



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARLA NAIANE SILVA BARBOSA

MORTALIDADE NA ADOLESCENCIA:
panorama atual do Brasil

FEIRA DE SANTANA – BA

2006

CARLA NAIANE SILVA BARBOSA

**MORTALIDADE NA ADOLESCENCIA:
panorama atual do Brasil**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana como um dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. André Renê Barboni.

FEIRA DE SANTANA – BA

2006

*“Assim fiz como se fosse um pequeno globo do
mundo intelectual, tão verdadeira e fielmente
quanto pude descobrir”*

Francis Bacon 1605

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de participar deste evento único conhecido como vida;

Aos meus avós, Eujácio, Edite, José Antonio (in memorian) e Isaura pelo exemplo de simplicidade, sabedoria e dignidade;

Aos meus pais, Erivado e Nilva, pela eterna dedicação, incentivo, cumplicidade, afeto e ensinamentos com os quais poderei contar e multiplicar em toda minha caminhada;

A meus irmãos, Henrique e Nayara pela doçura de palavras e gestos sinceros de um amor incondicional;

A Frederic, pelo companheirismo, amor, carinho, cuidado, incentivo e lições de amor ao próximo que lembrarei sempre;

A minhas primas Hayla (Dinda), Aniella, Leiliane, Tiara, Fernanda e Laiane por ordem de chegada e não de importância, pois todas deixam em mim a essência de sua beleza;

Aos meus amigos, pessoas especiais que iluminam e fazem de nossa existência algo sublime, sintam-se todos abraçados;

A UEFS pelos essenciais ensinamentos de formação profissional e pessoal;

A família CRIS pela permuta de conhecimento e socialização;

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram para realização deste trabalho e/ou que fizeram da convivência na UEFS algo para ter saudades.

RESUMO

Este trabalho versa sobre a problemática da mortalidade de adolescentes no Brasil. Notamos a necessidade de dar visibilidade aos dados relacionados a este grupo buscando compreender sua magnitude e traçar um panorama da situação de saúde nas diferentes regiões do país. Trata-se de um estudo descritivo, uma investigação epidemiológica, que tem como objetivo informar sobre a distribuição dos óbitos ocorridos na população de adolescentes de 10 a 19 anos nas diferentes regiões do Brasil, no período entre 1996 e 2004. São analisadas as características da mortalidade em adolescentes nos grupos etários de 10-14 e 15-19 anos, por sexo e grupo de causas básicas de morte. Os registros de óbitos foram levantados do Sistema de Informação para Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), e para a definição das causas de mortalidade foi utilizada a “Classificação Internacional de Doenças, décima revisão” (CID-10), mais especificamente os capítulos I, II, IX, X, XVIII e XX. Encontrou-se a ocorrência de maior risco de mortalidade para determinados grupos de causas, quando relacionados ao sexo, grupos etários considerados e regiões definidas. Estando em consonância com os diversos estudos científicos consultados para verificar o estado da arte nesta temática verificamos em nosso estudo, que os adolescentes do sexo masculino apresentaram, proporcionalmente, maior ocorrência de óbitos no período estudado por quase todos os motivos com grande predominância das causas violentas, sendo estas responsáveis por 64% das mortes precoces da população brasileira, denotando a urgência na quebra do círculo vicioso da violência em nossa sociedade, implementando medidas como ampliação de programas e atividades de saúde destinados a esta população e que estes devam ser multidimensionais, amplamente acessíveis e integrais, considerando, então fatores de ordem econômica, social, ambiental e cultural. Quando inferimos a magnitude destes eventos por faixa etária temos um coeficiente de mortalidade para adolescentes de 15 a 19 anos sempre maior que na faixa de 10 a 14 anos em ambos os sexos e para todas as regiões. As causas externas seguidas das causas mal definidas e doenças infecciosas e parasitárias apresentaram os maiores índices de mortalidade na Região Norte; já para a Região Nordeste após as causas externas e causas mal definidas estão as neoplasias; a Região Sudeste tem maiores índices por causas externas seguidas de neoplasias e causas mal definidas; na Região Sul temos maiores índices por causas externas seguidas de neoplasias e doenças do aparelho respiratório; para a Região Centro-Oeste encontramos as causas externas seguidas das neoplasias e doenças do aparelho circulatório com os maiores índices de mortalidade.

Palavras-chave: Adolescência, causas de morte, promoção da saúde.

LISTA DE FIGURAS

1 – Mortalidade geral de adolescentes masculinos (10-14 anos) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	29
2 – Mortalidade geral de adolescentes masculinos (15-19 anos) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	29
3 – Mortalidade geral de adolescentes femininos (10-14 anos) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	30
4 – Mortalidade geral de adolescentes femininos (15-19 anos) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	30
5 – Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo I da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	31
6 – Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo I da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	31
7 – Mortalidade de adolescentes femininos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo I da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	32
8 – Mortalidade de adolescentes femininos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo I da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	32
9 – Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo II da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	33
10 – Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo II da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	33
11 – Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo II da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	34
12 – Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo II da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	34
13 – Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo IX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	35

14 – Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo IX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	35
15 – Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo IX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	36
16 – Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo IX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	36
17 – Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo X da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	37
18 – Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo X da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	37
19 – Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo X da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	38
20 – Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo X da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004	38
21 – Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo XVIII da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	39
22 – Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo XVIII da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	39
23 – Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo XVIII da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	40
24 – Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo XVIII da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	40
25 – Mortalidade de adolescentes masculinos (14-10 anos) segundo causa (Capítulo XX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	41
26 – Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo XX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	41
27 – Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo XX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	42
28 – Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo XX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.....	42

LISTA DE TABELAS

1 – Mortalidade geral de adolescentes, segundo capítulo da CID-10, sexo e faixa etária, no Brasil de 1996 a 2004	43
2 – Mortalidade de adolescentes segundo Capítulo da CID-10, sexo e faixa etária, na Região Norte do Brasil de 1996 a 2004	45
3 – Mortalidade de adolescentes segundo Capítulo da CID-10, sexo e faixa etária, na Região Nordeste do Brasil de 1996 a 2004	46
4 – Mortalidade de adolescentes segundo Capítulo da CID-10, sexo e faixa etária, na Região Sudeste do Brasil de 1996 a 2004	46
5 – Mortalidade de adolescentes segundo Capítulo da CID-10, sexo e faixa etária, na Região Sul do Brasil de 1996 a 2004	47
6 – Mortalidade de adolescentes segundo Capítulo da CID-10, sexo e faixa etária, na Região Centro-Oeste do Brasil de 1996 a 2004.....	47
7 – Valor do qui-quadrado calculado para as tabelas de contingência (2x2) entre as variáveis qualitativas sexo e faixa etária levando-se em consideração a causa de morte de adolescentes (Capítulos da CID-10) no Brasil no período de 1996 a 2004	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEORICA	14
2.1 Adolecer	14
2.2 Adoecer	17
2.3 Morrer.....	22
3 METODOLOGIA.....	25
3.1 Desenho do estudo	25
3.2 Local do estudo	26
3.3 População estudada	26
3.4 Fonte e técnica	26
3.5 Processamento e análise dos dados.....	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS.....	50

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno da puberdade é, provavelmente, tão antigo quanto o aparecimento do homem sobre a terra. O significado da adolescência e a relevância dada a esse estágio da vida humana não poderiam ser encarados da mesma forma (GROSSMAN, 1998).

Embora o conceito de adolescência seja relativamente recente na história da civilização (Ariès apud BRASIL, 1999), a noção de adolescência tem suas raízes na Grécia Antiga. Aristóteles considerou os adolescentes como: “Apaixonados, irascíveis, capazes de serem arrebatados por seus impulsos,... [ainda que tenham] altas aspirações... Se o jovem comete uma falta é sempre no lado do excesso e do exagero, uma vez que eles levam todas as coisas longe demais” (Kiell apud BRASIL, 1999). A partir dessas observações, pode-se afirmar que vinculada à idéia adolescente encontramos o estilo adolescente, que pode ser resumido em: preparação, vir a ser, crescimento e dor (BRASIL, 1999).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é definida como uma fase de desenvolvimento entre 10 e 19 anos; sendo os extremos determinados por caráter biológico e social como independência econômica (ABEn, 2001).

A adolescência compreende o período de transição entre a infância e a idade adulta, em que ocorrem profundas transformações biopsicosociais. É a fase da vida em que se verificam progressivas alterações físicas, tais como, aumento da massa corporal, aumento da velocidade de crescimento e aparecimento de caracteres sexuais secundários, entre outros (LYRA *et al.*, 1996).

Segundo Lyra e outros (1996), a adolescência caracteriza-se, também, por ser a fase em que o indivíduo está em busca de sua própria identidade sendo, assim, um ser contestador, curioso e insatisfeito já que defronta, agora, como seu novo corpo, com novas visões da família e da sociedade, na qual terá um novo papel social a partir de sua escolha sexual e

profissional. Somadas a estas características o adolescente é um ser sem limites, que está, sempre, à procura de novos desafios, impetuoso, mas, ao mesmo tempo, imaturo e inseguro.

Para Cano e outros (1999) são inúmeros os conflitos vivenciados pelo adolescente: a busca da identidade, transição entre a infância e vida adulta; as aquisições das operações formais, a internalização da moralidade, a formação de um novo modo de consciência, as mudanças físicas repentinas, muitas vezes incomodando a auto-imagem; as expectativas próprias, da família e da sociedade quanto a buscar um novo espaço social; a busca da independência e o temor do fracasso; os valores apreendidos na família contrastados com o do grupo de companheiros; a necessidade de adotar ou não as normas desse grupo para ser aceito; o desenvolvimento da auto-estima; o despertar para a sexualidade e para a paixão.

Todos esses conflitos a depender do ambiente a que o adolescente está exposto e do seu modo de enfrentar as crises (passagem brusca entre duas situações, com sofrimento), podem levá-lo a experimentar ou não um adolescer saudável.

Questões como iniciação sexual precoce, gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, violência, uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas são algumas das conseqüências que podem surgir como resultado dos conflitos mal resolvidos nessa faixa etária.

A situação de saúde do adolescente deve ser considerada sob o enfoque de um processo vital contínuo, sobre o qual influem os fatores que atuaram nas fases anteriores do desenvolvimento biológico, tais como: herança genética, nutrição, estado prévio de saúde e influência do meio ambiente físico, social e econômico sobre este estado de saúde. Por outro lado, as circunstâncias próprias dos meios social, cultural, geográfico e situação econômica, em que o adolescente está inserido, criam uma situação de risco contínuo, a qual já está presente em etapas anteriores de seu ciclo vital (YUNES & PRIMO, 1983).

Durante o próximo decênio, o número de adolescentes e jovens aumentará, em nível mundial, em cifras sem precedentes. Este grupo está exposto a riscos múltiplos e tem oportunidades múltiplas. Até uns 70% da mortalidade prematura dos adultos tem suas origens na adolescência. A cada ano, no mundo, perdem a vida cerca de 1,4 milhões de adolescentes, principalmente por causa das lesões intencionais, suicídio e atos de violência. As complicações associadas à gravidez atingem 70.000 vidas de adolescentes. Entre os jovens de 15 a 24 anos de idade segue-se registrando as mais altas taxas de infecções por transmissão sexual (OPAS, 2005).

Em seus estudos Minayo (1990) chega a uma dura constatação, de que 44% das crianças e adolescentes no Brasil, segundo dados da Unicef, vivem em famílias com uma renda *per capita* de meio salário mínimo. Desse total, metade vive em famílias com um quarto de salário mínimo *per capita*. São 29 milhões de crianças e adolescentes em situação de miséria absoluta, filha da violência estrutural, campo propício para a experiência da delinqüência.

A análise de diversos estudos epidemiológicos realizados no Brasil demonstra um quadro assustador de uma tendência crescente da morbidade entre adolescentes por causas externas. Dados do Ministério da Saúde (2002) apontam para as violências e acidentes como a segunda causa de óbito no âmbito da mortalidade no Brasil, sendo que representam à primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos.

Desse modo, se considerarmos que: mais de 20% da população brasileira é constituída por crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos de idade (BRASIL, 2003) notamos a necessidade de dar visibilidade a dados relacionados a este grupo buscando expressar a magnitude da mortalidade de nossos adolescentes traçando um panorama da situação observada nas diferentes regiões do Brasil.

Este estudo propôs-se a responder como estão configurados os perfis epidemiológicos da mortalidade entre os adolescentes de 10 a 19 anos nas diferentes regiões do Brasil, tendo como premissa norteadora, o conhecimento da evolução do perfil de mortalidade destes adolescentes nas unidades federativas no período de 1996 a 2004, baseando-se em levantamentos sobre as principais causas de mortalidade, listando as regiões que necessitam melhoras nos indicadores de saúde de mortalidade, a fim de se produzir subsídios para uma análise crítica da situação de saúde dos adolescentes brasileiros.

Com este trabalho será possível denotar maior visibilidade à problemática da morte prematura da população brasileira tendo como parâmetro a mortalidade dos adolescentes, o que poderá ser útil para subsidiar ações de saúde no intuito de otimizar a assistência prestada aos adolescentes nos estados brasileiros.

O resultado deste estudo poderá contribuir na detecção de dados relativos ao comportamento da mortalidade entre os adolescentes brasileiros numa tendência atualizada, oferecendo assim instrumento que poderá promover uma reflexão sobre a necessidade de transformação da realidade apresentada, fomentando ações políticas que visem à promoção da saúde, prevenção de doenças e minimização de danos na construção de uma sociedade mais justa, igualitária, participativa e responsável.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A situação de saúde do adolescente deve ser pensada sob diversos aspectos que permeiam sua realidade, sendo assim trazemos um apanhado dos trabalhos realizados nesta temática embasando teoricamente e buscando conhecer mais o que se tem estudado.

2.1 Adolescer

Há no campo dos estudos relacionados à população adolescente, diversos parâmetros para identificar os limites de idade que melhor definem a adolescência segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2005) ela constitui um processo fundamentalmente biológico de vivências orgânicas, no qual se aceleram o desenvolvimento cognitivo e a estruturação da personalidade, engloba a pré-adolescência faixa etária entre 10 a 14 anos e a adolescência propriamente dita dos 15 aos 19 anos.

