

Qualidade de Vida no Adolescente

MARIA DE LOURDES LEVY

Departamento de Educação Médica
Faculdade de Medicina de Lisboa

Resumo

A autora sublinha a importância de no curriculum de Pediatria introduzir conhecimentos sobre o Adolescente, incluindo a noção de qualidade de vida.

O modelo apresentado por Lindstrom da Escola Mundial de Saúde Pública de Göttemberg seria um modelo a adoptar pela informação que nos poderia fornecer.

Palavras-Chave: Adolescente, qualidade de vida, educação médica.

Abstract

The author stresses the importance of including in the Pediatric Curriculum the notion of quality of life.

The model presented by Lindström from the Nordic School of Public Health of Göttemberg could be a model to adopt due to the information it provides.

Key-Words: Adolescent, quality of life, medical education.

Em artigos anteriores ^(1, 2, 3, 4) temos chamado a atenção para a importância de incluir no conteúdo programático dos curricula da disciplina de Pediatria, quer a nível pre como pós graduado alguns itens dedicados ao *Adolescente* e à *Adolescência*.

Tal, de facto, já vai acontecendo e, no curriculum que melhor conheço e no qual, durante anos, tive responsabilidade, foram já incluídos alguns aspectos da Saúde dos Adolescentes.

O presente artigo tem o objectivo de chamar a atenção para um aspecto nem sempre valorizado mas, sem o qual na actualidade não estamos a encarar a saúde do Adolescente no seu aspecto global ⁽⁵⁾. Trata-se de um aspecto, mais profundo e abrangente, e em relação ao qual e para o qual os nossos alunos devem ser sensibilizados.

Referimo-nos à «Qualidade de Vida»; é pois qualidade de vida o tema que nos irá ocupar neste pequeno artigo que, não tem outro objectivo senão o de tentar sensibilizar os alunos para esta dimensão da vida do adolescente, em relação à qual não podemos nem devemos ficar indiferentes.

Consideramos Adolescente todo o indivíduo dos 10 aos 19 anos ^(5, 6). Este espaço deve ser dividido em dois períodos distintos, dos 10 aos 14 anos e dos 15 aos 19 anos, pois cada uma destas fases tem características pró-

prias que devem ser tomadas em consideração ao encarmos os problemas de saúde dos Adolescentes, Saúde entendida numa perspectiva global, expressão de um bem estar físico, mental e social, e portanto, «*qualidade de vida*»:

É, exactamente, a pluralidade com que os *Adolescentes* se nos apresentam que torna difícil e artificial falar em qualidade de vida do Adolescente em geral, porque o *Adolescente* não é um estereotipo; cada *Adolescente* é único e como tal deve ser considerado ⁽⁷⁾.

A Adolescência é a fase em que o indivíduo vai pouco a pouco separar-se dos seus Pais para ganhar a sua independência e construir a sua identidade. De facto tornar-se independente, estabelecer a sua identidade e assumir a sua sexualidade são tarefas que o Adolescente terá que realizar e dominar na sua passagem da infância para a idade adulta ⁽⁸⁾.

O segundo decénio da vida do indivíduo, é o período em que o indivíduo abandona uma infância mais ou menos dependente mas geralmente estável para entrar num período de intensa socialização durante o qual deve definir padrões de vida do adulto, vida que se deseja ser uma vida de qualidade.

A passagem de um modo de existência – Criança – para outro – Adolescente é acompanhada de reacções afectivas muito marcadas, em parte condicionadas

pelo contexto cultural e social do meio onde a criança vive.

Os factos até agora expostos, componentes de um período de vida em constante evolução vão interferir com maior ou menor peso na qualidade de vida desse adolescente, porque – *a qualidade de vida de um adolescente* – será sempre um factor individual, resultado de todo o seu passado e das influências genéticas, sociais, económicas, culturais e ambientais que ele sofreu durante a sua infância.

Aqui desempenha um papel importante, como é óbvio, a família e a sua competência.

Os Adolescentes têm na sociedade actual um papel importante, não só pelo peso demográfico ⁽⁹⁾ (16,3% da população) mas pelo lugar de direito que têm na nossa sociedade. Lembremos a «Convenção dos Direitos da Criança» ⁽⁸⁾ que considera criança todo o indivíduo menor de 18 anos; Portugal ao ratificar a Convenção em 1990 automaticamente consignou todos os direitos referidos nessa constituição relativos ao Adolescente; os adolescentes, porém, terão que vencer muitas barreiras e correr alguns riscos até alcançarem a estabilidade que só a maturidade lhes irá dar.

Para um adolescente com patologia, um adolescente deficiente as dificuldades e as barreiras a vencer neste longo período de transição para a idade adulta são sempre acrescidas, independentemente da doença crónica ou da deficiência em causa.

Duma maneira simplista, poderíamos dizer que a *qualidade de vida* de um Adolescente poderia ser avaliada pela satisfação das suas necessidades.

