

Avaliação dos Factores Protectores e de Risco em Saúde dos Adolescentes

HELENA FONSECA

Unidade de Adolescentes
Serviço de Pediatria – Hospital de Santa Maria

Resumo

A adolescência é habitualmente descrita como o período mais saudável do ciclo de vida. Os adolescentes são todos diferentes e o seu grau de bem estar difere não só de um adolescente para o outro, mas também, num mesmo adolescente ao longo do tempo e em função do seu estadió de desenvolvimento. A avaliação do grau de vulnerabilidade e dos factores de protecção, fornece uma importante base para o diagnóstico e intervenção. O autor discute a importância da primeira entrevista clínica, as técnicas de comunicação utilizadas e o envolvimento da família no processo terapêutico.

Palavras-Chave: Adolescência; Diversidade; Entrevista Clínica; Factores Protectores.

Summary

Assessment of Protective and Risk Factors in Adolescent Health

Adolescence is usually referred to as the healthiest stage in life. Adolescents are all quite different and their wellbeing varies a lot not only from one adolescent to the other but also in the same adolescent according to time and his or her developmental stage. The evaluation of the degree of vulnerability and of the protective factors in the life of every adolescent, provides an important basis for diagnosis and intervention decision making. The author focuses on the importance of the first interview at the clinical setting, communication techniques, and parental involvement.

Key-Words: Adolescence; Diversity; Clinical Interview; Protective factors.

Os adolescentes são todos diferentes. Não só em idade, mas sobretudo em termos de desenvolvimento pessoal e contexto sociocultural ⁽¹⁾. O seu estado de saúde, entendido sob um ponto de vista de saúde global, pode também variar não só de um adolescente para outro, mas também num mesmo adolescente, ao longo do tempo.

Felizmente, a grande maioria dos adolescentes é saudável. Há, no entanto, muitas variações no nível de bem-estar e também muitas situações de doença, na maioria das vezes transitória e, mais raramente, crónica ⁽²⁾.

Perante tanta diversidade, é essencial avaliar cada adolescente segundo uma perspectiva individual, tendo em conta a abordagem global do seu desenvolvimento ⁽³⁾.

A investigação na área da resiliência permitiu definir alguns factores que levam a que a criança e o adolescente se desenvolvam de um modo harmonioso apesar da existência de condições de vida adversas ^(4, 5, 6, 7). Poder-se-ia agrupar esses factores em quatro grupos:

- 1 – Factores relacionados com o próprio adolescente (genéticos, idade, sexo, estadió do desenvolvimento, antecedentes pessoais e experiência de vida);
- 2 – Factores relacionados com o contexto em que o adolescente vive, tais como o nível cultural, a classe socio-económica e o suporte social existente;
- 3 – Factores relacionados com a qualidade e quantidade dos acontecimentos marcantes na sua vida, sua duração e magnitude e efeitos a longo prazo;
- 4 – Factores protectores.

São vários os contextos na vida de um adolescente: o contexto social e geográfico, o contexto cultural e histórico, a família, o grupo de pares, a escola e/ou emprego. Segundo Antonovsky (Teoria Salutogénica), quanto melhor estas áreas funcionarem e estiverem integradas, mais fácil se tornará para o adolescente ter uma vida coerente ⁽⁸⁾.

Correspondência: Helena Fonseca
Unidade de Adolescentes – Serviço de Pediatria
Hospital de Santa Maria
Av. Prof. Egas Moniz
1699 Lisboa Codex
E-mail: helenafonseca@mail.telepac.pt

Aceite para publicação em 17/07/2000.
Entregue para publicação em 15/06/2000.

Sem dúvida que estas teorias nos fornecem pistas importantes, mas será a experiência continuada de trabalho com adolescentes que nos permitirá desenvolver essa capacidade de avaliar do estado de saúde global de um adolescente, suas vulnerabilidades e factores de protecção, por outras palavras, do seu nível de recursos para lutar contra situações adversas.