Segundo o paradigma biomédico a adolescência tem sido descrita eminentemente de modo limitante, sendo considerada como uma fase do desenvolvimento humano, de transição entre a infância e a vida adulta, na segunda década da vida, marcada pelas transformações biológicas da puberdade e relacionadas à maturidade bio-psico-social. Tais transformações são apresentadas como cruciais na vida dos indivíduos, o que leva a identificar a adolescência como um período ‘crítico’; momento de definições da “identidade” - sexual, profissional, de valores - e sujeito a “crises”, muitas vezes tratadas como patológicas, ou até mesmo demarcadas num quadro típico de adolescência, proposto por alguns autores como uma “síndrome da adolescência normal” (PERES & ROSENBERG apud ABEn, 2001).

Assim, no caminho para a idade adulta os jovens vivenciam dúvida, desilusão, solidão. Os pais, quando presentes, vão sentindo que já não podem exercer o controle anterior. Os jovens, por sua vez, vão substituindo o amor incondicional, a fé e a inocência

típicas da fase infantil – para aqueles que a vivenciaram – pela participação em grupo, por um ideal, uma meta (BRASIL, 1999).

Na juventude as regras da dependência infantil começam a cair. Não é mais o velho que ensina ao jovem o significado individual ou coletivo da vida. É o jovem que, por meio de suas respostas e ações, diz ao adulto se a vida, da maneira como é representada pelo idoso e representada pelo jovem, tem significado. E é o jovem que carrega em si o poder de confirmar aqueles que o confirmam, de renovar e dar nova vida, ou de reformar e de se rebelar (ERIK ERIKSON apud BRASIL, 1999).

O processo de adolecer para Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn (2001) possui componentes genéticos e biológicos, conhecimentos e valores construídos ao longo das experiências de vida, além de uma estrutura psico-emocional e potencial para o questionamento e a criação. As marcas sociais desse processo fundam-se na história familiar e de socialização, nas relações de igualdade/desigualdade vividas em torno das categorias de gênero, classes sociais e etnia, no partilhamento de preceitos de moralidade e hierarquizações, entre outros tantos elementos que dão contorno à subjetividade humana.

Diversamente das sociedades tradicionais, que possuíam mecanismos para demarcar os lugares que cada um dos seus membros devia ocupar ao tornar-se adultos, a sociedade moderna desafia seus jovens a buscar uma definição que esteja inserida num projeto globalizante ao mesmo tempo em que seja singular, e única para suas vidas. A tarefa, inerente ao homem moderno, de apresentar-se como um sujeito singular se inicia na juventude, quando o adolescente é compelido a assumir suas opções frente às diversas exigências próprias à sua inclusão no mundo adulto (BRASIL, 1999).

Apesar do forte componente físico-corporal presente nas transformações próprias da adolescência, elas não são naturais ou decorrentes unicamente de um processo evolutivo orgânico. A vida adolescente e as necessidades em saúde relacionadas são, antes de qualquer

coisa, processos produzidos no âmbito das sociedades, definindo-se e modificando-se na interação com seus diversos componentes – econômicos, institucionais, político-éticos, culturais, físico-ambientais. É no concreto da vida, na construção/reconstrução e apropriação ou não de seus bens e valores materiais e culturais, na interação destes com processos somáticos, genéticos e físico-ambientais, que se definem os diversos modos de vida adolescente (ABEn, 2001).

A adolescência, nesta conjuntura pode ser vista como uma guerra interna e externa cuja batalha principal é a formação da identidade.

Eu denominei a maior crise da adolescência como sendo a crise da identidade. Ela ocorre naquela fase da vida em que cada jovem deve estabelecer, para si mesmo, certas perspectivas centrais e certa direção, alguma unidade de trabalho além dos vestígios de sua infância e das esperanças da sua antecipada idade adulta. O jovem deve descobrir alguma semelhança significativa entre o que ele vê em si mesmo e entre o que sua consciência afiada lhe diz que os outros julgam e esperam que ele seja (ERIK ERIKSON apud BRASIL, 1999).

Como os adolescentes constituem uma imagem ideal de si mesmos baseados nos critérios do grupo, seus modos, seus valores e costumes, seguir um grupo é uma maneira de afirmar-se, alinhar-se, integrar-se. Como não se sentem seguros, buscam a segurança perdida, no grupo de amigos (BRASIL, 1999).

Este processo freqüentemente é justificável visto que a sociedade criou estereótipos para os adolescentes, alguns deles pejorativos como “aborrecentes” criando assim uma atmosfera ainda mais dicotômica onde os adolescentes, seus ideais e modo de vida são considerados pelos adultos dantescos, o que constitui ameaça devendo então ser reprimido. Para Brasil (1999) às vezes, parece que o adolescente está sendo usado para justificar a negligência de uma sociedade que o deixou de lado.

Em uma pesquisa realizada em 1998, da qual participaram 335 jovens com idade média de 16 anos e 2 meses, freqüentando uma escola particular, uma escola pública e três escolas destinadas a jovens carentes e/ou em situação de rua, verificou-se que aqueles que freqüentam uma escola privada e cursam uma série mais avançada expressam maior expectativa de concluir o segundo grau e entrar para a universidade. Observou-se que não freqüentar uma escola particular, associa-se a ter menor expectativa quanto a conseguir um emprego que garanta boa qualidade de vida e possuir uma casa própria. Os resultados indicam que os jovens, realisticamente, percebem que não existem oportunidades iguais para todos. As oportunidades para crescimento educacional e profissional são marcadas pelas vivências educacionais e pelo contexto cultural, resultando que os jovens que têm condições de freqüentar uma escola particular revelam melhores chances de vida, melhores expectativas quanto ao futuro (GÜNTHER & GÜNTHER apud BRASIL, 1999).

A adolescência, compreendida para além de sua demarcação temporal, segundo ABEn (2001), incorpora a idéia do adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, o que lhe confere um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social. Além disso, o adolescente é cidadão que têm, além dos direitos básicos, aqueles próprios à sua particular existência: o que remete a especial consideração à sua diversidade, unicidade e direitos à proteção contra as diversas formas de violência, exploração e riscos a que está exposto e também à informação, à escolha, ao prazer, à auto-descoberta, à expressão e, principalmente, à esperança e à uma perspectiva de futuro.

2.2 Adoecer

Constitui lugar-comum reconhecer que a adolescência começa na biologia e termina na cultura. Considerando a extensão do período – quase uma década –, compreende-se porque as grandes variações no conteúdo, extensão ou época da passagem da infância para a

adolescência, podem se converter em fatores protetores ou de risco, cujos efeitos não se limitam apenas a essa fase do ciclo de vida (BRASIL, 1999).

Há autores que salientam um aspecto muito relevante para a estrutura social brasileira: como os processos básicos da adolescência envolvem as relações entre os indivíduos e os vários níveis do contexto no qual o mesmo está inserido; a pobreza, por exemplo, pode exacerbar, em alguns indivíduos, tais riscos (BRONFENBRENNER apud BRASIL, 1999).

Os adolescentes vêm sofrendo o impacto das diferenças sociais manifestadas na violência, desemprego, fome, trabalho infantil, prostituição e drogas. Essa realidade contradiz o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em relação à promoção de saúde, que garante ao jovem: educação, políticas sociais, alimentação e bases para o exercício da cidadania. É prevista uma população de 43,3 milhões de jovens entre 10 a 24 anos para o ano 2020, fato que constitui um contingente significativo. Esse fato requer a necessidade de se preverem demandas sociais específicas: como saúde, educação e emprego no século XXI (CARDOSO & COCCO, 2003).

Especialistas declaram que o bem-estar dos jovens atuais decaiu que embora os índices de morbidade tenham diminuído para a maioria dos outros grupos de idade, aumentaram para o grupo adolescente (Hamburg apud BRASIL, 1999). Os especialistas insistem que os jovens de hoje são mais suicidas (Garland & Zigler apud BRASIL, 1999), têm mais depressão, mais gravidez não planejada, usam de mais violência e têm mais mortes violentas que seus predecessores de qualquer outro grupo, na história da humanidade (BRASIL, 1999).

A adolescência, por ser um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras, já que é um momento de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar, lança questões que alguns jovens não têm condição de responder

positivamente, determinando sofrimento psíquico e a eclosão de quadros psicopatológicos (BRASIL, 1999).

No Brasil, está ocorrendo um aumento expressivo e contínuo da gravidez na adolescência, ao contrário da tendência nacional de decréscimo da taxa de fecundidade das mulheres de outras faixas etárias. Ao mesmo tempo, pesquisas recentes permitem constatar que a idade da infecção pelo HIV está se tornando cada vez mais precoce, dados do Ministério da Saúde comprovam que mais de 70% dos casos de aids correspondem a indivíduos variando entre os 20 e 39 anos, sendo que uma parcela considerável desses pacientes contraiu o vírus na adolescência. Estes dois fatores revelam a ocorrência de relações sexuais desprotegidas entre adolescentes sendo que a idade média para início das relações sexuais, no Brasil, é de 14,5 anos (homens) e 15,5 anos (mulheres) (BRASIL, 2003).

Para Boruchovitch (1992) entrar na puberdade, mais cedo, acarreta geralmente um amadurecimento biológico que não necessariamente coincide com o amadurecimento cognitivo e emocional, o que se constitui, portanto, fator de risco para uma iniciação sexual prematura e suas negativas conseqüências, como uma gravidez indesejada. Os adolescentes possuem crenças errôneas de que a fertilidade não começa com a primeira menstruação, o que acarreta incapacidade de perceber que o risco de gravidez existe desde a primeira relação sexual.

Ainda de acordo com Boruchovitch (1992), dentre os fatores associados ao não-uso de anticoncepcionais na adolescência está à falta de conhecimento do adolescente acerca de questões sexuais: este grupo continua mal informado, apresentando falta de compreensão de assuntos como o ciclo menstrual, o tempo de fertilidade e o processo de concepção.

Pela observação e análise destes dados nota-se a necessidade de melhorar as estratégias de abordagem à saúde sexual e reprodutiva dos jovens e adolescentes assim como implementar ações efetivas de educação e mudança de comportamentos de risco, como

ampliar o acesso aos métodos contraceptivos, oferecendo meios concretos para criação de hábitos saudáveis e disponibilizar informações através de um processo educacional interdisciplinar e intersetorial.

Com relação à violência praticada por adolescentes, estudos como o de Adorno, Bordini e Lima (1999), indicam alguns conjuntos de causas, dentre eles estão: influências individuais e familiares; ambiente social que cediam tráfico de drogas, contrabando de armas, comércio de produtos roubados, exploração da prostituição; a inserção em grupos; a falta de ocupação; falta de suporte financeiro e educação; desinteresse em práticas desportivas e trabalho voluntário.

No tocante ao tema violência é preciso compreender suas facetas. Num ato violento os adolescentes podem estar inseridos atuando não apenas como causadores, mas como receptores; Mattos (2005) lembra que: crianças e adolescentes são mais vítimas do que responsáveis por violência. Em São Paulo, por exemplo, levantamento feito em 2003, pela Secretaria de Segurança Pública, mostrou que 3% dos homicídios dolosos e menos de 10% dos atos criminosos registrados no Estado foram cometidos por menores. Já o número de crianças e adolescentes assassinados no Brasil, segundo dados do IBGE de 2002, é de 9,15 para cada 100 mil, o que corresponde à cerca de 16 homicídios por dia de pessoas situadas na faixa dos 0 aos 18 anos. Apesar disso, a violência cometida por crianças e adolescentes parece preocupar mais a sociedade brasileira do que a violência por eles sofrida.

Por todos estes motivos a adolescência pode ser considerada um período de risco por excelência para o ingresso ao uso de substâncias psicoativas. Não somente pelo fato de querer experimentar coisas novas, buscar novas emoções e desafios, mas também encontrar nessas novas buscas respostas para o seu viver.

A sociedade, em seus diversos segmentos e o poder da mídia influenciando o comportamento social, na maioria das vezes, aponta para caminhos que visam à obtenção de

objetos de consumo, menos preocupados com respostas visando o crescimento interior dos indivíduos.

A preocupação causada pelo consumo cada vez mais precoce das substâncias psicoativas e suas graves conseqüências prospectivas suscitaram estudos como o de Muza, Bettiol e Muccillo (1997) onde dos seus sujeitos da pesquisa, 88,9% consumiram bebidas alcoólicas alguma vez na vida; 37,7% utilizaram o tabaco; 31,1% os solventes; 10,5% os medicamentos; 6,8% a maconha; 2,7% a cocaína; 1,6% os alucinógenos e 0,3% consumiu alguma substância a base de opiácios; foi percebido pelo autor que as taxas de consumo cresceram com a idade, para todas as substâncias; no entanto, o uso de tabaco e de substâncias ilícitas mostrou uma desaceleração nos anos que compreendem o final da adolescência.

Desse modo é preciso repensar a abordagem da questão do consumo de drogas atribuindo valoração adequada aos programas de atenção primária ao uso e abuso de drogas, melhorar o enfoque de ações educativas e denotar a grandeza real do problema da dependência das drogas licitas (álcool e tabaco) em detrimento da amplificação do problema da dependência das drogas ilícitas.

Porém nem todos os adolescentes experimentam essas conseqüências negativas, Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) observaram em seus estudos que mesmo em ambientes com recursos escassos e permeados pelo tráfico de drogas e da violência, existiam jovens que nunca haviam feito uso de drogas psicotrópicas. A postura desses adolescentes foi influenciada, segundo eles, por aspectos como a disponibilidade de informações adquiridas por diálogo, observação acerca do consumo de drogas e suas complicações e a boa interação familiar.

Todos esses agravos à saúde são preveníveis e dependem da implementação de políticas públicas na área da saúde. O panorama descrito acima demonstra a estreita relação

entre saúde, sociedade e cidadania e ressalta a importância da pesquisa e do exercício dos direitos dos adolescentes pelos quais se devem pautar as políticas públicas (BRASIL, 1999).

