


Millenium, 2(Edição Especial Nº20)


pt

O TRIÂNGULO DE ABORDAGEM BIOPSISSOCIAL DO ADOLESCENTE
THE TRIANGLE OF BIOPSYCHOSOCIAL APPROACH OF THE ADOLESCENT
EL TRIÁNGULO DEL ENFOQUE BIOPSISSOCIAL DEL ADOLESCENTE

Jeni Vicente¹  <https://orcid.org/0009-0001-2347-3156>

Inês Santos¹  <https://orcid.org/0009-0006-9988-8952>

Maria Inês Santos¹  <https://orcid.org/0000-0002-0079-6366>

Pedro Vasconcelos¹  <https://orcid.org/0009-0005-4438-9972>

Alzira Ferrão¹  <https://orcid.org/0000-0002-7364-5032>

¹ Unidade Local de Saúde de Viseu Dão Lafões, Viseu, Portugal

Jeni Vicente - ljftfvicente@gmail.com | Inês Santos - inesfsantos13@gmail.com | Maria Inês Santos - mines.santos82@gmail.com |
Pedro Vasconcelos - pedrojvasconcelos@hotmail.com | Alzira Ferrão - alziramaria2615@gmail.com



Autor Correspondente:

Jeni Vicente

Praceta Dr. Álvaro Monteiro
3510-014 – Viseu - Portugal
ljftfvicente@gmail.com

RECEBIDO: 18 de outubro de 2025

REVISTO: 22 de outubro de 2025

ACEITE: 28 de outubro de 2025

PUBLICADO: 14 de novembro de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0220e.43658>

RESUMO

Introdução: O médico de família tem um papel privilegiado na abordagem biopsicossocial do adolescente, atuando na promoção da saúde e na prevenção do risco nesta faixa etária.

Objetivo: Descrever o modelo do Triângulo *Dever-Prazer-Família*, baseado no acrônimo HEEADSSS.

Desenvolvimento: O triângulo baseia-se numa representação gráfica simples: um triângulo equilátero cujos vértices correspondem a três dimensões fundamentais da vida do adolescente — *Dever, Prazer e Família*. No centro da figura situa-se o Eu, simbolizando o próprio jovem, a sua perceção de bem-estar e o equilíbrio entre estas áreas. É uma ferramenta que contribui de forma valiosa para compreender melhor o equilíbrio entre as responsabilidades, os momentos de lazer e o apoio familiar, assegurando uma intervenção mais simples, humanizada e adaptada às necessidades individuais de cada adolescente.

Conclusão: O uso consistente do modelo do triângulo DPF em contexto de Cuidados de Saúde Primários e na Pediatria tem demonstrado favorecer a autorreflexão e a expressão emocional do adolescente, fortalecendo a aliança terapêutica.

Palavras-chave: adolescente; modelo biopsicossocial; cuidados de saúde primários; pediatria; triângulo

ABSTRACT

Introduction: The family doctor plays a privileged role in the biopsychosocial approach to adolescents, promoting health and preventing risk in this age group.

Objective: Describe the *Duty-Pleasure-Family* Triangle model, based on the acronym HEEADSSS.

Development: The triangle is based on a simple graphic representation: an equilateral triangle whose vertices correspond to three fundamental dimensions of the adolescent's life — *Duty, Pleasure, and Family*. At the center of the figure is the Self, symbolizing the young person themselves, their perception of well-being, and the balance between these areas. It's a valuable tool for better understanding the balance between responsibilities, leisure time, and family support, ensuring a simpler, more humane intervention tailored to each adolescent's individual needs.

Conclusion: The consistent use of the DPF triangle model in primary healthcare and paediatrics has been shown to promote self-reflection and emotional expression in adolescents, thereby strengthening the therapeutic alliance.

Keywords: adolescent; models biopsychosocial; primary health care; pediatrics; triangle

RESUMEN

Introducción: El médico de familia desempeña un papel privilegiado en el enfoque biopsicosocial del adolescente, actuando en la promoción de la salud y la prevención de riesgos en este grupo de edad.

Objetivo: Describir el modelo del Triángulo *Deber-Placer-Familia*, basado en el acrónimo HEEADSSS.

Desarrollo: El triángulo se basa en una representación gráfica sencilla: un triángulo equilátero cuyos vértices corresponden a tres dimensiones fundamentales de la vida del adolescente: *Deber, Placer, y Familia*. En el centro de la figura se encuentra el Yo, que simboliza al joven, su percepción del bienestar y el equilibrio entre estas áreas. Es una herramienta valiosa para comprender mejor el equilibrio entre responsabilidades, tiempo libre y apoyo familiar, garantizando una intervención más sencilla y humana, adaptada a las necesidades individuales de cada adolescente.

