

Autopercepção do estado de saúde: um estudo de prevalência com adolescentes de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil

Self perception of health status: a prevalence study with adolescents of Ceilândia, Distrito Federal, Brazil

Elza Maria de Souza¹
Fernanda Pires da Silva Abrão²
Ivan Araújo Motta²
Janayana Oliveira Almeida²

Resumo

Introdução: os estudos sobre a autopercepção do estado de saúde na adolescência são raros no Brasil, alimentando o mito de que na adolescência existem poucos agravos à saúde física e mental, ou que muitos desses agravos são característicos da idade. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência dos principais agravos à saúde na adolescência, de acordo com a percepção desse grupo etário.

Método: foi realizado um inquérito com uma amostra de conveniência de 253 adolescentes com idade entre 12 e 18 anos das sétima e oitava séries de uma escola de ensino fundamental de Ceilândia, Distrito Federal. Os jovens completaram questionários auto-respondíveis contendo questões relativas às variáveis sociodemográficas e referentes à percepção do estado de saúde e de agravos comuns da adolescência. A coleta de dados foi feita em sala de aula, durante o mês de junho de 2002.

Resultados: aproximadamente 76% dos entrevistados referiram estado de saúde muito bom ou bom. No entanto, apenas 29,2% dos entrevistados não referiram qualquer agravo à saúde. Alergia foi o agravo mais referido, com uma prevalência de 27,3%, seguido por irritabilidade fácil (22,9%), tristeza intensa (20,6%) e dificuldade de concentração (15,8%).

Conclusão: os resultados sugerem alta prevalência de agravos à saúde na amostra estudada. Embora o estudo tenha certas limitações metodológicas, ele chama a atenção para a necessidade de investigações mais aprofundadas sobre a saúde do adolescente, sobretudo as relativas à depressão nesse grupo etário.

Palavras-chave: adolescentes, autopercepção do estado de saúde, depressão.

Abstract

Introduction: the studies related to how adolescents perceive their health status are scarce in Brazil, prevailing the myth that mental and physical diseases are rare during adolescence phase or that the symptoms are characteristics of the age. The objective of this study was to evaluate the prevalence of the main health problems in this age group according to their own perception.

¹ Coordenação de Pesquisa e Comunicação Científica, Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Brasil

² Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Brasília, Brasil

Correspondência

Elza Maria de Souza
SQN 115 Bloco G Apto 208
Brasília, Distrito Federal, Brasil
70772-070
elzadesouza@terra.com.br

Recebido em 12/dezembro/2005
Aprovado em 20/fevereiro/2006

Method: a survey was developed with a sample of 253 adolescents aged 12 to 18 years old from a secondary school of Ceilândia, Distrito Federal. The young people completed self administered questionnaires comprising questions related to sociodemographic variables and also variables related to health status and the main health problems of adolescents. The data were collected in June 2002 during class time.

Results: approximately 76% of the interviewees mentioned good or very good health status. However, only 29.2% of the sample did not mention any health problem. Allergy was the most mentioned health problem with a prevalence of 27.3%, followed by easy irritability (22.9%), serious sadness (20.6%) and poor concentration (15.8%).

Conclusion: the results suggest a high prevalence of illness in this sample. Although the study had some limitations related to the method, it called attention for the need for further investigations related to adolescents' health, specially related to depression in this age group.

Key words: adolescents, self perception of health status, depression.

Introdução

O Brasil está evidenciando um rápido aumento da população idosa. No entanto, a proporção de jovens com idade entre 10 e 19 anos, em torno de 18%, ainda é alta¹. O país tem enfrentado vários desafios de saúde pública derivados de um desenvolvimento socioeconômico lento, extremas desigualdades sociais e mudanças demográficas e sociais marcantes². Tais mudanças incluem crescente desestabilização dos mecanismos de integração social e aumento de estresse social, particularmente na população adolescente^{3,4}, as quais podem estar refletidas em alguns indicadores socioeconômicos e de saúde, tais como a pobreza e as taxas de mortes violentas entre jovens.

