



# Manual Pedagógico

## Atendimento ao adolescente: Instrumento de avaliação **HEEADSSSSS**

Coordenação  
Editorial **Isabel Bica**

**Autores**  
**Isabel Bica**  
**Luís Condeço**  
**Manuel Cordeiro**  
**Alzira Ferrão**  
**Inês Santos**  
**Francisco Ruas**



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

**1.ª edição | maio, 2024**

**Título**

Atendimento ao Adolescente:  
Instrumento de Avaliação HEEADSSSSS: Manual Pedagógico

**Coordenação Editorial**

Isabel Bica

**Autores**

Isabel Bica  
Luís Condeço  
Manuel Cordeiro  
Alzira Ferrão  
Inês Santos  
Francisco Ruas

**Editor:** Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde

**Capa e Execução gráfica:**

© Cristina Lima © Nuno Mendes

**ISBN:** 978-989-35494-6-9

**DOI:** 10.34633/978-989-35494-6-9

[https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/livros/atendimento\\_adolescente.pdf](https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/livros/atendimento_adolescente.pdf)



# Manual Pedagógico

## Atendimento ao adolescente: Instrumento de avaliação **HEEADSSSSS**

Coordenação  
Editorial **Isabel Bica**

**Autores**  
**Isabel Bica**  
**Luís Condeço**  
**Manuel Cordeiro**  
**Alzira Ferrão**  
**Inês Santos**  
**Francisco Ruas**



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu





# sumário

Introdução, 9

## 1. Adolescência, 11

- 1.1. Desenvolvimento biológico, 12
- 1.2. Desenvolvimento psicossocial, 15
- 1.3. Problemas do adolescente, 19
- 1.4. A entrevista ao adolescente, 20

*1.4.1. Consulta dos 12-13 anos: um guia prático para a consulta, 29*

Conclusão, 31

Referências bibliográficas , 33



## lista de tabelas

### **Tabela 1**

Cálculo da altura alvo (cm), 14

### **Tabela 2**

Estádios pubertários de Tanner, 14

### **Tabela 3**

Características psicossociais por itens nas diferentes fases da adolescência, 17

### **Tabela 4**

Questões para a entrevista ao adolescente, 27

### **Tabela 5**

Fases da Consulta no atendimento ao adolescente, 28



# lista de figuras

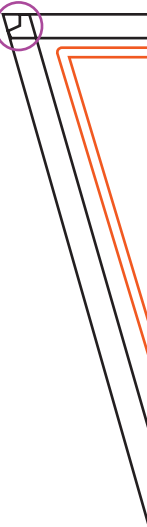
## Figura 1

Estádios de Tanner, 15

## Figura 2

Sinais de alarme, 18





## Introdução

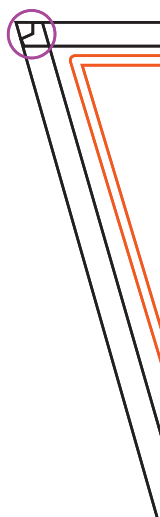
O atendimento ao adolescente é uma área crucial dentro da saúde e bem-estar juvenil, caracterizada pela necessidade de compreensão e atenção às complexidades biológicas, psicológicas, emocionais e sociais que acompanham a puberdade e permeiam a fase de transição entre a infância e a idade adulta. Este período, marcado por mudanças rápidas e significativas, requer uma abordagem sensível e holística por parte dos profissionais de saúde, visando garantir um desenvolvimento saudável para os adolescentes.

Os problemas de saúde mental aumentaram. A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é uma oportunidade privilegiada na atuação de triagem, avaliação, intervenção e orientação. O diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco, assim como a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas, devem transformar-se numa prioridade. Os Cuidados de Saúde Primários destacam-se na importância da primeira linha de atuação na triagem, avaliação, intervenção e referência das situações. Os adolescentes procuram cada vez mais os serviços de urgência, em vez das consultas de vigilância. A prevenção é fundamental. A detecção e a intervenção precoces melhoram o prognóstico e reduzem a morbidade.

As consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil são uma oportunidade privilegiada para a promoção da saúde, triagem, avaliação, intervenção e orientação em situações problemáticas (Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2013 [Portugal, MS, DGS]. Assim, como a presença dos adolescentes quando recorrem aos serviços de saúde, também, deve constituir uma oportunidade singular para potenciar a vigilância de saúde e evitar o número de deslocações, proporcionando a assistência em saúde aos adolescentes e famílias, sendo imperativo nestas situações fazer uma avaliação adequada recorrendo ao acrónimo – HEEADSSSSS (Fonseca, 2017; Fonseca, 2010).

O que é a avaliação HEADSS? Ferramenta escrita – e, escrita de forma diferente dependendo da pessoa que a faz, a avaliação HEADSS (ou HEEADSSSSS) é um acrónimo simples para rastrear os fatores psicossociais de um adolescente. A estrutura HEADSS foi projetada para começar a entrevista com perguntas abertas que vão de temas gerais para mais específicos, de áreas menos íntimas até perguntas mais íntimas. A confidencialidade e a privacidade são essenciais para todo este processo, a exceção à obrigação ao sigilo – compromisso imediato do risco de vida do próprio ou de terceiros.

A consulta do adolescente tem como objetivos: Promover a saúde física, emocional, psicológica e Social/relacional; Prevenir a doença; Antecipar a vigilância longitudinal; Promover o suporte familiar; Preparar o adulto de referência; Promover os cuidados antecipatórios; Avaliar a dimensão biopsicossocial; Rastrear, sinalizar e referenciar as situações de risco e Promover a resiliência (Portugal, MS, DGS, 2013).



Com este manual de apoio pedagógico não se pretende explicar todas as temáticas referentes a esta etapa do ciclo vital. O objetivo é sistematizar e disponibilizar informação sobre o atendimento do adolescente, numa abordagem biopsicossocial, através da entrevista com a utilização do acrónimo HEEADSSSS. Este encontra-se estruturado em cinco capítulos, onde se abordam o conceito de adolescência, o desenvolvimento biológico e psicossocial do adolescente, como detetar os problemas mais frequentes e por fim a entrevista ao adolescente. Ao abordar essas temáticas, procura-se fornecer uma visão abrangente sobre o atendimento ao adolescente e sua importância na promoção de uma transição saudável e bem-sucedida para a idade adulta.

# 1. Adolescência

A adolescência deriva do verbo “*adolescere*”, que significa “crescer, tornar-se adulto”. Portanto, a adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, caracterizada por um período de desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (*adolescents*) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (*youth*), critério este usado principalmente para fins estatísticos e políticos. Utiliza-se também o termo jovens adultos para englobar a faixa etária de 20 a 24 anos de idade (*young adults*) (Eisenstein, 2005).

A adolescência é um período da vida que inclui inúmeras mudanças no aspecto biológico, psicológico e social.

É comum haver alguma dificuldade em regular as emoções devido ao amadurecimento tardio do sistema de controle cognitivo cerebral (mecanismos neurofisiológicos do córtex pré-frontal).

A adolescência é também caracterizada por dificuldades nas relações interpessoais.

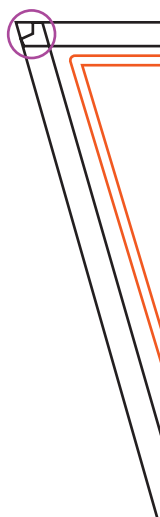
A família não é estranha a isso, e, os conflitos relacionais geralmente surgem entre os membros do sistema familiar.

A adolescência é uma fase da vida muito permeável às mudanças no seu ambiente. O processo de desenvolvimento biopsicossocial que pode começar antes do início da puberdade e durar para além do fim do crescimento.

Considerando que a adolescência está intimamente ligada ao desenvolvimento físico (pubertário) do indivíduo, poderia assumir-se que esta se inicia com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e que terminaria com o fim do crescimento somático. Isto é, podendo iniciar-se antes dos 10 anos ou finalizar depois dos 19 anos de idade.

No entanto, e face à crescente importância que tem vindo a ser atribuída aos aspetos comportamentais da adolescência, está melhor definida como sendo o processo de desenvolvimento biopsicossocial, o qual pode ser despoletado antes do início da puberdade e que pode perdurar para além do termo do crescimento somático, que leva uma criança a transformar-se num adulto em toda a sua plenitude, física, psíquica e social (autonomia social).

Algumas das transformações, ou problemáticas, que são mais típicas deste período da vida, poderão ser desafiantes para os profissionais de saúde que os atendem, assim como para pais e para os próprios adolescentes. Assim, é essencial que os profissionais de saúde que acompanham os adolescentes o façam de uma forma holística e empática, conhecendo bem as particularidades do desenvolvimento físico e psicossocial da adolescência, contribuindo para a sua normal



progressão (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010). Deve conhecer-se bem o impacto das fases da Adolescência nos comportamentos dos adolescentes para melhorar os cuidados de saúde prestados, cuidados antecipatórios e intervenções de prevenção.

