

COMO SÃO OS NOSSOS ADOLESCENTES? RETRATO DE UMA AMOSTRA ESCOLAR

HOW ARE OUR ADOLESCENTS? PORTRAIT OF A SCHOOL SAMPLE

Mónica Jerónimo¹, Cláudia Arriaga², Pascoal Moleiro², Alexandra Luz²

1. Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

2. Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Acta Pediatr Port 2014;45:130-136

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is frequently associated with withdrawal from health services and risk behaviours which can lead to negative consequences in adult life. The objective of this study was to characterize a school sample of adolescents in terms of health problems and risk behavior, and to identify the need for interventions by health care professionals.

Methods: This was an analytical cross-sectional study based on anonymous and confidential questionnaires applied to adolescents in an urban public high school in January 2012. The study variables were somatometry, health, safety, substance consumption, sexuality and thoughts of death.

Results: A total of 191 questionnaires were obtained, 57% from females; the mean age of respondents was 12.6 ± 1.7 years (10-17). Around 47% had had a medical consultation during the previous year, with a statistically significant relation between younger ages and willingness to attend a medical consultation ($p=0.006$), reported by 45% of respondents. Somatic complaints prevailed in females. Fifty-eight percent had consumed alcoholic beverages and 16% tobacco. About 80% knew what a sexually transmitted disease is and 46% knew what contraception is; this knowledge was more prevalent in older children ($p<0.001$). Around 27% reported having thoughts of death.

Conclusions: We identified a high prevalence of somatic complaints and alcohol experimentation. There was a significant lack of knowledge of subjects related to sexuality and safety. Most adolescents in this sample have no regular medical monitoring and no interest in it. The need for intervention was evident. A joint project between the hospital and the school for the promotion of a healthy adolescence is currently under way.

Keywords: adolescent; risk behaviours; primary prevention.

RESUMO

Introdução: A adolescência está muitas vezes associada a um afastamento dos serviços de saúde e a comportamentos de risco que podem ter consequências nefastas para a vida adulta. O objetivo deste trabalho foi caracterizar uma amostra escolar de adolescentes considerando problemas de saúde e comportamentos de risco, procurando identificar necessidades de intervenção pelos profissionais de saúde.

Métodos: Estudo transversal analítico, com aplicação de questionários anónimos e confidenciais a adolescentes de uma escola básica do segundo e terceiro ciclos, pública e urbana, em janeiro de 2012. Variáveis estudadas: somatometria, estado de saúde, segurança, consumos, sexualidade e pensamentos de morte.

Resultados: Foram realizados questionários a 191 adolescentes, sendo 57% destes do sexo feminino, com idade média de $12,6 \pm 1,7$ anos (mínimo 10; máximo 17). Foram observados em consulta médica no ano anterior 47% dos adolescentes, sendo a vontade de ser observado mencionada em 45% e mais frequente nas idades mais jovens ($p = 0,006$). As queixas somáticas foram predominantes no sexo feminino. As bebidas alcoólicas e o tabaco tinham sido experimentados por 58% e 16%, respetivamente.

Sabem o que é uma infeção sexualmente transmissível 80% dos inquiridos e 46% o que é contraceção, conhecimentos mais prevalentes nos mais velhos ($p < 0,001$). Referiram ideias de morte 27% dos adolescentes.

Conclusões: Identificou-se uma importante prevalência de queixas somáticas e experimentação de álcool. Verificou-se um desconhecimento significativo sobre temas relacionados com sexualidade e segurança. A maioria dos adolescentes não tem acompanhamento médico regular e não mostrou interesse no mesmo. Evidenciou-se a necessidade de intervenção, estando em curso um projeto de articulação entre o hospital e a escola para promoção de uma adolescência saudável.

Palavras-chave: adolescente; comportamento de risco; prevenção primária.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma etapa da vida com características próprias em diversas áreas. É uma fase de mudança e adaptação a nível físico, cognitivo, emocional e social, que representa a transição da infância para a vida adulta. Embora a maioria dos adolescentes seja saudável e atravesse esta fase sem problemas de relevo,

muitas vezes torna-se necessário fornecer algum apoio e orientação neste período de transição¹⁻³. É uma fase que se caracteriza por vulnerabilidades determinadas pelas mudanças físicas e psicológicas, desejo de conhecimento e experimentação (nomeadamente de substâncias como o álcool, tabaco ou drogas), percepção da imagem corporal, comportamentos relativos à sexualidade e à segurança e ideação suicida. Podem manifestar-se comportamentos de risco que terão consequências negativas na vida adulta e que são principal causa de morbilidade e mortalidade nesta faixa etária. Assim, a adolescência é uma fase do crescimento e desenvolvimento em que é prioritário investir na educação para a saúde, apostando na prevenção da doença e na promoção de hábitos de vida saudável^{4,5}.

Por outro lado, os adolescentes representam o subgrupo pediátrico com maior taxa de absentismo e abandono de acompanhamento médico regular, em parte devido ao facto de a maioria ser saudável, mas também por um natural afastamento destes serviços^{3,6,7}. Deste modo, tem sido salientada a importância de ir ao encontro dos adolescentes, prestando-lhes apoio fora das unidades de saúde. A escola assume aqui um papel fundamental, pois é o local onde os jovens passam a maior parte do seu tempo³.