De facto, um Adolescente em que as necessidades básicas foram satisfeitas e aqui, referimo-nos não só às necessidades físicas ou biológicas como às psicossociais, terá à partida as condições básicas para uma boa *qualidade de vida*.

Abrigo, vestuário e alimentação estão na base da sobrevivência de qualquer ser humano, mas se quisermos raciocinar em termos de saúde, tal como é considerado pela OMS, teremos que assegurar não só o bem estar físico, como o mental, social e espiritual ⁽⁹⁾.

No Adolescente a satisfação dos factores psicossociais representa um contributo importante para a maturação da sua personalidade. Maslow – autor da teoria da motivação humana, ⁽⁹⁾ sugere que as necessidades psicossociais sejam encaradas segundo uma hierarquia de níveis em que sucessivamente se situa: a sobrevivência e a segurança, o sentido de pertença e de amor, a necessidade de estima e prestígio, a necessidade de realização pessoal, a criatividade, as necessidades estéticas, a necessidade de saber e compreender, isto é, a curiosidade, e a descoberta de horizontes novos e novas sensações.

A satisfação destas necessidades é garantia ou pelo menos abre caminho para uma boa *qualidade de vida*.

Mas as causas não são também tão fáceis; uma boa *qualidade de vida* será afinal e apenas o sumatório dos vários ingredientes que atrás expusemos?

Será que a vida que nós traçamos para um Adolescente, vida tendo em consideração todas as necessidades atrás enumeradas mas esquecendo o próprio Adolescente e a sua complexidade, essa vida planeada em que as horas das refeições, do sono, o descanso e de lazer são condicionadas, as actividades escolares programadas, será esta vida compartimentada que o Adolescente quer viver? Será esta vida que para ele corresponde a um padrão de *qualidade de vida*?

É bem certo que os ritmos biológicos devem ser respeitados, mas frequentemente haverá um conflito entre a exigência de obediência a estes ritmos e os acontecimentos da vida do Adolescente, que irão perturbar a harmonia entre ambos.

Porque, caberia aqui perguntar. Que lugar há nesta vida, assim programada, para o convívio entre amigos e colegas, para as longas reuniões em que se fala e discute sem nunca se chegar ao fim, para as refeições comidas à pressa, em qualquer lugar privilegiado com comidas não tradicionais, que lugar para a música, para as discotecas, para tudo enfim que actualmente se chama de cultura jovem e que só se vive entre os pares?

Tudo nos leva a concluir que não podemos estabelecer um critério uniforme que corresponda num Adolescente a uma boa *qualidade de vida* porque essa qualidade de vida será diferente para cada Adolescente e deverá ser negociada entre ele ou ela, a família e o seu contexto, e terá que ser perspectivada desde os primeiros anos da infância.

A aprendizagem e descoberta das relações sociais, da amizade, do valor do grupo, da descoberta das relações sexuais, são tudo condimentos para a garantia de uma boa *qualidade de vida*.

Porque, afinal, uma vida com qualidade é o resultado de muitos momentos vividos plenamente e em que cada momento que se vive é apenas um ponto na trajectória da vida.

Procurámos, na bibliografia mais recente, artigos que nos falassem de *qualidade de vida* do Adolescente e verificámos que a sua quase totalidade se referia a Adolescentes com patologia (sobretudo deficientes mentais e adolescentes com doença crónica especialmente epilepsia, asma, diabetes, fibrose quística, neoplasias entre outras), o que obviamente nos vem mostrar que a saúde condiciona a *qualidade de vida do Adolescente* e que a doença, impondo limitações a muitas actividades da vida quotidiana, vai impedir a normal integração do Adolescente na família, na escola e na comunidade alterando essa qualidade.

O Adolescente é geralmente considerado por todos como um indivíduo saudável. De facto a sua mortalidade é baixa. Mas, será a mortalidade o melhor indicador para avaliar a saúde dos Adolescentes? E quais as características da sua morbilidade?

Sem negar a importância de algumas doenças do Adolescente a exigir cuidados médicos específicos, nomeadamente as doenças crónicas, grande parte dos problemas de saúde do Adolescente situam-se na área psicossocial e estão ligados a comportamentos de risco que necessitam para a sua abordagem estratégias especiais se se quiser, com êxito, promover a saúde dos Adolescentes.

Se é um facto, como atrás dissemos, que a mortalidade é baixa na adolescência, ela está concentrada maioritariamente numa rubrica – a que corresponde a causas externas – e dentro destas a que se refere a acidentes. Verifica-se que um terço da mortalidade deste grupo etário, do sexo masculino, corresponde a acidentes com veículos a motor e é de longe a maior da Europa.

Estes factos, devem ser tomados em consideração quando se pretende instituir cuidados de saúde dirigidos ao Adolescente, o que, entre nós só acontecem em 1987, quando o Director Geral do Hospital, de então, emitiu um despacho em que determinou que a idade pediátrica em Portugal para assistência em estabelecimentos hospitalares será de 15 anos, e posteriormente a Convenção dos Direitos da Criança que veio alargar essa idade até aos 18 anos.