Transformações fundamentais, nesta fase da vida (Portugal, MS, DGS, 2013):

- ▶ **Físicas** (crescimento somático, puberdade) são exuberantes;
- ▶ **Psíquicas** (cognitivas, psicológicas) aumentam claramente;
- ▶ **Sociais** (novos papéis, novas responsabilidades) o repertório afetivo enriquece-se e o processo de socialização estrutura-se de uma forma mais sofisticada.

## 1.1. Desenvolvimento biológico

Apesar da grande variabilidade individual no que diz respeito ao desenvolvimento físico/pubertário do adolescente, este ocorre segundo um padrão, mais ou menos bem definido, que permite a sua avaliação e monitorização objetivas, através dos dados antropométricos com a utilização das curvas de crescimento preconizadas pela Organização Mundial de Saúde conforme Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e o desenvolvimento pubertário através dos estadios de Tanner. (Portugal, MS, DGS, 2013).

### **Crescimento e maturação biológica durante a puberdade:**

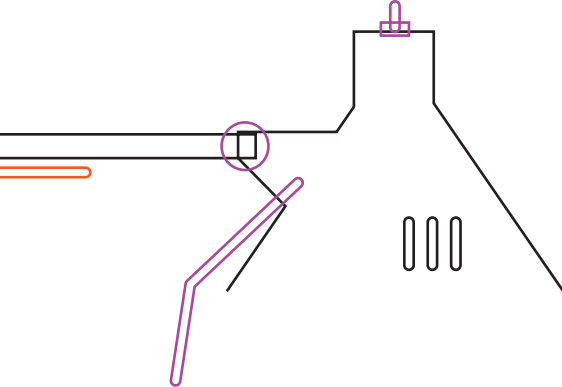
A puberdade é conjunto de mudanças no organismo que transformam o corpo infantil num corpo adulto, capaz de expressar-se eroticamente e de reproduzir-se. O fenómeno, comum a ambos os sexos, apresenta características específicas em cada um deles, que merecem a devida ponderação na vigilância de saúde.

A puberdade tem início em média aos 10 anos nas raparigas e dois anos mais tarde nos rapazes, mas os limites do normal são bastante variáveis. Em termos práticos, considera-se que a puberdade é precoce quando surgem sinais pubertários antes dos 8 anos nas raparigas e dos 9 anos nos rapazes; no extremo oposto, existe atraso pubertário quando não há sinais pubertários aos 13 anos nas raparigas e aos 14 anos nos rapazes, ou quando as raparigas permanecem amenorreicas aos 16 anos. Estes casos devem ser referenciados a uma consulta hospitalar de adolescência (Portugal, MS, DGS, 2013).

Considera-se normal a puberdade que se inicia entre os 8 anos e os 13 anos no sexo feminino, e entre os 9 anos e os 14 anos no sexo masculino (Portugal, MS, DGS, 2013). Abaixo ou acima destes limites etários, encontramos-nos perante respetivamente situações de puberdade precoce e atraso pubertário, que têm indicação para avaliação em consulta hospitalar conforme centro de referência (pediatria, medicina do adolescente, endocrinologia). Ressalva-se ainda ser considerado atraso pubertário no sexo feminino a amenorreia aos 15 anos (Coelho, 2017).

O sinal que marca o início da puberdade é, no sexo feminino, o desenvolvimento mamário (telarca) e, no sexo masculino, o aumento do tamanho testicular (volume testicular  $\geq 4\text{ml}$ ) (Coelho, 2017; Fonseca 2017).

É de fazer referência ao fenómeno da adrenarca, que em regra pode ocorrer cerca de 2 anos previamente à puberdade (6-8 anos de idade), na dependência da maturação da glândula suprarrenal, e que pode ser acompanhado de odor apócrino (“suor”), e aparecimento de pelo púbico ou axilar (Coelho, 2017).



Atendimento ao adolescente:  
Instrumento de avaliação **HEEADSSSSS**  
Manual Pedagógico

A sequência das transformações pubertárias mais evidentes (mama, genitais externos nos rapazes e pêlos púbicos nos dois sexos) foi descrita por James Tanner, nos anos sessenta. Desde então, os estádios, que têm o seu nome (estádios de Tanner) são utilizados na prática clínica, em todo o mundo, para situar um adolescente neste processo e, deste modo, verificar qual a sua progressão pubertária (Tabela 2). Outros eventos marcantes que fazem parte deste processo de mudanças podem ser relacionados com os estádios pubertários (MEMA):

- ▶ **Menarca**, que na maioria dos casos acontece no estágio M4;
- ▶ **Espermarca** (primeiras ejaculações), que ocorre geralmente no estágio G3, através de poluções noturnas;
- ▶ **Mudança da voz**, que surgem no estágio G3 ou G4;
- ▶ **Acne**, mais associada ao estágio 3, em ambos os sexos (Portugal, MS, DGS, 2013).

13

A capacidade reprodutiva depende da existência de gâmetas viáveis. Se bem que os ciclos sejam muitas vezes anovulatórios nos primeiros 2 a 3 anos após a menarca, a fecundidade é possível desde logo. A evolução progressiva da maturação biológica feminina, caracterizada pelo progressivo desenvolvimento do tecido mamário, do pelo púbico e axilar, dos órgãos genitais e pelo início das menstruações (menarca), tem uma duração média de quatro anos (1,5 a 8 anos) (cf. Tabela 2). Do mesmo modo, no sexo masculino, embora se verifique frequentemente oligospermia de início, a fecundidade também pode ocorrer desde a espermarca. O desenvolvimento testicular é um aspeto importante no acompanhamento da puberdade no sexo masculino (cf. Tabela 2). O processo monitoriza-se mediante observação clínica direta e através do ensino da auto palpação.

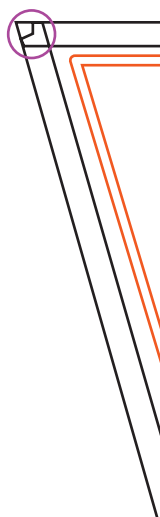
Em ambos os sexos, existe uma progressão sequencial das alterações físicas características da puberdade, nomeadamente no que diz respeito ao crescimento somático, modificação da composição corporal e maturação sexual.

O crescimento constatado durante este período da vida depende essencialmente da hormona de crescimento (GH) e dos fatores de crescimento a ela associados (IGF-1 e IGFBP-3), embora outras hormonas estejam também implicadas, como é o caso das hormonas sexuais (Coelho, 2017; Fonseca, 2017).

Trata-se do segundo pico de maior velocidade de crescimento (VC) do indivíduo, com uma duração média de 2 a 3 anos (VC de 10 cm/ano - superior no sexo masculino), podendo, o adolescente, durante este período atingir cerca de 20 a 25% da estatura final (20 a 23 cm para a rapariga e 24 a 27 cm para o rapaz) e cerca de 40% da densidade mineral óssea do adulto (Coelho, 2017; Fonseca, 2017).

No sexo feminino ocorre, em média, pelos 11,5 anos e no sexo masculino pelos 13,5 anos, não só numa idade cronológica diferente, mas também numa fase de maturação sexual diferente (estádio de Tanner II a III na rapariga e III a IV no rapaz - estádios de Tanner (cf. Tabela 2).

O crescimento durante a adolescência é, caracteristicamente, desarmonioso e desproporcional, o que contribui para que o adolescente se sinta “desajeitado” e possa apresentar dificuldades



na aceitação destas alterações corporais. O crescimento inicia-se em primeiro lugar pelas extremidades distais (mãos e pés) e evolui no sentido proximal (membros superiores e inferiores) e, por fim, o tronco. Deste modo, por exemplo, o tamanho do pé estabiliza quando ainda há potencial de crescimento nos outros segmentos (Fonseca, 2017).

O encerramento das epífises ocorre mais precocemente no sexo feminino, entre os 16 e os 17 anos, enquanto no sexo masculino ocorre pelos 21 anos de idade.

A avaliação do crescimento durante a puberdade está dependente da avaliação antropométrica (peso e estatura) e do estado nutricional (índice de massa corporal), comparando-os com as curvas de crescimento (WHO, 2024).

As medições individuais também podem ser comparadas com medições já existentes dos pais, podendo ser determinada a estatura alvo familiar (em centímetros) de acordo com Coelho (2017), (cf. Tabela 1).

**Tabela 1** – Cálculo da altura alvo (cm)

$Rapaz = [altura\ materna + altura\ paterna + 13] \div 2$
$Rapariga = [altura\ materna + altura\ paterna - 13] \div 2$
A este resultado adicionam-se $\pm 10\text{ cm}$ (- 2 DP)

Fonte: Coelho, G. J. (2017). Crescimento e puberdade. In Sociedade Brasileira de Pediatria, Tratado de pediatria (4ª ed., Vol. 1, cap. 2, pp. 363-377). Manole.

