

ADOLESCENTES E JOVENS: MAGNITUDE DA MORTALIDADE EM MARINGÁ/PR¹

ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE: MAGNITUDE OF MORTALITY IN MARINGÁ/PR

Márcia Helena Freire Orlandi*
Néia Schor**

RESUMO

Trata-se de recopilação da dissertação de mestrado que traçou o perfil epidemiológico da mortalidade de adolescentes e jovens (10 a 24 anos) no município de Maringá, Paraná, de 1979 a 1998. Para conhecer sua magnitude e tendência, a mortalidade proporcional e os coeficientes de mortalidade foram trabalhados nas variáveis: idade, sexo, estado civil, grau de instrução, ocupação, local de ocorrência e causa básica do óbito. Utilizou-se os dados secundários extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde – SIM/MS; e para população, a tabulação especial do Núcleo de População da Universidade Estadual de Campinas – NEPO/UNICAMP. A mortalidade destes jovens mostrou perfil semelhante ao brasileiro, atingindo mais drasticamente jovens adultos (20 a 24 anos) do sexo masculino (em torno de 70%), devido a causas externas (média de 70% dos óbitos).

Palavras-chave: Adolescentes e jovens. Mortalidade. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Em face das rápidas mudanças que estão ocorrendo nas últimas décadas, em todos os setores, os próprios adultos têm ficado confusos quanto a seu papel social. Nesse contexto, inserem-se os adolescentes, trazendo, como

[...] conflito nuclear, o mandato da conquista da própria identidade, numa sociedade em crise de identidade ideológica religiosa, política, econômica, estrutural, funcional e relacional (MAAKAROUN, 1991, p.17).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (MS, 1989; 1996) define como “adolescente” o indivíduo na faixa etária de 10 a 19 anos, referência adotada pelo Ministério da Saúde. No entanto, adolescência é considerada como o período transição, de amadurecimento físico,

psicológico e social da infância para a idade adulta. O Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA (ZILLOTTO, 1992) faz referência ao adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos (CBIA, 1990).

A divisão etária do ciclo vital ocorre em relação ao momento histórico e cultural de cada sociedade, determinando a inserção familiar/social do indivíduo, sua relação com o trabalho/produção social, a integralidade e potencialidade de seu desenvolvimento físico, mental, psicológico e espiritual (SERRANO, 1995).

Atualmente, a adolescência é compreendida como um período extremamente relevante e, relativamente longo, dentro do processo de crescimento e desenvolvimento, quando as transformações físicas e biológicas da puberdade associam-se àquelas de âmbito psicossociocultural, delas resultando a

¹ Extraído da Dissertação “Mortalidade de adolescentes e jovens no município de Maringá / PR: magnitude e tendências” apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Saúde Materno – Infantil, em 13 de Dezembro de 2000.

• Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente do Departamento de Enfermagem da UEM desde 01 de agosto de 1995. Disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher e da Criança.

** Enfermeira Orientadora. Professora Livre Docente do Departamento de Saúde Materno – Infantil da FSP/USP.

realização do jovem e posteriormente do adulto. A fase de transição do adolescente torna-se mais conflituosa, geradora de ansiedade e frustrações e ameaçada, à medida que está refletindo o comportamento de uma sociedade menos coesa, menos solidária, menos humana (MONROY, 1995).

Fala-se em adolescências (a pluralidade contrapondo-se à universalidade), pois cada indivíduo a estará vivendo de acordo com as suas determinações genéticas, sociais, econômicas, familiares, ou de maneira generalizada, de acordo com a sua realidade (LUZ ; SILVA, 1999).

Os adolescentes, em razão da multiplicidade de situações físicas, sociais e mentais vivenciadas no seu processo de adolecer/crescer, encontram-se em circunstâncias que oferecem riscos de abalo em sua saúde e/ou em sua qualidade de vida, o que tem sido atualmente trabalhado como vulnerabilidade (AYRES, 1996).

Kuschnir e Cardoso (1997, p. 22) ressaltam que em entrevistas com adolescentes

[...] esses concebem o risco como algo que existe no meio social do qual fazem parte, diferentemente dos documentos oficiais que os vislumbram permanentemente como sendo o próprio risco.

