

QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA*CHILD AND ADOLESCENT'S LIFE QUALITY: BIBLIOGRAPHIC REVIEW**CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS Y DE ADOLESCENTES: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA*

REJANE MARIE BARBOSA DAVIM¹
RAIMUNDA MEDEIROS GERMANO²
REJANE MILLIONS VIANA MENESES³
DJAILSON JOSÉ DELGADO CARLOS⁴
JANMILLI DA COSTA DANTAS⁵

Este estudo, de revisão bibliográfica, objetivou analisar os resumos de artigos científicos sobre qualidade de vida de crianças e adolescentes. A coleta de dados foi realizada na Medline e na Lilacs, no período de 2000 a 2007. A amostra foi constituída por 271 resumos, os quais foram analisados quanto ao ano de publicação, país de realização e tipo de estudo. Concluímos que, apesar do crescimento no número de publicações sobre a temática, principalmente nos Estados Unidos, Inglaterra e no Brasil, ela é ainda muito pouco explorada.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida; Criança; Adolescente.

This bibliographic review aimed at analyzing the abstracts of scientific articles about child and adolescent's quality of life. The data were collected at Medline and Lilacs, from 2000 to 2007. The sample consisted of 271 abstracts which were analyzed in the following aspects: year of publication, the country in which the study was carried out and type of study. We concluded that although the number of publication about the theme is increasing in the world, mainly in the United States of America, England and Brazil, there isn't still a lot of research on the subject.

KEYWORDS: Quality of life; Child; Adolescent

La finalidad de este estudio, de revisión bibliográfica, fue analizar los resúmenes de artículos científicos concernientes a la calidad de vida de niños y adolescentes. La recogida de datos se realizó en Medline y Lilacs en el período de 2000 a 2007. La muestra abarcó 271 resúmenes que fueron analizados teniendo en cuenta el año de publicación, país de elaboración y tipo de estudio. Concluimos que, a pesar del crecimiento del número de publicaciones sobre el tema, principalmente en Estados Unidos, Inglaterra y Brasil, todavía es un tema muy poco investigado.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida; Niños; Adolescente.

¹ Enfermeira Obstetra, Doutora em Ciências da Saúde/UFRN, Docente do Departamento de Enfermagem/UFRN, Vice-Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRN, Presidente da ABENFO/RN. End: Av. Rui Barbosa, 1100, Bloco A, Apto. 402, Residencial Villaggio Di Firenze, Lagoa Nova, Natal/RN – Brasil. E.Mail: rejanemb@uol.com.br Fones: Res: (84) 3206-0818 – Com: 3215-3615 / 3772.

² Enfermeira Doutora em Educação/UNICAMP, Docente do Departamento de Enfermagem/UFRN, Orientadora do Programa de Mestrado do Departamento de Enfermagem/UFRN. E.Mail: rgermano@natal.digi.com.br

³ Enfermeira Doutora em Enfermagem/UERJ, Docente do Departamento de Enfermagem/UFRN, Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRN. E.Mail: rejmillions@hotmail.com

⁴ Enfermeiro do Hospital Universitário Onofre Lopes, Professor Substituto do Departamento de Enfermagem/UFRN, Mestre em Enfermagem/UFRN. E.Mail: djdc_dede@hotmail.com

⁵ Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Japi/RN, Coordenadora da Vigilância Epidemiológica do Município de Pureza/RN, Mestre em Enfermagem/UFRN. E.Mail: janmillidantas@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Qualidade de vida é um conceito dinâmico que se altera com o processo de vivência das pessoas, incluindo ampla variedade de condições intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo. As condições externas predis põem a uma vida de qualidade, sem, contudo, ser esse o fator determinante. De certa forma, a qualidade de vida é, fundamentalmente, definida pelo próprio indivíduo como uma experiência interna de satisfação e bem-estar associados ao processo de viver. Ainda que as condições externas pareçam favoráveis à qualidade de vida, os indivíduos podem ser privados desta em função das dificuldades para obtê-las e/ou mantê-las¹⁻².

