

Maria Helena Ruzany¹
Claudia Travassos²

Internação hospitalar de adolescentes no município do Rio de Janeiro: como prevenir?

➤ INTRODUÇÃO

A população adolescente, com indivíduos na faixa etária entre 10 e 19 anos, se comparada a outros grupos etários, pode ser considerada a mais saudável. Contudo, em decorrência de mudanças puberais, os adolescentes vivem esse período de forma marcante tanto nos aspectos biológicos quanto nos psicossociais. Nessa época, eles passam a sentir uma série de impulsos que os levam a buscar novos relacionamentos, com a formação do par afetivo e a independência em relação à família. Todos esses eventos os levam a passar por experiências que irão marcá-los para o resto de suas vidas.

Pouco a pouco o adolescente começa a enfrentar situações decorrentes do processo de independência. Assim, no âmbito escolar, tenta resolver pessoalmente seus problemas pedagógicos com professores e diretores; na área esportiva, com treinadores e técnicos desportistas; no sistema de saúde, com médicos e profissionais de saúde, entre outros exemplos. Nesse momento é que o adolescente mais precisa de apoio e respeito, pois ao lidar sozinho com adultos que prestam serviços, tem início uma relação que poderá ser positiva, estabelecendo-se a confiança favorável à sua volta sempre que ele necessitar de apoio e/ou tratamento; ou negativa, que poderá levá-lo a evitar a procura numa eventual necessidade, tornando possível aumentar e agravar seus problemas.

A atenção hospitalar ao adolescente se dá, com muita frequência, em hospitais de emergência devido à característica dessa fase da vida em que o sujeito fica mais exposto a problemas que envolvem acidentes e traumas no cotidiano de suas ações. Dessas unidades eles são encaminhados, se necessário, para internação na rede hospitalar, onde, após alta, poucos retornam para acompanhamento ambulatorial.

Assim, o estudo da morbidade hospitalar dos adolescentes passa a ter um significado especial, pois pode proporcionar informações aos responsáveis pela formulação e implementação dos programas de saúde, a fim de priorizar as ações preventivas.

Este artigo tem por objetivo apresentar as causas de internação da população adolescente no município do Rio de Janeiro, por sexo e faixa etária, apontando quais poderiam ser evitadas através de ações efetivas de promoção da saúde.

◀ MATERIAIS E MÉTODOS

As internações de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos no município do Rio de Janeiro, em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e conveniados, entre janeiro de 1993 e 1998, foram estudadas a partir dos dados secundários colocados à disposição pelo Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS)⁽²²⁾. Esses dados são obtidos com o processamento dos registros contidos nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH). Foram excluídas as internações de longa permanência (psiquiátricas e aquelas classificadas como fora de possibilidade terapêutica), bem como foram utilizadas apenas as AIHs de tipo normal, isto é, os registros representativos de cada internação.

As informações do SIH/SUS individualizam a internação através de um número sequencial e contêm, entre outros, dados sobre os diagnós-

¹Professora-adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ) e do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA); doutora em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).

²Professora e pesquisadora do Centro de Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ.

ticos (principal e secundário), codificados a partir da nova revisão da nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), além dos procedimentos realizados. Os registros nesse banco estão organizados segundo os meses das datas de apresentação e de competência desses formulários⁽²⁾. A partir de 1997 os diagnósticos das internações passaram a ser classificados pela décima revisão da CID (CID-10). Assim, por esse motivo, somente alguns problemas foram estudados até 1998.