Oliveira (2000, p. 1) alerta que os profissionais de saúde, ao atenderem um jovem, devem ter em mente que podem estar diante de uma situação de alto risco social ou físico, resultante da sua “[...] curiosidade, impetuosidade, busca de aventura, impaciência ou agressividade que os caracterizam”. O adolescente brasileiro vive envolto numa dolorosa “... cascata de pobreza e que anda passo a passo com a sexualidade precoce, promiscuidade, homossexualismo, vadiagem, roubo, violência corporal, repetência escolar, a desestruturação familiar e o alcoolismo paterno”.

Oliveira e Egry (1997) chamam a atenção para o fato paradoxal de que a assistência ao adolescente nos serviços de saúde, quando existe, é centrada nos aspectos de crescimento e desenvolvimento biológicos, no entanto são as causas extrabiológicas determinantes de maior

morbimortalidade. Concluem que há limitação e inadequação das práticas assistenciais na redução do perfil de morbidade e de mortalidade do adolescente e jovem.

Peres e Rosenburg (1998, p. 83) reconhecem, no discurso da Saúde Pública sobre a concepção da adolescência/adolescente, a matriz biologicista na formulação ou adoção de conceitos e práticas correspondentes, dando um “[...] contorno de conteúdo moral, socialmente construído, que disciplina/dociliza ... para a continuidade da ordem natural-social instituída”

Com o propósito de levantar prioridades em relação à saúde de uma população, e assim planejar ações, implementá-las e avaliá-las, são usados os indicadores de saúde que,

[...] além dessa faceta diagnóstica, apresentam também um caráter prognóstico, permitindo presumir o que é provável de suceder no futuro e mesmo constatar as mudanças que realmente acontecem com o passar do tempo (PEREIRA, 1995, p. 49).

O que tem chamado a atenção é a especificidade dos problemas de saúde (morbidade) e de causa de óbito (mortalidade) que atingem essa população; mesmo que numericamente reduzidas quando comparada a outros segmentos populacionais, as causas externas adquirem sua máxima expressão como causa de morte (YUNES; RAJS, 1994). Os problemas giram em torno da violência e dos acidentes – intoxicações, homicídios, suicídios, afogamento, acidentes de trânsito, agressões, entre outras, (60 a 80% das causas dos óbitos masculinos e 20 a 50% dos femininos, de 15 – 24 anos, no período de 1980 a 1995 - MELLO JORGE, 1998), e, dos problemas ligados ao processo reprodutivo, transtornos mentais e psicossociais (VERMELHO ; MELLO JORGE, 1996).

Orlandi (1998), estudando a morbidade hospitalar em pessoas jovens (10 a 24 anos) residentes em Maringá/PR, em 1996, encontrou como causas de internação prevalentes para as mulheres as ligadas a “gravidez, parto e puerpério”. Os jovens do sexo masculino foram internados com maior frequência por problemas ligados a “lesões e envenenamentos”, como

aponta o perfil brasileiro; a taxa mais elevada situou-se na faixa etária de 20 a 24 anos.

No Brasil os dados relativos à mortalidade proporcional (MP) dos jovens de 15 a 24 anos mantiveram-se ao redor de 4,5% (entre 1980 e 1995); as proporções mais elevadas (entre 6,0 a 6,5% respectivamente) ocorreram nas regiões Norte e Centro-Oeste.

As “regiões Sul e Sudeste juntas concentraram mais de 65,0% dos óbitos jovens, em 1995, sendo responsáveis pelo padrão de mortalidade impresso no Brasil” (MELLO JORGE, 1998, p. 212).

O Paraná apresentou decréscimo do coeficiente de mortalidade (CM) de jovens de 15 a 24 anos, entre 1980 e 1990, passando de 132,7 por cem mil para 123,4 por cem mil habitantes da idade. Em 1995, elevou-se para 134,7 por cem mil (MELLO JORGE, 1998).

A mortalidade no Brasil é maior entre jovens do sexo masculino de 20 a 24 anos, seguidos pelos jovens do mesmo sexo, de 15 a 19. A relação entre os coeficientes masculinos e os femininos passou de 2,1 (em 1980) para 2,9 (em 1995), para jovens de 15 a 19 anos. No grupo de 20 a 24 anos, o aumento foi mais expressivo, passando de 2,4 para 3,7, de 1980 para 1995. Esse aumento pode estar refletindo o aumento de óbitos por causas externas, que afetam mais acentuadamente o sexo masculino (60 a 80% das mortes) do que o feminino (20 a 50%) (MELLO JORGE, 1998).

