

Como são os nossos adolescentes? Retrato de uma amostra escolar

Autores: Mónica Jerónimo, Cláudia Arriaga, Pascoal Moleiro, Alexandra Luz

Instituição: Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Leiria-Pombal, Portugal

INTRODUÇÃO

A Adolescência constitui uma etapa da vida com características próprias no que respeita a várias áreas. É uma etapa de mudanças e adaptações constantes que ocorrem entre a infância e a idade adulta. As mudanças ocorrem a nível físico, psíquico, emocional, cognitivo e social, algumas simultaneamente outras de forma sequencial e de ordem aleatória. Todas estas convergem para um mesmo produto final, a criação de um adulto com identidade e autonomia próprias, que lhes permite gerir a sua vivência em sociedade ^{1,2}. Como em outras situações, esta fase de mudanças nem sempre é pacífica e potencia conflitos pessoais e interpessoais, muitas das vezes com necessidade de orientação externa ¹.

A assistência médica nesta faixa etária é crucial e tem duas vertentes primordiais, a assistência em caso de doença e a prevenção e promoção da saúde. Existem doenças próprias destas idades assim como manifestações peculiares das patologias. Por outro lado a abordagem da própria doença deverá ser individualizada pelas mudanças e características emocionais dos adolescentes.

Esta é a fase da vida caracterizada pela experimentação, a vários níveis, o que faz da adolescência uma fase propícia aos comportamentos de risco ². É nesta vertente que a promoção da saúde e a prevenção da doença tem importância fulcral. Este também é um momento privilegiado para a promoção e adoção de estilos de vida saudáveis, que se pretende que se perpetuem na vida adulta ¹.

Apesar de ser evidente a necessidade dos cuidados de saúde, verifica-se que os adolescentes representam um grupo etário com um tradicional afastamento dos serviços de saúde. Constituem o subgrupo pediátrico com a maior taxa de abandono/absentismo de consultas médicas de seguimento ^{3,6}. Dentro deste grupo verifica-se ainda diferença entre sexos, com maior procura por parte das adolescentes quer por autoiniciativa quer por influência parental ^{3,6}.

Em Portugal, a Direção Geral da Saúde (DGS) contempla no Programa de Saúde Infantil e Juvenil uma consulta aos 11-13 anos, para a vigilância planeada do crescimento e desenvolvimento nos cuidados de saúde primários (Centro de Saúde). Contudo cada vez mais esta se mostra insuficiente e inespecífica para dar resposta às

numerosas e complexas necessidades nesta etapa. Na tentativa de alargar a resposta, surgiram paralelamente, também nos cuidados primários, várias estruturas organizacionais e projetos de promoção da saúde através do Programa Nacional de Saúde dos Jovens (PNSJ) inserido no Programa Nacional de Saúde aprovado em 2006³. Estes têm como objetivo um acompanhamento dependente das suas necessidades. Para este fim estão envolvidas várias estruturas organizacionais e interdependentes de que são exemplo os Centros de Atendimento a Jovens (CAJ), que foram emergindo e que progressivamente foram ganhando maior impacto a nível dos cuidados de saúde nos jovens e adolescentes³.

Um serviço de atendimento ao adolescente deverá cumprir um conjunto de requisitos essenciais, entre os quais oferecer uma abordagem holística, centrada no adolescente, confidencial, imparcial, sem preconceitos ou juízos de valor e acessível em todos os níveis. Para além disso, também a abordagem em si deverá ser individualizada e especializada, independentemente do momento, local e situação. O modo de entrevista estruturada utilizando o modelo HEEADSSSSS (*Home, Education/Employment, Eating, Activities, Drugs, Sleep, Sexuality, Suicide, Safety, Support*), constitui um eficaz instrumento, permitindo uma avaliação biopsicossocial e a identificação de fatores de risco e fatores protetores^{2,4}.

O presente trabalho tem como objetivo a caracterização de uma amostra escolar de adolescentes tendo em conta os problemas comuns encontrados nesta faixa etária. Pretende-se igualmente identificar as áreas da saúde mais problemáticas e com necessidade mais premente de intervenção, o que levará a ponderar maior investimento na prevenção nas respetivas áreas.

MÉTODOS

Projeto Adolescer Saudável

A escola, pelo seu papel formativo, constitui um local privilegiado para a prevenção de comportamentos de risco e promoção de estilos de vida saudável. Por outro lado, através do estreito contacto que estabelece com o adolescente e a família, representa o local mais acessível para a instalação de projetos que visem uma deteção atempada de patologia médica.