Só nos últimos anos se tem vindo a concretizar a implantação de serviços de saúde dirigidos especificamente aos Adolescentes e obedecendo às características que tais serviços exigem.

Ligar *qualidade de vida* apenas à saúde é continuar a perpetuar o modelo biomédico que tem entre nós orientado, de uma maneira geral, a prestação de cuidados à nossa população, não entrando em linha de conta com a contribuição dos determinantes psicossociais na definição dessa mesma *qualidade de vida*.

Do que acabamos de expor, podemos intuir que, a *qualidade de vida* do Adolescente resulta do entreteamento de muitas variáveis, algumas referentes ao próprio Adolescente mas também às redes com as quais ele está ligado (família, escola, comunidade).

Até agora não tem existido um modelo que permita avaliar a contribuição das várias áreas implicadas na definição de qualidade de vida de uma Criança ou um Adolescente.

• Lindström médico da Escola Nórdica de Saúde Pública de Göteborg, imaginou um modelo que denominou de «Modelo Ecológico ou Contextual», para avaliar a *qualidade de vida* nas idades pediátricas e que toma

em consideração todas as necessidades do indivíduo (adolescente) na sua própria perspectiva ⁽¹⁰⁾.

Como ele afirma, chegou a altura de alargar as medidas de saúde e encontrar medidas que permitam avaliar a *qualidade de vida* num modelo que inclua as várias dimensões da vida.

Sem entrarmos em pormenor, mas por termos achado este modelo muito curioso e inovador, diríamos que o autor considera como dando consistência à estrutura da *qualidade de vida*, quatro esferas, com implicações nessa qualidade.

A *esfera global* que representa a sociedade, a *esfera externa* que representa as condições socio-económicas da criança ou do Adolescente, a *esfera interpessoal* que representa a estrutura e funcionamento das relações sociais e finalmente a *esfera pessoal*, representando a condição física, mental e espiritual do adolescente.

Este modelo permite-nos em cada momento e, em todos os casos, integrar os vários aspectos, por nós citados, e pôr em evidência os défices existentes em cada uma das esferas, permitindo assim compreender a maior ou menor intervenção de cada um deles e a sua contribuição para a definição da *qualidade de vida* de um Adolescente.

Esta *qualidade de vida* teria que ser avaliada, em cada momento da vida do Adolescente, porque a influência de cada uma das esferas para o bem estar geral seria diferente na evolução de cada Adolescente e dependente de factores políticos, económicos, sociais e ambientais entre outros.

Incluir esta visão da *qualidade de vida* no curriculum do aluno de Pediatria, seria uma contribuição válida para a compreensão da adaptação do Adolescente ao meio em que está inserido.

Em última análise, a *qualidade de vida* de um Adolescente vai depender em grande parte da vida que ele viveu como criança e vai ser o alicerce que vai ajudar a contribuir para a sua *qualidade de vida* quando adulto ou idoso.

BIBLIOGRAFIA

1. Levy ML. Pediatria. Medicina de perspectivas renovadas. J Médico 1990; 120: 680-4.
2. Levy ML – A Saúde dos Adolescentes. Rev Port Pediatria 1993; 24: 225-31.
3. Levy ML – Adolescentes. Nova disciplina em Pediatria? Rev Port Pediatria 1993; 24: 395-8.
4. Levy ML – Adolescência. Uma fase do ciclo de vida. Rev Port Pediatria 1997; 28: 207-9.
5. OMS – Les problèmes des enfants d'âge scolaire II (10-13 ans). Rapport d'un group de travail (ICP/MCH.001) 1978, Genève.
6. OMS – Les problèmes des enfants d'âge scolaire III (14-18 ans) – Rapport d'un groupe de travail (ICP/MCH.010) 1978, Genève.
7. Courtecuisse V. L'adolescence – Les années métamorphoses. Ed. Stock. Laurence Pernoud, 1992.

8. INE. Gabinete de Estudos Demográficos. Estatística da população. 1993, Lisboa.
9. Convenção sobre os Direitos da Criança. Resolução da Assembleia da República n.º 20/90. Diário da República I série, n.º 211/1990. Jeanneret O, Sand A, Deschamps J et Manciaux M. Les Adolescents et leur Santé. Flammarion Médecine – Science Presses Universitaires de France, 1993.
10. Maslow A. Motivation and personality New York, 1970, Harper and Row ed.
11. Lindström B – «The environment and Children's quality of life», in the world of tomorrow, pg. 153-160, Pergamon, 1996.

Correspondência: Maria de Lourdes Levy
Faculdade de Medicina de Lisboa
Departamento de Educação Médica
Av. Prof. Egas Moniz, Piso 1
1699 LISBOA CODEX