O caráter endêmico da violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, tornou-a problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todas as conseqüências da violência, pela “pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social” (MINAYO ; SOUZA, 1999, p. 11).

O Brasil apresenta características de uma nação jovem, embora sua população venha envelhecendo. Os dados apontam para um contingente jovem de 10 a 19 anos com aproximadamente 32 milhões de indivíduos, 21,8% da população total do Brasil (MELLO JORGE; GOTLIEB, 2000; MPO, 1998).

O contingente populacional dos jovens no Brasil está refletindo os processos de transformação econômica, social, cultural e demográfica que vêm ocorrendo, particularmente nas últimas três décadas, na população brasileira. A dinâmica populacional é resultante “[...] do declínio da fecundidade, do contínuo descenso da mortalidade e do, conseqüente aumento da esperança de vida no País” afirma Baeninger (1998, p. 23).

A queda da fecundidade faz-se sentir nos segmentos etários sucessivos como um alargamento, dando a idéia de ondas, fenômeno caracterizado por Madeira e Bercovitch (1992) como “onda jovem”. À medida que essa população cresce, gera novas e diferentes necessidades, demandando diferentes respostas do sistema. Vivenciamos uma mudança no perfil epidemiológico.

OBJETIVO

O trabalho original teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico da mortalidade de adolescentes e jovens, de 10 a 24 anos, residentes no município de Maringá/PR, no período de 1979 a 1998. Neste trabalho serão relatados, resumidamente, alguns aspectos do perfil encontrado.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste estudo descritivo-exploratório utilizou-se dado secundário de mortalidade mediante o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde – SIM/MS (MS, 1998), e de população, tabulação especial do Núcleo de Estudos de População da Universidade Estadual de Campinas – NEPO/UNICAMP (1999). A população estudada foi a de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos (pessoas jovens) residentes no município de Maringá, que foram a óbito no período de 1979 a 1998. Estes 20 anos foram divididos em quatro triênios, para minimizar o problema de flutuação de taxas devido a pequenos números de óbito, a saber: 1º Triênio: 1979/81; 2º Triênio: 1984/86; 3º Triênio: 1990/92 e 4º Triênio: 1996/98.

O segmento de 10 a 24 anos foi dividido em três faixas etárias: de 10 a 14 de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. Essas faixas etárias são mais trabalhadas cientificamente por questões pertinentes à fase de desenvolvimento do indivíduo.

Em 1996, Maringá contava com 267.942 habitantes, dos quais 2,6% (6.978) eram moradores rurais. O município teve um incremento populacional de residentes de aproximadamente 120,6% entre o VIII Recenseamento (1970) e a Contagem Nacional da População (1996). As pessoas jovens somaram 28,2% (75.565) da população total (FIBGE 1998; ORLANDI, 2000).

Houve aumento absoluto do contingente de pessoas jovens de aproximadamente 83,0%, entre 1970 e 1996 (87,8% da população masculina e 77,9% da feminina). A participação relativa dos jovens na população total no período de 1970 a 1996 declinou, passando de 34,1%, em 1970, para 28,2%, em 1996 (ORLANDI, 2000). Trabalhou-se com mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade. Entre as variáveis trabalhadas serão enfatizadas neste trabalho: faixa etária, sexo, grau de instrução e causa básica (CB) do óbito (MS, 1998).

O universal SIM/MS, desde 1975, vem sendo bem aceito no Brasil, permitindo comparabilidade dos dados de diferentes localidades. Alimentado por variáveis da declaração de óbito (DO), tem sua confiabilidade demonstrada em vários trabalhos de avaliação da consistência de seus dados.

Do ponto de vista quantitativo os dados trabalhados pelo SIM representam em torno de 80,0% dos óbitos totais estimados para o país. Os fatores apontados como colaboradores deste percentual são o sub-registro (subenumeração) dos óbitos; a cobertura incompleta do sistema (fatores mais importantes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste - MELLO JORGE; GOTLIEB, 2000); tempo entre o início da doença e a morte.