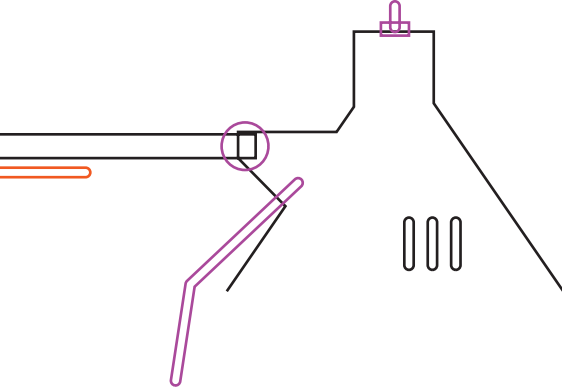
Pode ser necessária a avaliação da idade óssea, através da análise da radiografia da mão e punho do membro não dominante.

Na Tabela 2 apresenta-se os Estádios de *Tanner*, a sequência das transformações pubertárias mais evidentes.

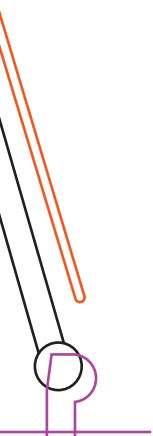
**Tabela 2** – Estádios pubertários de Tanner

ESTÁDIOS	Ambos os sexos	Sexo Feminino	Sexo Masculino
	P (pilosidade púbica)	M (desenvolvimento mamário)	G (órgãos genitais)
1	Pré-púbere: P1- ausência de pilosidade púbica (pp)	Pré-púbere: M1- ausência de tecido mamário palpável	Pré-púbere: G1 – volume (vol) testicular < 4ml, pénis infantil ( $\pm 2,5\text{ ml}$ )
2	P2 – pp escassa, Fina e pigmentada	M2- Botão mamário	G2 – aumento do volume testicular 4 a 5ml, pénis infantil.
3	P3 – pp distribuída à su-perfície púbica, forte e encaracolada	M3 – crescimento mamário (tecido glandular e adiposo)	G3 – volume testicular 6 a 12ml, maior volume do escroto e alargamento do pénis
4	P4 – pp semelhante à do adulto, mas sem extensão à coxa.	M4 – maior crescimento mamário, mamilo e aréola elevados	G4 – volume testicular 12 a 20ml, escroto pigmentado, pénis mais grosso
5	P5 – pp de adulto, com extensão à face interna da coxa.	M5 – mama de adulta, aréola no mesmo plano, mamilo pigmentado	G5 – volume testicular >20ml, escroto e pénis de adulto

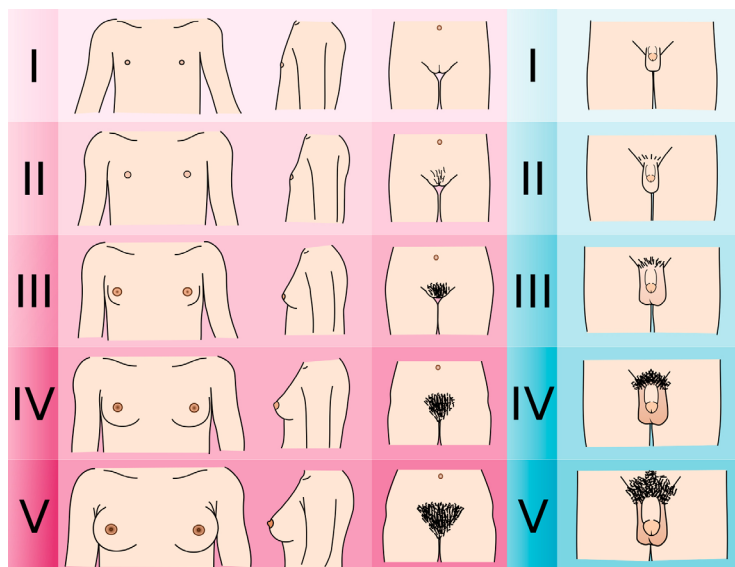
Fonte: Fonseca, P. (2017). Adolescência. In G. Oliveira & J. Saraiva (Coords.), Lições de pediatria (Vol. 1, cap. 14, pp. 247-258). Imprensa Universidade de Coimbra.



Atendimento ao adolescente:  
Instrumento de avaliação **HEEADSSSSS**  
Manual Pedagógico



15



**Figura 1** – Estádios de Tanner

Fonte: Emilly, G. (s.d). Critérios de Tanner [Aplicação], Quizlet <https://quizlet.com/br/690784408/criterios-de-tanner-flash-cards/>

### Composição corporal e maturação de órgãos

Com o início da puberdade, verifica-se uma alteração da composição corporal, que se encontra na dependência das hormonas sexuais, da hormona de crescimento e dos fatores de crescimento.

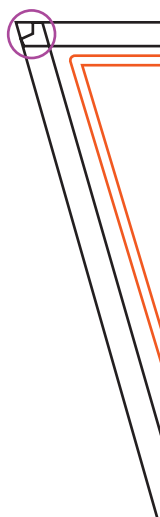
No sexo masculino ocorre uma diminuição da percentagem de massa gorda, e um aumento progressivo da massa magra, com um padrão de distribuição de gordura androide. No sexo feminino, ocorre um aumento da percentagem de massa gorda (fundamental para a homeostasia hormonal, sendo que a menarca requer cerca de 17% de gordura corporal), com padrão de distribuição de gordura ginóide. No sexo masculino, a hemoglobina e o hematócrito aumentam por ação dos androgénios na medula. O perfil lipídico é condicionado pelas hormonas masculinas (com efeito aterogénico) e pelas hormonas femininas (com efeito contrário).

É importante referir a puberdade na aquisição da densidade mineral óssea, sendo que metade a dois terços do cálcio no corpo é depositado nesta fase. Existe também um aumento da fosfatase alcalina, pelo rápido metabolismo ósseo.

## 1.2. Desenvolvimento psicossocial

O desenvolvimento psicossocial processa-se de uma forma mais ampla “não sendo possível determinar-lhe um modelo que possa ser aplicável a todos os adolescentes. Efetivamente, a transição para a idade adulta, nas suas vertentes biológica, social, emocional e intelectual, não ocorre de forma contínua, uniforme ou síncrona, o que torna o desenvolvimento psicossocial de difícil monitorização (Fonseca, 2017).

Embora a adolescência seja descrita, frequentemente, como um período problemático e de extrema instabilidade, na realidade a maioria (cerca de 80%) dos adolescentes não evidencia problemas relevantes do comportamento (Fonseca, 2017).



Por outro lado, nestes últimos anos, a neurociência tem revolucionado a compreensão do desenvolvimento psicossocial do adolescente, com base em novos conhecimentos acerca da fisiologia da maturação cerebral.

Como exemplos, reporta-se o conhecimento do processo de maturação tardia da região ventromedial do córtex pré-frontal, reconhecida como essencial na capacidade do indivíduo em avaliar e ponderar o risco e o benefício dos seus atos; bem como a evidência do facto de que o cérebro do adolescente, perante situações de elevada tensão emocional, ativa a região límbica (responsável pelo comportamento emotivo) em vez das áreas corticais executivas que ainda não se encontram mielinizadas. Ou seja, é reconhecida a base orgânica que justifica a impulsividade e a falta de noção das consequências, que facilita os conflitos e os comportamentos de risco que alguns adolescentes manifestam (Fonseca, 2017).

Mas para melhor avaliar o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes, torna-se útil dividir este período em três fases de acordo com modelos comportamentais esperados relativamente a:

- ▶ conquista de independência face aos pais;
- ▶ comportamento face aos pares e códigos de conduta de grupo;
- ▶ importância e aceitação da própria imagem corporal;
- ▶ e estabelecimento da identidade sexual, vocacional, intelectual e moral.

Assim de acordo com (WHO, 2002; Fonseca, 2017):

- ▶ dos 10 aos 13 anos- adolescência precoce;
- ▶ dos 14 aos 16- adolescência média;
- ▶ dos 17 aos 21 anos- adolescência tardia.

A adolescência precoce desenvolve-se a par das mudanças físicas típicas da puberdade, ocorrendo mais cedo nas raparigas e, por conseguinte, também as alterações emocionais e psicossociais características desta fase serão mais precoces no sexo feminino. Há menor interesse na atividade dos pais, flutuações de humor e intensa relação com pares. Existe uma preocupação com as alterações pubertárias, e insegurança em relação à imagem corporal.

A adolescência média é caracterizada pela emergência de grande variedade e intensidade de sentimentos, em que é dada uma importância muito significativa aos valores do grupo de pares, o que modela de forma objetiva os comportamentos dos adolescentes durante esta etapa. É frequente surgirem os conflitos familiares, com maior envolvimento com os pares, comportamentos de experimentação e início da atividade sexual. Existe uma maior preocupação em tornar-se atraente para o outro.

A adolescência tardia é a etapa final do desenvolvimento psicossocial, caracterizada pela conquista de autonomia psicossocial e pelo reconhecimento de uma identidade própria do adolescente e adulto jovem.