Durante o ano letivo de 2011-2012 foi estabelecido um protocolo - Projeto "Adolescer Saudável" - entre o Centro Hospitalar Leiria-Pombal e uma escola da cidade de Leiria que teve como objetivo permitir o acesso a uma consulta médica por

adolescentes em risco e sem seguimento adequado em serviços de saúde, promovendo a complementaridade e articulação entre o local preferencial em que se encontram os adolescentes (escola) e um serviço de saúde.

Questionário

A fase inicial deste projeto decorreu mediante a aplicação de questionários preenchidos pelos adolescentes durante o mês de Janeiro de 2012. Os questionários foram entregues pelos professores, de modo que os adolescentes procedessem ao seu preenchimento na sala de aula, após esclarecimento acerca do objetivo dos mesmos, observando critérios de privacidade e confidencialidade. O questionário era constituído por um grupo inicial de caracterização individual, da qual constava nome, idade, ano de escolaridade que frequentava e dados somatométricos (altura e peso), seguido de um segundo grupo com 44 perguntas fechadas, divididas em 4 partes, terminando com um espaço aberto de questões e/ou comentários livres. À exceção da primeira pergunta, que tentava enquadrar temporalmente a data da última consulta médica através de 4 opções, todas as restantes eram bimodais de resposta afirmativa ou negativa (sim/não). A primeira parte incidia sobre assistência em consultas, problemas médicos/patologia e queixas físicas; a segunda parte abordava questões relacionadas com perceção da imagem corporal e perturbações do comportamento alimentar; a terceira sobre segurança e questões socio-relacionais; e a quarta sobre comportamentos de risco, nomeadamente dependências.

Tratamento de dados

Definiu-se obesidade como índice de massa corporal (IMC) superior ao P95, excesso de peso para IMC entre o P85 e P95 e magreza como IMC inferior ao P10.

Como anteriormente foi exposto, estudaram-se variáveis relativas a somatometria, estado de saúde, segurança, consumos, sexualidade e ideação suicida, entre outras.

Os dados foram tratados através do programa *Predictive Analytics SoftWare* (PASW) Statistics 18[®], utilizando os testes estatísticos t-student e Teste χ^2 .

RESULTADOS:

Obtiveram-se 191 questionários correspondentes a igual número de adolescentes, dos quais 57% pertencia ao sexo feminino. A média de idades foi 12,6 anos com um mínimo de 10 e máximo de 17 anos.

A média do IMC foi $19,41 \pm 2,86 \text{ Kg/m}^2$, apresentando 79% dos adolescentes um IMC considerado normal para a idade, enquanto 7,3% apresentava magreza excessiva, 6,3% excesso de peso e 3,1% obesidade.

Referiram ter sido observados em consulta médica no ano anterior 47% dos adolescentes. Em 30% foi mencionada a existência de algum problema de saúde, sem qualquer acompanhamento médico em 40% dos casos. A vontade de ser observado numa consulta médica foi referida por 45% dos jovens, sendo mais frequente nas idades mais jovens (média de idades de 12,34 vs. 13,03 anos), de forma estatisticamente significativa ($p=0,006$).

Sintomas inespecíficos como cansaço diurno, sensação de desmaio, dificuldade em adormecer ou insónias foram mais vezes indicados pelas raparigas. A presença de cansaço ou tosse com o exercício físico, dor abdominal ou cefaleias frequentes foram, também, mais comuns no sexo feminino de forma estatisticamente significativa. (Quadro I).

Questão	Masculino	Feminino	p
Sensação frequente de desmaio?	29%	71%	ns
Cansaço ou tosse com o exercício físico?	26%	74%	0,042
Cansaço frequente durante o dia?	26%	74%	ns
Dor abdominal frequente?	4%	96%	0,041
Cefaleias frequentes?	18%	82%	0,001
Perturbação do sono?	42%	58%	ns

Quadro I – Caracterização das queixas psicossomáticas em função do sexo.

Em 62% dos adolescentes verificou-se insatisfação com a imagem corporal, incluindo achar-se “pequeno”, “grande”, “gordo”, “magro” ou não gostar de alguma parte do próprio corpo, sendo mais frequente no sexo feminino (66% vs. 34%) de forma estatisticamente significativa ($p=0,002$).