Para o cálculo dos coeficientes ou taxas de internação utilizou-se o número de internações por idade e sexo; como denominador, os dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽³⁾ do Censo Demográfico 1991 e da Contagem da População 1996, estimando-se os valores ano a ano, por sexo e faixa etária. Para elaboração das taxas de parto utilizou-se o número total de partos, incluindo os cirúrgicos, dividindo-o pelo total de internações por complicações da gravidez, do parto e do puerpério (capítulo XI, CID-9), e multiplicando-o por 100. Para os coeficientes de cesárea, calculou-se como numerador o total de partos cirúrgicos por faixa etária e, como denominador, o total de internações devido a parto, multiplicando-o por 100. Para razão de abortamentos, adotou-se o número de procedimentos de curetagem pós-aborto, que foi dividido pelo total de internações devido a partos e multiplicado por 100. Já as taxas de mortalidade materna hospitalar foram calculadas dividindo-se o número de óbitos decorrentes de internações (conforme o capítulo XI, CID-9), pelo número total de internações por complicações referidas no mesmo capítulo, multiplicando-se por 100 mil.

Entre as causas de internação, em razão do grande volume e relevância, selecionamos para estudo: doenças do aparelho geniturinário; lesões e envenenamentos; e gravidez, parto e puerpério.

Os registros das AIHs são computados por ocasião da entrega para serem ressarcidos pelo SUS. Portanto, se um parto ocorre no início do mês, ele só será cobrado no final do mesmo mês. Para a construção do modelo foram utilizados registros mensais. Como os dados se referem à pós-alta da paciente, é possível haver influência desse fato na interpretação dos resultados.

Neste estudo foi utilizado um banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH)

do SUS. Utilizou-se, para a retirada dos dados e posterior processamento em microcomputador, o *software* SGT (Sistema Gerador de Tabelas). O preparo dos dados para análise estatística foi realizado no Microsoft Excel versão 5.1 e para a análise e modelagem das séries históricas foram utilizados os *softwares* STAMP versão 5.0 e SPSS^(18, 19). Para a apresentação dos resultados gráficos do trabalho foi utilizado o *software* Microsoft Power Point.

RESULTADOS

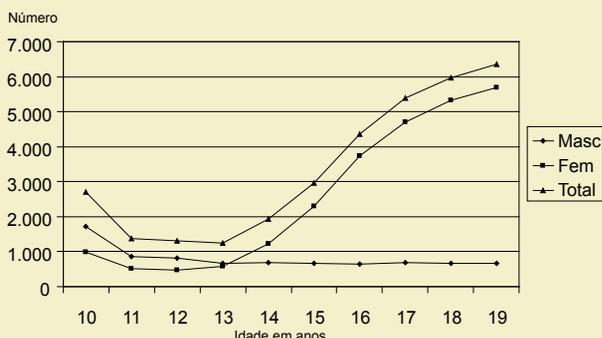
A população adolescente brasileira em 1996, segundo o IBGE, foi estimada em 25.850.150 indivíduos, representando 22% do total da população. Os indivíduos na faixa etária de 10 a 14 anos foram os que menos utilizaram a rede hospitalar para internações, correspondendo a cerca de apenas 2% do total; os de 15 a 19 anos corresponderam a 6,8% do total de internações hospitalares.

No mesmo ano, no município do Rio de Janeiro, a população adolescente foi estimada em 945.284 indivíduos e sofreu 32.960 internações. Desse total, o grupo de 10 a 14 anos apresentou 1,6%, enquanto o de 15 a 19 anos, 5,3%. Por esses dados, constata-se que o grupo etário de 15 a 19 anos teve 3,5 vezes mais internações do que a faixa etária mais jovem.

Os motivos de internação de adolescentes em hospitais da rede e conveniados do SUS na cidade do Rio de Janeiro variam entre os sexos e de acordo com o segmento etário. Neste estudo descritivo, de forma global, observa-se que as internações de adolescentes do sexo feminino apresentam aumento crescente, principalmente a partir dos 13 anos. O volume das internações de adolescentes do sexo oposto, aos 10 anos, é grande, com decréscimo progressivo até os 13 anos e se estabilizando depois até os 19 anos (**Figura 1**). As internações devidas à gravidez, ao parto e ao puerpério representam 63% do total, encontrando-se nesse grupo 74% das internações das adolescentes.