Considera-se que se as duas fases anteriores decorreram de forma “saudável”, e mantendo-se o suporte adequado da família e dos pares, este será um período tranquilo de transição final para as competências psicossociais características do adulto. Surge uma reaceitação dos conselhos e valores dos pais, com menor

importância do grupo e maior partilha de sentimentos/intimidade. A evolução, entre fases, ocorre com o amadurecimento do lobo frontal e das funções executivas (tomada de decisão, controle de impulsos, apreciação emocional dos seus atos, ponderação das consequências). As estratégias utilizadas na abordagem aos adolescentes deverão ter em conta o processo de amadurecimento neurocognitivo.

A Tabela 3 resume as características psicossociais mais relevantes da adolescência de acordo com três fases mencionadas.

**Tabela 3** – Características psicossociais por itens nas diferentes fases da adolescência

### INDEPENDÊNCIA

Adolescência precoce	Menor interesse pelas atividades com os pais e maior relutância em aceitar os seus conselhos ou críticas; sem grupo de suporte alternativo (vazio emocional). Consequente maior possibilidade de humor e comportamento instável.
----------------------	--

Adolescência média	Ainda menor interesse pelas atividades no agregado familiar ou dos pais; mais tempo dedicado ao grupo de pares. Consequente maior frequência dos conflitos com os pais.
--------------------	---

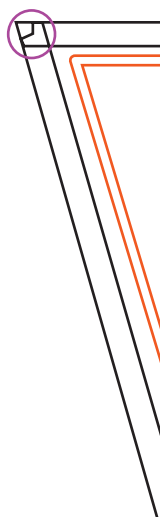
Adolescência tardia	Melhor integração na família e sociedade; maior importância dos valores da família e dos pais; melhor aceitação dos conselhos e orientações dos pais; autonomia nas decisões e melhor capacidade de compromissos.
---------------------	---

### PARES E GRUPO

Adolescência precoce	Amizades fortes e solitárias com pares do mesmo género, o que pode gerar dúvida quanto à orientação sexual e possibilidade de relacionamentos homossexuais; grande coesão aos pares e às suas condutas, podendo levar à experimentação e aos consumos.
----------------------	--

Adolescência média	Maior envolvimento na subcultura do grupo, com clara adoção de códigos de conduta do grupo (valores, vestuário, piercings, tatuagens e outros), participação em atividades de grupo (culturais, desportivas, sociais, anti-sociais, delinquentes e outras); relações amorosas (namoros, experimentação sexual predominantemente heteros-sexual).
--------------------	--

Adolescência tardia	Menor interesse pelos valores do grupo; mais confortável com os seus próprios valores; maior investimento na relação com uma pessoa, permitindo uma capacidade de partilha e de intimidade; seleção dos relacionamentos em função de interesses comuns.
---------------------	---



## IMAGEM CORPORAL

<b>Adolescência precoce</b>	Preocupações e incertezas relativamente ao corpo e suas modificações, levando à comparação com os outros; interesse na anatomia e fisiologia sexual/genital, pelo que as dúvidas sobre maturação e função sexual são comuns.
<b>Adolescência média</b>	Melhor aceitação do seu corpo, mas preocupação em ser ou tornar-se atraente para os outros; pressão social e mediática face a silhuetas “ideais” e consequente risco do desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar.
<b>Adolescência tardia</b>	Menor preocupação com o próprio corpo e imagem corporal, exceto se existirem anomalias físicas relevantes.

## IDENTIDADE

<b>Adolescência precoce</b>	Ganho de competências cognitivas e pensamento abstrato; adolescente sonhador com vocações idealísticas e pouco concretizáveis; desafio à autoridade; necessidade de privacidade; emergência de sentimentos de índole sexual, com expressão na masturbação; impulsividade e procura de gratificação imediata, o que leva aos comportamentos de risco e acidentes.
<b>Adolescência média</b>	Mais ciente dos seus próprios sentimentos, assim como dos outros; melhor capacidade criativa e intelectual; constatação de aspirações vocacionais prévias irrealistas e consequente risco de baixa autoestima e depressão; sentimentos de onipotência / imortalidade, com consequente menor noção do perigo e maior risco de acidentes
<b>Adolescência tardia</b>	Consciência racional e realística; estabelecimento de metas vocacionais realistas e objetivas; início da autonomia económica; afirmação da identidade e dos seus valores morais, religiosos e sexuais; capacidade de compromissos

Fonte: Fonseca, P. (2017). Adolescência. In G. Oliveira & J. Saraiva (Coords.), Lições de pediatria (Vol. 1, cap. 14, pp. 247-258). Imprensa Universidade de Coimbra.

Relativamente às características do desenvolvimento psicossocial do adolescente apresenta-se no quadro a seguir alguns “sinais de alarme”, que evocam a hipótese de desvio patológico a este processo de desenvolvimento, e os quais devem ser orientados e/ou levar à procura de uma avaliação especializada.

- ▶ Isolamento com agressividade.
- ▶ Isolamento social e do grupo ou pares.
  - ▶ Dificuldades de relacionamento com pais e professores.
  - ▶ Suspeitas consistentes da prática de comportamentos considerados de risco (ie: consumos, sexuais e outros).
  - ▶ Quebra injustificada do rendimento escolar.
  - ▶ Fugas de casa ou faltas injustificadas à escola.
  - ▶ Alterações inexplicadas do ritmo ou do padrão de sono.
- ▶ Perda ou ganho ponderal repentinos e ou inexplicados.
- ▶ Conversas ou interesse injustificado, sobre a morte ou suicídio.

**Figura 2** – Sinais de alarme<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Fonte: Fonseca, P. (2017). Adolescência. In G. Oliveira & J. Saraiva (Coords.), Lições de pediatria (Vol. 1, cap. 14, pp. 247-258). Imprensa Universidade de Coimbra.

### 1.3. Problemas do adolescente

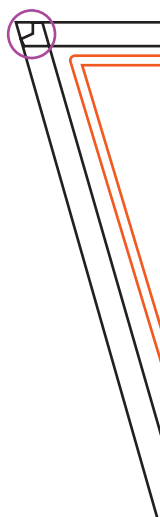
É de salientar que eventuais desvios patológicos do desenvolvimento psicossocial estão na origem das principais causas de morbilidade e mortalidade neste grupo etário.

De acordo com a WHO (2022), uma em cada oito pessoas no mundo vive com uma perturbação mental e a maioria não tem acesso a cuidados de saúde eficazes e cerca de 10 a 20% dos adolescentes europeus poderão sofrer de algum tipo de transtorno do foro mental, onde as síndromes depressivas adquirem grande relevo. Em 2019, 301 milhões de pessoas viviam com um distúrbio de ansiedade, incluindo 58 milhões de crianças e adolescentes (WHO, 2022).

Embora a maioria dos adolescentes se transforme em adultos saudáveis, a adolescência confere vulnerabilidade a problemas de saúde mental (Gaspar et al., 2022). Muitas doenças mentais, incluindo a depressão, a ansiedade, os transtornos alimentares, os transtornos por uso de substâncias e psicose, aparecem pela primeira vez antes dos 20 anos de idade. Esta é uma questão crucial porque algumas doenças mentais que começam na adolescência persistem ao longo da vida adulta, criando morbilidade a longo prazo e uma carga substancial para os serviços de saúde e a sociedade em geral. Estima-se que a depressão se torne a principal causa mundial de anos de vida ajustados por incapacidade até 2030 (Leff et al., 2020).

Por outro lado, comportamentos desajustados e/ou patológicos de violência, consumo de substâncias psicoativas ou de índole suicidária são muito preocupantes, podendo levar a um desenvolvimento psicossocial desajustado do adolescente e ao sério compromisso da sua saúde futura.

No que diz respeito a doenças prolongadas, problemas de saúde ou incapacidade, diagnosticadas por um médico, com expressividade na adolescência, de acordo com os dados do relatório “A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia” – Dados nacionais do estudo HBSC 2022, são a patologia respiratória, alergias (respiratória ou medicamentosa), asma, seguidas pelos problemas visuais e condição de saúde psicológica (Gaspar et al., 2022). Dos adolescentes que mencionam ter uma doença prolongada, problema de saúde ou incapacidade, são as raparigas que mais referem a sua condição de saúde como uma barreira à sua participação e sucesso académico e às vezes necessitar de ajuda de outros (ex.: médicos, enfermeiros e familiares) para realizar as atividades diárias. Outras patologias emergentes, e muito associadas à adolescência, têm vindo a ganhar relevo na última década, sendo por exemplo: a dependência da internet, do telemóvel ou dos videojogos; os riscos comportamentais inerentes ao uso abusivo de chats e das redes sociais; wiite ou o polegar de BlackBerry, pelo uso excessivo desses equipamentos; a vigorexia ou ortorexia, que constituem a preocupação excessiva com a prática de exercício ou com a alimentação saudável, respetivamente, com o intuito de manter o corpo “saudável”; os “consumos” de peças de vestuário ou de componentes eletrónicos ou de informática, de entre outras (Fonseca, 2017).