Ainda de acordo Brasil (1999), o direito do adolescente à saúde é consagrado como um dos direitos humanos básicos, tanto no âmbito dos instrumentos internacionais quanto no âmbito da legislação brasileira. Trata-se, no entanto, de direito que demanda, para sua efetiva fruição, da implementação de programas e políticas públicas; o que implica um complexo conjunto de considerações sobre o papel do Executivo, do Legislativo e do Judiciário na garantia de tal direito.

2.3 Morrer

A humanidade, ao longo dos tempos, tem convivido com a violência, seja ela relacionada ao meio ambiente ou decorrente do desenvolvimento, da urbanização e da industrialização. Doenças infecciosas, crônico-degenerativas e a violência são, desde os primórdios, as principais causas de morte prematura. Entretanto, o padrão de mortalidade mundial mudou nos últimos dois séculos com a diminuição das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas e da violência (MOCK et al. apud SAUER & WAGNER, 2003).

Pouco mais de 35 milhões de adolescentes compõem atualmente a população brasileira, o que, sem dúvida, marca importantes características nos perfis sócio-demográficos e epidemiológicos em todo o país. Estudos acerca das causas de mortalidade e morbidade na adolescência mostram que a principal causa de mortalidade nesta faixa etária tem origem em situações violentas descritas, segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10), no grupo de Causas Externas. Dentre estas, a maior expressão é a de causas relacionadas a acidentes de trânsito e homicídio (ABEn, 2001).

Para Cardoso e Cocco (2003) os distúrbios, transtornos e problemas de comportamento do adolescente são influenciados pela família, que, por sua vez, sofre influência, no seu desenvolvimento, de problemas decorrentes da situação socioeconômica, nível de escolaridade dos pais, problemas de saúde, nichos sociais, causas genéticas e culturais, bem como da política do país. Acrescido a essas considerações, existe o fato de que, a cada ano, no Brasil, cerca de 26.000 jovens entre 10 a 19 anos de idade perdem a vida por acidentes, suicídio, violência, doenças associadas à gravidez e a outros problemas, que podem ser prevenidos ou tratados.

Em ABEn (2001) encontramos de acordo com os registros e as estatísticas do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do DATASUS/MS, no ano de 1997, de um total de 25.778 mortes na faixa etária de 10 a 19 anos, 63,5% foram devido ao grupo de causas externas, em que as agressões (38,9%) e os acidentes de trânsito (27,8%) adquirem especial importância, sendo que 78,7% destas mortes ocorreram no grupo de 15 a 19 anos. Seguem-se imediatamente, ao grupo de causas externas, as causas de morte relacionadas às doenças genéticas e malformações com 6,8% e, posteriormente, às neoplasias e às doenças dos aparelhos respiratório e circulatório com 5,9%, 4,6% e 4,5%, respectivamente, como responsáveis pela mortalidade neste grupo.

Diante deste quadro Ruzany (2000) diz que para que se tenha impacto na saúde dos jovens, as causas de morbi-mortalidade deverão ser enfrentadas visando uma atuação coordenada com metas a curto, médio e longo prazo com a finalidade de reverter o padrão epidemiológico que se apresenta nos dias de hoje. Finalmente para isto é de fundamental relevância que se tenham disponíveis dados fidedignos e uma análise confiável dos mesmos sendo capazes de elucidar questões tão complexas o que somente é possível por meio de pesquisas bem estruturadas.

A pesquisa de informações sociais iniciou no século XVI com o desenvolvimento do conceito de estatística, palavra de origem germânica que significa “coleção de fatos quantitativos sobre o Estado”. William F. Ogburn afirmava em sua obra que, para entender a mudança social era preciso coletar descrições quantitativas reais sobre o desenvolvimento e a evolução cultural humana (CARLEY apud SAUER & WAGNER, 2003).

Percebemos assim, que de acordo com Pereira (1995) as estatísticas de mortalidade são muito úteis como fonte de informação para avaliar as condições de saúde da população; o simples conhecimento do nível da mortalidade de uma população permite fazer inferências sobre as condições de saúde dos grupos que as constituem. O grupo em estudo neste trabalho é o de adolescentes, considerando que esta investigação pode apontar para os seguimentos (faixa etária e sexo) nos quais ocorrem perdas maiores de vidas, o que pode sensibilizar as autoridades e motivar outros profissionais de saúde a pesquisar de forma sinérgica, sobre suas principais causas.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Esta pesquisa faz parte de um estudo realizado pelo Centro de Referência de Informação em Saúde (CRIS), do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Segundo a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 2001, a quantidade de informação científica disponível é enorme, e aumenta a cada instante. Para seu aproveitamento na prática é imprescindível que as informações sejam transformadas em conhecimento, isto é, que tais informações sejam reunidas, organizadas, quantitativamente mensuradas e criticamente avaliadas. Para este fim o presente estudo lançará mão de recursos como: site oficial do Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e publicações científicas.

No compromisso de conhecer o panorama atual da mortalidade adolescente no Brasil o método quantitativo foi escolhido para orientação desta pesquisa por melhor se adequar aos objetivos propostos. De acordo com Oliveira (1997), esse método significa quantificar opiniões, dados, nas formas de coleta de informações e utilizar recursos e técnicas estatísticas.

Trata-se de um estudo descritivo, uma investigação epidemiológica que tem como objetivo informar sobre a distribuição dos óbitos ocorridos na população de adolescentes de 10 a 19 anos nas diferentes regiões do Brasil, no período entre 1996 e 2004. É preciso, para isto, que o investigador interessado em traçar o perfil destes adolescentes, observe como a mortalidade está ocorrendo na população e expresse as respectivas frequências de modo apropriado.

3.2 Local do estudo

O estudo pretende englobar todas as Unidades da Federação, observando e levantando dados sobre mortalidade dos adolescentes em cada estado, consolidando os dados para cada região no período entre 1996 e 2004, no intuito de demonstrar uma tendência e/ou panorama nacional.

3.3 População estudada

A população do estudo é representada por adolescentes de 10 a 19 anos do Brasil, sobre os quais já se tem algum registro no Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Serão considerados todos os óbitos registrados no período estudado, relativos à faixa etária sob análise. Para o cálculo dos denominadores das taxas de mortalidade serão utilizados os dados dos Censos Demográficos de 1980 e 1991 e da contagem de 1996 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A estimativa da população adolescente em 1996 era de 945.284.

3.4 Fonte e técnica

A fonte utilizada para o estudo será secundária tanto para óbitos segundo causa básica, quanto para as estimativas populacionais, serão coletadas informações do Sistema de Informação para Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) baseado em dados disponíveis no site do DATASUS.

O indicador utilizado será a mortalidade geral segundo idade, sexo e causa básica da morte e os óbitos serão agregados em grupos etários de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos.

Para a definição das causas de mortalidade foi utilizada a “Classificação Internacional de Doenças, décima revisão” (CID-10), encontrando-se as doenças infecciosas e parasitárias Capítulo I; neoplasias (tumores) no Capítulo II; doenças do aparelho circulatório

no Capítulo IX; doenças do aparelho respiratório no Capítulo X; sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais no Capítulo XVIII e causas externas de mortalidade e morbidade no Capítulo XX.

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados foram processados com o auxílio do programa MS Excel e TabWin gerando gráficos e tabelas para posterior análise com descrição das frequências absolutas das variáveis categóricas.

Para o teste de significância das diferenças entre as proporções comparadas utilizamos o χ^2 (qui-quadrado) que para Beigelman (1996) é um número para se testar a hipótese de que os desvios entre as proporções submetidas à comparação podem ser considerados como causais, contra a de que tais desvios são significativos.

Grandes desvios entre proporções observadas e esperadas podem ocorrer casualmente, apesar da pouca probabilidade de isso acontecer ao acaso sendo assim o risco que correremos em rejeitar uma hipótese verdadeira será fixado pelo nível de significância $\alpha = 0,01$ e grau de liberdade (G.L.) 1.

Adotamos para tanto a hipótese nula de que não há correlação entre as variáveis sexo e faixa etária nos índices de mortalidade de adolescentes segundo causa de morte, nos Capítulos da CID-10 no período de 1996 a 2004.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estão sendo observadas mudanças na estrutura etária da população brasileira as quais podem ser evidenciadas pela alteração da pirâmide etária, a figura triangular de bases largas vem sendo substituída e a tendência é que esta se assemelhe a um balão ou a um retângulo.

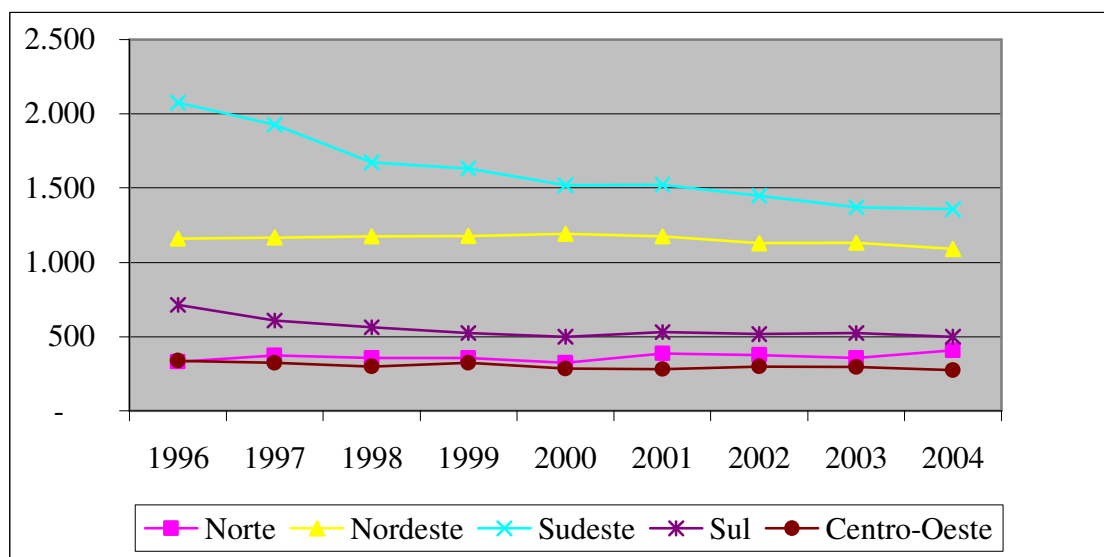
Esta nova tendência demográfica de envelhecimento da população tem enormes repercussões na vida do País, o aumento do número de adultos jovens e adultos exigirão a geração de mais empregos para incorporar esta nova força de trabalho, o que em períodos de recessão econômica pode gerar inúmeros conflitos políticos e socioeconômicos.

Além disto, a composição da população brasileira por sexo não é a mesma nas diferentes faixas etárias sendo que em idades mais avançadas há um número maior de mulheres do que homens haja vista a maior mortalidade masculina em faixas intermediárias como adolescência, fenômeno para Pereira (1995) explicado pelo fato de os homens apresentarem consistentemente maior taxa de acidentes e violência, tenderem a ser mais afetados por doenças crônico-degenerativas mais precocemente, a maior exposição a muitos fatores de risco e ocupações perigosas.

No curso do período estudado, 1996 a 2004 as regiões brasileiras apresentaram, por via de regra, uma sensível diminuição nos números absolutos de mortalidade de adolescentes, o que pode estar relacionado a um avanço no desenvolvimento socioeconômico do país com crescimento do PIB, urbanização, crescimento do comércio internacional, a difusão da tecnologia, as políticas de afirmação dos direitos humanos e fortalecimento de sistemas nacionais de saúde com participação do poder público.

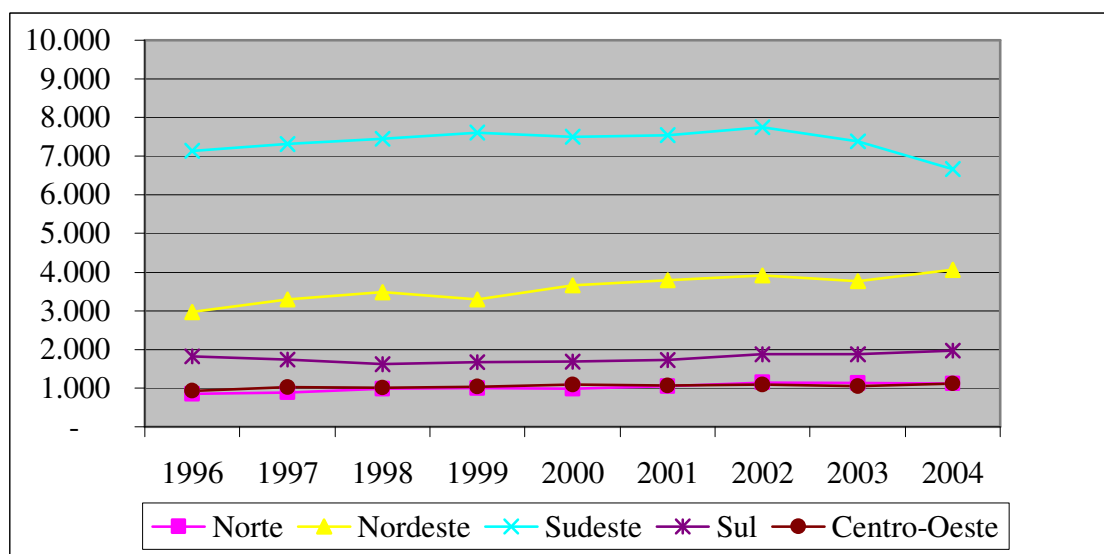
As Figuras de 1 a 4 detalham o quadro apresentado acima trazendo na seqüência histórica, como a mortalidade geral dos adolescentes do Brasil vem se comportando. Percebemos, assim, um dado extremamente adverso quando óbitos masculinos na faixa etária de 15 a 19 anos se mostram praticamente o dobro da faixa etária que acomete as demais categorias (masculinos 10 a 14, femininos de 10 a 14 e de 15 a 16).