O inventário HEADSS (H-home; E-education; A-activities; D-drugs; S-sex; S-suicide) desenvolvido pela Escola de Los Angeles ⁽⁹⁾, quando bem utilizado na entrevista clínica poderá ser um método valioso de recolha de informação e é utilizado sistematicamente pela nossa equipa tanto na clínica do dia-a-dia, como no modelo de ensino-aprendizagem que preconizamos. Defendemos que qualquer intervenção física ou psíquica beneficiará se for inserida no todo que é o contexto de vida do adolescente em questão. Com uma recolha sistematizada de dados na entrevista, pretendemos:

1 – (H) Perceber em que medida é que o adolescente que temos perante nós, vive numa família que desempenha as funções que esperamos da família;

2 – (E) Perceber como é que vive a sua realidade escolar ou de emprego;

3 – (A) Perceber como interage no seu círculo de pares e que tipo de ocupação de tempos livres tem;

4 – (D) Perceber se existe história de consumos (não esquecer o tabaco e o álcool);

5 – (S) Perceber como é que está a vivenciar a sua sexualidade;

6 – (S) Avaliar se existem sintomas depressivos.

O modo como se conduz a entrevista segue as técnicas utilizadas pelas ciências da comunicação ⁽¹⁰⁾. Há regras básicas que devem ser respeitadas, tais como o estabelecimento de um clima de empatia que permita, após explicitação da condição básica de confidencialidade, formular perguntas que vão de domínios mais gerais para outros mais específicos, de áreas que são mais fáceis de abordar para outras que são mais difíceis, porque do foro mais íntimo.

Uma técnica adequada na primeira entrevista, focando mais este ou aquele aspecto, de acordo não só com o motivo expresso de vinda à consulta mas também com o que percebemos que são os motivos não explícitos, é crucial para o desenvolvimento posterior de uma boa relação terapêutica.

Imaginemos dois adolescentes de 13 anos, o João e o Gonçalo, que recorrem pela primeira vez, em dias sucessivos, à nossa consulta por se considerarem baixos em relação aos seus colegas de turma.

O João vive com os pais em Lisboa. Tem dois irmãos com quem se dá bem. É um aluno regular. Faz parte da

equipa de futebol da escola. Ainda não iniciou a sua puberdade. Conta que o pai «também se fez homem tarde». Tinha uma altura no percentil 3, não parecendo preocupar-se excessivamente com esta questão. A mãe media 160 cm e o pai 172 cm. Trazia análises já pedidas pelo médico de família, sem alterações.

Foi agendada uma segunda consulta para dentro de quatro meses e foi pedida uma radiografia do punho para determinação da idade óssea. Quando voltou, já estava num estadio de Tanner G2 P2 e a idade óssea pedida apresentava um atraso de dois anos em relação à idade real.

Os pais do Gonçalo separaram-se quando ele tinha 8 anos. Vive nos arredores de Lisboa com a mãe e um irmão mais novo. É a mãe que o traz à consulta. Já repetiu 2 anos na escola. Depois de a mãe ter sido convidada a sair do gabinete de consulta, referiu não gostar da escola, «não tenho paciência para aquilo». Os colegas apelidavam-no «o baixote». Não tem nenhum amigo especial e os rapazes com quem se dá melhor são alguns vizinhos, mais velhos do que ele. Recentemente, envolveu-se com um grupo que faz Graffiti, faltando muitas vezes à escola. Ambos os pais têm estatura média. Quando a mãe conheceu o pai, pelos 19 anos, este ainda não fazia a barba. O Gonçalo tinha uma altura no percentil 3 e um estadio de Tanner G2 P1. Acahava-se feio e desinteressante. A sua idade óssea, tal como a do João, estava atrasada de 2 anos em relação à idade real.

O João ficou com consulta marcada para dentro de um ano para provável alta. Expliquei-lhe que iria aumentar a sua velocidade de crescimento mais tarde do que a maioria dos rapazes da sua idade, mas que a perspectiva era a de atingir uma altura final razoável, semelhante à do pai.