No entanto, é impossível ignorar que os acidentes ainda são uma das principais causas de morte na infância e adolescência, sendo a segunda entre os 5 e os 14 anos e a primeira entre os 15 e os 19 anos (Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2022). Na última década, por ano, em média, 66 crianças morreram, 3393 foram internadas e mais de 22 mil e setecentas socorridas pelo Instituto Nacional de Emergência Médica na sequência de um acidente (APSI, 2022).

O suicídio é a segunda principal causa de morte entre os jovens de 15 a 29 anos e a segunda maior causa de morte entre mulheres de 15 a 19 anos. Esses dados correspondem a uma taxa global de suicídio padronizada por idade de 10,5 por 100.000 habitantes em 2016 - 13,7 e 7,5 por 100.000 para homens e mulheres, respetivamente (WHO, 2019).

Estas são causas de morte potencialmente evitáveis, pelo que os aspetos relacionados com o desenvolvimento biopsicossocial dos adolescentes se revestem de especial importância no sentido da sua prevenção, assim como são também essenciais as oportunidades de atendimento eficaz ao adolescente, quando este recorre ou é levado a qualquer serviço de saúde, independentemente da circunstância.

## 1.4. A entrevista ao adolescente

A entrevista representa uma oportunidade única para perceber, orientar, corrigir, diagnosticar, aconselhar, interpretar ou ajudar neste momento de crescimento e desenvolvimento.

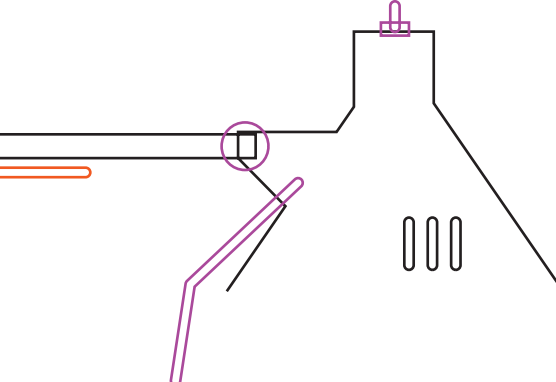
A entrevista também pode ser, por si só, uma ferramenta de intervenção terapêutica (autorreflexão, motivação para mudança e definição de estratégias futuras). Daí a importância de uma entrevista bem planeada, para obter as informações clínicas pertinentes e para que o adolescente tenha à sua frente, um adulto que sabe ouvi-lo e orientá-lo no que diz respeito à sua saúde global. Sabemos também, que nem sempre é fácil encontrar um local adequado.

Porém, o facto de proporcionar ao adolescente um local específico não é garantia da sua cooperação: o que vale mesmo é a forma como se fala com ele.

A utilização de questionários estruturados da entrevista permite explorar competências e estratificar eventuais fatores de riscos.

O atendimento aos adolescentes deve obedecer a um conjunto de especificidades que o tornem mais eficaz para responder às necessidades assistenciais deste grupo populacional específico. Assim, os serviços de saúde devem criar sinergias para atender às necessidades de saúde dos adolescentes de forma integrada, acessível, desburocratizada e eficiente, de preferência proporcionando um ambiente físico adequado, onde possa ser garantida a sua privacidade e onde seja promovida a confidencialidade e a sua autonomia, de modo que, o adolescente se sinta respeitado e responsável pela sua saúde de uma forma holística (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

Para se concretizarem estes preceitos, deve haver uma adequada formação clínica dos profissionais de saúde, envolvendo as áreas do desenvolvimento somático, psicológico e social. A competência técnica deve ser acompanhada de respeito e



**Atendimento ao adolescente:  
Instrumento de avaliação HEEADSSSSS  
Manual Pedagógico**

sensibilidade para compreender a realidade de cada adolescente e detetar problemas subjacentes, treino e maturidade relacional, que permita abordar, orientar e/ou referenciar situações sensíveis. É importante ter capacidade para trabalhar em equipa multidisciplinar, continuando a ser responsável pela saúde global do adolescente (Consensos da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente) (Sociedade Portuguesa de Pediatria & Secção de Medicina do Adolescente, 2005).

O atendimento do adolescente nos cuidados de saúde apresenta vários desafios éticos:

- ▶ A confidencialidade;
- ▶ O direito à informação;
- ▶ Autonomia (idades legais relevantes);
- ▶ Consentimento e avaliação da competência para consentir.

A OMS recomenda que o atendimento ao adolescente se faça através de uma abordagem global, somática e psicossocial, realizada em espaço próprio e que respeite a sua privacidade e autonomia, com profissionais interessados, disponíveis e com formação adequada (Adolescent Friendly Health Services – An agenda for change), (WHO, 2002). Tal abordagem permite evitar a duplicação de consultas, proporcionando maior adesão terapêutica e diminuindo o absentismo escolar.

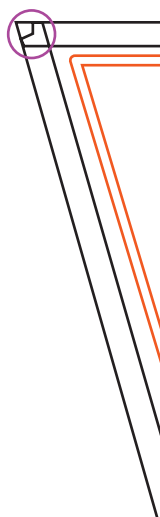
O atendimento do adolescente deverá seguir os passos recomendados de uma consulta, onde a necessidade de criar empatia com o adolescente e a possibilidade de estabelecer momentos de privacidade e confidencialidade com este, poderão ser a chave para o sucesso para intervenção de enfermagem.

Na entrevista com o/a adolescente, a abordagem dos aspetos psicossociais adquire uma particular importância e permite conhecer melhor, quer pontos fortes, quer fatores de vulnerabilidade pessoal, face aos diferentes contextos de vida.

A entrevista deve obedecer à anamnese que deverá ser primeiro dirigida ao motivo de vinda à consulta, para que depois se possam abordar os temas mais sensíveis da vida do adolescente (não necessariamente na mesma consulta), ou seja, uma consulta com abordagem biopsicossocial (Fonseca, 2017).

Quanto ao exame físico, que deve ser previamente explicado, é essencial que se faça também focado na avaliação do crescimento e do desenvolvimento pubertário, sendo uma valiosa oportunidade para o esclarecimento de dúvidas e servindo de pretexto para iniciar a conversa acerca de assuntos da esfera mais íntima, no atendimento a sós. O exame físico deve ser realizado de forma centrípta, de áreas mais exteriores para, finalmente, avaliar o Tanner. Além disso, o exame físico não é obrigatório numa primeira consulta, exceto se o motivo de consulta ou a postura suspeita do adolescente o fundamentarem.

No sentido de ajudar o profissional de saúde na entrevista ao adolescente, Goldenring e Cohen descreveram, em 1985, o acrónimo HEADS, que foi sendo sucessivamente aumentado e adaptado.



Em 2004, houve uma atualização, acrescentando-se duas áreas representadas pelas letras E (eating disorders) para distúrbios alimentares e S (safe) representando segurança e violência, passando a ser reconhecida por HEEADSSS (Portugal, MS, DGS, 2013), para aquele utilizado atualmente com o acréscimo de Sleep e Strengths – HEEADSSSS (Freitas et al., 2011):

- H – home (casa, família);
- E – education e employment (escola e emprego);
- E – eating (alimentação);
- A – activities (atividades desportivas e de lazer);
- D – drugs (consumos, adição);
- S – sexuality (sexualidade);
- S – Suicide (depressão, suicídio, humor);
- S – Safety (segurança, acidentes, violência).
- S – Sleep (sono);
- S – Strengths (Qualidades) – Qualidades do adolescente (identificadas do ponto de vista da família, dos amigos, do próprio ou do profissional de saúde)

### Elementos da Entrevista:

Considerar em primeiro lugar os temas mais gerais e mais fáceis e depois os mais delicados/íntimos, verdadeiros motivos de consulta, fatores protetores e fatores de risco. Ou seja, fala-se dos temas menos intrusivos e depois dos mais difíceis. Devemos destacar sempre os pontos fortes, como por exemplo a valorização do adolescente como pessoa, as suas capacidades, a sua participação na sua saúde, que ajudarão a estabelecer uma relação de confiança e a aceitação para a mudança.

A confidencialidade é fundamental na relação adolescente-profissional de saúde:

- ▶ Necessária no processo progressivo de autonomia;
- ▶ Oportunidade para o adolescente ser responsável pela sua saúde;
- ▶ Deverá fazer parte das regras da consulta;
- ▶ “No caso dos adolescentes, a confidencialidade deve ser mantida também em relação aos pais” - Carta Europeia dos Direitos da Criança e do Adolescente: Art 7º; Exceções previstas na lei: Sempre “no superior interesse do adolescente”.

### Relativamente às questões éticas e legais no atendimento a adolescentes:

Aos 16 anos o adolescente é considerado competente (salvo na presença de condição que limite o seu discernimento, como por exemplo, patologia psiquiátrica ou défice cognitivo).

Abaixo dos 16 anos ou quando não se determinou competência: as decisões deverão ser tomadas pelo seu representante legal, tendo sempre em vista o “superior interesse” do adolescente; o adolescente não deve ser excluído do processo, pelo que deverá dar o seu assentimento a todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos.

A capacidade para agir intencionalmente, pressupõe informação e compreensão para decidir corretamente entre as alternativas que lhe são apresentadas e pressupõe também liberdade, no sentido de se estar livre de qualquer influência controladora, para esta tomada de decisão.

As caixas de texto apresentadas com exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento são adaptadas, *HEEADSSS: A psychosocial interview format for adolescents* (s.d.).

### H – Habitação (Home)

- Onde e com quem vive?
- Dinâmica familiar (relacionamentos, regras, castigos/consequências, alterações recentes, responsabilidades)
- Árvore genealógica- Genograma
- Adulto de referência (protetor ++)

#### Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

---

**Perguntar:**

- ▶ Onde vives?
- ▶ Quem é que vive lá em casa?
- ▶ Houve alguma mudança recente?
- ▶ O que mudarias no teu dia a dia em família?

---

**Evitar:**

- ▶ Vives com os teus pais?
  - ▶ Os teus pais dão-se bem lá em casa?
- 

### E – Educação/Emprego (Education/Employment)

- Escola: ano, local, aproveitamento, faltas, alt. recentes?

#### Exigência / expectativas

- Projetos futuros, trabalhos de verão...
- Relacionamento com colegas e professores
- Atividades extracurriculares

#### Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

---

**Perguntar:**

- ▶ Fala-me da tua escola?
- ▶ O que mais gostas?
- ▶ O que gostarias de mudar?
- ▶ Quais as disciplinas que mais gostas?
- ▶ Quais as disciplinas que menos gostas?
- ▶ O que te vês a fazer no futuro?

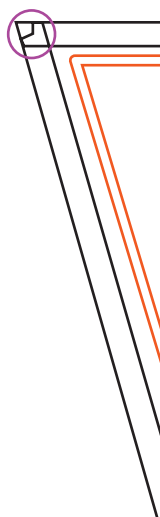
---

**Evitar:**

- ▶ Como está a correr a escola?
- 

### E – Hábitos alimentares (Eating habits)

- Padrão alimentar (Perturbações do comportamento alimentar)
- Imagem corporal
- Exercício compulsivo?
- Antecedentes familiares de obesidade / PCA



### Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

Perguntar:	Evitar:
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Diz-me o que gostas mais e o que gostas menos no teu corpo “Vamos recordar o que comeste durante o dia de ontem...”</li><li>▶ O que pensas sobre o teu peso?</li><li>▶ O que é para ti uma dieta/alimentação saudável?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ O que costumavas comer?</li><li>▶ Gostas do teu corpo?</li><li>▶ Não concordo contigo ... estás magra!</li></ul>

### A – Atividades lúdicas (Activities)

- Hobbies, desportos, lazer, grupos, redes de suporte
- Modos de diversão/saídas noturnas
- Amizades ou sua falta
- Controlo parental? pais?
- Televisão/video-jogos/computador

### Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

Bom exemplo:	Evitar:
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ O que costumavas fazer com os teus amigos para se divertirem?</li><li>▶ E com os pais/família? E quando estás sozinho em casa?</li><li>▶ E com os pais/família? E quando estás sozinho em casa?</li><li>▶ O que gostas de fazer nos teus tempos livres?</li><li>▶ Quando estás com os teus amigos existe alguma situação que te deixa desconfortável ou sentes algum tipo de pressão?</li><li>▶ Utilizas as novas tecnologias no teu dia a dia?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Tens alguma atividade extracurricular?</li></ul>

### D – Consumo de drogas (Drugs)

- Tipo de drogas: Álcool, tabaco, medicamentos, drogas, outras dependências
- Amigos, família
- Próprio/a adolescente (Circunstâncias, quantidade, frequência, “vias” de consumo com substância e sem substância)
- Outros comportamentos de risco (CRAFFT – Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)- > 1 sim significa um elevado risco de abuso/dependência de substâncias) – (Knight et al., 2002).

### Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

Bom exemplo:	Evitar:
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Que tipo de drogas é que existem perto da escola, ou nos locais que frequentas com os amigos?</li><li>▶ Algum dos teus amigos consome droga, fuma ou bebe álcool?</li><li>▶ E se te oferecerem?</li><li>▶ O que pensas disso? Se um amigo teu te oferecesse o que farias?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Já alguma vez fumaste alguma coisa?</li><li>▶ Quando saís à noite bebes bebidas alcoólicas?</li></ul>

### S – Segurança (Safety)

- Acidentes e a sua prevenção (uso de capacete e de cinto de segurança, condução)
- Gangs, armas/facas, problemas com as autoridades
- Violência? /Sentimento de insegurança: casa, escola (bullying/ciberbullying), vizinhança, namorado(a)

#### Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

Perguntar:	Evitar:
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Já tomaste decisões que te poderiam colocar em risco de ser prejudicado?</li><li>▶ Praticas alguma atividade que alguém considere perigosa?</li><li>▶ Alguma vez te sentiste ameaçado por alguém?</li><li>▶ antes-te inseguro no percurso para a escola?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Achas que tomas decisões prudentes com relação à segurança?</li></ul>

### S – Sexualidade (Sexuality)

- Afetos e Atividade sexual
- Conhecimentos sobre contraceção e IST
- Vida Sexual Ativa: idade(s)? companheiro/a (s)? sexo seguro?
- Se antecedentes: IST, gravidez, atividade sexual forçada, sob efeito de drogas e/ou desprotegida.

#### Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

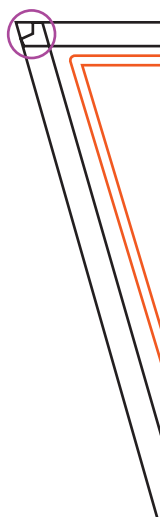
Perguntar:	Evitar:
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Há alguém de quem gostes ou que seja para ti especial?</li><li>▶ Como decides se uma pessoa/situação é segura para ti?</li><li>▶ O que pensas sobre a “altura certa” para ter relações sexuais. O que achas disso?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Já tens namorada/o?</li><li>▶ Já alguma vez tiveste relações sexuais?</li></ul>

### S – Hábitos de sono (Sleep)

- Higiene do sono
- Padrão de sono
- Interferências com o sono (TV, PC, Jogos, etc.)
- Perturbações do sono

#### Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

Perguntar:	Evitar:
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ A que horas te deitas durante a semana? /ao fim de semana? Quantas horas dormes?</li><li>▶ Tens dispositivos eletrónicos no quarto?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Dormes bem?</li></ul>



## S – Ideação suicida e depressão (*Suicide*)

- Antecedentes pessoais ou familiares de tentativa de suicídio
- História de depressão/aconselhamento
- Particular atenção: alteração do sono, apetite / comportamento alimentar, sentimentos de culpa ou “já não vale a pena”, irritabilidade, isolamento social
- Preocupação / interesse sobre a morte e sobre rituais fúnebres
- Comportamentos autolesivos/automutilação

Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

Perguntar:	Evitar:
▶ Ao atender alguns jovens que se sentem tão tristes que dizem que já nada vale a pena, o que achas sobre isso?	▶ Já te passou pela cabeça suicidar-te?

26

Adolescência

## S - Qualidades (*Strengths*) / Fatores protetores – Resiliência

Qualidades do adolescente sob ponto de vista:

- Família
- Próprio adolescente
- Amigos do próprio
- Profissional de saúde

Exemplo de questões (mais/menos) apropriadas para o desenvolvimento

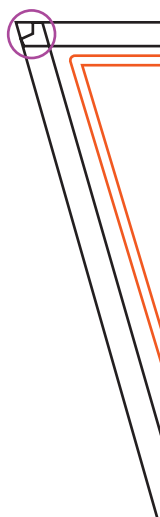
Perguntar:	Evitar:
▶ Quais as qualidades que mais aprecias num amigo?	▶ Como são os teus amigos?
▶ E tu, achas que és assim? Em que te destacas?	
▶ O que achas que os teus amigos apreciam em ti?	
▶ E a tua família?	
▶ A quem recorres quando tens problemas?	

## Sugestões para finalizar a entrevista:

- ▶ Pedir que resuma a sua vida numa palavra ou que forneça o “boletim meteorológico” geral da sua vida (ensolarado com algumas nuvens, muito ensolarado com máximas constantes, nublado com probabilidade de chuva, etc.).
- ▶ Pedir que diga o que vê quando se olha ao espelho todos os dias.
- ▶ Se a vida do adolescente está bem, reforçar. Na maioria dos casos, pode-se identificar pontos fortes e pontos fracos, potenciais ou reais e discutir ambos para fornecer uma visão equilibrada.
- ▶ Fornecer materiais educativos em que os jovens estejam interessados ou que se entendam úteis.

**Tabela 4** – Questões para a entrevista ao adolescente

	Questões de primeira linha
CASA	<p>Onde moras?</p> <p>Com quem vives? Quem vive lá em casa? Tens um quarto só para ti?</p> <p>Como é o relacionamento entre os membros da família? De quem te sentes mais próximo?</p> <p>Alguém saiu de casa recentemente?</p> <p>Há alguém de novo?</p>
ESCOLA	<p>Em que escola andas? Como é a escola; fala-me da tua escola?</p> <p>Mudaste recentemente de escola?</p> <p>Quais as disciplinas que preferes? E as que gostas menos?</p> <p>Tens amigo(a)s na escola?</p> <p>Como é o teu aproveitamento? Modificou-se recentemente?</p> <p>Tens planos quanto ao teu futuro?</p> <p>Trabalhas? Onde e qual o teu horário?</p>
ALIMENTAÇÃO	<p>O que gostas e não gostas no teu corpo?</p> <p>O teu peso alterou-se recentemente? De que modo?</p> <p>O que é para ti uma dieta/alimentação saudável? É a que fazes?</p> <p>Já fizeste dieta alguma vez?</p> <p>Praticas exercício físico diariamente?</p>
ATIVIDADE Física e de lazer	<p>O que é que fazes quando estás com os/as amigos/as?</p> <p>Praticas algum desporto? Quantas vezes por semana? O que fazes quando estás com a tua família?</p> <p>Tens alguma outra atividade organizada (escuteiros, grupo de jovens, voluntários, etc.)?</p> <p>Tens alguns hobbies? Gostas de ler? Que livro estás a ler?</p> <p>Quantas horas de televisão vês por dia? E computador? E video-jogos?</p>
CONSUMOS	<p>No teu grupo de amigos/as alguém fuma, bebe álcool ou consome drogas?</p> <p>E tu? E na tua família?</p> <p>Alguém fuma na tua casa?</p> <p>Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?</p>
SEXUALIDADE	<p>Tens um amigo/a especial ou namorado/a atualmente? Já tivestes antes?</p> <p>Já tiveste relações sexuais?</p> <p>O que significa “sexo seguro” para ti?</p> <p>Utilizas contraceção? Qual o método que utilizas?</p> <p>Alguma vez foste forçado/a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade?</p> <p>Já tiveste alguma infeção transmitida por via sexual? Quando e qual?</p>
DEPRESSÃO/SUÍCIDIO	<p>Sentes-te triste ou em baixo mais do que o habitual?</p> <p>Estás sempre chateado/a? Tens dificuldade em dormir?</p> <p>Pensas por vezes em te magoar a ti próprio/a ou a outra pessoa?</p> <p>Achas que estás a perder o interesse em coisas que antes te davam prazer? Isolas-te mais dos /as amigos/as nos últimos tempos?</p> <p>Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo? Começaste a fumar, beber ou a usar drogas para te sentires melhor?</p> <p>E mais calmo/a?</p>



Questões de primeira linha	
SEGURANÇA	Já tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente?
	Usas sempre cinto de segurança, no carro?
	Alguma vez andaste no carro com um/a condutor/a embriagado/a?
	Usas equipamento de segurança quando praticas desporto (ex: capacete, protetores orais)
	Existe violência na tua família?
	Existe violência na tua escola?
	Alguma vez foste agredido/a ou abusado/a sexualmente?
Alguma vez foste vítima ou te envolveste em bullying ou em situação de violência no namoro?	
SONO	Quantas horas dormes por noite?
	Costumas deitar-te sempre à mesma hora?
	O que costumavas fazer quando tens dificuldade em adormecer?
	Costumas dormir a noite toda, ou acordas várias vezes?
	Costumas jogar videojogos ou ver TV antes de te deitares?
QUALIDADES	O que achas sobre ti?
	Que qualidades aprecias num amigo?
	Achas que tens essas qualidades?
	O que os teus amigos acham de ti?

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Direcção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx> Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

Na tabela seguinte apresenta-se esquematicamente a estrutura da consulta de enfermagem no atendimento ao adolescente.

**Tabela 5 – Fases da Consulta no atendimento ao adolescente**

FASE INICIAL	Planear e organizar	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Preparação pessoal</li><li>▶ Espaço físico: condições do ambiente: arejamento, limpeza, arrumação, temperatura, privacidade e material necessário.</li><li>▶ 🕒 Higiene das mãos</li><li>▶ Rever a história clínica – consulta do processo e BIS: registos das últimas consultas e outra informação pertinente (vacinação, etc.)</li></ul>
	Acolher	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Chamar o adolescente</li><li>▶ Cumprimento/apresentação e acolhimento do adolescente e pais/acompanhante</li></ul>
	Explorar/questionar	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Contextualização da consulta</li><li>▶ Preocupações dos pais/acompanhante ou do próprio</li><li>▶ Intercorrências desde a última consulta/atendimento</li><li>▶ Solicitar aos pais/acompanhante para se ausentarem</li><li>▶ Assegurar a confidencialidade</li></ul>
	Observar e avaliar	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Aspeto geral</li><li>▶ Avaliação de dados antropométricos</li></ul>
FASE INTERMÉDIA	Cuidados Antecipatórios	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Entrevista ao adolescente – <i>HEEADSSSSS</i></li><li>▶ Educação para a saúde</li><li>▶ Esclarecimento de dúvidas</li></ul>

FASE FINAL	Concluir	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Promover a tomada de decisão informada</li><li>▶ Rever plano acordado/compromisso</li><li>▶ Cumprimento de despedida</li></ul>
	Reflexão crítica	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Breve reflexão crítica pessoal sobre o desenvolvimento da consulta</li></ul>

### A reter:

Proporcionar um ambiente seguro, respeitar a privacidade e estabelecer um clima de confiança.

Abordar os comportamentos de risco centrando-se numa estratégia baseada nos pontos fortes.

Realizar pelo menos parte da entrevista com o adolescente, a sós, para além do exame físico.

Confirmar com o adolescente quais os assuntos que se podem mencionar perante os pais/acompanhante

Respeitar a confidencialidade, individualidade e evitar juízos de valor.

Limites à confidencialidade em situações de perigo: casos de abuso, ideação suicida ou homicida.

### 1.4.1. Consulta dos 12-13 anos: um guia prático para a consulta

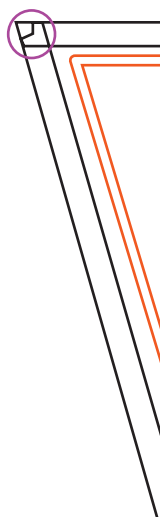
A Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da ARS Centro, elaborou um panfleto como guia de apoio à consulta dos 12-13 anos (Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Centro, Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, s.d. [Portugal, MS, ARSC, CRSMCA]).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) preconiza a vigilância de saúde dos adolescentes dos 10 – 18 anos com a seguinte periodicidade:

- ▶ 10 Anos (ano do início do 2º ciclo do ensino básico);
- ▶ 12 /13 Anos – 2º Exame global de saúde;
- ▶ 15 /18 Anos.

O segundo exame global de saúde aos 12-13 anos é um momento privilegiado a não perder na vigilância de saúde dos adolescentes. Assim, a vigilância longitudinal deve assentar na construção de um tripé assistencial- Profissional de saúde/Adolescente/Família.

Com esta consulta pretende-se o estabelecimento de um compromisso com o adolescente, envolvendo a família, através da garantia da disponibilidade do profissional de saúde para a vigilância longitudinal, a preparação do adulto de referência, a deteção dos problemas que justificam a referência e o estabelecimento de conexões com a escola e a comunidade.



O triângulo de avaliação biopsicossocial, segundo o acrônimo HEADSSS, é um modelo de avaliação muito prático e de fácil aplicação (Portugal, MS, ARSC, CRSMCA, s.d.).

Objetivos da consulta:

- ▶ Promover a saúde física, emocional, psicológica e social/relacional;
- ▶ Prevenir a doença;
- ▶ Antecipar a vigilância longitudinal;
- ▶ Promover o suporte familiar;
- ▶ Preparar o adulto de referência;
- ▶ Promover os cuidados antecipatórios;
- ▶ Avaliar a dimensão biopsicossocial;
- ▶ Rastrear, sinalizar e referenciar as situações de risco;
- ▶ Promover a resiliência.

O profissional de saúde deve:

- ▶ Informar o adolescente e a família sobre as mudanças biológicas/fisiológicas, cognitivas, emocionais, sociais e morais da adolescência;
- ▶ Promover a confiança mútua;
- ▶ Facilitar a comunicação entre o adolescente e a família;
- ▶ Antecipar cenários.

30

Adolescência

O triângulo de avaliação biopsicossocial tem:

- ▶ A Família como garante do amor, afeto, subsistência, proteção, elogio e modelo, mas que prepara a libertação com controle;
- ▶ O Dever (Escola) de construir não só para ter, mas para ser; a importância da necessidade de autonomia para a subsistência, a autossatisfação da conquista e compensação do esforço;
- ▶ O Prazer pela conquista, como conceito de liberdade, de aprender a desejar, a necessidade de libertação, a responsabilidade e necessidade de controle.

No centro está o “eu” adolescente, onde se aborda a visão que o adolescente tem de si próprio e da sua própria adolescência.

Os pontos do triângulo são submetidos a auto-avaliação, tendo por base a classificação utilizada na escola (ex: 0-5 ou 0-20). A classificação obtida servirá como ponto de partida para discutir os pontos frágeis, valorizar os pontos fortes e orientar o seguimento. A confidencialidade deve ser sempre garantida!

A fase dos “11 aos 13” é um importante touch-point (Freitas et al., 2011). Segundo os mesmos autores, nesta idade as transformações pubertárias acompanham a transição para o mundo das descobertas e da construção da autonomia. Como já anteriormente mencionado, enquanto profissionais de saúde, ao atendermos um adolescente, seja no âmbito de uma consulta de vigilância de saúde, em cuidados diferenciados ou no serviço de urgência, a possibilidade de intervenção através da prestação de cuidados antecipatórios é uma oportunidade a não perder!

## Conclusão

O atendimento ao adolescente é uma área complexa e multifacetada que abrange uma variedade de temas cruciais para o desenvolvimento saudável e bem-sucedido dos jovens durante essa fase de transição. Ao longo deste documento, exploramos os principais aspectos do atendimento ao adolescente, incluindo o desenvolvimento biológico e psicossocial, bem como a aplicação da entrevista HEEADSSSSS como uma ferramenta valiosa nesse contexto.

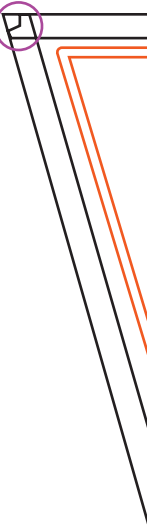
No que diz respeito ao desenvolvimento biológico, destacamos a importância de compreender as mudanças físicas e hormonais que ocorrem durante a adolescência.

Além disso, abordamos o desenvolvimento psicossocial durante a adolescência, enfatizando as principais características psicossociais nas diferentes fases da adolescência (precoce, média e tardia).

No atendimento ao adolescente, o profissional de saúde deve promover sempre uma linguagem adequada e livre de acusações, manter um diálogo aberto sobre todos os temas, ser empático, saber dar espaço e respeitar os silêncios, demonstrar confiança nas capacidades do Adolescente, definir possíveis soluções, chegar a acordos e envolver os adolescentes nas decisões terapêuticas e familiares.

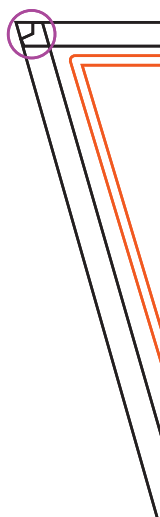
Por fim, apresentamos a entrevista HEEADSSSSS como uma abordagem abrangente e sensível para explorar as necessidades e preocupações dos adolescentes em diferentes áreas de suas vidas. Esta ferramenta facilita a prestação de cuidados individualizados e eficazes, permitindo aos profissionais de saúde identificar áreas de intervenção e fornecer suporte adequado para promover o desenvolvimento saudável e o bem-estar dos adolescentes.

Em síntese, o atendimento ao adolescente exige uma abordagem holística e centrada no jovem, reconhecendo as suas necessidades físicas, emocionais e sociais num período de mudanças rápidas e significativas. Ao integrar o conhecimento sobre o desenvolvimento biológico e psicossocial dos adolescentes e aplicar ferramentas como a entrevista HEEADSSSSS, os enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental na promoção de uma transição saudável e bem-sucedida para a idade adulta, capacitando os jovens a alcançar seu pleno potencial e construir uma base sólida para o seu futuro.

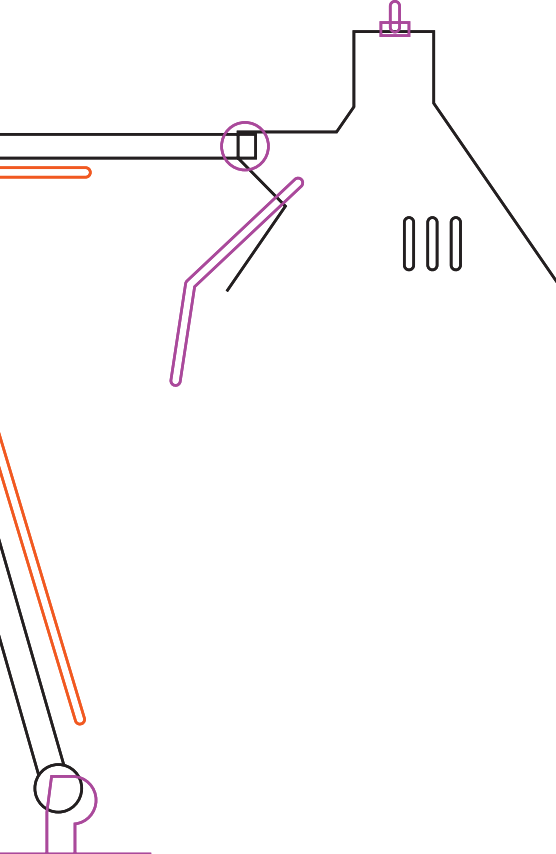


## Referências bibliográficas

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2022). Relatório de avaliação: 30 anos de segurança infantil em Portugal. APSI. [https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI\\_RELATORIO\\_30.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf)
- Coelho, G. J. (2017). Crescimento e puberdade. In Sociedade Brasileira de Pediatria, Tratado de pediatria (4ª ed., Vol. 1, cap. 2, pp. 363-377). Manole.
- Eisenstein, E. (2005) Adolescência: Definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, 2(2), 6-7. <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v2n2a02.pdf>
- Emilly, G. (s.d). Critérios de Tanner [Aplicação]. Quizlet. <https://quizlet.com/br/690784408/criterios-de-tanner-flash-cards/>
- Fonseca H. (2010). Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 21(1), 152–160, xi. [https://www.researchgate.net/publication/44693003\\_Helping\\_adolescents\\_develop\\_resilience\\_steps\\_the\\_pediatrician\\_can\\_take\\_in\\_the\\_office](https://www.researchgate.net/publication/44693003_Helping_adolescents_develop_resilience_steps_the_pediatrician_can_take_in_the_office)
- Fonseca, P. (2017). Adolescência. In G. Oliveira & J. Saraiva (Coords), *Lições de pediatria* (Vol. 1, Cap. 14, pp. 245-258). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Freitas, C., Sousa, H. S., & Fonseca, H. (2011). Boletim de saúde infantil e juvenil: O exame global de saúde dos 11 aos 13 anos (Parte II). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 27(2), 193–202. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i2.10840>
- Gaspar, T., Guedes, F. B., Cerqueira, A., Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2022). A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia: Dados nacionais do estudo HBSC 2022 (1ª ed.). Equipa Aventura Social. [https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC\\_Relato%CC%81rioNacional\\_2022.pdf](https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_Relato%CC%81rioNacional_2022.pdf)
- HEEADSSS: A psychosocial interview format for adolescents. (s.d.). In HEEADSSS, *Adolescent psychosocial assessment guide*. <https://www.medicalhomeportal.org/search?q=headsss>
- Knight, J. R., Sherritt, L., Shrier, L. A., Harris, S. K., & Chang, G. (2002). Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 156(6), 607-614. <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/203511>
- Leff, R. A., Setzer, E., Cicero, M. X., & Auerbach, M. (2020). Changes in pediatric emergency department visits for mental health during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 33–38. <https://doi.org/10.1177/1359104520972453>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Entrevista ao adolescente: Promover o desenvolvimento infantil na criança. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf)
- Portugal, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde do Centro, Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. (s.d.). Consulta vigilância 12-13 anos: Um guia prático para a consulta. Comissão Regional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da ARSCentro. ARSC.



- Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil. DGS. <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Medicina do Adolescente. (2005). Requisitos para o atendimento ao adolescente: Consenso da direcção da secção de medicina do adolescente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(4), 223-224. [https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124174746\\_consensos\\_da\\_SPP\\_223029.pdf](https://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/42/20130124174746_consensos_da_SPP_223029.pdf)
- World Health Organization, Department of Child and Adolescent Health and Development. (2002). Adolescent friendly health services: An agenda for change. WHO. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67923/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67923/WHO_FCH_CAH_02.14.pdf?sequence=1)
- World Health Organization. (2024, fevereiro, 2). The WHO child growth standards. WHO. <https://www.who.int/tools/child-growth-standards>
- World Health Organization. (2019). Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022, june 8). Mental disorders. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>



Atendimento ao adolescente:  
Instrumento de avaliação **HEEADSSSSS**  
Manual Pedagógico