FIGURA 1 Mortalidade geral de adolescentes masculinos (10-14 anos) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

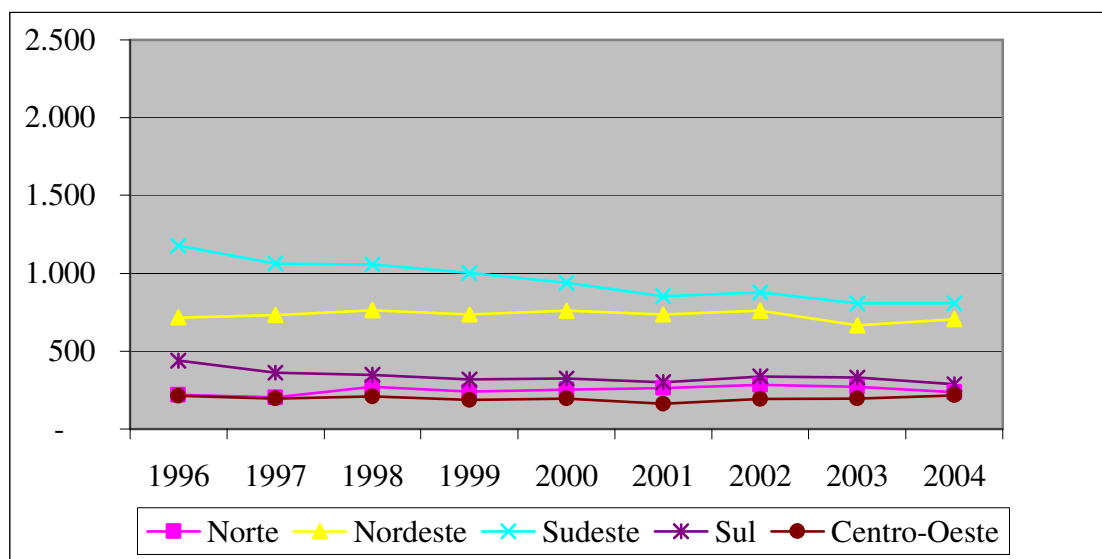
FIGURA 2 Mortalidade geral de adolescentes masculinos (15-19 anos) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

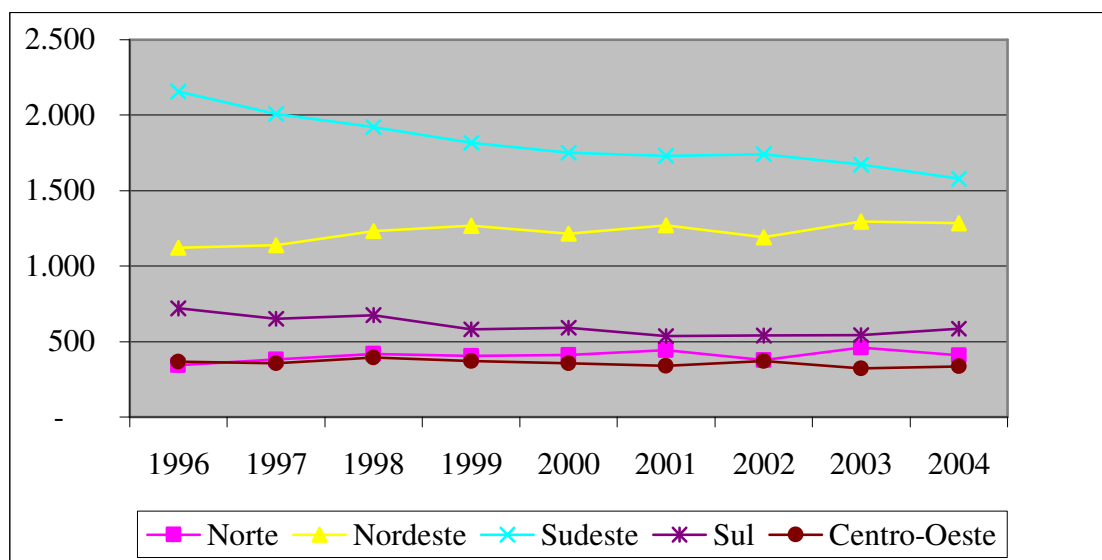
Ao se avaliar a mortalidade por faixa etária, comparando-se o grupo de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, constata-se que para este último o coeficiente de mortalidade é sempre maior. Ao se comparar a mortalidade do adolescente por sexo para os diferentes grupos etários, corrobora-se não só que a mortalidade é sempre maior no sexo masculino, mas também que o grupo de mais alto risco é o de 15 a 19 anos.

FIGURA 3 Mortalidade geral de adolescentes femininos (10-14 anos) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

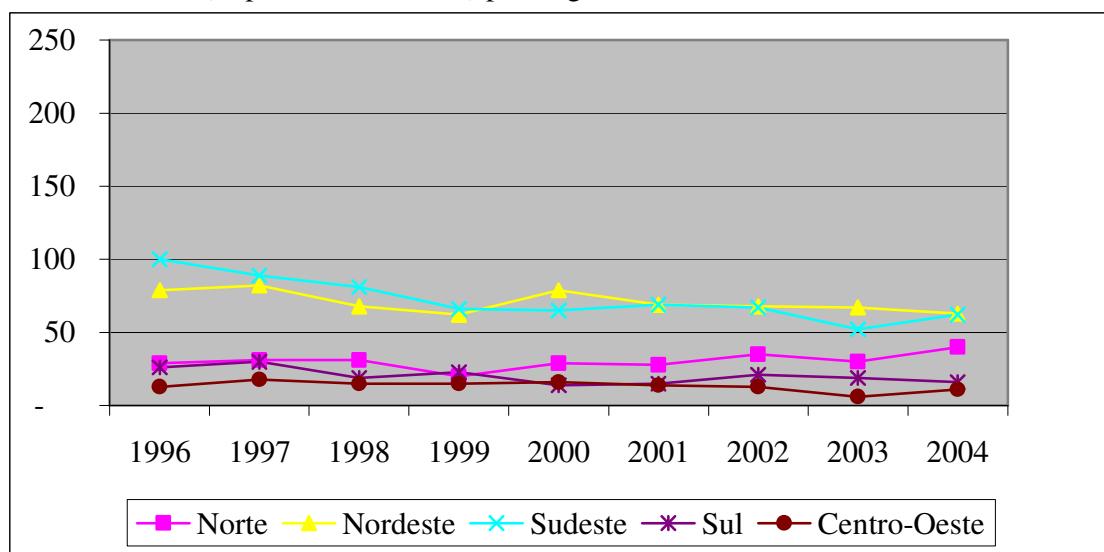
FIGURA 4 Mortalidade geral de adolescentes femininos (15-19 anos) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

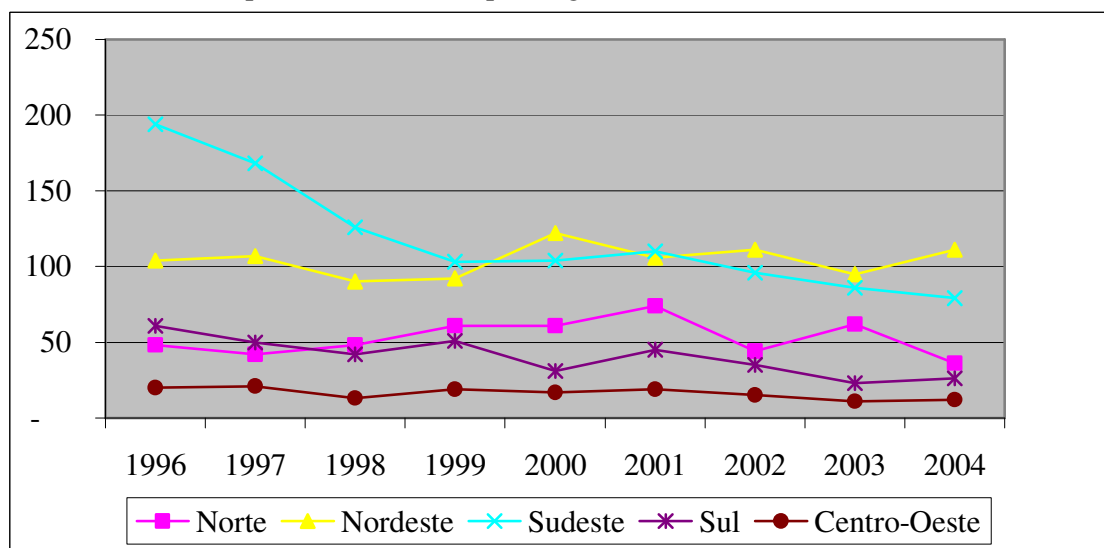
Quando partimos para a análise dos óbitos por causa básica de morte percebemos que da mesma forma que para os grupos etários inferiores, as Doenças Infecciosas e Parasitárias também estão entre as cinco principais causas de óbito no Brasil, traduzindo ainda um nível bastante insatisfatório das condições de saúde do adolescente (Figuras 5, 6, 7 e 8).

FIGURA 5 Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo I da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



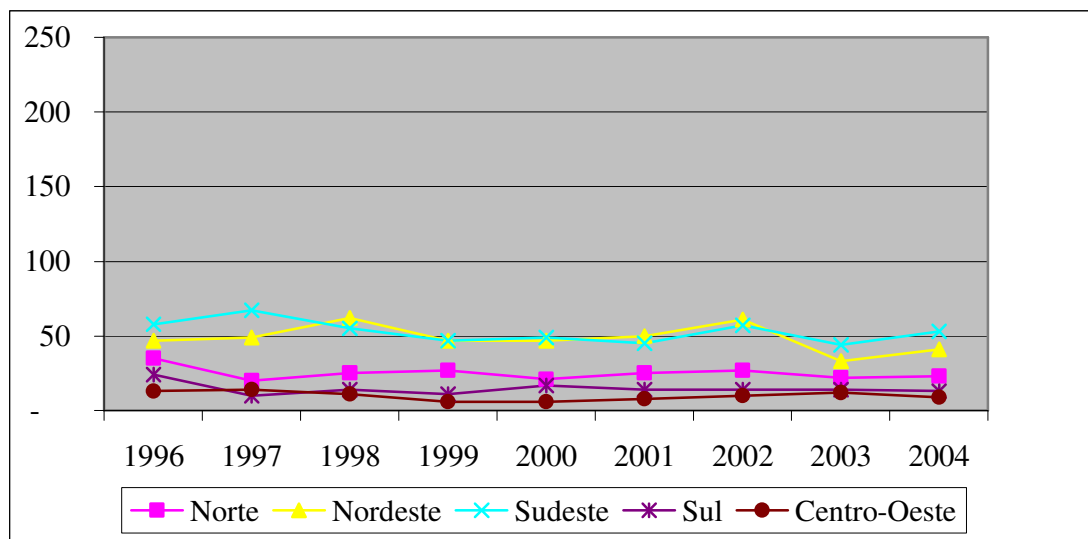
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 6 Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo I da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



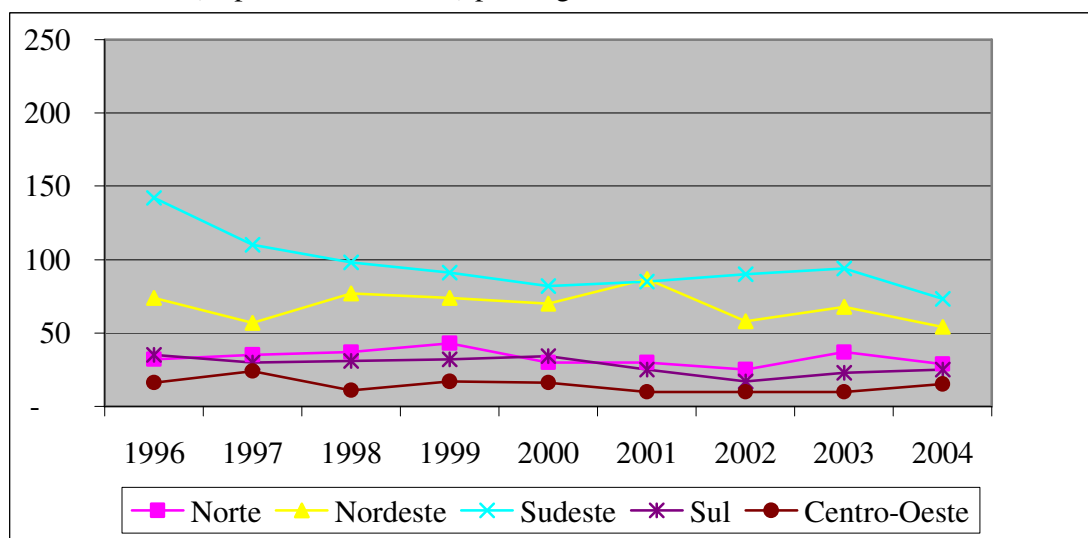
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 7 Mortalidade de adolescentes femininas (10-14 anos) segundo causa (Capítulo I da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

FIGURA 8 Mortalidade de adolescentes femininas (15-19 anos) segundo causa (Capítulo I da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.

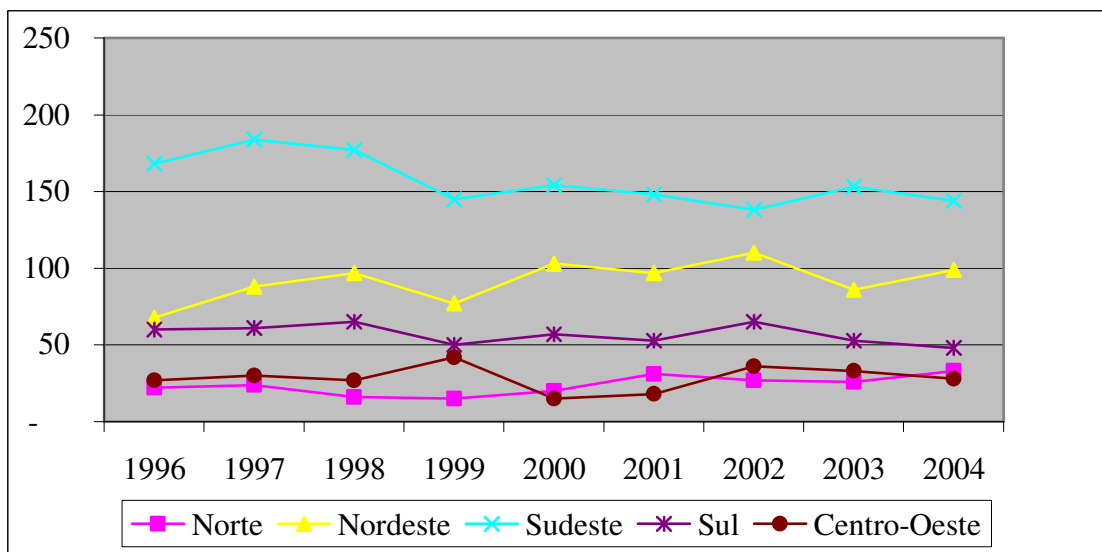


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

O que pode assustar sobremaneira é a inter-relação deste dado com a incidência de infecção por HIV o que pode estar denotando a expansão da epidemia de AIDS e o conseqüente aumento de infecções oportunistas como tuberculose entre os adolescentes, devemos, entretanto relativizar que houve uma importante queda no índice de mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias de 1996 a 1999 e posterior estacionamento da variação em todas as regiões brasileiras.