As taxas de mortalidade por causas externas entre adolescentes quase dobraram entre 1977 e 1994 e representam a principal causa de morte entre jovens de 5 a 35 anos de idade, sendo especialmente altas na faixa etária de 15 a 19 anos⁵. Em 1998, homicídio foi a principal causa de morte entre jovens de 10 a 15 anos em três das cinco regiões do país e doze estados brasileiros, incluindo o Distrito Federal⁶.

No Distrito Federal, as causas externas corresponderam a 74,4% de todos os óbitos de adolescentes no período de 2003 a 2005 e, dentre essas, suicídio e homicídio contribuíram com

54,6% do total de mortes, correspondendo a 73,4% dos óbitos por causas externas. Em Ceilândia, no mesmo período, as percentagens foram de 75,7%, 59,1% e 78,0% respectivamente (Diretoria de Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2005 – resultado não publicado).

No período de julho de 2004 a julho de 2005, 12,8% das 9.855 internações por causas externas no Distrito Federal foram de adolescentes. Dentre os tipos de causas externas motivadoras de internações de adolescentes, destacam-se lesões autoprovocadas voluntariamente (0,4%), agressões (12,1%), acidentes automobilísticos (17,7%) e outras causas externas de lesões acidentais (57,3%)⁷.

Estudos mostram que as taxas de mortes violentas são particularmente altas em áreas urbanas de baixa renda³ e que a violência entre adolescentes está associada com vários fatores, incluindo abuso de álcool, uso e tráfico de drogas, desigualdade socioeconômica e falta de coesão social⁸.

Os estudos referentes à adolescência no Brasil são escassos e predominantemente relativos à mortalidade, gravidez precoce, violência, infecção por HIV e uso de drogas⁹. No entanto, pouco se sabe sobre outros agravos nesse grupo populacional e sobre como os adolescentes

percebem o seu estado de saúde, alimentando o mito de que na adolescência existem poucos agravos à saúde física e mental, além de muitos desses agravos serem considerados característicos da idade e, portanto, subinvestigados. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência do estado de saúde de acordo com a percepção dos adolescentes pesquisados e a prevalência dos principais agravos à saúde nesse grupo etário.

Método

Foi realizado um inquérito com uma amostra de conveniência de 253 adolescentes com idade entre 12 e 18 anos, estudantes da sétima e oitava séries do Centro Educacional 7 da cidade de Ceilândia, Distrito Federal. A escola foi selecionada propositalmente para o estudo em virtude de conter o número de adolescentes necessário para atingir o cálculo amostral e por contar com a anuência da direção da escola para a realização da pesquisa.

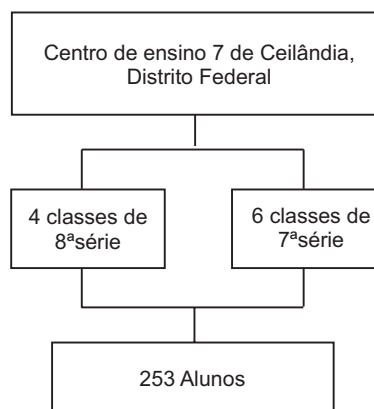
Os jovens completaram questionários auto-responsáveis contendo questões relativas às variáveis sociodemográficas referentes à idade, local de nascimento, situação de residência, escolaridade e estado conjugal dos genitores. Continha também variáveis referentes à percepção do estado de saúde com cinco categorias: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Foi incluída, ainda, uma questão com uma lista de agravos frequentes na adolescência tais como alergia, problemas articulares, asma ou bronquite, tristeza profunda ou depressão, distúrbio do sono, dificuldade de concentração, irritabilidade fácil e “outras”.