Conclusión: El uso sistemático del modelo del triángulo DPF en el contexto de la atención primaria y la pediatría ha demostrado favorecer la autorreflexión y la expresión emocional de los adolescentes, fortaleciendo la alianza terapéutica.

Palabras clave: adolescente; modelos biopsicosociales; atención primaria de salud; pediatría; triángulo

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0220e.43658>

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase de transição crítica, marcada por intensas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais (Bica et al., 2024). Durante este período, o acompanhamento em saúde torna-se particularmente importante, não só para garantir a vigilância do crescimento e desenvolvimento, como também para apoiar o adolescente na construção da sua identidade e na gestão da autonomia (Sawyer et al., 2012).

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o Médico de Família (MF) assume um papel privilegiado na abordagem da saúde do adolescente, dado o seu acompanhamento longitudinal, a proximidade à família e a acessibilidade dos serviços (Doukrou & Segal, 2018). No entanto, a consulta com o adolescente apresenta desafios específicos: a criação de vínculo, a confidencialidade, a escuta ativa e a exploração de temas psicossociais frequentemente delicados (Ambresin et al., 2013). Diversos modelos de anamnese psicossocial foram desenvolvidos para facilitar essa abordagem. O acrónimo HEEADSSS (*Home; Education/Employment; Eating; Activities; Drugs; Sexuality; Suicide; Safety*) é um dos mais utilizados a nível internacional, orientando o profissional de saúde na exploração sistemática das várias esferas da vida do adolescente de forma sequencial e detalhada (Goldenring & Rosen, 2004). Todavia, a sua aplicação nos CSP nem sempre é exequível, devido à complexidade do modelo, à necessidade de formação específica e ao tempo limitado disponível em contexto assistencial (Klein et al., 2017). Neste sentido, surge a necessidade de ferramentas mais simples e adaptadas à prática clínica. O modelo triângulo de abordagem biopsicossocial do adolescente, também designado de Triângulo *Dever–Prazer–Família* trata-se de uma adaptação sintética, próxima do modelo HEEADSSS (Direção-Geral da Saúde, 2013), orientada para promover uma abordagem centrada no adolescente e acessível a profissionais com diferentes níveis de formação, permitindo realizar a anamnese psicossocial concebida para a consulta com o adolescente, destacando-se pela sua simplicidade, flexibilidade e adequação ao contexto clínico (Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, s.d.).

DESENVOLVIMENTO

O Triângulo *Dever–Prazer–Família* baseia-se numa representação gráfica simples: um triângulo equilátero cujos vértices correspondem a três dimensões fundamentais da vida do adolescente — *Dever, Prazer e Família*. No centro da figura situa-se o Eu, simbolizando o próprio jovem, a sua perceção de bem-estar e o equilíbrio entre estas áreas. Cada um dos vértices do Triângulo representa uma esfera essencial da vivência do adolescente, permitindo explorar o equilíbrio entre responsabilidades, fontes de bem-estar e suporte familiar. Estes domínios, embora distintos, encontram-se profundamente interligados na construção da identidade e saúde globais do adolescente.

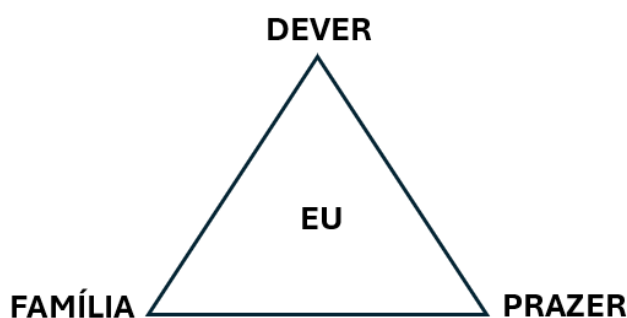


Figura 1 - Triângulo *Dever–Prazer–Família*

Dever: inclui as obrigações formais e informais associadas à vida do adolescente, como o desempenho escolar, tarefas domésticas, expectativas familiares e sociais, e envolvimento em atividades extracurriculares. Este vértice permite avaliar não só o nível de exigência a que o jovem está sujeito, mas também o sentido de responsabilidade e a forma como lida com pressões externas (Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, s.d.).