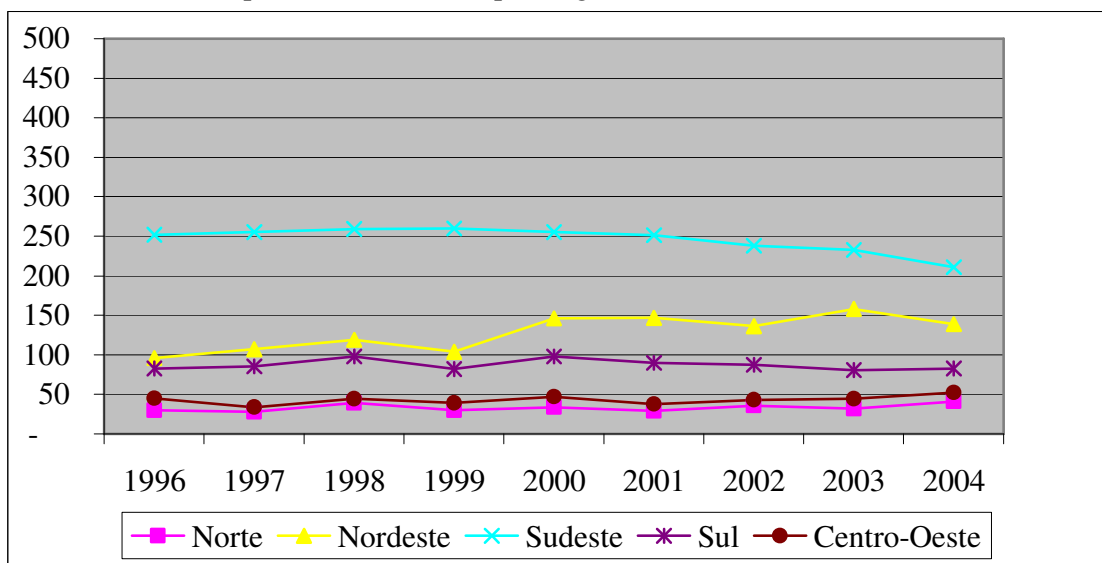
Ao estudarmos os resultados de mortalidade para doenças crônicas como as neoplasias devemos nos atentar para a significativa relevância deste dado visto que já estão se apresentando em uma idade tão jovem, existem mortes por neoplasias em número variável de acordo com a região e o ano, mas sempre numa proporção considerável para o grupo estudado (Figuras 9, 10, 11 e 12).

FIGURA 9 Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo II da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



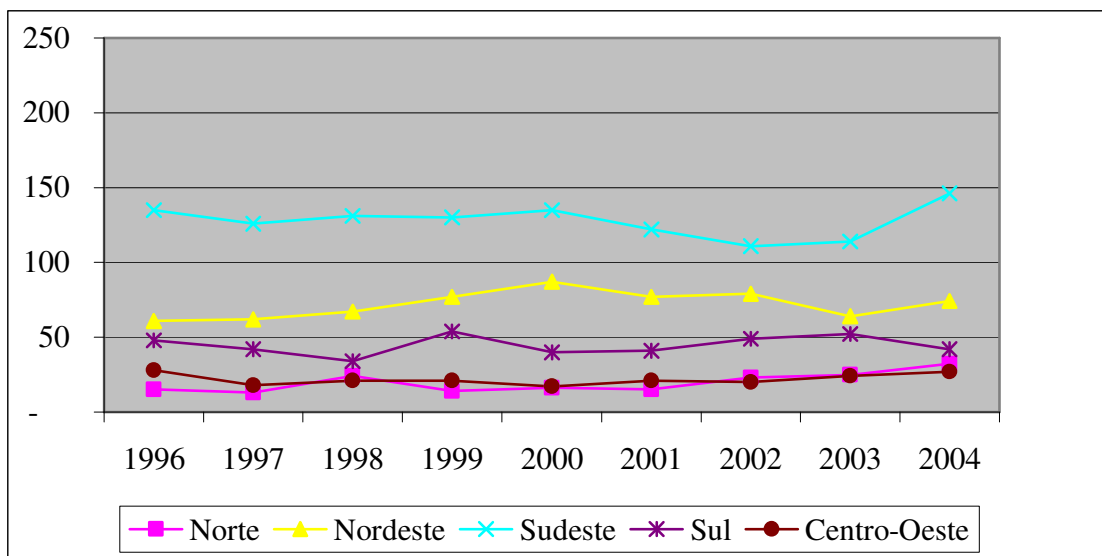
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 10 Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo II da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



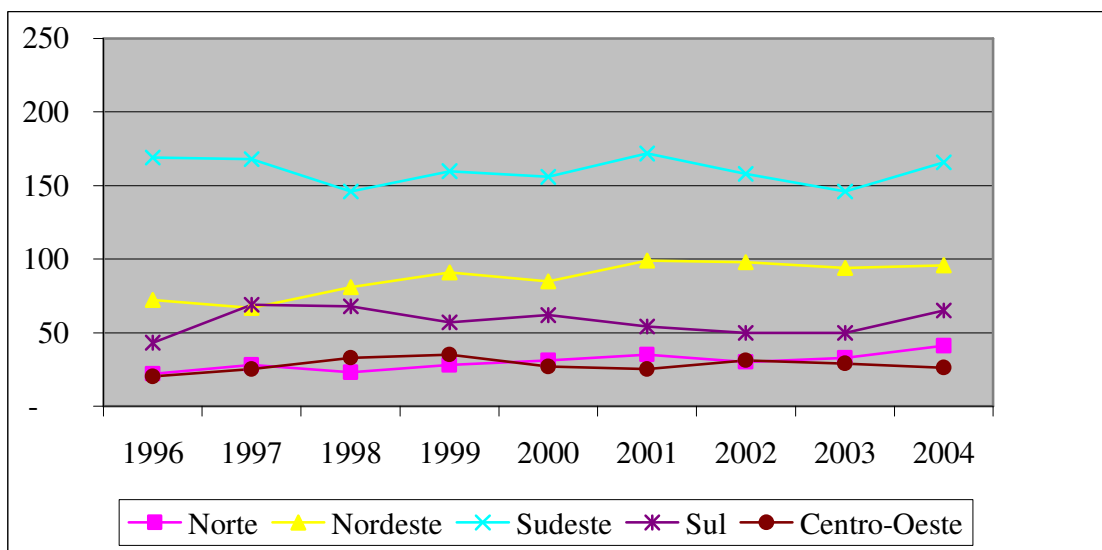
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 11 Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo II da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

FIGURA 12 Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo II da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.

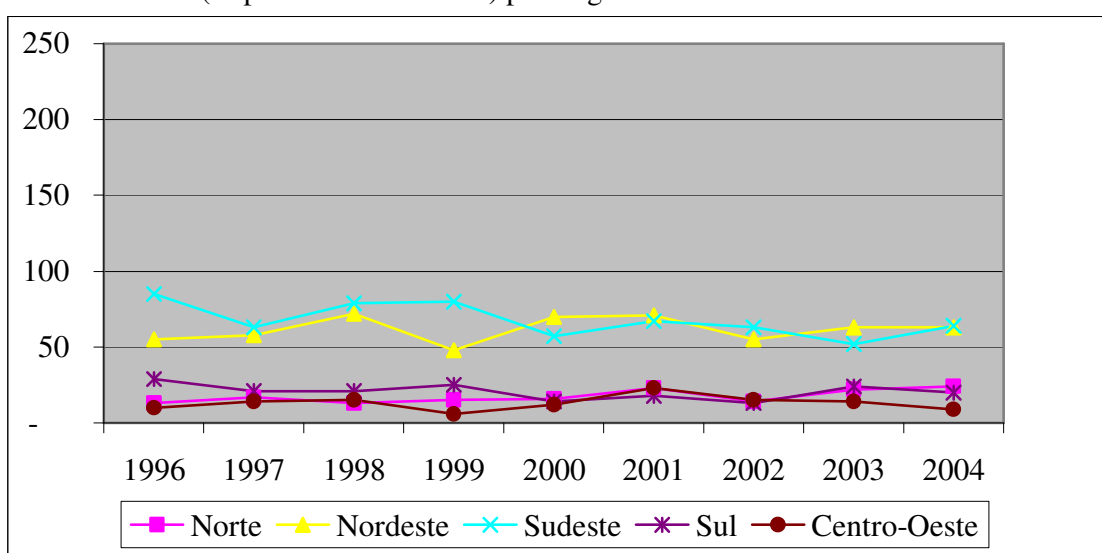


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Os resultados observados sugerem pequena flutuação das taxas de mortalidade no período estudado. Todavia devemos destacar a maior incidência de óbitos nas faixas etárias de 15 a 19 anos em ambos os sexos o que pode estar relacionado no caso do masculino ao tabagismo e abuso de drogas e no feminino à precocidade das relações sexuais, grande fator de risco para desenvolvimento de câncer de colo uterino.

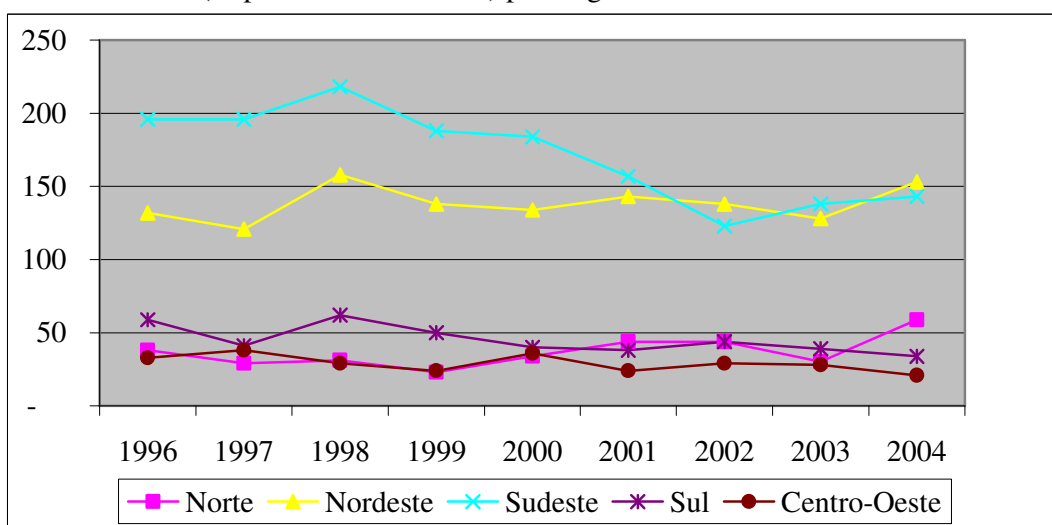
Estudando doenças do aparelho circulatório como: febre reumática e doença reumática do coração, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular, doença da circulação pulmonar e outras formas de doença do coração percebemos a relevância dos dados uma vez que a precocidade em que estes agravos vêm acometendo a população demanda ações de saúde específicas e determinantes (Figuras 13, 14, 15 e 16).

FIGURA 13 Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo IX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



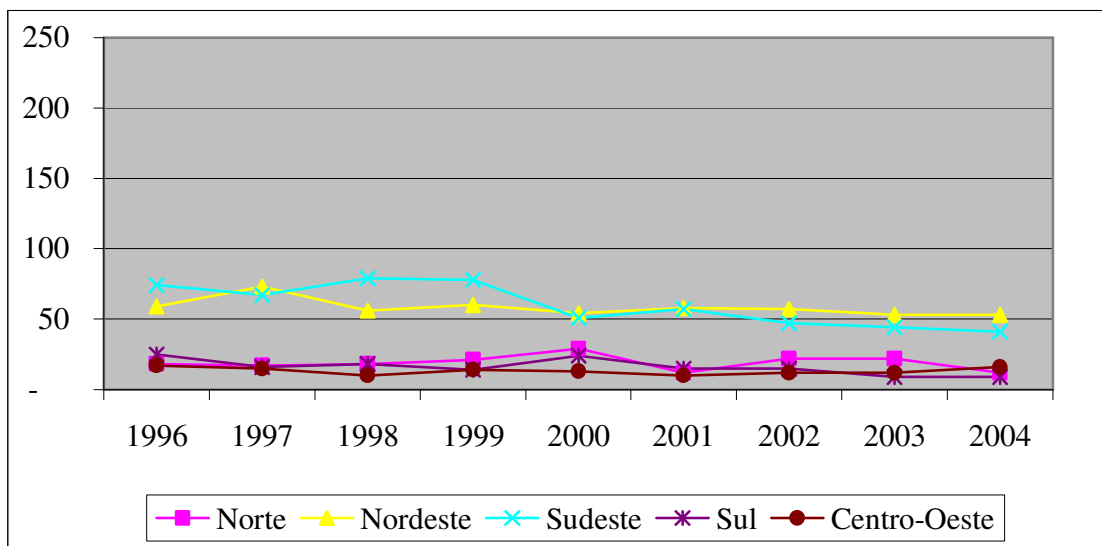
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 14 Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo IX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



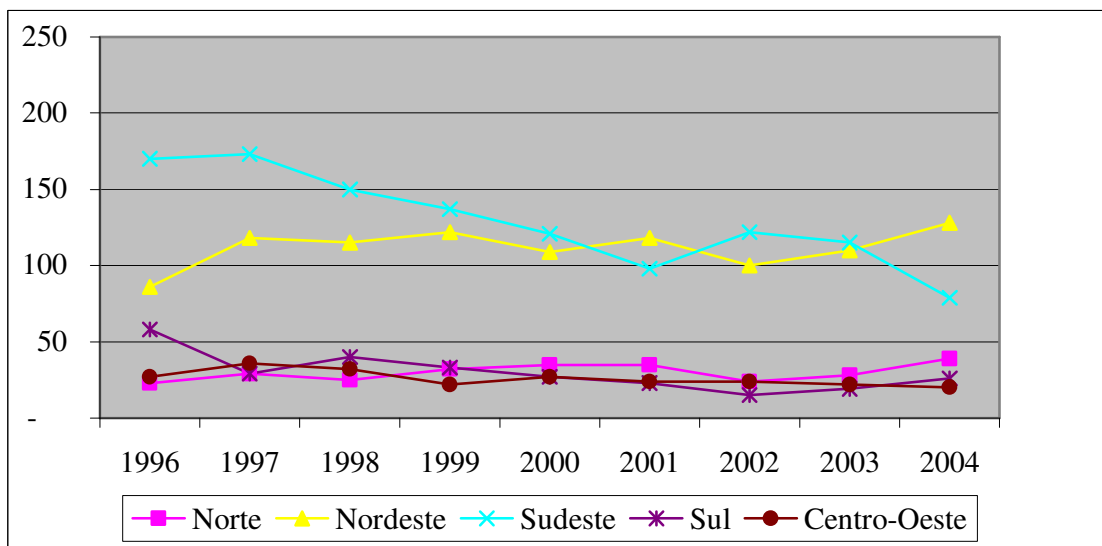
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 15 Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo IX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

FIGURA 16 Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo IX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.