Quanto à satisfação e bem-estar, é importante ressaltar que estes sentimentos podem ser, muitas vezes, momentâneos. Assim sendo, acreditamos que a conquista de uma vida de qualidade pode ser construída e consolidada por meio de processos que incluem a reflexão sobre o que é prioritário à vida de qualidade, com o estabelecimento de metas a serem alcançadas, tendo como estímulo a busca de ser feliz³.

No que se refere à qualidade de vida de crianças e adolescentes, proteção e promoção representam desafios, cuja amplitude e complexidade ultrapassam aqueles que as agências de saúde pública estabelecem como sendo solução. Isto é importante, do ponto de vista social, por entendermos que essa população é mais vulnerável, sendo constituída por indivíduos imaturos, que não têm condições de enfrentarem sozinhos as exigências do ambiente em que habitam⁴.

As ações de saúde pública, em sua maioria, envolvem práticas direcionadas aos adultos com o objetivo de que estes adotem comportamentos saudáveis em benefício próprio. Em contrapartida, as ações de saúde pública voltadas à criança e ao adolescente são indiretas, dirigidas por adultos capazes de proteger e cuidar, não somente por uma questão legal ou ética, mas, sobretudo, por uma questão de garantir a eficácia e o impacto da ação-intervenção⁴.

Na realidade, as dificuldades inerentes às ações voltadas à promoção e proteção da saúde de crianças e adolescentes, também conhecidas como ações indiretas,

freqüentemente são intervenções de saúde pública que se presta a compensar sua incapacidade e a falta de comprometimento dos adultos. Essas ações, na maioria das vezes, são ignoradas, pela falta de compreensão, responsabilidade ou esclarecimento dos adultos sobre o seu papel na formação e desenvolvimento de crianças e adolescentes, prejudicando, assim, a qualidade de vida dos mesmos⁴.

A proteção e a qualidade de vida para as crianças e adolescentes estão firmadas nos princípios fundamentais que se encontram legitimados em documentos históricos, consagrados mundialmente como a Declaração Universal dos Direitos da Criança e a Convenção Internacional de Direitos da Criança e Adolescente desde 1959⁵.

No Brasil, esses direitos encontram-se assegurados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), segundo a Lei 8069 de 1990. Este documento representa avançada legislação, em especial no que se refere à substituição do Código de Menores, cujos princípios contemplam medidas de assistência e proteção para as crianças em situação irregular, abandonadas e que são consideradas “menores de risco”⁶.

No que diz respeito aos indicadores de desenvolvimento e qualidade de vida para crianças e adolescentes, destacam-se o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) e o Índice de Desenvolvimento Juvenil (IDJ), estabelecidos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desde 2004.

O primeiro índice (IDI) diz respeito à qualidade de vida entre 0 e 6 anos de idade, tendo sido obtido pela combinação de cinco indicadores, a saber: proporção de criança com mães de escolaridade precária; com pais de escolaridade precária; cobertura de vacinação; proporção de gestantes com cobertura pré-natal e escolarização bruta na pré-escola e creches⁷.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), estabelecido pelas Nações Unidas em 2004, coincide com o IDJ no que se refere à determinação da faixa etária correspondente à juventude, quer dizer, é consenso que corresponde ao período dos 15 aos 24 anos de idade. Na realidade brasileira, este índice trata das condições de vida dos jovens e é composto pelos indicadores de educação (analfabetismo, escolarização adequada e qualidade do

ensino), de saúde (mortalidade por causas internas e violentas) e renda per capita da família⁸.

Do ponto de vista das peculiaridades biopsicossociais da criança e do adolescente relacionadas ao processo de crescimento e desenvolvimento pessoal (maturidade emocional e intelectual) e a inserção social, caracterizam esse grupo como de alta vulnerabilidade aos agravos da sociedade, envolvendo diferentes demandas englobando a família, grupo social e os sistemas de atenção, ou seja: pedagógico, saúde, assistência social, trabalho, lazer, esporte, entre outros⁹.