A coleta de dados foi feita em sala de aula, durante o mês de junho de 2002. O tempo médio para preenchimento do questionário foi de 35 minutos. Obteve-se uma taxa de respostas de 97%. Apenas oito alunos não responderam o questionário, três devido a absenteísmo durante o período da coleta dos dados e cinco por se

recusarem a participar do estudo. A Figura 1 ilustra a seleção da amostra do estudo calculada usando-se a proporção populacional com precisão absoluta¹⁰. Em virtude das possíveis perdas, o cálculo foi acrescido de 15%, obtendo-se uma amostra de 253 adolescentes.

Figura 1

Desenho esquemático da seleção da amostra para o estudo.



A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da London School of Hygiene and Tropical Medicine em 2002.

Análise descritiva

As características sociodemográficas da amostra estão descritas nas Tabelas 1 e 2. Observa-se um predomínio do sexo feminino (56,9%). A idade média da amostra foi de 14,4 anos, variando entre 12 e 18 anos. A maioria (71,1%) dos participantes encontrava-se na faixa etária de 13 a 15 anos. Quase metade da amostra (42,3%) nasceu em Ceilândia, mas uma proporção considerável (24,6%) referiu ter nascido em outra cidade do Distrito Federal. Pouco mais de um terço da amostra (37,9%) declarou viver com ambos os pais na ocasião deste estudo.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra de adolescentes por gênero, idade, lugar de nascimento e situação de moradia, Ceilândia, 2002.

Características	n	%
Gênero		
Masculino	109	43,1
Feminino	144	56,9
Total	253	100,0
Idade*		
≤ 12	18	7,1
13 – 15	180	71,1
≥ 16	55	21,7
Total	253	100,0
Local de nascimento		
Ceilândia,DF	107	42,3
Outras cidades do DF	62	24,5
Outras	84	33,2
Total	253	100,0
Situação de moradia		
Ambos os genitores	96	37,9
Só com a mãe	75	29,6
Mãe e padrasto	35	13,8
Avós†	24	9,5
Outros	23	9,1
Total	253	100,0

* Média de idade = 14,4 DP 1,4 anos

†Avós sem os pais

Tabela 2

Características sociodemográficas da amostra de adolescentes de acordo com o estado conjugal e escolaridade dos pais ou responsáveis*, Ceilândia, 2002.

Características	n	%
Estado conjugal		
Solteiro	22	8,7
Casado†	122	48,2
Separado‡	88	34,8
Outros	21	8,3
Total	253	100,0
Escolaridade da mãe		
Sem escolaridade formal	38	16,5
Primeira etapa do ensino fundamental	92	40,0
Segunda etapa do ensino fundamental e acima	100	43,5
Total	230§	100,0
Escolaridade do pai		
Sem escolaridade formal	34	15,5
Primeira etapa do ensino fundamental	78	35,5
Segunda etapa do ensino fundamental e acima	108	49,1
Total	220	100,0

* Considerados todos os legalmente responsáveis por eles

† Inclui casados e os que vivem juntos

‡ Inclui os divorciados

§ Vinte e três informações perdidas ("Não sabe")

|| Trinta e três informações perdidas ("Não sabe")

Em termos das características dos pais ou responsáveis, quase metade (48,2%) da amostra declarou pais casados. Uma grande proporção (34,8%), no entanto, mencionou pais separados ou divorciados. Dez por cento dos jovens que mencionaram pais casados não estavam vivendo com os pais por estes estarem morando em outras cidades. Os participantes consideraram pais ou responsáveis aqueles com responsabilidade legal sobre eles, mesmo que não estivessem vivendo juntos. O nível de escolaridade mostrou que 49,1% dos pais e 43,5% das mães tinham nível de escolaridade acima da primeira etapa do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). O estudo não levou em consideração a renda familiar, visto que a pesquisa foi conduzida em uma região sabidamente de baixa renda.

Autopercepção do estado de saúde

Os dados relativos à percepção do estado de saúde e à estimativa dos principais agravos à saúde estão dispostos na Tabela 3. Aproximadamente 76% referiu estado de saúde muito bom ou bom. No entanto, apenas 29,2% dos entrevistados não referiram qualquer agravo à saúde. Alergia foi o agravo mais mencionado por essa amostra, com uma prevalência de 27,3%; seguido por irritabilidade fácil (22,9%); tristeza intensa, o que eles identificaram também como depressão (20,6%); dificuldade de concentração (15,8%); problemas articulares (8,7%); asma ou bronquite (7,9%) e distúrbio do sono (5,1%).