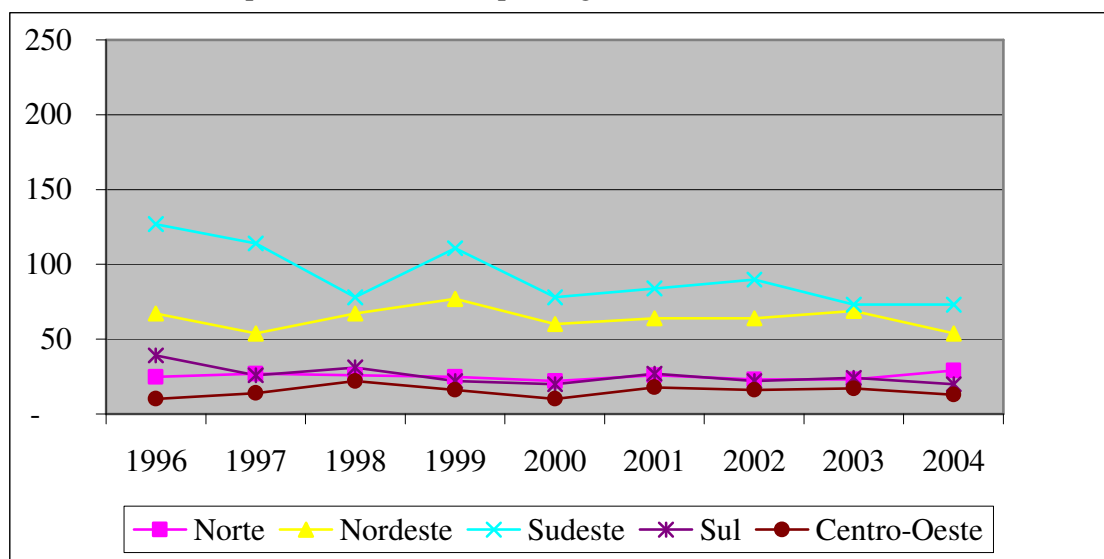


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Tendo em vista o caráter crônico e incapacitante de doenças do coração como o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico que podem deixar seqüelas graves para o resto da vida percebemos a urgência da implementação de medidas preventivas levando-se em consideração dados do Instituto Nacional de Seguridade Social os quais apontam estas patologias como responsáveis por cerca de 40% das aposentadorias precoces.

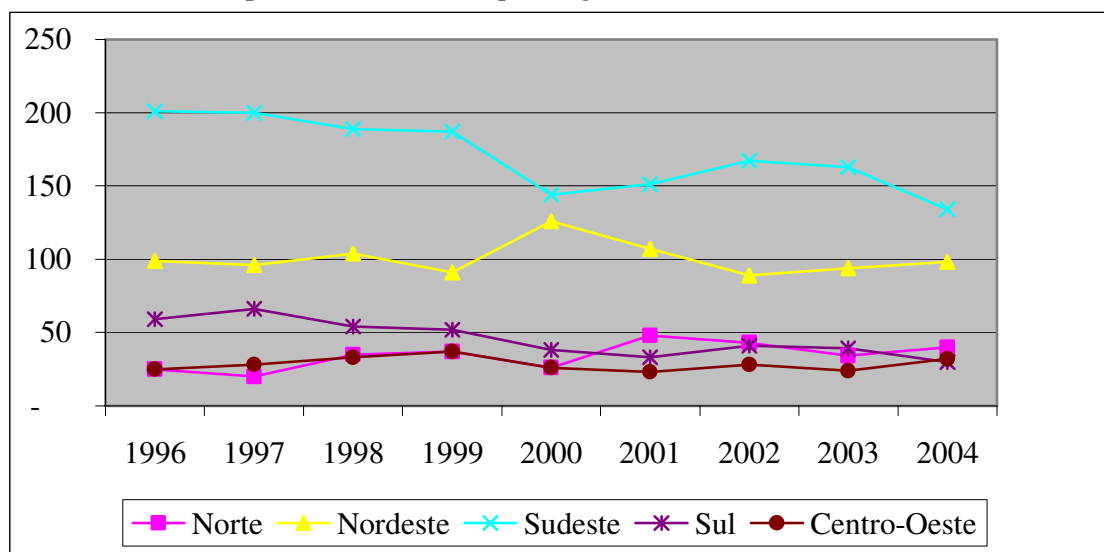
Com relação aos distúrbios do trato respiratório muitos são relativamente pequenos com efeitos restritos a um desconforto temporário de suave a moderado além de alguns inconvenientes para o enfermo, todavia outros distúrbios são agudos, graves e ameaçadores à vida, podendo repercutir em alterações permanentes na fala e na respiração (Figuras 17, 18, 19 e 20).

FIGURA 17 Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo X da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



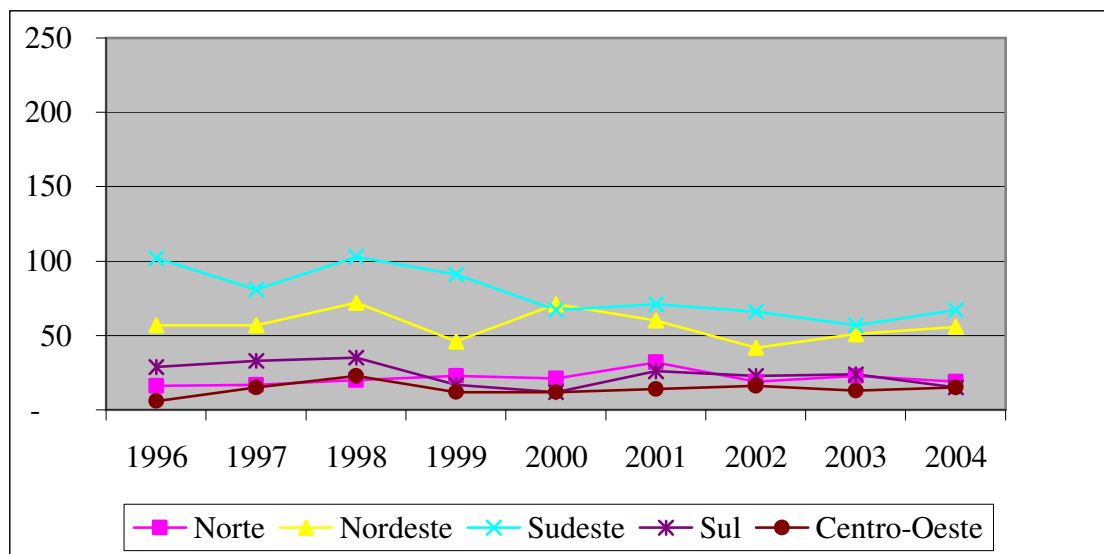
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 18 Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo X da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



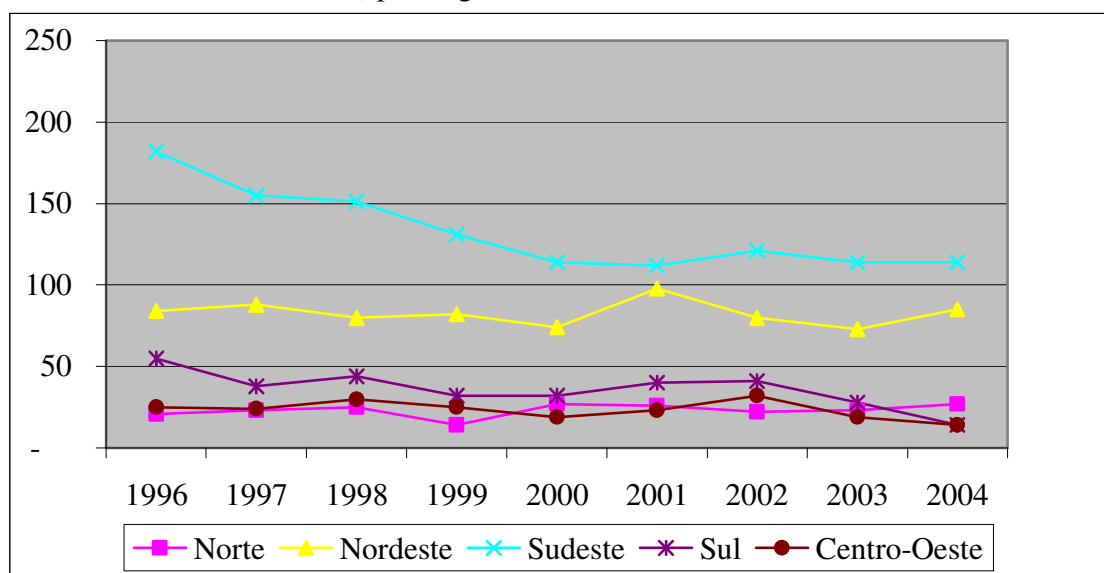
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 19 Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo X da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 20 Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo X da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.

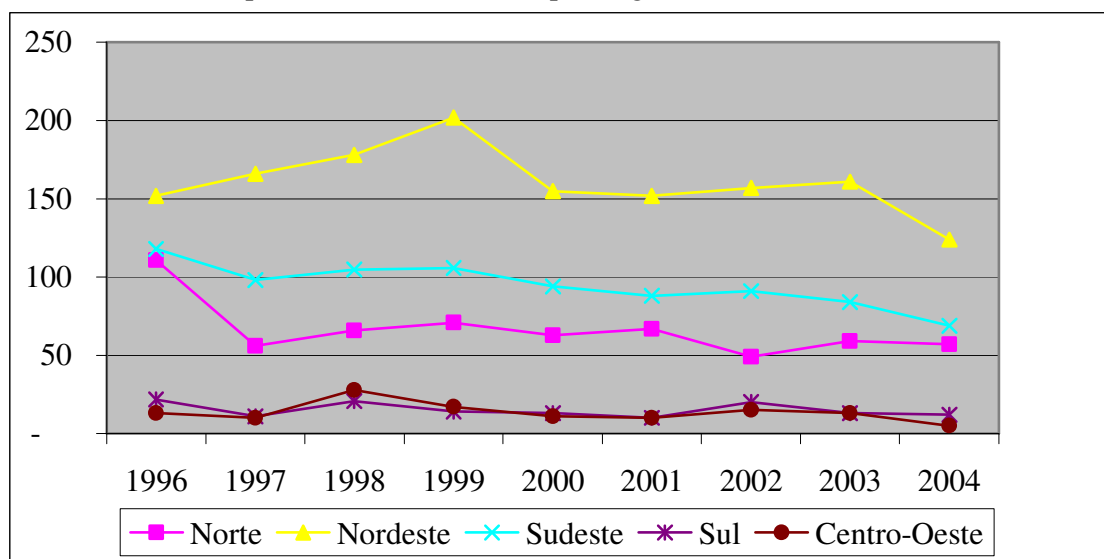


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Esta característica das doenças respiratórias dá suporte a hipótese de muitos dos óbitos por esta causa se deverem aos casos terem sido tratados fora do âmbito hospitalar, no domicílio pelos próprios doentes não sendo desta forma tratados adequadamente evoluindo para maior severidade ou ainda chegarem tardiamente aos serviços de saúde. De qualquer modo as taxas de óbitos encontradas são preocupantes.

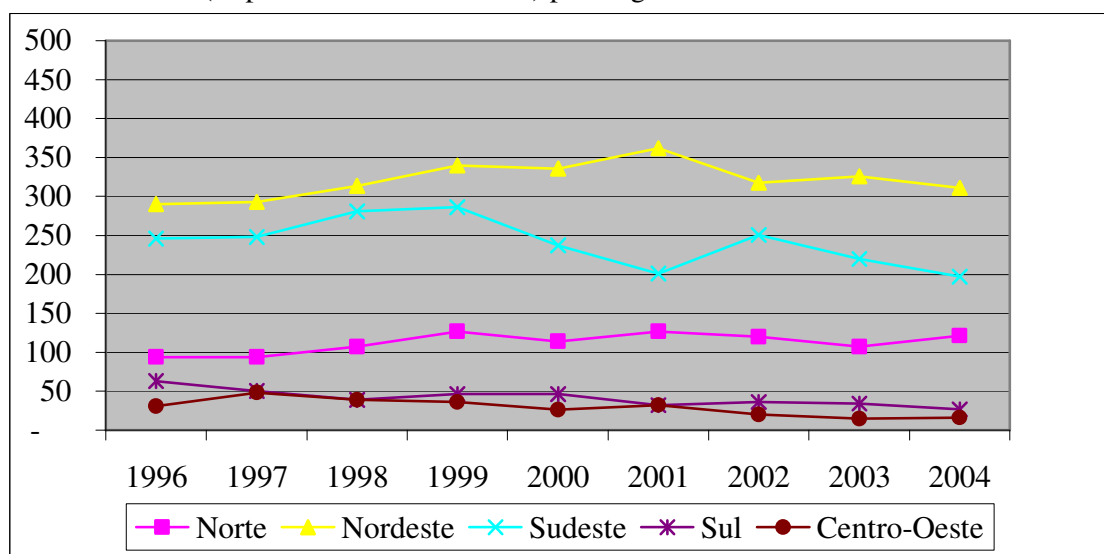
Neste tópico no qual trataremos dos óbitos por sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais, ou seja, as causas de óbitos mal definidas é importante recordar que numerosos fatores limitam a utilização das estatísticas vitais em Saúde Pública como os erros no registro de óbitos, na contagem ou estimativa da população além das variações regionais quanto à precisão dos dados (Figuras 21 a 24).