Prazer: refere-se às fontes de motivação, descanso e realização pessoal. Envolve atividades de lazer, convívio com pares, *hobbies*, experiências afetivas e, conforme a maturidade, questões relacionadas com a sexualidade. A análise desta dimensão permite identificar o grau de satisfação com a vida quotidiana e a existência de espaços seguros para a expressão emocional e social do adolescente (Ambresin et al., 2013).

Família: abrange a estrutura familiar, as relações de apoio, os padrões de comunicação e eventuais situações de conflito ou disfunção. Avaliar este vértice é crucial para compreender o ambiente afetivo em que o adolescente está inserido e o seu sentimento de pertença e segurança emocional (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Esta configuração facilita a compreensão simbólica e estimula a autorreflexão por parte do adolescente.

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0220e.43658>

Durante a consulta, e numa fase da entrevista realizada a sós com o profissional de saúde — assegurando o princípio da confidencialidade — o adolescente é convidado a fazer uma autoavaliação de cada vértice e do “Eu”, utilizando uma escala numérica de zero (0) a cinco (5) ou de zero (0) a vinte 20 valores, semelhante à escala de avaliação escolar. Esta estratégia contribui para tornar o exercício familiar e acessível, favorecendo o envolvimento ativo do jovem na consulta. A pontuação atribuída pelo adolescente a cada vértice e também a avaliação do “Eu” podem ser usadas como ponto de partida para perguntas reflexivas, como: “O que te falta para dares o máximo nesta área?”. Esta abordagem contribui para identificar fatores de risco psicossociais e, simultaneamente, potenciar fatores protetores, reforçando a autonomia, a autoestima e a responsabilização do adolescente sobre o seu percurso (Sawyer et al., 2012). Ao observar a distribuição das pontuações atribuídas a cada vértice e ao centro do triângulo, o profissional pode identificar rapidamente áreas de risco ou desequilíbrio, orientando a intervenção de forma personalizada. Uma baixa pontuação no vértice “Prazer” pode sinalizar sintomas depressivos ou isolamento social, enquanto dificuldades no “Dever” podem refletir insucesso escolar ou sobrecarga. Por sua vez, uma baixa avaliação do vértice “Família” pode indicar conflitos, negligência ou vulnerabilidade psicossocial. A avaliação do “Eu” pode refletir uma insatisfação com a imagem corporal ou alterações do bem-estar emocional.

A entrevista é conduzida de forma flexível e dialogada, privilegiando uma escuta ativa e sensível às particularidades do adolescente.

As questões são colocadas de forma aberta, respeitando o ritmo e a dinâmica da conversa:

- **Dever:** “O que achas da tua escola? O que mais gostas? O que gostarias de mudar? Como te sentes na escola? Que disciplinas gostas mais? O que achas do teu aproveitamento escolar? Tens algum grupo de amigos? Que costumam fazer nos intervalos? Que planos tens para o futuro?”
- **Prazer:** “Tens alguém dentro do grupo com quem te identifies mais? Ou que seja mais especial para ti? Tens alguma atividade regularmente? Praticas alguma atividade que alguém considere perigosa? Como usas as novas tecnologias no dia a dia?”
- **Família:** “Tens alguém na tua família em quem confies e te sintas mais à vontade? O que mudarias no teu dia a dia em casa? Que tarefas e regras se aplicam a ti?”
- **Eu:** “O que fazes quando tens algum problema? Como te sentes com o teu corpo a crescer? Como vês o teu corpo? O que mudarias nele? Que tipo de alimentação tens? Tens um sono tranquilo? Quantas horas dormes? Existe algum pensamento negativo que te tem preocupado? O que significa para ti ser adolescente? A quem recorres quando tens algum problema? Tens algum adulto de referência? O que tens tu de especial e único?”

Mais do que uma recolha exaustiva de dados, o Triângulo promove uma conversa significativa, permitindo identificar zonas de conforto e de tensão no quotidiano do adolescente. A visualização da distribuição entre os três vértices ajuda o clínico e o próprio adolescente, a refletir sobre possíveis desequilíbrios (Direção-Geral da Saúde, 2013). Além da função diagnóstica, o modelo tem um forte potencial educativo e terapêutico. O uso consistente desta ferramenta nos CSP tem demonstrado facilitar a deteção precoce de problemas de saúde mental e o reforço de fatores protetores (Doukrou & Segal, 2018; Klein et al., 2017). Por não exigir treino extensivo ou instrumentos específicos, a sua aplicação revela-se exequível por médicos de família, enfermeiros ou outros profissionais em contacto com adolescentes. Além disso, adapta-se facilmente a diferentes contextos socioculturais, mantendo-se sensível às especificidades de cada adolescente (Doukrou & Segal, 2018).