Quanto à perspectiva de trabalho voltada à proteção e promoção da qualidade de vida para crianças e adolescentes, compreende uma dimensão integradora entre múltiplos setores tanto nos aspectos macroestruturais (as políticas) como na articulação interna para mobilização das intervenções. Ocorre uma multiplicidade de mecanismos interferindo de forma positiva e/ou negativa para o adequado crescimento, desenvolvimento e integração social desses jovens com demanda interinstitucional e interpessoal, reconhecida como trabalho em “rede”⁴ que compreende a noção básica de vinculação em torno de uma causa (fenômeno, evento) atuando de forma dinâmica, agindo e interagindo com esta atuação, na construção de melhorias, quanto às condições necessárias ao desenvolvimento de crianças e adolescentes principalmente aqueles que convivem com vários fatores de risco nos macro (sistema social e econômico) e micro ambientes (família, escola, amigos, comunidade)¹⁰.

Em países pobres, a prática de trabalho em “rede” destinada à criança e ao adolescente tem sido uma exigência da realidade social, devido à necessidade de mobilização em torno dos principais problemas sociais que podem comprometer a qualidade de vida, as perspectivas futuras e a integridade de milhares de indivíduos. A pobreza, exclusão social, tráfico de drogas, violência, estupro, entre outros, são exemplos de problemas que agem de forma conjunta, retroalimentando danos, como violência familiar e social, assim como o comprometimento da seguridade social e a esperança de vida desses jovens⁴.

Sabemos que todos esses problemas que afetam a criança e o adolescente, em especial o uso e/ou abuso de

drogas psicoativas, vem tomando proporções alarmantes e estão sendo considerado um dos grandes problemas de saúde pública, acometendo todas as faixas etárias, níveis sociais, sem distinção de gênero, fazendo disso uma questão não só local ou mesmo nacional, mas rompendo todas as fronteiras e globalizando-se¹¹.

O trabalho de “rede” focado na garantia de direitos, proteção e atendimento à criança e ao adolescente, vem sendo desenvolvido no Brasil desde a década de 1980 com ampla participação das Organizações Não-Governamentais (ONGs), Universidades, governos federal, estadual e municipal, associações de classes comunitárias e comunidades. Essas entidades atuam em diferentes regiões e municípios¹⁰.

Da mesma forma, o trabalho em “rede de proteção”, viabiliza a formação das “redes sociais” estimulando o desenvolvimento de práticas integradas a nível comunitário, contribuindo assim para a conscientização e mobilização social, voltada às crianças e adolescentes, junto às famílias, lideranças comunitárias, amigos e parentes. A continuidade dessas práticas é importante indicador no impacto positivo das propostas de proteção, promoção e interação no enfrentamento dos problemas psicossociais e de saúde das crianças e dos adolescentes¹².

Para casos em que as famílias descuidam-se da função protetora das crianças e aos adolescentes, expondo-as a situações de risco, como abandono, rua, abuso físico-sexual e situação de risco de vida, a Resolução nº 16/2000 do Conselho Federal de Psicologia orienta que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser assinado por instituições que prestem assistência legal à criança, como os Conselhos Tutelares¹³.

Significativa é a abordagem voltada à prevenção de danos e problemas psicossociais, tais como: delinquência, drogadição, baixa escolaridade, desemprego, violência social e familiar, por propiciar o conhecimento e a identificação dos fatores de risco relacionados à vulnerabilidade em níveis individual, familiar e comunitário. Sobre os fatores protetores, sabemos que atuam protegendo ou neutralizando os efeitos dos agravos, favorecendo o enfrentamento e superação das adversidades desses jovens na sua qualidade de vida¹⁴.

Dessa forma, determinantes sociais e culturais, somam-se aos fatores familiares e individuais, favorecendo a multiplicação e perpetuação de diferentes agravos. A pobreza é, freqüentemente, relacionada ao desemprego, pais solteiros, stress, baixo nível educacional, bem como pobreza e conflitos maritais, estão relacionados à criminalidade e problemas de adaptação⁴.

Vale destacar que a qualidade de vida tem componentes subjetivos e objetivos. Os primeiros são essenciais à satisfação pessoal que é intrínseca à qualidade de vida. Os componentes objetivos também são necessários à garantia dessa qualidade. No entanto, podemos encontrar pessoas vivendo em situações de pobreza e miséria, porém satisfeitas com a vida, enquanto que outras, encontrando situações adversas de risco à saúde podem avaliar sua qualidade de vida como pior que a desejada¹⁵.