FIGURA 21 Mortalidade de adolescentes masculinos (10-14 anos) segundo causa (Capítulo XVIII da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



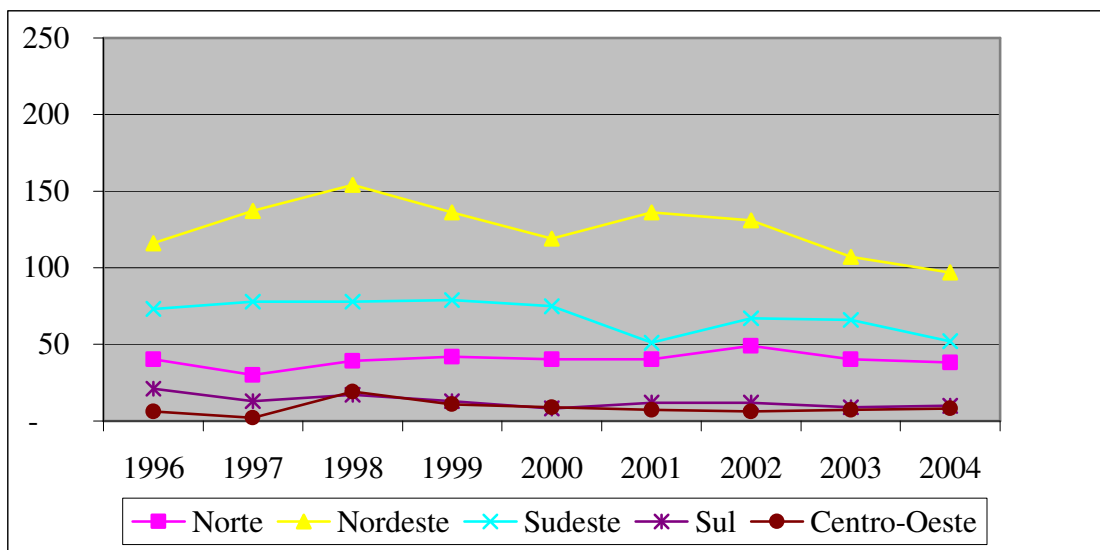
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

FIGURA 22 Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo XVIII da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



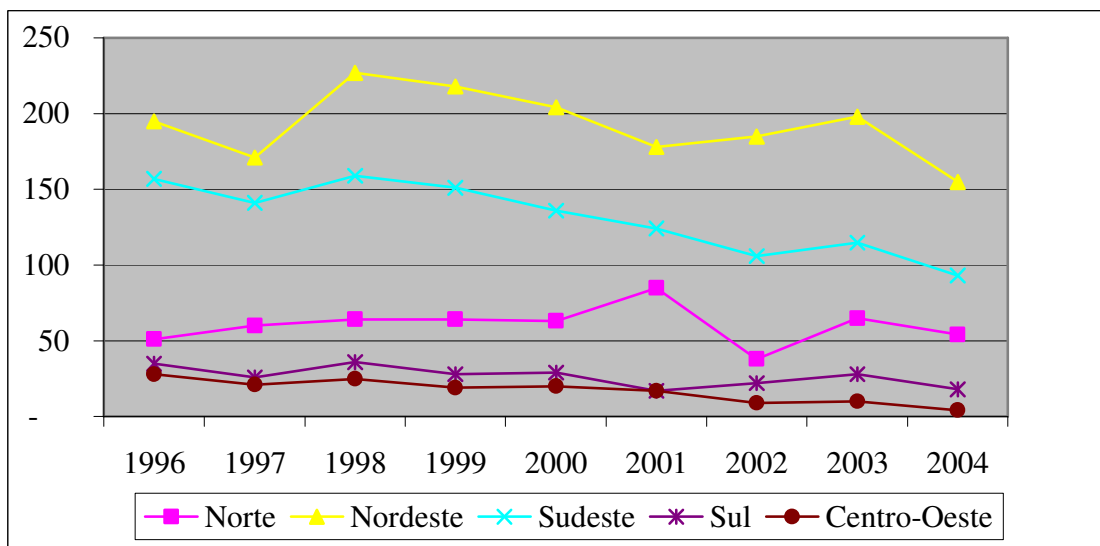
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

FIGURA 23 Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo XVIII da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

FIGURA 24 Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo XVIII da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.

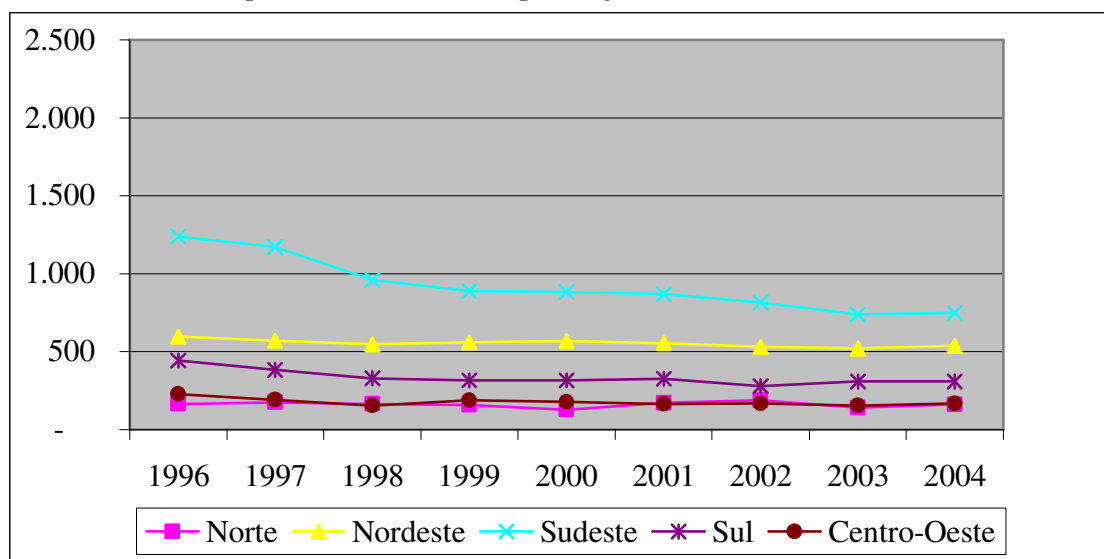


Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Embora quase sempre haja deficiências limitantes ou que apontem para a prudência na utilização destas estatísticas devemos reconhecer que este sistema contém valiosas informações para o conhecimento da saúde da população alcançando cobertura e qualidade suficientes para possibilitar o diagnóstico coletivo de saúde, percebemos nestes gráficos, de maneira geral uma tendência para diminuição dos registros de óbitos por estas causas.

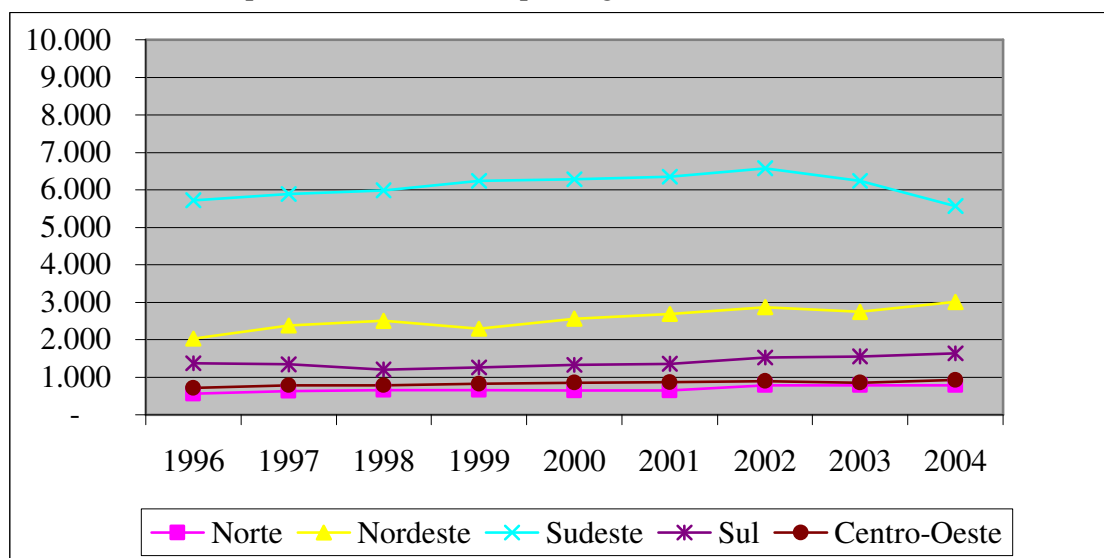
Finalmente, temos neste estudo a constatação de causa predominante de morte entre adolescentes de ambos os sexos, dentre todas as causas estudadas, as causas externas, dentre as quais temos: acidentes de transporte, acidentes causados por fogo e chama, suicídios e lesões auto-infligidas, homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas dentre outras violências (Figuras 25 a 28).

FIGURA 25 Mortalidade de adolescentes masculinos (14-10 anos) segundo causa (Capítulo XX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



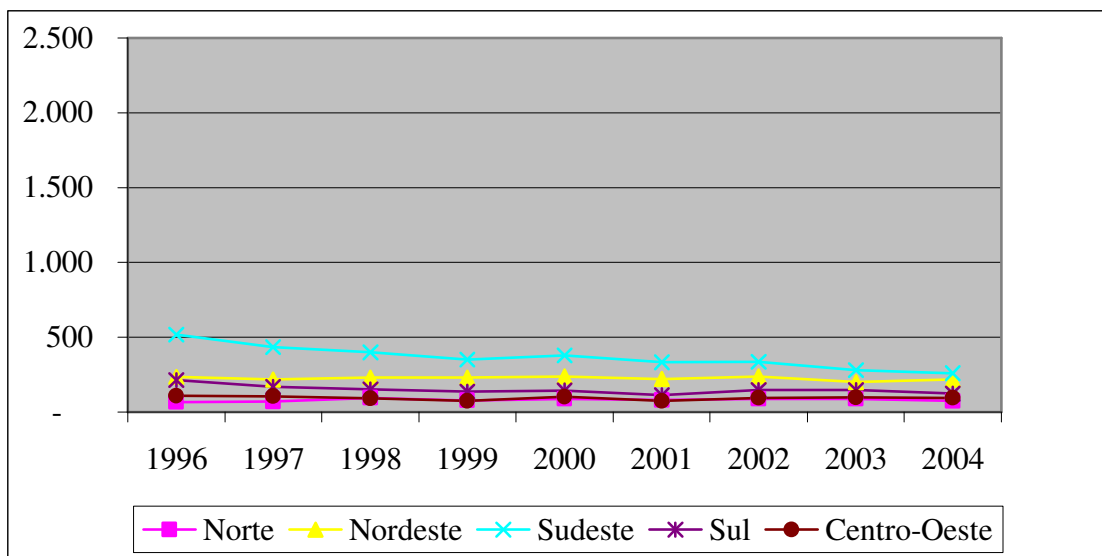
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

FIGURA 26 Mortalidade de adolescentes masculinos (15-19 anos) segundo causa (Capítulo XX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



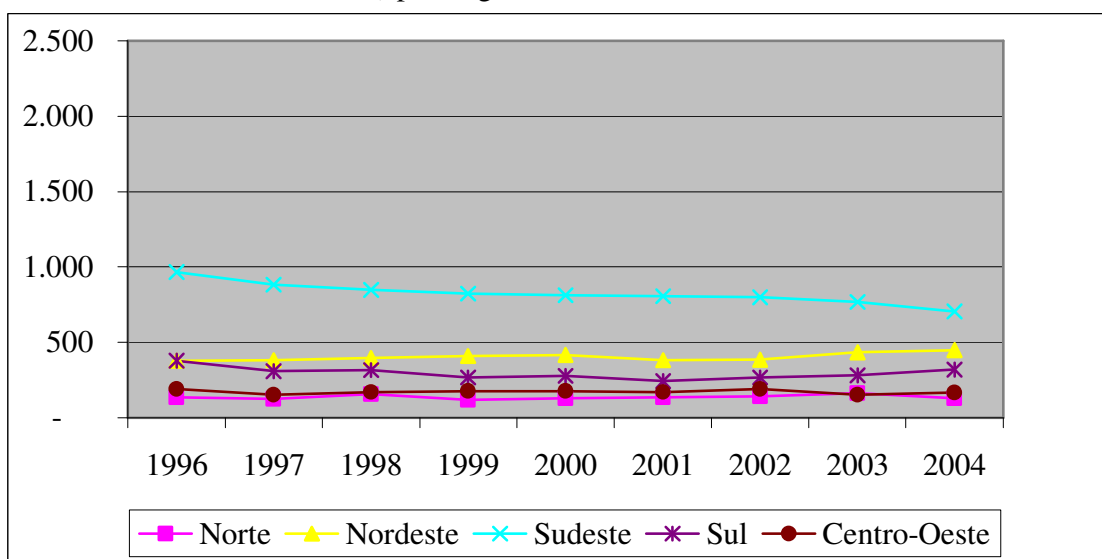
Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

FIGURA 27 Mortalidade de adolescentes feminino (10-14 anos) segundo causa (Capítulo XX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

FIGURA 28 Mortalidade de adolescentes feminino (15-19 anos) segundo causa (Capítulo XX da CID-10) por Regiões Brasileiras de 1996 a 2004.