A codificação da CB é determinada pela Classificação Internacional de Doenças - CID, que a partir de sua adoção por vários países em 1900, passa por revisões decenais. Trabalhou-se a nona revisão (CID-9), implementada, no Brasil em 1979 e utilizada até 1995; bem como com a

10ª Revisão que foi adotada no Brasil a partir de janeiro de 1996 (LAURENTI, 1991).

A cada revisão são incorporadas novas doenças emergentes. Muitas são as mudanças entre uma revisão e outra, levando à necessidade de se conhecer as principais alterações ao se trabalhar com o banco de dados do SIM, principalmente para análise de tendência da mortalidade por causas (GRASSI; LAURENTI, 1998).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de estudo, 1979 a 1998, 5,7% dos óbitos de residentes em Maringá foram de adolescentes e jovens; destes 13,6% foram de jovens pré-adolescentes (10 a 14 anos), 35,4% de jovens adolescentes (15 a 19 anos) e 50,6% de jovens adultos (20 a 24 anos). O sexo masculino foi prevalente nos óbitos, com aproximadamente 73%, contra 27% do feminino.

Segundo Mello Jorge (1998), a mortalidade proporcional (MP) para jovens de 15 a 24 anos mostrou, em 1995, 76,6% de óbitos de homens e 23,4% de mulheres.

Observou-se descenso no coeficiente de mortalidade (CM) em duas faixas etárias: a de 10 a 14 anos e a de 20 a 24 anos (somente no sexo feminino); porém na faixa etária de 15 a 19 anos foi observada elevação nos últimos anos, principalmente no sexo feminino.

Os CM sempre se mostraram bem maiores na faixa etária de 20 a 24 anos, e no sexo masculino, variaram de 232,5 (1º triênio) para 185,0 (4º triênio) por cem mil habitantes do sexo e idade. Na faixa etária de 10 a 14 anos e na de 15 a 19 os CM também foram maiores para os meninos e variaram respectivamente, de 57,9 para 45,7 e 134,2 para 122,5 por cem mil habitantes, entre o 1º e o 4º triênios.

No sexo feminino os CM variaram; para a faixa etária de 10 a 24 anos, de 56,2 para 32,6 por cem mil habitantes, mostrando-se ao longo dos triênios mais elevados na faixa etária de 20 a 24 anos; o risco de morrer nesta faixa etária mostrou-se de 3 a 4 vezes maior do que para as demais.

Os óbitos de pessoas jovens do sexo masculino aconteceram de 1,4 vezes até 3,5 vezes mais do que os óbitos femininos. Assim

sendo, para cada óbito feminino morreram sempre mais de um homem até mais de três, quando considerada a faixa de 20 a 24 anos.

O Brasil apresentou a relação óbitos masculinos/femininos (15 a 19 anos) de 2,1 em 1980 para 2,9 em 1995. No grupo etário de 20 a 24 anos passou de 2,4 para 3,7 (MELLO JORGE, 1998).

Mais da metade da população jovem que foi a óbito em todo o período tinha o 1º grau como registro de escolaridade, inclusive os jovens adultos de 20 a 24 anos. Menos de 10% de todos os jovens que foram a óbito tiveram registro de analfabetismo. Sabóia (1998) encontrou, no Brasil, 66,4% dos jovens de 20 a 24 anos ainda no 1º grau (com diferenças regionais – Nordeste 81,1% e Sul 50,4%), fato indicativo de defasagem escolar.

Quanto às causas básicas de óbitos nos quatro triênios verificou-se inicialmente que as causas de morte naturais (as constantes nos Capítulos de I ao XV da CID-9, ou nos Capítulos de I ao XVII da CID-10), representaram ao longo do período a proporção de 32,3% – 26,0% – 28,5% – 27,2%, respectivamente para 1º, 2º, 3º e 4º triênios; ficando as mortes não naturais, decorrentes de causas externas (acidentes e violência), responsáveis por 65,3% – 68,5% – 69,5% – 72,8% do total de óbitos nos triênios.

No estudo foram enfatizadas as causas externas, maternas e AIDS como causas de óbito que mais têm afetado a saúde e a vida das pessoas jovens e chamado a atenção da saúde pública. Desta forma relatar-se-ão aqui os resultados básicos destes aspectos.