Observa-se que no segmento etário de 10 a 14 anos em adolescentes do sexo masculino predominam as internações em leitos cirúrgicos, que representam o dobro das internações do feminino na mesma faixa etária. Vale mencionar

Figura 1
Frequência de internações de adolescentes de 10 a 19 anos, por idade e sexo, em hospitais da rede do SUS e/ou conveniados no município do Rio de Janeiro –1996



que, nesse último grupo, as internações em razão de gravidez, parto e puerpério se encontram em segundo lugar no tocante à frequência, quando em comparação com os outros problemas que levaram à internação hospitalar. Contudo, em que pese tal fato, as adolescentes com problemas clínicos foram internadas, em sua maioria, em leitos pediátricos. No segmento de 15 a 19 anos essas jovens passam a apresentar um predomínio na utilização de leitos hospitalares, principalmente em internações conseqüentes a causas ligadas à saúde reprodutiva, com 89% das internações para essa faixa etária.

As internações referentes a partos em segmentos etários menores (10-13, 14-16 e 17-19 anos) apresentaram, proporcionalmente, nos dois grupos mais jovens, elevação progressiva nos três últimos anos estudados, enquanto o grupo mais velho, que estava em declínio nos três primeiros anos, passou a ter uma ascensão no último. No que se refere às internações devidas a procedimentos de *partos cesáreos* e *curetagem pós-aborto*, observa-se que as adolescentes mais jovens tiveram percentual proporcionalmente maior de internações do que as mais velhas.

A mortalidade materna hospitalar não ocorreu no grupo de 10 a 13 anos. Contudo a faixa etária de 14 a 16 anos apresentou as maiores porcentagens em 1993, 42,3%; 1994, 43,1%; e 1995, 41,7%. No entanto, em 1996, a taxa desceu para 17,1%, assim como a faixa de 17 a 19 anos ultrapassou o grupo mais jovem, com uma taxa de 35,6%.

Na distribuição por idade a partir de grupos etários mais desagregados, ou seja, ano a ano, verifica-se que as internações de adolescentes do sexo masculino devido a doenças do aparelho geniturinário apresentam tendência de declínio até os 17,5 anos de idade, seguida de discreto incremento. Em contrapartida, as adolescentes apresentam tendência de aumento progressivo, principalmente depois dos 12 anos (Figura 2).

Entre as internações por lesões e envenenamentos (capítulo XVII [código 47-56] da CID-9), as fraturas preponderam para ambos os sexos e segmentos etários, mas são mais frequentes nos adolescentes do sexo masculino. Os mesmos achados foram observados nas internações devidas a ferimentos e traumatismos (Figura 3).

Figura 2
Frequência de internações de adolescentes de 10 a 19 anos devido a doenças do aparelho geniturinário, por idade e sexo, em hospitais do SUS e/ou conveniados no município do Rio de Janeiro –1996

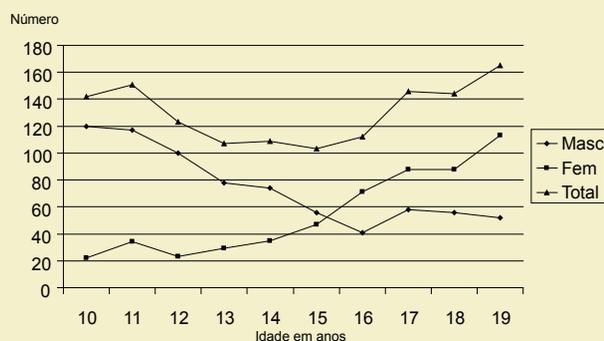
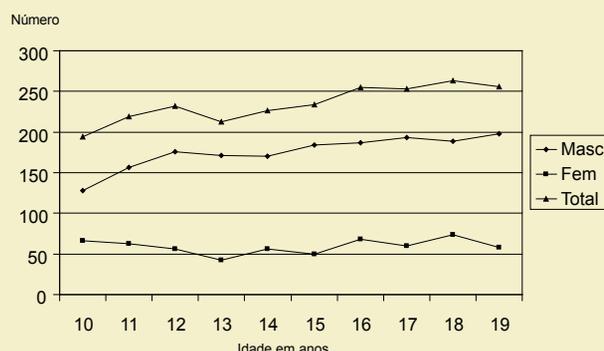


