Rio Bonito.

FAS
FUNDAÇÃO de AÇÃO SOCIAL

CLÁUSULA TERCEIRA

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 3 (três) meses, contados a partir da data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUARTA

O presente instrumento poderá ser alterado, prorrogado ou rescindido a qualquer tempo, uma vez solicitado por uma das partes com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA QUINTA

Atribuições do/a Pesquisador/a:

- Preservar o sigilo de identificação dos usuários/locais/unidades;
- Observar os objetivos específicos e gerais, bem como as etapas constantes na documentação apresentada à Fundação de Ação Social, seguindo rigorosamente a metodologia descrita sem desviar-se dos objetivos propostos;
- Arcar com todos os gastos para a realização da pesquisa, sem qualquer ônus para a Fundação de Ação Social;
- Desenvolver o projeto em horário compatível com o funcionamento dos locais indicados pela FAS para a execução da pesquisa;
- Disponibilizar em formato PDF, após a conclusão da mesma, os resultados da pesquisa, à Coordenação de Desenvolvimento Profissional para acervo da Fundação.
- Autorizar, desde já, quando da finalização da pesquisa, que a FAS disponibilize no site da FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL, para conhecimento público, a produção científica que dela se originar.

CLÁUSULA SEXTA

Atribuições da FAS:

- Disponibilizar o acesso aos dados, informações e materiais necessários para a realização da pesquisa;

FAS
FUNDAÇÃO de AÇÃO SOCIAL

- Mobilizar previamente as equipes dos locais envolvidos, para que o/a Pesquisador/a possa desenvolver a pesquisa apresentada;
- Acompanhar a coleta de dados na FAS, para a realização do projeto, reportando ao/a Pesquisador/a, quaisquer situações inadequadas ou não previstas no decorrer da mesma.

CLÁUSULA SÉTIMA

As partes elegem o foro de Curitiba, Capital do Paraná, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para solução de qualquer divergência na efetivação do presente instrumento.

E, por assim haverem avençado, assinam este **TERMO DE COMPROMISSO** em duas vias de igual teor.

Curitiba, 01 de julho de 2015.

JUCIMERI ISOLDA SILVEIRA
Superintendência de Planejamento

PAULO ROBERTO DE CARVALHO MANGILI
Assessoria de Educação Permanente e Gestão do Trabalho

ANA LUIZA SUPLICY GONÇALVES
Diretoria de Proteção Social Básica

ANA PAULA RODRIGUES DOS SANTOS
Pesquisadora