Os óbitos devidos a AIDS aparecem com baixa representatividade numérica nos dois últimos triênios, respectivamente 2,0% (3º triênio: 1,2% - 3 óbitos masculinos de 20 a 24 anos e 0,8% - 2 óbitos femininos de 15 a 24 anos) e 2,7% (4º triênio - 4 óbitos masculinos, sendo três de 20 a 24 anos e um de 15 a 19 anos) do total de óbitos.

A MP devida a causas maternas manteve tendência de declínio ao longo do período, perfazendo 9,8% (5 óbitos) no 1º triênio; 3,3% (2 óbitos) no 2º triênio; 5,0% (3 óbitos) no 3º triênio e 2,6% (1 óbito) do total de óbitos femininos de 15 a 24 anos no 4º triênio. Destaca-se que não ocorreu óbito na

faixa etária de 10 a 14 anos no período. Sendo que todos os óbitos ocorreram devido a causas maternas diretas e cerca de 91% ocorreram em mulheres de 20 a 24 anos. A variação dos CM nos quatro triênios foi 5,5 – 2,0 – 2,8 – 0,9 óbitos femininos para cada 100.000 mulheres de 10 a 24 anos.

No Brasil as causas maternas aparecem nos três primeiros grupos de causas de mortalidade feminina de 1980 a 1995, representando cerca de 12% dos óbitos de 15 a 19 anos e 20% dos de 20 a 24 anos, com pequena tendência de aumento, que variou entre as regiões (MELLO JORGE, 1998). Em Maringá apareceram apenas no 1º triênio como 3ª causa de óbito feminino, após não aparecerem entre as seis primeiras posições de CM feminino.

As primeiras causas de óbito em todos os triênios e em ambos os sexos foram as causas externas ou também chamadas de não naturais, a maior é mais desafiante peculiaridade do perfil de mortalidade de adolescentes e jovens brasileiros e de todo o mundo.

Os CM devidos a causas externas variaram ao longo dos triênios, e os masculinos foram sempre no mínimo quatro vezes maiores do que os femininos, como se verifica a seguir, respectivamente para homens e mulheres: 98,6 – 28,2 (1º triênio); 120,5 – 26,5 (2º triênio); 143,2 – 23,2 (3º triênio); 87,1 – 20,6 (4º triênio) por cem mil jovens do sexo e idade de 10 a 24 anos. Perfil não muito distinto do da Região Sul nos anos de 1980, 1985, 1990 e 1995, com, respectivamente para os sexos masculino e feminino: 114,1 – 27,1; 124,1 – 27,3; 145,3 – 26,6; 152,2 – 29,0 por cem mil jovens do sexo e idade de 15 a 24 anos (MELLO JORGE, 1998). Destacam-se a diferença de faixa etária das pesquisas e o fato de que os CM na Região Sul foram sempre crescentes, o mesmo não acontecendo em Maringá.

No detalhamento das causas externas observou-se que os acidentes de trânsito-AT (CID-9) ou transporte (CID-10) foram os mais frequentes, representando 57,1% do total das causas não naturais para todo o período; a seguir, despontaram os homicídios (“lesões provocadas intencionalmente por outra pessoa”), com 15,9%; as “outras causas acidentais” com 14,9%; as “lesões a respeito das quais se ignora se acidentais ou intencionais” com 7,1% e como

última causa externa o suicídio (“lesões auto-inflingidas”), com 4,1%. Os AT e os homicídios é que se mostraram determinantes de maior estimativa de risco de morte masculina, com aumento de respectivamente 61,5% e 38,6% entre o 1º e 4º triênios.

Mello Jorge (1998) observou que até 1980 houve um certo equilíbrio entre a proporcionalidade de óbitos devidos a AT, homicídios e demais acidentes, de jovens de 15 a 24 anos no Brasil. Em 1995, verificou um crescimento das taxas de homicídios de aproximadamente 130%, enquanto as taxas por AT por volta de 30%. A ascensão das taxas por homicídios pode ser observada em todas as regiões do país, com exceção da Região Sul na qual os AT mantiveram-se como principal causa de morte não natural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte de um adolescente ou jovem gera indignação e inquietação e é fato de grande impacto social, não importando sua expressão numérica, sua causa, sua cultura ou modo de inserção na sociedade. A morte, ocorrendo numa etapa da vida de alta criatividade e produtividade, pune não somente o próprio indivíduo e o grupo que lhe é próximo, mas também priva a coletividade de seu potencial intelectual e econômico (WERNECK; REICHENHEIM, 1992).