Tabela 3

Percepção dos adolescentes em relação ao estado de saúde segundo o gênero, Ceilândia, 2002.

Autopercepção do estado de saúde	Masculino		Feminino		Total	
	n	%†	n	%†	n	%†
Bom ou muito bom*	84	77,8	102	73,9	186	75,6
Regular	22	20,4	33	23,9	55	22,4
Ruim ou muito ruim*	2	1,8	3	2,2	5	2,0
Total	108	100,0	138	100,0	246	100,0
Principais agravos à saúde						
Sem problema de saúde	42	38,5	32	22,2	74	29,2
Irritabilidade fácil	18	16,5	40	27,8	58	22,9
Dificuldade de concentração	17	15,6	23	16,0	40	15,8
Problemas de sono	5	4,6	8	5,6	13	5,1
Tristeza profunda (depressão)	10	9,2	42	29,2	52	20,6
Alergia	24	22,0	45	31,3	69	27,3
Problemas articulares	6	5,5	16	11,1	22	8,7
Asma/bronquite	11	10,1	9	6,3	20	7,9
Outros problemas de saúde	10	9,2	13	9,0	23	9,1

* As categorias foram adicionadas devido à baixa frequência de cada uma isoladamente

† Porcentagem em relação ao número de entrevistados que responderam à questão

Discussão

O número de meninas ultrapassou o de meninos, o que está em consonância com os dados nacionais, relativos à população de adolescentes matriculados, onde existem mais meninas frequentando escolas que meninos nessa faixa etária¹¹. Uma explicação possível pode ser o fato de meninos abandonarem a escola mais cedo do que as meninas para trabalhar e contribuir com a renda familiar em população de baixa renda, como é o caso de Ceilândia. As meninas costumam encarregar-se de trabalhos domésticos, o que não prejudicaria tanto a frequência à escola⁹.

Apenas 38% dos adolescentes vivem com ambos os pais e aproximadamente 20% não vivem com nenhum dos genitores, o que sugere uma alta prevalência de famílias desestruturadas em Ceilândia.

Embora, uma alta proporção (75,6%) dos respondentes tenha referido estado de saúde bom na questão geral, 70,8% referiu algum tipo de agravo, quando a questão particularizou certos agravos à saúde. Chama atenção a alta proporção de adolescentes que referiu tristeza infinita ou

depressão, bem como a alta proporção dos que referiram dificuldade de concentração e irritabilidade fácil, sintomas estes também descritos como indicadores de depressão de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID-10). Esses achados podem sugerir que esses jovens, embora não portadores de depressão como doença, estejam desenvolvendo alguns sintomas de alteração do humor, o que merece investigações cuidadosas para prevenção e tratamento¹². Poucos são os estudos que buscam as reais causas e as estratégias para modificar este quadro.

É possível que depressão na adolescência seja causa e também consequência de muitos dos problemas sociais observados nesse grupo etário, tais como evasão escolar, gravidez precoce e comportamento violento. É também possível que depressão na adolescência tenha manifestações distintas das de outros grupos etários, questão que exige mais estudos. Considerando essa observação, seria importante desenvolver escalas específicas não só para esse grupo etário, mas também apropriadas para países em desenvolvimento como o Brasil, com realidade diversa da dos países desenvolvidos.

Principais limitações do estudo

As principais limitações do estudo são referentes ao instrumento de coleta de dados, em que foi utilizada apenas a percepção subjetiva de saúde dos entrevistados, além de não conter escala para avaliar depressão. Outra limitação foi o fato do estudo ter sido feito com uma amostra de conveniência, impossibilitando a generalização dos resultados, no entanto, pode sugerir um estudo de base populacional em pesquisas futuras.