Figura 3
Frequência de internações de adolescentes de 10 a 19 anos devido a lesões e envenenamentos, por idade e sexo, em hospitais da rede do SUS e/ou conveniados no município do Rio de Janeiro –1996



> DISCUSSÃO

Na adolescência o indivíduo passa por um período de rápidas mudanças, tanto biológicas quanto psicossociais, que propiciam comportamentos ambivalentes, ora infantis ora maduros⁽⁷⁾. Motivados por exemplos de comportamento familiar, pela pressão de grupo, por auto-afirmação na comunidade, ou mesmo por dificuldades na esfera emocional, podem surgir hábitos pouco saudáveis, principalmente os ligados ao consumo de alimentos inadequados e experiências com bebidas alcoólicas, fumo e drogas, entre outros. O importante é ressaltar que esses hábitos podem originar problemas de saúde, os quais são evitáveis com medidas preventivas.

Este estudo constatou que os procedimentos de curetagem pós-aborto apresentaram aumento progressivo nas adolescentes mais jovens, o inverso ocorrendo nas mais velhas. Esses achados levam ao debate sobre as medidas insuficientes de promoção da saúde que pretendem atingir esse grupo etário. Neste estudo também se observou que as adolescentes, mesmo apresentando indicadores de início precoce de vida sexual, quando têm problemas clínicos ainda são assistidas em enfermarias de pediatria.

Por outro lado, o elevado número de cesarianas aponta a chegada tardia ao pré-natal, com complicações que poderiam ser evitadas se essas meninas buscassem ativamente acompanhamento médico desde o início da gravidez.

Dryfoos enfatiza que a intervenção junto aos adolescentes deveria ocorrer de forma sistemática entre 12 e 15 anos de idade, antes de principiar o interesse sobre as questões ligadas à sexualidade⁽⁶⁾. A atuação efetiva no início da adolescência poderia desempenhar papel preventivo relevante, se considerarmos a precocidade cada vez maior da atividade sexual, associada a fracasso e abandono escolar.

Borges e Schor, pesquisando um grupo de adolescentes de São Paulo, observaram que não somente as adolescentes iniciaram sua vida sexual mais precocemente quando em comparação com as de outras gerações, como tiveram a primeira relação sexual praticamente com a mesma idade dos homens⁽³⁾. Esse fenômeno é atribuído às transformações ocorridas no comportamento sexual da população brasileira, por conta da entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho, da crescen-

te escolarização, do uso generalizado de métodos contraceptivos modernos, bem como pelo fato de a temática em torno da sexualidade estar na pauta atual do cenário público brasileiro.

Stern ressalta que no México os setores mais pobres apresentam tendência de crescimento das taxas de fecundidade na adolescência, independente da idade da primeira gravidez⁽²⁰⁾. Essa ponderação mostra que para atuar também nesse problema, os serviços de saúde terão de ir além do atendimento clínico, buscando parcerias com os outros setores para obter melhor efetividade.

Um achado relevante deste estudo foi o número de internações com o diagnóstico de doenças do trato geniturinário das adolescentes, que aumentava de acordo com a idade, ocorrendo o inverso entre os adolescentes.

Sabe-se que a disúria é uma queixa bastante freqüente nas adolescentes. Seu diagnóstico muitas vezes é cistite, uretrite e pielonefrite, ou de alguma afecção do trato genital, como cervicite e vulvovaginite⁽²⁾. As infecções em geral não são complicadas e sugerem início de atividade sexual. Já entre os meninos mais novos, as infecções urinárias estão relacionadas a alterações anatômicas do trato urinário. No entanto, pouco valor é dado a esses problemas de saúde na rede básica.