A mortalidade, assim como outros indicadores de saúde, pode fornecer elementos para planejamento em saúde, vigilância de agravos à saúde, avaliação em saúde, tanto da cobertura como da qualidade e resolutividade de serviços e programas de ações específicas (LAURENTI, 1991).

A despeito da idade de referência, os adolescentes e os jovens têm chamado cada vez mais a atenção da saúde por situações que

colocam em risco a sua qualidade de vida e até mesmo a própria vida. Paradoxalmente, o adolescente é um indivíduo que tem um espírito inovador, criativo e construtivo, tem muita energia para a vida e contribuição a dar para o desenvolvimento da sociedade. Esta população é essencialmente sadia e os profissionais de saúde têm se preocupado em mantê-la sadia e em equilíbrio, bem como em atender aos adolescentes, que por diversos motivos têm sua vida desequilibrada e sua saúde ameaçada.

Constata-se mediante este trabalho que os adolescentes e jovens residentes em Maringá têm ido a óbito principalmente devido a causas externas, que se acredita serem suscetíveis de prevenção. Deve-se refletir sobre o adolecer, período de grande significado na existência humana, e vislumbrar caminhos de atenção ao adolescente na preservação de sua saúde e diminuição dos inúmeros riscos globalizados a que estão expostos os adolescentes: desagregação familiar, violência, acidentes, droga, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, álcool, tabagismo, gravidez indesejada, marginalização, situação de rua, redução da escolaridade, entre outros.

A violência estrutural, ou seja, a oriunda do próprio sistema socioeconômico, que leva à pobreza e às desigualdades, tem sido mascarada pela violência da delinquência, em que as ações e comportamentos dos adolescentes e dos jovens, que refletem e imitam o contexto, são considerados como ameaçadores da ordem.

A prevenção de eventos previsíveis perpassa pela compreensão do ser adolescente, de seus mecanismos para “tornar-se adulto” e de seu contexto de vida. Para isso nós, os adultos, pais, responsáveis, profissionais, gestores nas mais diversas instâncias, temos que exercitar nossa sensibilidade e não apenas nosso saber técnico e a confiança nos avanços científicos.

ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE: MAGNITUDE OF MORTALITY IN MARINGÁ/PR

ABSTRACT

This study provides re-compilation of an essay master with the epidemiological profile of the youth (10 to 24 years old) mortality in Maringá, Paraná, from 1979 to 1998. The main target was to describe the magnitude and trends using the proportion and coefficient of mortality relating to age, sex, marital status, degree of schooling, occupation, local and basic cause of death. The data were taken from SIM/MS (Information System about Mortality of Health Ministry) and the population from special data formulated by NEPO/UNICAMP (Population Study Nucleus from State University of Campinas). Generally speaking, the adolescents and young people

mortality showed a similar profile compared to the Brazilian one. These deaths occurred, in a drastic way, to the male young adults (from 20 to 24) and were caused by external causes (about 70%).

Key words Young people, Mortality, Public health.