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

O padrão de mortalidade descrito mostra que o grupo de causas de morte de maior impacto entre os adolescentes é aquele decorrente de causas externas. Quando inferimos a magnitude destes eventos por sexo e faixa etária, temos um quadro desolador que representa a grande vulnerabilidade dos adolescentes do sexo masculino de 15 a 19 anos em todas as regiões brasileiras no período considerado.

Ao se avaliar a mortalidade de adolescentes no Brasil durante o período de 1996 a 2004 de maneira geral temos 73% dos óbitos acometendo os adolescentes do sexo masculino os quais predominaram em relação aos do sexo feminino para todas as causas estudadas (Tabela 1). Esta comparação feita por faixa etária mostra que o coeficiente de mortalidade para adolescentes de 15 a 19 anos é sempre maior que na faixa de 10 a 14 anos. Quando analisamos a mortalidade pelos coeficientes segundo causa básica da morte percebemos no decorrer do período, maior risco de morrer por morte violenta, a ordem de importância das demais causas varia de acordo com a Região estudada. Os achados podem ser comprovados pela observação das tabelas seguintes.

TABELA 1 Mortalidade de adolescentes, segundo capítulo da CID-10, sexo e faixa etária, no Brasil nos anos de 1996 a 2004.

Capítulos da CID - 10	Masculino		Feminino		Total
	10-14	15-19	10-14	15-19	
Capítulo I	1.865	3.008	1.357	2.163	8.393
Capítulo II	3.218	4.838	2.574	3.264	13.894
Capítulo IX	1.625	3.789	1.496	2.945	9.855
Capítulo X	1.997	3.416	1.747	2.681	9.841
Capítulo XVIII	3.095	6.704	2.300	3.849	15.948
Capítulo XX	19.348	104.156	8.211	16.501	148.216
Total	35.890	133.143	22.191	39.684	230.908

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Dentre as causas de óbitos pesquisadas para os adolescentes, aquelas resultantes de doenças infecciosas e parasitárias representam 3,6% do total de mortes (Tabela 1). Na Região Norte (Tabela 2) as doenças infecciosas e parasitárias ocupam a terceira colocação na ordem das causas estudadas que apresentaram os mais elevados coeficientes de mortalidade, vale

destacar ainda que dentre as seis causas analisadas a Região Sul (Tabela 5) tem estas doenças como a quinta causa de morte de seus adolescentes, nas demais regiões este grupo de causas ocupa última colocação.

As neoplasias (Tabela 1) foram responsáveis por 6% do total de óbitos entre os adolescentes brasileiros, sendo que em regiões consideradas mais desenvolvidas como Sudeste (Tabela 4), Sul (Tabela 5) e Centro-Oeste (Tabela 6) esta é a segunda causa de morte dentre aquelas consideradas para este estudo.

As Doenças do Aparelho Circulatório (Tabela 1) incidem com 4,3% do total de mortes verificadas no Brasil entre 1996 e 2004. Fundamentalmente estes agravos foram representativos em todas as regiões, mas vale destacar que na Região Centro-Oeste (Tabela 6) esta causa de mortalidade ocupa a terceira colocação entre as variáveis estimadas.

Assim como as doenças do aparelho circulatório, os óbitos de adolescentes por doenças do aparelho respiratório (Tabela 1) representam aproximadamente 4,3% do total de mortes deste grupo populacional no país. Para a Região Sul (Tabela 5) esta foi diagnosticada como terceira causa de óbitos dentre as consideradas nesta investigação.

É relevante destacar o grande percentual de óbitos sem definição da causa básica (Tabela 1), cerca de 7% do total de óbitos entre adolescentes no período estudado o que reforça a suposição de que poderá estar ocorrendo falta de acesso da população jovem aos serviços de saúde, levando a uma busca tardia de socorro médico, ou carência de meios diagnósticos adequados para manejo e encaminhamento corretos dos casos.

Nota-se que para regiões menos desenvolvidas como Norte (Tabela 2) e Nordeste (Tabela 3) estas causas ocupam a segunda colocação dentre as mais incidentes avaliadas.

Sem dúvida para este estudo o grupo de morte de maior impacto entre os adolescentes brasileiros é o decorrente das Causas Externas, a análise histórica e a magnitude

dos números encontrados traduzem a grande vulnerabilidade dos adolescentes a estas causas, principalmente aqueles de sexo masculino com idades entre 15 e 19 anos (Tabela 1).

Isto pode conduzir ao levantamento de inúmeras hipóteses explicativas ou justificadoras como a desordem social, a má distribuição de renda, a baixa escolaridade, a facilidade de acesso a armamento, dentre outras tantas que já foram citadas nesta investigação. O que para nós parece flagrante é que dados cruciais como estes podem subsidiar ações positivas de combate à violência, criminalidade e, sobretudo, marginalidade.

Estando em consonância com os diversos estudos científicos consultados para verificar o estado da arte nesta temática verificamos em nosso estudo, que os adolescentes do sexo masculino apresentaram, proporcionalmente, maior ocorrência de óbitos nos anos analisados por quase todos os motivos com grande predominância das causas violentas, sendo estas causas responsáveis por 64% das mortes precoces da população brasileira conforme mostram as tabelas 1 a 6.

TABELA 2 Mortalidade de adolescentes segundo causa (Capítulos da CID-10), sexo e faixa etária, na Região Norte do Brasil de 1996 a 2004.

Capítulos da CID - 10	Masculino		Feminino		Total
	10-14	15-19	10-14	15-19	
Capítulo I	273	476	225	298	1.272
Capítulo II	214	299	177	271	961
Capítulo IX	157	332	171	270	930
Capítulo X	226	308	190	208	932
Capítulo XVIII	599	1.011	358	544	2.512
Capítulo XX	1.448	6.151	726	1.232	9.557
Total	2.917	8.577	1.847	2.824	16.164

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

TABELA 3 Mortalidade de adolescentes segundo causa (Capítulos da CID-10), sexo e faixa etária, na Região Nordeste do Brasil de 1996 a 2004.

Capítulos da CID - 10	Masculino		Feminino		Total
	10-14	15-19	10-14	15-19	
Capítulo I	637	938	437	619	2.631
Capítulo II	825	1.152	648	783	3.408
Capítulo IX	555	1.245	523	1.006	3.329
Capítulo X	576	904	512	744	2.736
Capítulo XVIII	1.447	2.890	1.133	1.731	7.203
Capítulo XX	4.984	23.084	2.025	3.639	33.732
Total	9.024	30.213	5.278	8.522	53.039

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

TABELA 4 Mortalidade de adolescentes segundo causa (Capítulos da CID-10), sexo e faixa etária, na Região Sudeste do Brasil de 1996 a 2004.

Capítulos da CID - 10	Masculino		Feminino		Total
	10-14	15-19	10-14	15-19	
Capítulo I	651	1.066	475	865	3.057
Capítulo II	1.411	2.214	1.150	1.441	6.216
Capítulo IX	610	1.543	538	1.165	3.856
Capítulo X	828	1.536	705	1.194	4.263
Capítulo XVIII	853	2.167	619	1.182	4.821
Capítulo XX	8.309	54.832	328	7.413	70.835
Total	12.662	63.358	3.815	13.260	93.095

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

TABELA 5 Mortalidade de adolescentes segundo causa (Capítulos da CID-10), sexo e faixa etária, na Região Sul do Brasil de 1996 a 2004.

Capítulos da CID - 10	Masculino		Feminino		Total
	10-14	15-19	10-14	15-19	
Capítulo I	183	364	131	252	930
Capítulo II	512	787	402	518	2.219
Capítulo IX	185	407	145	270	1.007
Capítulo X	231	412	214	324	1.181
Capítulo XVIII	136	373	115	239	863
Capítulo XX	3.006	12.559	1.340	2.665	19.570
Total	4.253	14.902	2.347	4.268	25.770

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

TABELA 6 Mortalidade de adolescentes segundo causa (Capítulos da CID-10), sexo e faixa etária, na Região Centro-Oeste do Brasil de 1996 a 2004.

Capítulos da CID - 10	Masculino		Feminino		Total
	10-14	15-19	10-14	15-19	
Capítulo I	121	147	89	129	486
Capítulo II	256	386	197	251	1.090
Capítulo IX	118	262	119	234	733
Capítulo X	136	255	126	211	729
Capítulo XVIII	122	263	75	153	613
Capítulo XX	1.601	7.530	839	1.552	11.522
Total	2.354	8.843	1.445	2.530	15.173

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Na análise da tabela 7, temos a constatação da significativa relação estatística com mais que 99% de certeza, entre as variáveis sexo e idade para os índices de mortalidade de

adolescentes segundo causa de morte, nos Capítulos da CID-10 no período de 1996 a 2004, tomando $\alpha = 0,01$ e grau de liberdade (G.L.) 1 com o qual testaremos a hipótese nula de que não há correlação entre estas variáveis, conforme descrito na metodologia do trabalho.

TABELA 7 Valor do qui-quadrado calculado para as tabelas de contingência (2x2) entre as variáveis qualitativas sexo e faixa etária levando-se em consideração a causa de morte de adolescentes (Capítulos da CID-10) no Brasil no período de 1996 a 2004.

	Qui-quadrado
Capítulo I da CID-10	0,07
Capítulo II da CID-10	23,92
Capítulo IX da CID-10	15,5
Capítulo X da CID-10	6,78
Capítulo XX da CID-10	4.195,28
Geral da CID-10	5.150,74

Deste modo para o Capítulo I da CID-10 que apresenta os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, em nosso trabalho encontramos a hipótese nula verificada como verdadeira, ou seja, não há correlação entre as variáveis sexo e idade para a população analisada.

Nas demais categorias (Capítulos da CID-10), constatamos a hipótese nula rejeitada aceitando então como verdadeira a hipótese alternativa, ou seja, existe correlação entre as variáveis sexo e idade, com probabilidade ínfima destes eventos ocorrerem ao acaso.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo pode alertar para uma série de questões relativas aos padrões de mortalidade de adolescentes brasileiros durante o período de 1996 a 2004, como por exemplo, ao se comparar a mortalidade do adolescente por sexo para os diferentes grupos etários, corrobora-se não só que a mortalidade é sempre maior no sexo masculino, mas também que o grupo de mais alto risco é o de 15 a 19 anos.

Além disto, temos a presença marcante das causas externas de morbidade e mortalidade como principal causa de morte no grupo estudado, denotando a urgência na quebra do círculo vicioso da violência em nossa sociedade, implementando medidas como ampliação de programas e atividades de saúde destinados a esta população e que estes devam ser multidimensionais, amplamente acessíveis e integrais, considerando, então fatores de ordem econômica, social, ambiental e cultural.

Parece-nos congruente concluir que o adolescente é o sujeito que a despeito de seu grande potencial de promotor das atividades de saúde encontra-se, ainda, enredado por concepções preconceituosas, excludentes, afastando-o do debate cidadão de suas próprias condições de saúde. Diante do que foi possível verificar com este trabalho esperamos ter contribuído para reverter este quadro.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Sérgio; BORDINI, Eliana B. T.; LIMA, Renato Sérgio de. O adolescente e as mudanças na criminalidade urbana. **São Paulo Perspectivas**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 62-74, out-dez. 1999. ISSN 0102-8839.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – ABEn Nacional. **Revista Adolescência: compreender, atuar, acolher**, Brasília-DF, 2001.

BEIGUELMAN, Bernardo. **Curso prático de bioestatística**. 4. ed. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Genética, 1996.

BORUCHOVITCH, Evely. Fatores associados a não-utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 437-443, dez. 1992. ISSN 0034-8910.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**, v.1. Brasília, DF, agosto, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde**. Série A, n. 167. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/prevencao/preservativo_escolas.htm>. Acesso em: 15 nov. 2005.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.G.C.; MEDEIROS, M.; GOMES, R. Auto-imagem na adolescência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 1, n. 1, out-dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 13 out. 2005.

CARDOSO, Cristina Peres; COCCO, Maria Inês Monteiro. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.6, p.778-785, nov./dez. 2003. ISSN 0104-1169.

GROSSMAN, Eloísa. A adolescência através dos tempos. **Adolescência Latino-americana**, v. 01, p.68-74. 1998. ISBN 1414-7130.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico: Malha Municipal Digital do Brasil**. Rio de Janeiro, 1997.

LYRA, Sílvia M. Kawata; GOLDBERG, Tamara; IYDA, Massako. Mortalidade de adolescentes em área urbana da região Sudeste do Brasil, 1984-1993. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n.6, p.587-591, dez.1996. ISSN 0034-8910

MATTOS, Sergio. Prevenir violência funciona mais do que reduzir maioria. **Comciência**, São Paulo, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/2005/12/03.shtml>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 278-292, set. 1990. ISSN 0102-311X.

MUZA, Gilson M.; BETTIOL, Heloísa; MUCCILLO, Gerson. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP(Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 21-29, fev. 1997. ISSN 0034-8910.

OLIVEIRA, S.L. **Tratado de metodologia científica**. 3ª edição, São Paulo, ed. Pioneira, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Representação Brasil. **Saúde integral do adolescente e do jovem**. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/familia/temas.cfm?id=72&Area=Conceito>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

PEREIRA, Mauricio Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. ISBN 85-277-0356-4

RUZANY, Maria Helena. **Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro**. [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. p.113, Rio de Janeiro, 2000.

SANCHEZ, Zila van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 599-605, ago. 2005. ISSN 0034-8910.

SAUER, Maria Teresa Nardin; WAGNER, Mario Bernardes. Acidentes de trânsito fatais e sua associação com a taxa de mortalidade infantil e adolescência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p.1519-1526, set./out. 2003. ISSN 0102-311X.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, Laboratório de Ensino a Distância. **Revisão Sistemática com ou sem Metanálise**. 2001. Disponível em: <<http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/conteudo/modulo2/aula1/querrev2.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2006.

YUNES, João; PRIMO, Edneia. Características da mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das Unidades Federadas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 263-278, ago. 1983. ISSN 0034-8910.