Quanto ao Gonçalo, foi marcada uma nova consulta para daí a 15 dias. Perguntei-lhe se não gostaria de continuar a conversa que tínhamos iniciado nesse dia, ao que felizmente acedeu.

Estes dois adolescentes têm em comum o seu atraso constitucional de maturação. No entanto, enquanto o primeiro vive num contexto protector, o segundo apresenta várias vulnerabilidades que obrigam a um acompanhamento e orientação.

A Mariana, de 15 anos de idade, teve uma epifisiólise da cabeça do fémur operada pela Ortopedia do nosso Hospital há cerca de três meses. Foi-nos enviada pelos nossos colegas ortopedistas por obesidade. A família materna é obesa. Um tio da mãe morreu aos 50 anos por enfarte agudo do miocárdio. Começou a aumentar excessivamente de peso pelos 6-7 anos e actualmente tem um IMC para a idade de 30.

É filha única. Tem uns pais superprotectores que dificultam a sua socialização. Está no 9.º ano, completa-

mente indecisa em relação à área que irá escolher. Diz que não sabe o que é que quer fazer na vida. Detesta as aulas de educação física na escola pois tem vergonha que os colegas rapazes a vejam vestida com o fato de ginástica, pelo que, arranja um pretexto para faltar sempre que pode. Tem várias faltas não justificadas a esta disciplina, as quais procura esconder da família. O perfil lipídico revelou um colesterol de 280 mg/dl. A tensão arterial situava-se no percentil 50 para a idade.

Apesar de a escola estar situada a 10 minutos a pé de casa, não conseguiu que os pais a deixassem de levar e trazer sempre de carro. A mãe diz que «o mundo está muito perigoso» e «tem medo de tudo: que a filha seja roubada no caminho para a escola, que tenha amigos que se droguem, que entre por maus caminhos, que comece a namorar e inicie uma vida sexualmente activa...». Curiosamente não tem medo do que possa vir a acontecer à filha, tendo em conta o seu grau de obesidade e os antecedentes familiares pesados de doença cardiovascular! Não está minimamente motivada em a ajudar a perder peso.

Iniciamos um seguimento individual da Mariana com uma periodicidade quinzenal e uma reunião familiar mensal. A intervenção incluiu um plano de modificação dos hábitos alimentares e de exercício físico, assim como a promoção da auto-estima e da autonomia. A Mariana e a família começaram a perceber que o risco não estava só na sobrecarga de peso para a cabeça do seu fémur (motivo que a tinha trazido à nossa Consulta), nem apenas no risco aumentado de doença cardiovascular, mas também no ambiente pesado que envolvia o dia-a-dia da Mariana e que estava a fazer com que crescesse submergida não só em tecido adiposo mas também em múltiplos medos.

A Ana também tem 15 anos e é colega de turma da Mariana. Foi trazida por esta à nossa consulta. A Ana era a melhor aluna da turma. Desde há cerca de ano e meio que vinha progressivamente a perder peso. Teve a menarca aos 12 anos a que se seguiram períodos regulares. Está desde há seis meses com amenorreia. Tem uma grande falta de confiança em si própria. Acha que há partes do seu corpo que por mais que emagreça continuam gordas, nomeadamente a anca e as coxas. Não consegue vestir saias porque fica muito larga e todos olham para ela. Usa sempre uns jeans muito justos que acentuam ainda mais a sua magreza, magreza essa que para si não o é. Esteve durante alguns meses a ser seguida por uma psicóloga, tendo entretanto desistido desse seguimento. Começou recentemente a notar diminuição no rendimento escolar com falta de concentração. Os pais estão desesperados e são completamente manipulados por ela. As horas das refeições passaram a ser um suplício para toda a família acabando a maioria das vezes em discussão, com a Ana a ir terminar a refeição sozinha no quarto.