Crianças e adolescentes enfrentam vários problemas que podem ser reais ou simbólicos. Temos como exemplo a perda do convívio com os grupos de pares, iniciação sexual precoce, condição essencial na vida em sociedade dessa população, em especial, dos adolescentes. Ao se deparar com dificuldades dessa natureza, esses jovens apresentam isolamento psicológico e social, baseado em sentimentos negativos, permeado nas relações interpessoais, inclusive com os familiares. Também pode interferir em sua imagem corporal e auto-estima, apresentando sentimentos repugnantes de si mesmo, desprestígio da sociedade, até não serem capazes de enfrentar essas situações.

Dessa forma, os problemas enfrentados por crianças e adolescentes, em especial a iniciação sexual precoce não agrada nem à família nem à sociedade. É um problema da realidade brasileira, como também mundial, que não pode ser ignorado ou mesmo utilizar políticas educativas que condenem esse fato, tendo em vista a não solução da gravidez não planejada e/ou indesejada. Nestes termos, para que os direitos de crianças e adolescentes sejam respeitados e planejados, é imprescindível a efetivação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), com oferta de serviços à saúde dessa população, disponibilizando todas as informações a esse grupo de jovens acerca da fisiologia da reprodução, sexualidade e anticoncepção, além de outras ações como saúde bucal, saúde mental, crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes e

violência, todas elas de igual importância na melhoria e na qualidade de vida da criança e do adolescente¹⁶.

A World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL) que é um grupo da Organização Mundial de Saúde (OMS), estuda a qualidade de vida baseando-se em três pilares quais sejam: subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas. Este grupo define a qualidade de vida como sendo a percepção pessoal de sua posição de vida no contexto cultural e de valores nos quais o indivíduo vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹⁷.

Destas breves considerações, vemos quão importante têm sido os estudos multidisciplinares acerca da qualidade de vida, visto favorecerem o entendimento das problemáticas sócio-culturais, apontando subsídios para a manutenção da saúde dos indivíduos, aqui em destaque, crianças e adolescentes, por se constituir um aspecto básico à saúde, como também por estabelecer a relação existente entre qualidade de vida, a morbidade e a mortalidade entre crianças e adolescentes.

Enfim, essa problemática, certamente exacerbada pela presença do estigma que permeia o ser criança e o ser adolescente enfocada nesta revisão bibliográfica, associada à sua qualidade de vida, foi a fonte de estímulo para aprofundar o conhecimento sobre esses jovens, constituindo-se como objetivo do estudo: analisar a produção científica sobre essa temática no período de 2000 a 2007, tendo-se como fonte de investigação, resumos de periódicos científicos. Justificamos este recorte temporal por consideramos de relevante importância a identificação e análise da produção científica do tema em questão nos últimos sete anos, pela escassez dessa temática na literatura.

MÉTODO

Este estudo do tipo revisão bibliográfica trata do tema qualidade de vida de crianças e adolescentes. A pesquisa bibliográfica utiliza como fontes de contribuição diversos autores sobre determinado assunto, procurando explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas. Constitui também parte da pesquisa descritiva ou experimental quando tem como finalidade recolher infor-

mações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta ou acerca de uma hipótese que se quer experimentar. Enfim, a pesquisa bibliográfica é um meio de formação por excelência, constituindo procedimento básico para estudos científicos, buscando-se o domínio do estado da arte sobre determinado tema¹⁸.

O objeto da investigação centra-se na produção científica da temática qualidade de vida de crianças e adolescentes, em periódicos indexados nos Bancos de Dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), no National Library of Medicine (Medline). Optamos pela análise dos resumos, uma vez que a maioria atendia aos objetivos deste estudo.

Ao iniciarmos a busca dos resumos, foi acessado o site www.bireme.br e, por meio da Terminologia em Saúde, consultamos os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), qualidade de vida e *quality-of-life*, referente à criança e ao adolescente na área da saúde. Após a busca nos resumos foram identificadas 236 referências bibliográficas provenientes do Medline e 35 do Lilacs. Após a leitura atenta de cada resumo, iniciamos a fase de análise dos mesmos, buscando os seguintes aspectos: ano de publicação do artigo; país de realização e tipo de estudo.