REFERÊNCIAS

- AYRES JR. de C. M. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes**: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Edição Eletrônica ; Casa da Edição; 1996.
- BAENINGER, R. Juventude e movimentos migratórios no Brasil. In: JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas. Brasília, DF.: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. p. 21-70.
- CENTRO BRASILEIRO PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. **Estatuto da criança e do adolescente**. [S. l.] : CBIA, 1990. p.15.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Contagem nacional da população**: 1996. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/>. Acesso em: 22 out. 1998.
- GRASSI PL; LAURENTI R. Introdução da 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças em análises de tendência da mortalidade por causas. **Inf. Epidemiologia SUS**, São Paulo, 1998, jul/set, n. 3, p. 43-47.
- KUSCHNIR MCC; CARDOSO MHC de A. Adolescentes: Saúde, doença e risco. **Rev. Bras. Cresc. E Des. Humano**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 22-31, 1997.
- LAURENTI R. Análise da Informação em saúde: 1893 - 1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 407-417, 1991.
- LUZ MTM, SILVA R. de C. Vulnerabilidade e adolescências. **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**, Brasília, DF., v. 1. p. 93-96, 1999.
- MAAKAROUN M de F. O adolescente num mundo em transformação. In: OPAS/OMS/Programa Saúde Materno-Infantil e do adolescente. Brasília, 1991. p. 16-18. (Bibliografia, 8)
- MADEIRA, F. ; BERCOVICH A. A “onda jovem” e seu impacto na população economicamente ativa de São Paulo. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, v. 1, n. 8, p. 1-27, , 1992.
- MELLO, JORGE M. H. P. de ; GOTLIEB, S. L. D. **O sistema de informação de mortalidade**: problemas e propostas para seu enfrentamento. São Paulo, 1998. (Mimeo).
- MELLO, JORGE M. H. P de. Como morrem nossos jovens. In: BERQUÔ, E. **Jovens acontecendo na trilha das Políticas Públicas**. Brasília, DF. : CNPD - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998. p. 209-289.
- MELLO, JORGE M. H. P de ; GOTLIEB, S. L. D. **As condições de saúde no Brasil**: retrospecto de 1979 a 1995. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.
- MINAYO, M. C. de S. ; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência? : reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 7-32, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Programa saúde do adolescente** : bases programáticas. Brasília, DF., 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional deSaúde. **Sistema de Informações sobre mortalidade, 1979-1997**. DATASUS, 1998; [CD-ROM].
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. **Saúde do adolescente**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 1999.
- BRASIL.Ministério do Planejamento e Orçamento. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento - CNPD. **Os jovens no Brasil** : diagnóstico nacional. Brasília, (DF), 1998.
- MONROY, A. Puberdade, adolescencia y cultura juvenil. In: MADDALENO, M. ; MUNIST, M. M. ; SERRANO, C. V. ; SILBER, T. J. ; OJEDA, E. N. S. ; YUNES, J. **La salud del adolescente y del joven**. Washington, DC, 1995. p. 27-35. (Publicacion científica OPAS/OMS,552)
- UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Núcleo de Estudos de População. **Tabulação Especial para a população residente em Maringá/Paraná: 1970 a 1996**. Campinas : NEPO/UNICAMP, 1999.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação internacional de doenças** : revisão 1975 (nona revisão). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo ; Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português, 1985. v.1.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (décima revisão). São Paulo: EDUSP, 1998. v.1.
- OLIVEIRA, M. A. de C. : EGRY, E. Y. A Adolescência como um constructo social. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 12-21, 1997.
- OLIVEIRA, M. I. Adolescentes de alto risco (editorial). **Boletim Informativo da Sociedade Brasileira de Pediatria**, v.1, n.2, 2000.
- ORLANDI, M. H. F. **Morbidade Hospitalar em pessoas jovens no município Maringá/PR, 1996**. 1998. Monografia (Especialização)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- ORLANDI, M. H. F. **Mortalidade de adolescentes e jovens no município de Maringá/PR**: magnitude e tendências. 2000. 237 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 82-83, 167-8.
- PERES, F. ; ROSENBERG, C. P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Saúde e Sociedade**, v.7, n. 1, p. 53-86, 1998.

SERRANO, C. V. La salud integral de los adolescentes y jóvenes: su promoción y su cuidado. In: MADDALENO, M. ; MUNIST, M. M. ; SERRANO, C. V. ; SILBER, T. J. ; OJEDA, E. N. S. ; YUNES, J. **La salud del adolescente y del joven**. Washington, DC, 1995. p. 3-14. (Publicacion científica OPAS/OMS,.552).

VERMELHO, L. L. ; MELLO, JORGE M. H. P. de. Mortalidade de jovens : período 1930 - 1991. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 1996 v. 30, n. 4, p. 319-331, S.P.

YUNES, J.; RAJS, D. Tendencia de la Mortalidad por causas Violentas en la población general y entre Adolescentes y Jóvenes de la Región de Las Américas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, supl. 1, p. 88-125, 1994.

WERNECK, G. L.; REICHENHEIM, M. E. Novas técnicas: anos potenciais de vida perdidos. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, ano 1, n. 5, out. 1992.

ZILIOOTTO, M. C. O estatuto da criança e do adolescente e a política de atendimento. **Rev Bras Cresc Desenvol Hum**, São Paulo, v. 2, n.1, p. 15-31, jan./jun. 1992.

Endereço para correspondência: Marcia Helena Freire Orlandi, R: Vereador Arlindo Planas, 551 – Jardim Los Angeles, 87.880-330 Maringá-PR.