Quando foi à nossa Consulta tinha um IMC (índice de massa corporal) de 14,6. Foi feito o diagnóstico de Anorexia Nervosa (sub-tipo restritivo) e relatado o caso clínico na reunião de equipa interdisciplinar, tendo a Ana iniciado de imediato uma psicoterapia individual. Fez-se, simultaneamente, apoio nutricional e terapia familiar.

Neste último caso, o apoio psiquiátrico foi essencial para reverter o curso da doença.

Tanto a Mariana como a Ana tinham dificuldades no modo como se relacionavam com o corpo, a primeira por obesidade e a segunda por uma doença do foro da saúde mental. Ambas, no entanto, tinham um aspecto em comum que era o medo de crescer.

Como acabamos de ver, uma mesma patologia pode assumir facetas diversas de um adolescente para outro e, conseqüentemente, exigir intervenções distintas, em função da avaliação que tiver sido efectuada das diferentes variáveis. Do mesmo modo, patologias diferentes podem apresentar facetas comuns. O que é que pode ser considerado um comportamento normal na adolescência, o que será uma variante do normal e o que será já patológico? Frequentemente o tipo de intervenção vai depender mais da avaliação que fizemos do contexto e dos factores de risco e protecção, essenciais para a determinação do grau de vulnerabilidade, do que da avaliação da patologia em si mesma. Por outras palavras, as repercussões de uma patologia num contexto problemático em que os factores de risco sobressaem face aos de protecção, não é comparável ao impacto dessa mesma patologia num contexto onde os factores de protecção tenham maior peso ⁽¹¹⁾.

A detecção atempada desses contextos problemáticos poderá permitir planear toda uma intervenção quantas vezes decisiva na vida do adolescente ^(12, 13). Devemos, no entanto, ter em conta que os adolescentes têm uma capacidade imensa de se ajudarem a si próprios, ou seja, qualquer intervenção da nossa parte deverá ser entendida como um processo interactivo no qual o adolescente toma uma parte activa que lhe irá sobretudo aumentar os recursos para que, em situações semelhantes futuras, possa tomar conta de si próprio com mais qualidade.

* Conferência proferida no XI Congresso da Sociedade Espanhola de Medicina da Adolescência (A.E.P. – Associação Espanhola de Pediatria) em Valladolid, 5-6 de Maio de 2000.

Bibliografia

1. Fonseca H. Cultural Influences on the adolescent risky behavior. *J A.P.E.E.* (Association for Pediatric Education in Europe) 1995; 1: 51-4.
2. Patterson J, Blum R W. Risk and Resilience Among Children and Youth With Disabilities. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 692-8.

3. Fonseca H. O Adolescente e a Saúde. *Acta Pediatr Port* 1995; 26: 275-6.
4. Garmezy N. Stress resistant children – the search for protective factors. In: Recent advances in developmental psychopathology. Stevenson J. ed., Pergamon, Oxford, 1985.
5. Garmezy N. Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry* 1993; 56: 127-36.
6. Garmezy N. Resiliency in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann* 1991; 20: 462-6.
7. Werner E E, Smith R S. Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth. Mc Graw-Hill, New York, 1982.
8. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. 1st ed. San Francisco; Jossey-Bass, 1978.
9. Neinstein L S. The Office Visit, Interview Techniques, and Recommendations to Parents. In: Neinstein L. S.. Adolescent Health Care – A Practical Guide. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 46-60.
10. Coleman W L. The First Interview With a Family. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 119-29.
11. Zimmerman M A, Arunkumar R. Resiliency Research: Implications for Schools and Policy. *Social Policy Report – Society for Reserach in Child Development* 1994; 4: 1-17.
12. Gellerstedt M E, le Roux P, Litt D. Beyond Anticipatory Guidance – Parenting and the Family Life Cycle. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 65-78.
13. Blum R W. Healthy youth development as a model for youth health development. *J Adolesc Health* 1998; 22: 368-75.