Referiram fazer dieta alimentar 7% dos jovens.

Relativamente às perspetivas de futuro, 56% dos adolescentes referiu saber que profissão gostaria de ter, sendo mais frequente nos adolescentes mais velhos (12,93 vs. 12,42 anos) de forma estatisticamente significativa ($p=0,04$).

No que diz respeito às relações parentais e entre pares, 25% referiu que gostaria de alterar a sua relação com os pais e 79% referiu ter um melhor amigo.

Quanto aos hábitos de segurança, a maioria dos jovens referiu usar cinto de segurança no automóvel (92%), 66% referiu usar capacete quando anda de mota e 32% quando anda de bicicleta.

A maioria dos jovens referiu sentir-se seguro na escola (85%).

Em relação aos consumos, 58% dos adolescentes referiu já ter experimentado bebidas alcoólicas, 16% tabaco e 2% drogas. Dos que referiram já ter experimentado tabaco, 7% fumam regularmente e 6% dos que já experimentaram bebidas alcoólicas, indicaram consumo regular das mesmas. Dos jovens inquiridos, verificou-se relação estatisticamente significativa entre experimentação de bebidas alcoólicas e idades mais velhas (13,17 vs. 11,95), tal como na experimentação de tabaco (13,97 vs. 12,42 anos), em ambos os casos com $p<0,001$.

Relativamente às questões sobre sexualidade, 80% dos jovens referiu saber o que é uma doença sexualmente transmissível (DST) e 46% o que é contraceção, sendo os conhecimentos sobre estes temas mais frequentes nos adolescentes mais velhos (13,03 vs. 11,41 anos e 13,87 vs. 11,65 anos, respetivamente) de uma forma estatisticamente significativa ($p<0,001$). Dos adolescentes interrogados, 32% referiu falar com os pais sobre sexualidade e 42% referiu que gostaria de saber mais acerca deste assunto.

Em 27% dos jovens houve referência a ideação suicida enquanto que 29% referiu conhecer alguém que já tivesse pensado em suicídio.

DISCUSSÃO

Os adolescentes são muitas vezes considerados o grupo etário mais saudável a nível da população global ⁷. Esta crença associada a um afastamento dos cuidados de saúde inerente às características psicossociais próprias desta faixa etária determina que exista uma tradicional falta de acompanhamento médico durante a adolescência ⁶. Tais factos também se verificaram neste estudo, onde menos de metade dos jovens inquiridos havia sido observado numa consulta médica no ano anterior e, por outro lado, apenas 45% mostrou vontade de ser observado numa consulta médica. Mais preocupante foi o

facto de quase um terço dos jovens considerar ter um problema de saúde mas apenas 40% tem algum tipo de acompanhamento médico para esse problema.

A maioria dos jovens apresentava IMC com valores normais para a idade, apesar de mais de metade da amostra revelar descontentamento com a sua imagem corporal, sobretudo no sexo feminino, o que vem de encontro aos dados encontrados noutros estudos⁸. Num estudo realizado para a Organização Mundial de Saúde (OMS) acerca da saúde e estilos de vida dos jovens portugueses, a maioria dos jovens apresentava também um IMC normal, sendo a percentagem de obesidade sobreponível à encontrada neste estudo⁷. No entanto, a percentagem de excesso de peso e magreza foi muito superior à encontrada no presente estudo (cerca do dobro em ambos os casos). A percentagem global de jovens portugueses que referiu fazer dieta foi de 10% comparativamente ao presente estudo, onde se encontrou um valor um pouco inferior (7%).

Tal como referido na literatura, as queixas psicossomáticas como cansaço, dor abdominal ou cefaleias foram mais frequente no sexo feminino⁴.

Identificou-se um importante desconhecimento relativamente a cuidados de segurança rodoviária: a maioria dos jovens usa cinto de segurança no automóvel mas apenas 66% usa capacete de mota e 32% de bicicleta, o que vem reforçar a necessidade de medidas de intervenção no meio escolar de modo a prevenir estes comportamentos de risco.

No que diz respeito aos consumos, verificou-se uma elevada percentagem de experimentação de bebidas alcoólicas (58%), embora apenas 6% tenha indicado um consumo regular, valor inferior ao encontrado noutros estudos¹⁰. Os últimos dados nacionais referem que o consumo regular de bebidas alcoólicas entre os jovens tem vindo a diminuir nos últimos anos, embora não tenha diminuído o seu abuso episódico, o que vem salientar a importância de campanhas de prevenção e educação para a saúde^{7,9}.