Os profissionais de saúde e/ou de educação não se dão conta, na maioria das vezes, que uma atuação/informação precisa no momento em que o adolescente busca atendimento pode oferecer subsídios para que esse adolescente faça uma opção adequada de proteção à sua saúde. É assim, com modelos de conduta e informações, que aos poucos o adolescente vai criando seu estilo de vida. Entre os estilos de vida adotados, alguns são considerados altamente responsáveis pelas causas de morbidade entre os jovens, estendendo-se como doença crônica na vida adulta⁽⁷⁾.

Muscari considera que, embora os problemas oriundos de hábitos pouco saudáveis constituam um conjunto reduzido, lidar com eles permanece um grande desafio para a organização de programas de atenção a esse grupo etário⁽¹³⁾. Para obter resultado melhor, Rickert *et al.* propõem a incorporação, nas atividades rotineiras do atendimento clínico, da identificação de problemas e preocupações dos adolescentes, além das atividades de promoção de saúde⁽¹⁵⁾.

No entanto, Coupey⁽⁵⁾, Stringham e Weitzman⁽²¹⁾, e Lyra⁽¹¹⁾ apontam que a combinação de atendimento clínico e promoção da saúde é a maior dificuldade na organização de serviços para adolescentes. Os autores indicam a necessidade da adaptação dos modelos clássicos da relação médico/paciente, mas ainda não apresentam uma solução. Já Moreno *et al.* sugerem a integração intersetorial, principalmente de educação e saúde, visando a uma atuação precoce e antecipatória⁽¹²⁾.

Cáceres *et al.* examinaram a relação entre fatores psicossociais, contextuais (uso de drogas e álcool, coerção sexual e prostituição) e comportamentais de um lado e eventos como gravidez e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) de outro⁽⁴⁾. O estudo comprovou que fatores culturais envolvidos no não-uso de preservativos deixam os jovens em situações de vulnerabilidade, tanto no que se refere à gravidez indesejada quanto no que diz respeito às DSTs.

Nosso estudo apontou um número importante de internações por traumas e acidentes, principalmente entre adolescentes do sexo masculino. Sells e Blume Flisher *et al.* enfatizam a grande vulnerabilidade dos adolescentes do sexo masculino e propõem melhor atenção à saúde e às condições ambientais^(8, 17).

Stringham e Weitzman referem a importância de incorporar, na consulta de rotina de adolescentes, perguntas sobre o envolvimento com a violência, bem como de traçar condutas de aconselhamento e prevenção⁽²¹⁾. Sugere-se a integração das unidades de saúde à comunidade, e a outros setores como educação e cultura em nível local, para melhorar a efetividade da atuação nesse complexo problema de saúde pública.

É preciso considerar ainda que um programa para os adolescentes deve desempenhar papel relevante na saúde da população. Os grandes conflitos que envolvem temas escamoteados pela sociedade, como sexualidade e uso de drogas, precisam contar com espaços públicos para discussão

e planejamento estratégico, para seu melhor encaminhamento. Todos os segmentos da sociedade deveriam participar, independentemente da idade, raça, religião e/ou classe social. Um envolvimento global nessas questões poderia ajudar os adolescentes a se conscientizar quanto à importância da opção por condutas saudáveis. Da mesma forma, é importante encontrar indicadores da efetividade das ações, através de uma vigilância permanente das oportunidades perdidas na prestação da atenção integral a esse grupo etário⁽¹⁶⁾.

A discussão da equidade na atenção torna-se relevante à medida que o reconhecimento da diversidade desse grupo populacional indica que as necessidades são diferentes em sujeitos também diferentes. Da mesma forma implica na possibilidade ou não de acesso ao sistema de saúde. Muitas vezes os mais necessitados são os que têm menos acesso. Quando conseguem romper as dificuldades, chegam tardiamente aos serviços, além disso, a falta de informação os leva ao abandono do tratamento⁽¹⁰⁾.