CONCLUSÃO

O Triângulo *Dever–Prazer–Família* surge como uma proposta nacional inovadora, com base conceptual no modelo HEEADSSS, mas com claras vantagens em termos de simplicidade, aplicabilidade e adaptação cultural. Ao permitir que o jovem reflita sobre diferentes dimensões da sua vida e se posicione como agente ativo na construção do seu percurso de saúde, esta ferramenta contribui não apenas para diagnósticos mais compreensivos, mas também para o fortalecimento da sua autonomia e literacia em saúde. Neste contexto, o Triângulo *Dever–Prazer–Família* surge como uma alternativa mais acessível e adaptada à realidade dos CSP (Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, s.d.). Em vez de uma *checklist* extensiva, a entrevista decorre de forma mais flexível e dialogada, sem comprometer a profundidade das informações recolhidas. O modelo favorece, assim, uma abordagem centrada no adolescente, promovendo a escuta ativa e a construção de uma relação terapêutica de confiança (Doukrou & Segal, 2018). Embora não substitua modelos mais detalhados em contextos de risco elevado ou em saúde mental especializada, o Triângulo constitui uma ferramenta eficaz de rastreio e comunicação, sendo particularmente valioso na primeira abordagem ou quando o tempo é limitado (Klein et al., 2017). A representação visual ajuda a reduzir a distância hierárquica, promovendo um ambiente de segurança e confiança que facilita a expressão de preocupações ou vulnerabilidades (Doukrou & Segal, 2018).

Além disso, o modelo pode ser particularmente útil na identificação precoce de sinais de sofrimento emocional ou disfunção familiar, permitindo ao médico de família atuar preventivamente ou referenciar precocemente, quando necessário, para uma

DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0220e.43658>

avaliação especializada. Facilita, também, a continuidade de cuidados ao criar um registo simbólico que pode ser retomado em futuras consultas, promovendo um acompanhamento longitudinal (Doukrou & Segal, 2018).

Do ponto de vista formativo, a simplicidade e aplicabilidade do triângulo tornam-no uma ferramenta valiosa no ensino da comunicação clínica com adolescentes, podendo ser facilmente integrado nos programas de formação de internos de Medicina Geral e Familiar e de enfermagem comunitária. A familiaridade com o modelo e a sua prática reiterada reforçam a confiança dos profissionais e contribuem para uma maior adesão à abordagem psicossocial nos CSP (Ambresin et al., 2013).

Investir na formação dos profissionais de saúde para a utilização deste tipo de instrumentos é, portanto, essencial para garantir uma prática clínica mais ajustada às necessidades reais da população adolescente, e para reforçar o papel dos CSP como espaço privilegiado de promoção da saúde e prevenção de risco nesta faixa etária.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; tratamento de dados, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; análise formal, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; aquisição de financiamento, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; investigação, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; metodologia, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; administração do projeto, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; recursos, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; programas, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; supervisão, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; validação, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; visualização, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; redação- preparação do rascunho original, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.; redação- revisão e edição, J.V., I.S., M.I.S., P.V. e A.F.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambresin, A.-E., Bennett, K., Patton, G. C., Sanci, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.014>
- Bica, I., Condeço, L., Cordeiro, M., Ferrão, A., Santos, I., & Ruas, F. (2024). *Atendimento ao adolescente: Instrumento de avaliação HEEADSSSS: Manual pedagógico* (1.ª ed.). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. https://www.essv.ipv.pt/wp-content/uploads/livros/atendimento_adolescente.pdf
- Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. (s.d.). *Consulta dos 12-13 anos: Um guia prático para a consulta* [Folheto não publicado]. Administração Regional de Saúde do Centro.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://encurtador.com.br/hgMN>
- Doukrou, M., & Segal, T. Y. (2018). Fifteen-minute consultation: Communicating with young people—how to use HEEADSSS, a psychosocial interview for adolescents. *Archives of Disease in Childhood: Education and Practice Edition*, 103(1), 15–19. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-311553>
- Goldenring, J. M., & Rosen, D. S. (2004). Getting into adolescent heads: An essential update. *Modern Medicine*. <https://encurtador.com.br/FbsC>
- Klein, D. A., Goldenring, J. M., & Adelman, W. P. (2014). HEEADSSS 3.0: The psychosocial interview for adolescents updated for a new century fueled by media. *Contemporary Pediatrics*, 16-28. <https://encurtador.com.br/agtP>
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S.-J., Dick, B., Ezech, A. C., & Patton, G. C. (2012). Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet*, 379(9826), 1630–1640. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5)