A análise dos resumos foi realizada por meio de tratamento estatístico descritivo quantitativo. A análise descritiva registra, observa, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulação dos dados, procurando descobrir, com que precisão a frequência desses fenômenos ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e característica¹⁸. Quanto ao enfoque quantitativo, permite ao pesquisador uma coleta sistemática de condições controladas, analisando essas informações por meio da estatística descritiva¹⁹.

O banco de dados foi estruturado, analisado e apresentado em tabelas com frequências e percentuais que traduzem a análise descritiva e inferencial dos dados pelo software SPSS (Statistical Package Social Science) versão 14.0 para Windows.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados identificamos importante crescimento no número de publicações sobre qualidade

de vida relacionada à população em estudo no período de 2000 a 2007, como mostra a Tabela 1.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESUMOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, SEGUNDO O PERÍODO DE PUBLICAÇÃO. NATAL/RN – 2008.

Período de publicação	Nº	%
2000	23	8,5
2001	45	16,7
2002	44	16,2
2003	49	18,1
2004	59	21,7
2005	16	5,9
2006	14	5,2
2007	21	7,7
TOTAL	271	100,0

Diante destes resultados, observamos que o estudo sobre qualidade de vida de crianças e adolescentes na área da saúde, teve um crescimento considerável no recorte temporal de 2001 a 2004, constituindo importante alvo de pesquisa e enfatizando maior frequência no ano de 2004 com um percentual de 21,7 % de artigos publicados, como mostra a Tabela 1. Observamos ainda que, a partir desse recorte, houve um declínio bastante considerável de publicações sobre o tema nos anos de 2005 a 2007.

Um estudo desenvolvido em 2007 sobre o índice de qualidade de vida humana tomando por base dados dos Censos Demográficos de 1991 e 2000 demonstrou que, ao mesmo tempo em que o índice melhorou na maioria das localidades, aumentaram as desigualdades nesta época temporal. Com base nos resultados e leituras da pesquisa em questão, foi destacada a necessidade da implementação de diretrizes e princípios de sustentabilidade, monitorando elementos que caracterizam o ambiente urbano, tornando pesquisas nessa área mais evidentes, à medida que ampliam os problemas ambientais, econômicos e sociais responsáveis pelo declínio da qualidade de vida das cidades²⁰.

Em relação ao país de realização do estudo, constatamos que sua maioria (40,0%) foi desenvolvida nos Estados Unidos com 111 trabalhos, seguidos da Inglaterra (9,0%), Oceania (4,4%) e Alemanha (4,0%) como os que mais publicam. O Brasil destacou-se em terceiro lugar com 24 trabalhos (8,8%) publicados. Identificamos também que, em número menos destacado, outros países também estão desenvolvendo estudos nessa área, como mostra a Tabela 2.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESUMOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, SEGUNDO O PAÍS DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO. NATAL/RN – 2008

País de realização do estudo	Nº	%
Estados Unidos	111	40,0
Inglaterra	25	9,0
Brasil	24	8,8
Oceania	12	4,4
Alemanha	11	4,0
França	10	3,7
Canadá	09	3,0
Suécia	09	3,0
Itália	08	2,9
Holanda	08	2,9
Polónia	08	2,9
Dinamarca	05	1,8
Taiwan	05	1,8
Espanha	04	1,4
Japão	03	1,1
Venezuela	03	1,1
Nicarágua	03	1,1
Israel	02	0,7
Bélgica	02	0,7
Croácia	02	0,7
Outros *	14	5,0
TOTAL	271	100,0

* Outros – 12 Países diferentes

Nas últimas duas décadas, estudos sobre avaliação da qualidade de vida e do estado de saúde aumentaram consideravelmente. Temos observado que instrumentos estão sendo desenvolvidos e utilizados não apenas na América do Norte e Europa, mas também na Ásia e em outras regiões do mundo. O propósito fundamental desses instrumentos é o de avaliar a qualidade de vida, tendo em vista a saúde de indivíduos ou grupos²¹.

Para alguns estudiosos no assunto, temos como exemplo de pesquisa com indivíduos realizada na Suécia, em Estocolmo com 200 gestantes, tendo como resultado que as maiores preocupações dessas mulheres durante a gravidez estão relacionadas, por prioridade, à saúde do bebê, ao parto e à possibilidade de abortar, seguidas de sua própria saúde e assuntos financeiros como trabalho e dinheiro²².