Quanto à experimentação de tabaco, no presente estudo, a percentagem de jovens que já experimentaram foi cerca de metade da encontrada na generalidade dos jovens portugueses (16% vs. 30%), tendo-se encontrado uma percentagem semelhante de jovens com consumo regular de tabaco⁹. Tal como no consumo de bebidas alcoólicas, também o consumo de tabaco tem vindo a diminuir entre os jovens portugueses ao longo dos últimos anos^{7,9}.

A experimentação de tabaco e bebidas alcoólicas foi mais significativa nos adolescentes de idades superiores, não havendo grandes diferenças entre os sexos o que vem de encontro ao descrito na literatura ¹⁰.

Verificou-se uma baixa taxa de experimentação de drogas, embora não se tenha especificado qual o tipo de droga utilizada.

Embora a maioria dos jovens inquiridos saiba o que é uma DST, menos de metade referiu saber o que é contraceção, e, por outro lado, uma importante percentagem referiu que gostaria de saber mais acerca deste assunto, o que mostra uma clara necessidade de implementar medidas que informem os jovens acerca de sexualidade. No entanto, não devemos esquecer que a amostra deste estudo inclui jovens dentro de uma larga faixa etária, desde os 10 até aos 17 anos, o que pode justificar esta elevada percentagem de desconhecimento tal como se verificou que estes conhecimentos eram mais frequentes nos jovens mais velhos.

O suicídio foi considerado pela OMS em 2009 como a segunda maior causa de morte na faixa etária entre os 10 e 24 anos ¹¹. A taxa de jovens que, neste estudo, referiu conhecer alguém que já teve ou já ter tido pessoalmente ideias de morte é preocupante o que mostra a necessidade de prevenir comportamentos de risco e identificar atempadamente os jovens em possível risco de suicídio.

Este estudo veio evidenciar a necessidade e utilidade da intervenção na escola de modo a contribuir para a promoção de uma adolescência saudável, prestando informação, prevenindo comportamentos de risco e contribuindo, assim, para a prevenção primária de numerosas patologias e comportamentos de risco.

Algumas limitações deste estudo merecem ser referidas. Em primeiro lugar, a amostra é de pequenas dimensões quando comparada com outros estudos, tratando-se de uma população homogénea em que a maioria dos jovens inquiridos vive num meio urbano. Outra limitação é a perceção de confidencialidade pelos adolescentes que, apesar de ter sido transmitida, poderá não ter sido bem entendida pelos jovens. Por outro lado, não foram estudados os locais de seguimento habitual em consulta dos jovens inquiridos assim como a acessibilidade e a especificidade dos mesmos para o atendimento a adolescentes. Os antecedentes patológicos não foram especificados, tratando-se apenas de situações que os adolescentes identificam como doença. Também não foram avaliadas as fontes de informação acerca dos diversos temas abordados nomeadamente se existe educação sexual na escola ou a existência de irmãos mais velhos e frequência de ações de educação para a saúde.

BIBLIOGRAFIA:

1. Tavares HB, Fonseca H. Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediatr Port* 2009;40(4):154-9.
2. Maia C et al. Consumo de substâncias no adolescente. *Acta Pediatr Port* 2010;41(6):262-5.
3. Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010, DGS. Acessível em www.pns.dgs.pt.
4. Tavares HB et al. Perturbação de somatização - uma patologia prevalente em adolescentes. *Acta Pediatr Port* 2010;41(1):33-7.
5. Ferreira MA et al. The knowledge of adolescents: lifestyle and care for their health. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis 2007;16(2): 217-24.
6. Ferreira S et al. Faltas à Consulta de Adolescentes: motivos e dimensão do problema. *Acta Pediatr Por* 2011;42(6):258-63.
7. Health-behaviour in school-aged children (HBSC/OMS) - dados nacionais 2010 - Abril 2011.
8. Askovic B, Kirchengast S. Gender differences in nutritional behavior and weight status during early and late adolescence. *Anthropol Anz* 2012 Jul;69(3):289-304.
9. Machado MC et al. Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediatr Port* 2011;42(5):195-204.
10. Corte-Real N et al. Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. *Rev Por Saúde Pública*; 26, N.º 2 - Julho/Dezembro 2008
11. WHO suicide prevention (SUPRE). Acessível em: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent