

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
COIMBRA UNIVERSITY PRESS

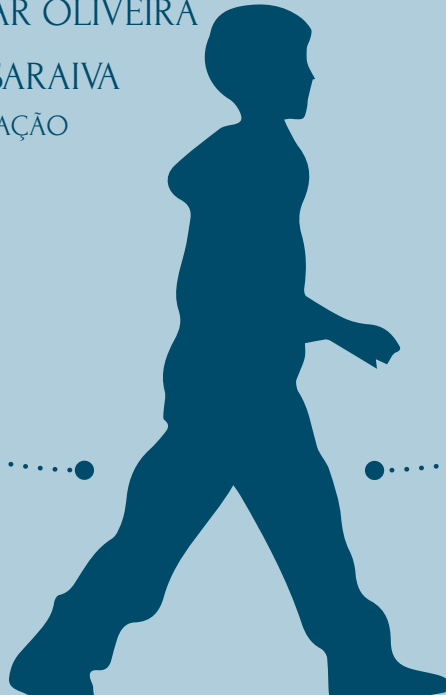
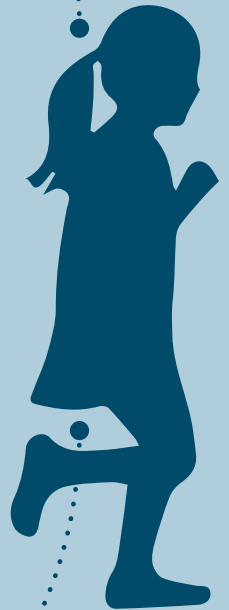
VOL. I

LIÇÕES DE PEDIATRIA

GUIOMAR OLIVEIRA

JORGE SARAIVA

COORDENAÇÃO



**Capítulo 14.
Adolescência**

14

Paulo Fonseca

DOI: https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_14

14.1 CONTEXTO

Etimologicamente, o termo “adolescente” provem da palavra em latim “*adolescere*”, a qual significa crescer, brotar, fazer-se grande.

A definição mais consensual de “adolescência” é a de corresponder ao período da vida que decorre entre os 10 e os 19 anos, inclusive. É, aliás, dessa forma que a Organização Mundial da Saúde (OMS) ou a Direção Geral da Saúde a definem.

Mas se tivermos em conta que a adolescência está intimamente ligada ao desenvolvimento físico (pubertário) do indivíduo, poderia assumir-se que esta se iniciava com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários e que terminaria com o fim do crescimento somático. Ou seja, podendo iniciar-se antes dos dez ou finalizar depois dos 19 anos.

No entanto, e face à crescente importância que tem vindo a ser atribuída aos aspetos comportamentais da adolescência, esta é 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 compreensiva, conhecendo bem as particularidades do desenvolvimento físico e psicossocial da adolescência, contribuindo para a sua normal progressão.

14.2 DESCRIÇÃO DO TEMA

14.2.1 Desenvolvimento biológico

O desenvolvimento físico característico da adolescência, crescimento somático e pubertário, apresenta uma ampla variação da normalidade, sendo muito importante a distinção entre variantes da normalidade e as alterações patológicas do crescimento e desenvolvimento pubertário.

O início destas transformações físicas poderá ser determinado por variáveis genéticas, herdadas ou não, e ambientais, como a alimentação, ambiente, condições de saúde pessoal, higiene, atividade desportiva, área geográfica do globo ou até estímulos psíquicos e sociais, a que uma criança esteja sujeita.

Nas últimas décadas tem-se assistido à antecipação progressiva do início da puberdade / idade da menarca, provavelmente justificada pela melhoria progressiva das condições ambientais de vida das populações, em particular pela melhoria do estado de saúde global e do estado nutricional, muito embora a presença crescente de contaminantes ambientais com ação estrogénica não seja, de todo, uma hipótese a desvalorizar.

- Fisiologia da puberdade:

A puberdade é um período bem definido de uma sequência de modificações físicas e fisiológicas, que conduzem o ser humano à maturação física e sexual completa, e à capacidade reprodutiva. Trata-se do resultado de uma complexa interação do eixo córtex cerebral, hipotálamo, hipófise e gónadas, cuja dinâmica é já bem conhecida e que se passa a descrever.

A criança pré-pubere apresenta uma elevada sensibilidade aos esteroides gonadais, que em níveis muito baixos freiam a *Gonadotropin-Releasing Hormone* (GnRH) hipotalâmica. Esta frenagem associada a mecanismos inibitórios de origem central justifica os baixos níveis séricos das hormonas gonadotrofinas hipofisárias, *Follicle-Stimulating Hormone* (FSH) e *Luteinizing Hormone* (LH), característicos desta fase pré-pubertária.

O funcionamento do **eixo hipotálamo-hipófise-gonadal** (h-h-g) é o sustentáculo do ambiente hormonal indispensável ao processo fisiológico que é a puberdade. A perda de sensibilidade dos neurónios hipotalâmicos produtores de GnRH à inibição exercida pelos esteroides gonadais (estrogénio e testosterona) e a perda da inibição central (talvez veiculada pela ação da leptina), permite o início da secreção pulsátil de GnRH e o consequente estímulo dirigido à hipófise anterior para a secreção de gonadotrofinas. Por sua vez, a FSH e a LH vão exercer uma estimulação gonadal, a qual elevará, significativamente, os níveis séricos das hormonas sexuais (estradiol, progesterona e testosterona), responsáveis pelo desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

Por sua vez o **eixo hipotálamo-hipófise-adrenal** é um processo hormonal cujo início de atividade não é dependente do eixo h-h-g. Na verdade, a atividade das glândulas suprarrenais tem início cerca de dois anos antes do aumento da produção dos esteróides gonadais, ou seja pelos seis a oito anos de idade biológica (óssea). A esta maturação das glândulas suprarrenais dá-se o nome de **adrenarca**, que mais não é do que a tradução física do aumento da secreção de androgénios suprarrenais: dehidroepiandrosterona (DHEA), sulfato de

dehidroepiandrosterona (DHEAS) e androstenediona.

Em ambos os sexos, a **adrenarca** manifesta-se por acelerações ligeiras do crescimento estatural pré-pubere e da maturação óssea, pelo aparecimento de pelo axilar e púbico, pelo odor típico do suor e pelo aparecimento das primeiras lesões de acne (traduzindo a estimulação das glândulas sebáceas). No sexo masculino poderá ser mais difícil distinguir a estimulação de origem suprarrenal daquela que tem origem testicular, uma vez que a testosterona tem ação sinérgica com os androgénios suprarrenais podendo, por isso, a adrenarca não ser tão evidente no rapaz.

Já o **eixo hipotálamo-hipófise-somatomédico** é ativado durante a puberdade, sendo essencial para o “estirão de crescimento estatural pubertário”, ou seja para o aumento significativo da velocidade de crescimento estatural típica da puberdade, além de ter um papel também importante no desenvolvimento gonadal. A sua ativação é traduzida pelo aumento da produção das seguintes moléculas: *Growth Hormone-Releasing Hormone* (GHRH), *Growth Hormone* (GH), *Insulin-like growth factor 1* (IGF-1) e *Insulin-like growth factor-binding protein 3* (IGFBP-3). Esta ativação é mais precoce no sexo feminino, havendo relação entre os níveis plasmáticos de IGF-1 e dos esteroides gonadais e a velocidade de crescimento.

A **Leptina** é uma substância libertada pelos adipócitos, com ação a nível do hipotálamo, através da qual se pensa poder ser exercido controlo sobre a saciedade e o gasto energético. Os níveis plasmáticos de leptina correlacionam-se de um modo positivo com o índice de massa corporal, podendo transmitir ao sistema nervoso central (SNC), e a outros órgãos, informação atualizada

Principais modificações hormonais ocorridas durante a puberdade		
<p>Aumento pulsátil de GnRH Aumento da FSH e aumento pulsátil noturno da LH Aumento das hormonas sexuais (esteroides gonadais) Aumento dos esteroides suprarrenais Aumento da GHRH, GH, IGF-1 e IGFBP-3</p>		
Ação das principais hormonas envolvidas na puberdade		
	Sexo feminino	Sexo masculino
FSH	-Desenvolvimento dos folículos primários. -Ativação enzimática das células granulosa ovárica e consequente aumento da produção de estrogénios.	-Desenvolvimento tubular e aumento do volume testicular. -Estimulação das células de Sertoli e indução da espermatogénese.
LH	-Estimulação das células da teca ovárica, com produção de androgénios. -Estimulação do corpo amarelo e consequente aumento da produção de progesterona. -Indução da ovulação.	-Estimulação das células de Leydig e consequente aumento da produção de testosterona.
Estradiol	-Desenvolvimento mamário, vulvar, vaginal e uterino. -Proliferação do endométrio. -Aumento da massa gorda. -Estímulo do crescimento (em concentrações baixas). -Aumento da velocidade de fusão epifisária (em concentrações altas).	-Estimulação das glândulas sebáceas. -Aumento da massa e volume muscular. -Aumento da libido. -Aumento da velocidade de fusão epifisária -Pode ser responsável pelo desenvolvimento mamário (habitualmente transitório: ginecomastia pubertária).
Progesterona	-Conversão do endométrio proliferativo em endométrio secretor. -Estimulação dos lóbulos alveolares na mama.	
Testosterona	-Aceleração do crescimento linear. -Estimulação da pilosidade púbica e axilar.	-Aceleração do crescimento linear. -Aumento da velocidade de fusão epifisária. -Desenvolvimento do pénis, escroto, próstata e vesículas seminais. -Estimulação da pilosidade púbica, axilar e facial. -Desenvolvimento da laringe e alteração das características da voz. -Estimulação das glândulas sebáceas. -Aumento da massa muscular. -Aumento da libido. -Aumento do hematócrito (aumento do número de glóbulos vermelhos)
Androgénios suprarrenais	-Estimulação do crescimento linear. -Estimulação da pilosidade púbica.	-Estimulação do crescimento linear. -Estimulação da pilosidade púbica.

GHRH - *Growth Hormone-Releasing Hormone*; GH - *Growth Hormone*; IGF-1 - *Insulin-like growth factor 1*; IGFBP-3 - *Insulin-like growth factor-binding protein 3*; GnRH - *Gonadotropin-Releasing Hormone*; FSH - *Follicle-Stimulating Hormone*; LH - *Luteinizing Hormone*

Quadro 1. Modificações hormonais pubertárias e suas principais ações (adaptado Medicina de la Adolescencia Atención Integral. 2ª edición. Ergon, 2012)

sobre a energia existente e a armazenada no corpo. Tem vindo a ser associada à hipótese de servir como sinal metabólico para o início da puberdade. As principais modificações hormonais pubertárias, e as suas ações essenciais, encontram-se resumidas na Quadro 1.

- Crescimento e maturação biológica durante a puberdade:

O início e a velocidade de progressão das alterações físicas características da puberdade têm grande variabilidade inter-individual, com uma tendência consistente para o início progressivamente mais precoce (cerca de três a quatro meses por cada decénio).

Em média, a rapariga inicia a puberdade pelos 11,2 anos (9 a 13,4) e o rapaz pelos 11,6 anos (9,5 a 13,5), sendo de esperar que decorra por um período de cerca de 50 a 60 meses.

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 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.

Trata-se do segundo pico de maior velocidade de crescimento estatural do indivíduo, com uma duração média de 24 a 36 meses (superior no sexo masculino), podendo durante este período atingir-se 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. 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 descritos no quadro 2).

O rápido crescimento constatado durante a puberdade é, caracteristicamente, desarmonioso e desproporcionado, o que contribui para que o adolescente possa apresentar dificuldades na aceitação destas modificações corporais. Cresce em primeiro lugar o segmento inferior do corpo, iniciando-se pelas extremidades dos membros e com evolução no sentido proximal.

O encerramento das epífises ocorre mais precocemente no sexo feminino, entre os 16 e os 17 anos, enquanto no sexo masculino ocorre pelos 21, permitindo desta forma ao rapaz adquirir um ganho estatural superior. Outra diferença significativa entre os sexos, a nível somático, é o facto de a rapariga atingir maior diâmetro pélvico que o rapaz, podendo constatar-se a relação inversa no que diz respeito ao diâmetro biacromial.

A avaliação do crescimento durante a puberdade está dependente da avaliação do peso e da estatura, avaliando o peso para a idade, a estatura para a idade e o peso para a estatura (índice de massa corporal), comparando-os com as curvas de crescimento existentes para o efeito.

Podem ser comparadas as medições individuais com medições já existentes dos pais e irmãos, podendo ser determinada a estatura alvo familiar (em centímetros), obtida pela soma das estaturas de ambos os pais, em cm, à qual se adiciona 13 no sexo masculino e se subtrai 13 no feminino, dividindo o total por dois.

Deve ser avaliada a velocidade de crescimento (em centímetros/ano), obtida através da diferença,

em cm, entre duas medições (em tempos diferentes), dividida pelo intervalo, em meses, entre essas duas medições, multiplicando o total por 12.

Pode ser necessária a avaliação da idade óssea (maturação do osso), possível através da análise da radiografia da mão e punho do membro não dominante, comparada com imagens padrão existentes em atlas para o efeito (*i.e.* Greulich e Pyle; Tanner e Whitehouse).

Durante a puberdade, são também esperadas modificações da composição corporal do indivíduo, ocorrendo um pico de ganho ponderal que poderá atingir até os 50% do peso do adulto. Existindo, também neste aspeto, diferenças entre os sexos, com os rapazes a aumentarem, em média, cerca de 7 a 8 Kg a mais que as raparigas. Por outro lado, durante a puberdade a percentagem de gordura corporal aumenta na rapariga e diminui no rapaz, sabendo-se que esse acréscimo se reveste de particular importância para a normal homeostasia hormonal feminina, influenciando de forma muito direta a idade da menarca, para a qual parece ser necessária a existência de cerca de 17% de gordura corporal.

É também esperado um maior desenvolvimento do sistema cardiovascular e respiratório no rapaz, com maior capacidade vital e valores de tensão arterial mais elevados do que na rapariga. O hematócrito e a hemoglobina são outros bons exemplos das diferenças entre sexos, ambos com valores superiores no rapaz, sendo que estes sofrem modificações consideráveis também em função do grau de maturação biológica ou pubertária.

No que diz respeito à maturação do SNC, o pico médio de maturação do lobo frontal é mais precoce na rapariga em que ocorrendo por volta

dos 11 anos, diferindo do rapaz em cerca um ano, o que conduz também a diferenças a nível do desempenho psicossocial.

Mas é a maturação sexual que na verdade evidencia melhor as modificações biológicas ou físicas características da puberdade. No sexo feminino, a modificação corporal que traduz o início da maturação sexual é o aumento do volume da glândula mamária, vulgarmente denominada de botão mamário, resultado das modificações hormonais já descritas. 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). Esta evolução pode, em parte, ser também guiada através dos diversos estádios pubertários de Tanner, os quais se encontram descritos no quadro 2. A menarca ocorre no estágio IV em cerca de 56% das raparigas e no estágio III em 20%. A idade da sua ocorrência dependerá de fatores genéticos, raciais, ambientais, sócio-económicos e da composição corporal, surgindo cerca de dois anos após o pico de velocidade de crescimento que caracteriza o estágio pubertário.

No sexo masculino, as modificações do volume testicular marcam o início da puberdade, sendo típico desta fase um volume testicular superior ou igual a 4 ml. É de esperar, durante a puberdade masculina, o progressivo desenvolvimento dos testículos, do pénis, do pelo axilar, facial, corporal e da pilosidade púbica, bem marcados nos estádios de Tanner (quadro 2). Uma forma correta e prática para a avaliação do volume testicular, será o método comparativo através do uso de um orquímetro (figura 1).



Figura 1. Orquidômetro de Prader.

A ocorrência da espermarca, ou a consciencialização da emissão de esperma, ocorre precocemente na evolução pubertária masculina,

habitualmente no estágio III de Tanner (correspondendo a um volume testicular aproximado de 11,5 ml), e marca o início da sua capacidade reprodutiva.

No rapaz, ocorre também algum desenvolvimento das glândulas mamárias, muitas vezes não objetivável, mas notado como botão mamário (ginecomastia) em muitos. Trata-se de uma situação transitória, que ocorre pelos 13 a 14 anos, que pode ser uni ou bilateral, e que habitualmente regride por completo em poucos anos. No entanto, esta é uma situação que pode cursar com grande desconforto e angústia, pelo que o adolescente necessita ser bem esclarecido acerca do seu significado e da evolução natural esperada.

A maturação sexual deverá ser avaliada com uma periodicidade anual, confirmando a sua normal progressão, para melhor compreensão de todo o desenvolvimento biopsicossocial do

	Sexo feminino M – mama	Sexo masculino G - genitais	Ambos os sexos P – pilosidade púbica
I Pré-púbere	M1 – ausência de tecido mamário palpável.	G1 – volume (vol) testicular < 4ml, pênis infantil.	P1 – ausência de pilosidade púbica (pp).
II	M2 – botão mamário.	G2 – vol testicular 4 a 5ml, pênis infantil.	P2 – pp escassa, fina, pigmentada.
III	M3 – crescimento mamário (tecido glandular e adiposo).	G3 – vol testicular 6 a 12ml, maior vol do escroto e pênis.	P3 – pp distribuída à superfície púbica, forte e enrolada.
IV	M4 – maior crescimento mamário, mamilo e aréola elevados.	G4 – vol testicular 12 a 20ml, escroto pigmentado, pênis mais grosso.	P4 – pp semelhante à do adulto, mas sem extensão à coxa.
V	M5 – mama de adulta, aréola no mesmo plano, mamilo pigmentado.	G5 – vol testicular >20ml, escroto e pênis de adulto.	P5 – pp de adulto, com extensão à face interna da coxa.

Quadro 2. Estádios pubertários de Tanner (Tanner, 1962).

adolescente. Esta avaliação é também importante para a mais correta interpretação de alguns resultados laboratoriais, e não só, para os quais os valores médios, ou de referência, precisam ser interpretados em função do desenvolvimento biológico, habitualmente tendo em conta os estádios pubertários de Tanner, como são os casos, já conhecidos, do hematócrito ou da fosfatase alcalina, ou até mesmo das necessidades energéticas basais.

14.2.2 Desenvolvimento psicossocial

Apesar da grande variabilidade interindividual 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. Já o desenvolvimento psicossocial (Dps), processa-se de um modo ainda mais amplo não sendo possível determinar-lhe um modelo que possa ser aplicável a todos os adolescentes. De facto, 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 Dps de difícil monitorização.

Embora a adolescência seja descrita, tantas vezes, como um período de extrema instabilidade, quase uma “psicose normal”, na verdade a maioria (cerca de 80%) dos adolescentes não evidencia problemas relevantes do comportamento, logo, os grandes conflitos neste período, nem são habituais, nem “normais”.

Por outro lado, nestes últimos anos, a neurociência tem revolucionado a compreensão do Dps 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.

Mas para melhor julgar o Dps 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. A **adolescência precoce**, dos 10 aos 13 anos; **adolescência média**, dos 14 aos 17; e **adolescência tardia** dos 18 aos 21 anos.

A **adolescência precoce** desenvolve-se a par das transformações físicas típicas da puberdade, sabendo-se que estas ocorrem mais cedo nas raparigas e, por conseguinte, também as alterações emocionais e psicossociais características desta fase serão mais precoces no sexo feminino.

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.

A **adolescência tardia** é a etapa final do Dps, 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.

O quadro 3 resume as características psicossociais mais relevantes da adolescência de acordo com as suas três fases.

Ainda relativamente às características do Dps do adolescente poderemos contudo listar alguns “sinais de alarme”, quadro 4, que evocam a hipótese de desvio patológico a este processo de desenvolvimento, e os quais devem levar à procura de uma avaliação especializada.

14.2.3 Patologia no adolescente

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

Segundo dados da OMS, cerca de 10 a 20% dos adolescentes europeus poderão padecer de algum tipo de transtorno do foro mental, onde as síndromes depressivas adquirem grande relevo. 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 Dps desajustado do adolescente e ao sério compromisso da sua saúde futura.

Já no que diz respeito a patologias orgânicas, “clássicas”, com expressividade na adolescência, e que motivam morbilidade significativa, poderemos enumerar a patologia respiratória (*i.e.* asma, rinite alérgica e outros) e o excesso ponderal ou obesidade, com ou sem síndrome metabólica associada, como sendo as patologias atualmente mais frequentes (dados da Consulta de Medicina do Adolescente do Hospital Pediátrico de Coimbra, 2012).

Patologias emergentes, e muito ligadas à adolescência, têm vindo a ganhar relevo na última década, sendo exemplos: 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.

Já no que diz respeito às principais causas de morte na adolescência em Portugal, sobreponíveis a todo o continente europeu, são os acidentes que ocupam o primeiro lugar (15.9/100.000 habitantes, entre os 15 e os 19 anos, dados do Instituto Nacional de Estatística, 2008), seguidos do suicídio (219 suicídios entre 2001 e 2005, no grupo etário dos 14 aos 24 anos, dados do Núcleo de Estudos do Suicídio). Como é do conhecimento geral, 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

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 gênero, o que pode gerar dúvidas 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 (ie:valores, vestuário, piercings, tatuagens e outros), participação em atividades de grupo (ie:culturais, desportivas, sociais, anti-sociais, delinquentes e outras); relações amorosas (ie:namoros, experimentação sexual predominantemente heterossexual).
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	
Adolescência precoce	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.
Adolescência média	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.
Adolescência tardia	Menor preocupação com o próprio corpo e imagem corporal, exceto se existirem anomalias físicas relevantes.
Identidade	
Adolescência precoce	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.
Adolescência média	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.
Adolescência tardia	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.

Quadro 3. Características psicossociais por itens nas diferentes fases da adolescência.

- 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.

Quadro 4. Sinais de alarme de desvios patológicos do Dps.

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.

14.2.4 Particularidades

do atendimento ao adolescente

Face às óbvias diferenças entre um adolescente e uma criança de idade mais precoce, ou mesmo um adulto, quer em termos físicos, como psicossociais, há muito que é compreendido e defendido que o atendimento aos adolescentes deve obedecer a um conjunto de especificidades que o tornem mais eficaz para responder às necessidades assistenciais desde grupo populacional.

Assim, os serviços de saúde devem orientar-se para atender às necessidades de saúde dos adolescentes de forma integrada, acessível, desburocratizada e eficiente, de preferência proporcionando uma ambiente físico adequado, onde

possa ser garantida a sua **privacidade** e onde seja promovida a **confidencialidade** e a sua autonomia, de modo a que o adolescente se sinta respeitado e responsável pela sua saúde de uma forma holística – atitude salutogénica.

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*, OMS, 2002). Tal abordagem permite evitar a duplicação de consultas, proporcionando maior adesão terapêutica e diminuindo o absentismo escolar.

A consulta do adolescente deverá seguir os passos habituais de uma consulta médica clássica, 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 da intervenção. A anamnese 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**.

Quanto ao **exame físico**, que deve ser previamente explicado, poderá ser protelado, mas 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 íntima. De modo algum pode ser descurado, até porque poderá revelar os verdadeiros motivos de ida à consulta. A sua realização deve ser reservada,

H	Casa (Home)	Onde e com quem vive; Árvore genealógica; Dinâmica familiar (<i>ie</i> : relacionamentos, regras, castigos e outros); Adulto de referência; Antecedentes familiares relevantes.
E	Educação (Education)	Escola (ou trabalho): ano, local, aproveitamento; Relacionamento com colegas e professores; Planos futuros.
E	Hábitos alimentares (Eating habits)	Padrão alimentar (<i>ie</i> : diário alimentar das últimas 24 horas); Imagem corporal e sua aceitação.
A	Atividades lúdicas (Activities)	<i>Hobbies</i> , desporto, grupo de pares; Amizades; Modos de diversão, saídas noturnas, segurança.
D	Consumos (Drugs)	Tipo de drogas (<i>ie</i> : tabaco, álcool, canabinóides ou outros); Circunstâncias do consumo (quantidade e frequência); Dependência?; Comportamentos de risco associados aos consumos.
S	Ideação suicida (Suicide)	Particular atenção ao sono, apetite, sentimentos de culpa, irritabilidade ou isolamento social; Ideação <i>versus</i> plano suicida; Antecedentes de tentativa de suicídio ou de síndrome depressiva.
S	Hábitos de sono (Sleep)	Padrão de sono; Interferências no sono (<i>ie</i> : TV, PC, videojogos, jogos <i>online</i> de apostas ou outros).
S	Sexualidade (Sexuality)	Afeto e atividade sexual (AS); Conhecimentos sobre Contraceção e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs); Idade de início da AS, que companheiro(s), qual a proteção?; Antecedentes de ISTs, gravidez ou AS sob o efeito de drogas; Antecedentes pessoais ou familiares de abuso sexual.
S	Qualidades (Strengths)	Qualidades do adolescente (identificadas do ponto de vista da família, dos amigos, do próprio ou do médico).

Quadro 5. Resumo da avaliação biopsicossocial tipo *HEADSS*.

protegendo a intimidade do adolescente, em gabinete com cortina ou biombo, estando o adolescente acompanhado, ou não, em função da sua própria vontade. Deve também ser adaptado à idade, ao género e às circunstâncias particulares de cada um.

A avaliação biopsicossocial, não necessariamente realizada logo na primeira consulta ou em todas as consultas, tem como principais objetivos detetar eventuais problemas não verbalizados espontaneamente e identificar fatores protetores e de risco de cada indivíduo. Existem

diversas formas de alcançar tais objetivos, sendo a abordagem do tipo *HEADSS* uma das mais conhecidas e aplicadas entre nós, podendo-se acrescentar itens a abordar em função da prática e experiência do médico.

O *HEADSS* é um acrónimo em que cada uma das suas letras traduz um tema de conversa a explorar durante a consulta do adolescente, sendo a ordem de abordagem definida pelo médico, habitualmente começando-se pelos temas mais “fáceis” ou para os quais se sente mais “preparado”. No quadro 5 estão descritos os temas

propostos para este tipo de abordagem, assim como algumas das informações e assuntos a abordar com o adolescente.

Os objetivos do atendimento ao adolescente, com as características aqui abordadas, são o identificar dos problemas reais de cada adolescente (físicos, psicológicos ou sociais), determinar o seu grau de desenvolvimento biopsicossocial, estabelecer uma relação terapêutica que seja adequada à sua maturação biopsicossocial, fomentar o diálogo entre o adolescente e os pais ou escola, e incentivar o adolescente a fazer escolhas responsáveis de estilos de vida saudáveis. Desta forma conseguiremos tratar os problemas do presente e prevenir os do futuro (cuidados antecipatórios).

Leitura complementar

Adolescent Friendly Health Services – An agenda for change, OMS, 2002.

Requisitos para o atendimento ao adolescente. Consenso da Secção de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf

Neinstein e col.. Adolescent Health Care – A practical guide. 5th edition. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

Machado MC, Alves MI, Couceiro ML. Saúde Infantil e Juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediatr Port* 2011;42(5):195-204

Barca GC, Romero AMR, Vicario MIH. Medicina de la Adolescencia – Atención Integral. 2^a edición. Ergon, 2012.