Outro estudo ao ser desenvolvido nos Estados Unidos da América sobre qualidade de vida em gestantes encontrou como resultado que 61% dessa população estavam empregadas, em contradição com o Brasil, onde a inserção da mulher no mercado de trabalho deu-se há muito tempo, sendo tais números esperados²³.

Uma pesquisa realizada no Canadá com uma amostra de 393 gestantes mostrou uma associação negativa em

três domínios, ou seja, Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Dor, encontrando-se diferença em outros domínios como Vitalidade e Aspectos Sociais, isto quando comparados aos resultados das participantes do estudo com a população em geral²⁴.

Quanto aos aspectos metodológicos apresentados na Tabela 3 a seguir, a maioria (117) dos estudos investigou a qualidade de vida de crianças e adolescentes na área da saúde utilizando o estudo descritivo exploratório do tipo pesquisa com um percentual de 43,1%. Ensaio clínico randomizado apareceu em segundo lugar com 45 estudos (16,7%); a revisão de literatura aparecem em 40 trabalhos, dando um percentual de 14,7%; 23 foram estudos prospectivos (8,5%), seguidos de estudo transversal com 13 estudos (4,8%). Validação de instrumento apareceu com 11 trabalhos (4,1%) e outros em menores proporções. Atualmente temos observado publicações em outras áreas com a utilização de instrumentos validados disponíveis, principalmente nos Estados Unidos.

Ao observarmos a literatura, os trabalhos sobre qualidade de vida baseiam-se na sua maioria em pesquisas qualitativas e quantitativas. As primeiras utilizam técnicas de biografias e histórias de vida para evitar respostas estereotipadas, enquanto que as quantitativas tendem para a construção e validação de instrumentos multidimensionais. Em ambos os casos podem ser usados questionários auto-aplicáveis ou entrevistas com os próprios sujeitos, apresentando resultados comparáveis²⁵. De acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa, as metodologias utilizadas corroboram com a literatura consultada.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESUMOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, SEGUNDO O TIPO DE ESTUDO. NATAL/RN – 2008.

Tipo de estudo	Nº	%
Descritivo exploratório	117	43,1
Ensaio clínico randomizado	45	16,7
Revisão de literatura	40	14,7
Estudo prospectivo	23	8,5
Estudo transversal	13	4,8
Validação de instrumento	11	4,1
Estudo retrospectivo	09	3,3
Estudo de caso	09	3,3
Outros *	04	1,5
TOTAL	271	100,0

*Outros – 02 estudos longitudinais; 01 relato de experiência; 01 estudo caso-controle.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo de revisão bibliográfica, evidenciamos crescimento importante na produção científica no que se refere à qualidade de vida de crianças e adolescentes, sobretudo nos últimos sete anos, apresentando escores de maior relevância quanto ao local e tipo de estudo. Observamos que sua maioria está sendo desenvolvida nos Estados Unidos, destacando-se também neste cenário a Inglaterra e o Brasil.

Constatamos as estratégias para a obtenção da qualidade de vida, seja individual e/ou coletiva, através de medidas de proteção e promoção para as crianças e os adolescentes. Os princípios básicos da política dos direitos e proteção integral a esse grupo populacional; a ética e confidencialidade também foram abordadas nos artigos. Enfatizamos os fatores de risco e de proteção à saúde e desenvolvimento cognitivo desses jovens; o papel dos adultos, como fator de proteção, no macro e micro ambientes. Ressaltamos a importância das “redes sociais”, como estratégia fundamental à promoção de práticas interdisciplinares, com vistas ao bem-estar e qualidade de vida para toda a comunidade juvenil.

Por fim, em situações sociais complexas no envolvimento de crianças e adolescentes em situação de risco, é difícil encontrarmos um modelo de intervenção possível. Portanto, necessitamos de uma metodologia que atenda às características peculiares desse grupo populacional.

De certa forma, esta investigação oferece subsídios para que se continue pesquisando o tema em questão, com a finalidade de propiciar as transformações condizentes com a realidade desses jovens, prevenindo assim, comprometimentos no seu cotidiano.

É também de grande importância que, para um indivíduo ter saúde, é necessário educação e vice-versa, tendo em vista que uma depende da outra, agindo de forma simbiótica. Nestes termos, é relevante que os serviços de saúde e as escolas façam parcerias trabalhando em conjunto, tendo como objetivo, o bem-estar, saúde, educação e qualidade de vida de crianças e adolescentes ¹⁶.

REFERÊNCIAS

1. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MER. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enfermagem* 2002 nov-dez; 10(6): 757-64.
2. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latinoam Enfermagem* 1999 dez; 4 (3):5-15.
3. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000 jan-jun; 5(1):7-18.
4. Costa COM, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida a infância e adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007 out; 12(5):1101-9.
5. Organização das Nações Unidas (ONU). *Convenção Internacional de Direitos da Criança*. Genebra; 1989.
6. Bezerra SC. Estatuto da criança e do adolescente: marco da proteção integral. In: Ministério da Saúde (BR). *Violência faz mal a saúde*. Brasília (DF; 2004. p. 17-22.
7. Carvalho RC, Pinheiro AMCM. Indicadores de saúde para a infância e adolescência. In: Costa COM, Souza RP, organizadores. *Semiologia e atenção primária à criança e adolescente*. Rio de Janeiro(RJ): Revinter; 2005. p. 1-17.
8. Ministério da Saúde (BR) *Indicadores de dados básicos para a saúde*. Brasília (DF; 2003.
9. Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Ojeda ENS, Infante F, Grotberg E. *Manual de identificación y promoción de la resiliencia em niños e adolescentes*. Washington (DC): OPAS; OMS; Fundación Kellogg; Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI); 1998.
10. Deslandes S. Redes de proteção e redes sociais: uma práxis integradora. In: Ministério da Saúde (BR) *Violência faz mal à saúde*. Brasília (DF; 2004. p. 135-41.
11. Moraes LMP, Braga VAB. O adolescente e as drogas psicoativas: uma abordagem conceitual. *Rev. Rene* 2003 jul-dez; 4(2):67-74.
12. Oliveira ULA, Pfeiffer L, Ribeiro CR et al. Redes de proteção: novo paradigma de atuação. In: Ministério da

- Saúde (BR) Violência faz mal à saúde. Brasília (DF); 2004. p. 143-50.
13. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Resolução 16/00 . Realização de pesquisa em psicologia com seres humanos. Brasília (DF); 2000.
 14. Fraser MW, Reichman JM, Galinsky MJ. Risk, protection and resilience: toward a conceptual framework for social work practice. *Soc Work Res* 1999; 23(3):131-42.
 15. Michelon APC, Santos VLCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. *Rev Latinoam Enfermagem* 2004 nov-dez; 12(6):875-83.
 16. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHBA. Planejamento familiar na visão das adolescentes puérperas. *Rev RENE* 2005 jan-abr; 6(1):29-36.
 17. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL – 100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(1):33-8.
 18. Cervo AL, Bervian PA. Metodologia científica. 5ª ed. São Paulo(SP): Prentice Hall; 2002.
 19. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo (SP): Atlas; 1987.
 20. Umbelino GJM. Aplicação do índice de qualidade de vida humana (IGVH) nas regiões metropolitanas do Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2007 jul-dez; 24(2):16-8.
 21. Bunoni AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. Quality of life measurements. Will we ever be satisfied? *J Clin Epidemiol* 2000; 53(1):19-23.
 22. Ohman SG, Grunewald C, Waldenström U. Women's worries during pregnancy: testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish women. *Scand J Caring Sci* 2003; 17(2):148-52.
 23. Hueston WJ, Kasik-Miller S. Changes in functional health states during normal pregnancy. *J Fam Pract* 1998; 47(3):209-12.
 24. Otchet F, Carey MS, Adam L. General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal. *Obstet Gynecol* 1999; 94(6):935-41.
 25. Wu AW, Hays RD, Kelly S, Malitz F, Bozzette AS. Applications of the medical outcomes study health-related quality of life measures in HIV/AIDS. *Qual Life Res* 1997; 6:531-54.

RECEBIDO: 25/03/2008

ACEITO: 10/06/2008