A atenção ao adolescente traz à baila uma questão ética, visto que a procura de soluções globais estimula escolhas por prioridade de atendimento. Podemos citar, por exemplo, a atenção a uma questão de saúde de forma isolada, em detrimento da atenção integral com ações efetivas contra problemas relevantes, responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade que atingem esse grupo etário, como as causas externas.

Atualmente os países desenvolvidos têm colocado em debate a promoção da saúde como parte de suas políticas públicas, na busca de práticas saudáveis de vida e de como evitar gastos vultosos com problemas que poderiam ser evitados. Com base nesses princípios procura-se democratizar o conhecimento, transmitindo informações sobre como manter a saúde e evitar a doença, prevenindo agravos desnecessários e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida.

➤ REFERÊNCIAS

1. Aberastury A, Knobel M. La adolescencia normal. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1977.
2. Bonny AE, Brouhard BH. Urinary tract infections among adolescents. In: Sherwinter J, Foulds DM, Greydanus DE (ed). Adolescent Medicine Clinics. Philadelphia: 2005. Elsevier Saunders.

3. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2005; 21: 2.
4. Cáceres CF, Barbara VM, Hudes ES, Reingold AL, Rosasco AM. Young people and the structure of sexual risks in Lima. *AIDS*. 1997; 11(suppl. 1): S67-S77.
5. Coupey SM. The challenge of providing health care to adolescents. *Women Health*. 1984; 9: 1-14.
6. Dryfoos J.G. Medical clinics in junior high school: changing the model to meet demands. *J Adolesc Health Care*. 1994; 15: 549-57.
7. Ferguson JB. Youth at the threshold of the 21st Century: the demographic situation. *J Adolesc Health Care*. 1993; 14: 638-44.
8. Flisher AJ, Joubert G, Yach D. Mortality from external causes in South African adolescents, 1984-1986. *S Afr Med*. 1992; 81; 77-80.
9. Fundação IBGE. Estatísticas do registro civil: 1994. Rio de Janeiro: 1995.
10. Gouvêa CS, Travassos C, Fernandes C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil – 1992 a 1995. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31: 601-17.
11. Lyra SM, Goldberg T, Lyda M. Mortalidade de adolescentes nas áreas urbanas do sudeste do Brasil, 1984-1993. *Rev Saúde Pública*. 1996; 30(6): 587-91.
12. Moreno EM, Serrano C, Garcia LT. Lineamientos para la programación de la salud integral. In: Maddaleno M, Munist MM, Serrano CV et al. (org.). *La Salud del Adolescente y del Joven*. Washington, DC: 1995. OPS.
13. Muscari M.E. Prevention: are we really reaching today's teens? *Am J Matern Child Nurs*. 1999; 24: 87-91.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Internacional de Doenças, Revisão 1975 (nona revisão)*, v. 1. São Paulo: 1985. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português.
15. Rickert VI, Jay MS, Gottlieb AA. Adolescent Wellness: facilitating compliance in social morbidities. In: James A Farrow. *The Medical Clinics of North America*. Philadelphia: 1990. WB. Saunders; 3: 1-89.
16. Ruzany MH, Szwarcwald CL. Oportunidades perdidas na atenção integral ao adolescente. Porto Alegre: Adolesc Latinoam; 2000. cap. 1.
17. Sells CW, Blum R. Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trends. *Public Health*. 1996; 86: 4.
18. SPSS for Windows. Base System User's Guide, Release 6,9. Chicago, Il, 1993.
19. STAMP 5.0. Structural Time Series Analyser, by Guy Judge, CHEER, 9, June 1995.
20. Stern C. Teenage pregnancy as a social problem: a critical perspective. *Salud Pública*. 1997; 39: 137-43.
21. Stringham P, Weitzman M. Violence counseling in the routine health care of adolescents. *J Adolesc Health Care*. 1988; 9: 389-93.
22. WWW.DATASUS.GOV.BR.