Conclusão

Embora este estudo tenha limitações, ele chama a atenção para a questão da saúde do adolescente e instiga novas pesquisas em que os adolescentes possam ser atores de promoção de saúde e de coesão social para a saúde, assunto destacado previamente em estudos de integração intergeracional^{9,13}. A adolescência é geralmente vista como uma fase de poucos agravos à saúde, o que pode ser um mito resultante das práticas calcadas no modelo biomédico tradicional, o qual geralmente não leva em conta o bem estar social e psicológico preconizado pelo modelo mais estruturalista da saúde¹⁴.

O estudo contribui também para uma reflexão referente à saúde do adolescente no Distrito Federal e no país, servindo como passo inicial para contribuir com o desenvolvimento de políticas públicas em que a aliança intersetorial deve ser o eixo das ações para o bem estar desse grupo populacional, conforme os preceitos de promoção de saúde recomendados na Carta de Ottawa¹⁵. Com ações mais participativas e coordenadas, é provável que os indicadores de mortalidade por causas violentas em adolescentes possam ser reduzidos, as instituições de recuperação de menores infratores possam esvaziar-se e o Brasil possa dar exemplo de cidadania, em que a saúde também é um bom indicador.

Agradecimentos

À direção, professores e alunos das sétima e oitava séries do Centro Educacional 7 de Ceilândia que em 2002 permitiram e facilitaram a realização do estudo na escola.

Participação do autor e co-autores na elaboração do artigo

A autora principal realizou a pesquisa no ano de 2002 como parte do seu programa de doutorado. Os co-autores, alunos de graduação em medicina e voluntários do programa de iniciação científica fizeram a atualização da revisão bibliográfica para a introdução do artigo. Juntamente com a autora elaboraram a primeira versão do manuscrito. Fizeram a revisão crítica do artigo e organizaram as referências bibliográficas de acordo com as normas do periódico.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. População residente por situação de domicílio e sexo, segundo os grupos de idade. Censo Demográfico 2000. Resultados do universo. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em: 27/jan/2004.
2. Casas JA, Dochs JNW, Bambas A. Health disparities in Latin American and the Caribbean: The role of social and economic determinants. In *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*, 2001. pp 22-49.
3. Freitas ED, Silva PJ, Silva LMV, Costa MCN. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000; 16(4):1059-1070.
4. Magalhães R. Integration, exclusion and solidarity in the current social policy debate. *Cadernos de Saúde Pública*. 2001;17(3):1-13.
5. Gawryszwski VP, Latorre MR, Jorge MH. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*. 1997;31:5-25.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSAs. Indicadores e dados básicos. Ministério da Saúde, Distrito Federal, Brasil. 1998.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Morbidade hospitalar do SUS por causas externas – por local de residência – Distrito Federal. Internações por grande grupo de causas externas segundo faixa etária (10 a 19 anos) no período de julho de 2004 a julho de 2005. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acessado em: 02/out/2005.
8. Macedo, AC, Paim, JS, Vieira, LM, & Costa, MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35(6):515-522.
9. Souza EM. Intergenerational relationships as a means of promoting health and changing attitudes: a multi-methodology study in Ceilândia, Distrito Federal, Brazil [tese]. London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2004.
10. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: A practical manual. Geneva: World Health Organization;1991.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores Sociais. Brasil 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em: 11/dez/2003.
12. Willner P. Depression: A psychobiological synthesis. John Wiley & Sons, New York; 1985.
13. Souza EM. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2003;7(4):463-469.
14. Macdonald TH. Rethinking health promotion: a global approach. London. Routledge; 1998
15. World Health Organization. The Ottawa Charter, WHO, Geneva; 1986.

Esse estudo é parte da tese de doutorado “Intergenerational relationships as a means of promoting health and changing attitudes: a multimethodology study in Ceilândia, Distrito Federal, Brazil”, desenvolvido na London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM). Pesquisa apoiada pelo Centre for Population Studies LSHTM, Programa de Iniciação Científica da Fepecs/SES-DF e Capes, Processo N° 1213/99-7.