Este trabalho teve como objetivo caracterizar uma amostra escolar de adolescentes tendo em conta os problemas comuns encontrados nesta faixa etária no que diz respeito ao absentismo dos cuidados de saúde, imagem corporal e somatometria, queixas somáticas, segurança, consumos, sexualidade e ideação suicida. Pretendeu-se igualmente identificar as áreas mais problemáticas e com necessidade de intervenção pelos profissionais de saúde.

MÉTODOS

Amostra

Durante o ano letivo de 2011-2012 foi estabelecido um protocolo entre um hospital de nível B1 e uma escola do segundo e terceiro ciclos do ensino básico de uma cidade da região centro de Portugal cujo objetivo foi permitir o acesso a uma consulta médica por parte de adolescentes em risco e sem acompanhamento adequado em serviços de saúde, promovendo a complementaridade e articulação entre a escola e um serviço de saúde. A primeira fase deste projeto consistiu na aplicação de questionários aos alunos da escola com o objetivo de caracterizar a amostra e de avaliar futuras necessidades de intervenção. Na segunda fase do projeto, utilizando os dados agora apresentados sobre áreas problemáticas e com necessidade de intervenção, será realizada uma consulta

médica em meio escolar. Esta consulta será efetuada por pediatras do hospital com experiência em medicina da adolescência, cumprindo todos os princípios de privacidade e confidencialidade. A seleção dos adolescentes a observar será realizada com base no resultado dos questionários, dando prioridade aqueles que apresentem fatores de risco e conseqüente necessidade de intervenção. Serão também observados em consulta todos os adolescentes que manifestem esse desejo, assim como aqueles que sejam referenciados pelos responsáveis da escola, caso concordem, sem que exista qualquer critério de exclusão. A abordagem em consulta terá como base a avaliação biopsicossocial utilizada nas consultas de medicina da adolescência.

Questionário

Os questionários foram entregues pelos professores e preenchidos na sala de aula, após esclarecimento acerca do seu objetivo e cumprindo critérios de privacidade e confidencialidade, durante o mês de janeiro de 2012. O conteúdo do questionário foi estabelecido com base no utilizado na primeira consulta de medicina do adolescente do hospital. Assim, é constituído por um grupo inicial de caracterização individual (nome, idade, ano de escolaridade, altura e peso), seguido de um segundo grupo com 44 questões fechadas, divididas em quatro partes, terminando com um espaço aberto de questões e/ou comentários livres. À exceção da primeira questão, que tenta enquadrar temporalmente a data da última consulta médica através de quatro opções (“menos de um ano”, “entre um e dois anos”, “mais de dois anos” e “não me recordo da data da última consulta”), todas as restantes são de resposta afirmativa ou negativa (sim/não). A primeira parte incide sobre assistência em consultas, problemas médicos (ter alguma doença e acompanhamento médico) e queixas físicas (cefaleias, dor abdominal, insónia, astenia ou sensação de desmaio). A segunda parte aborda questões relacionadas com percepção da imagem corporal e perturbações do comportamento alimentar (achar-se “gordo”, “magro”, “pequeno”, “grande”, “não gostar de alguma parte do corpo” ou “estar a fazer dieta”). Na terceira são colocadas questões sobre segurança (uso de cinto de segurança, capacete de mota e bicicleta) e questões sócio-relacionais (sensação de segurança na escola; perspectiva de futuro profissional; ter melhor amigo; vontade de alterar a relação com os pais). Por último, a quarta parte do questionário incide sobre comportamentos de risco, nomeadamente experimentação e consumo regular de álcool, tabaco e drogas, conhecimentos relacionados com sexualidade (saber o que é uma infeção sexualmente transmissível (IST) ou contraceção e vontade de saber mais acerca de sexualidade) e presença de ideias de morte.

Tratamento de dados

Utilizando como referência as curvas de percentis do Centers for Disease Control and Prevention (CDC)⁸, definiu-se obesidade como o índice de massa corporal (IMC) superior ao percentil 95 para a idade e sexo, excesso de peso quando o IMC se encontra entre os percentis 85 e 95 e magreza como IMC inferior ao percentil 10.

Os dados foram tratados através do programa Predictive Analytics SoftWare (PASW) Statistics versão 18 para Windows (Chicago: SPSS Inc, 2009)⁹. Para caracterizar a amostra foi utilizada a estatística descritiva. Utilizaram-se os testes Qui-Quadrado para analisar a associação entre variáveis categóricas e t-Student para análise de associação de uma variável numérica com outra categórica com 2 categorias. Foi considerado o nível de significância de 5%.

A aplicação dos questionários aos adolescentes e a análise dos dados tiveram a aprovação da Comissão de Ética do hospital, assim como da Direção da escola e do Serviço de Pediatria do hospital em causa. A participação dos adolescentes foi autorizada pelos próprios e pelos seus encarregados de educação, mediante assinatura de consentimento informado.

RESULTADOS

Obtiveram-se 191 questionários, correspondentes a igual número de adolescentes, dos quais 57% eram do sexo feminino. A média de idades foi 12,6 ± 1,7 anos com mínimo de 10 e máximo de 17 anos.

A média do IMC foi de 19,4 1 ± 2,86 kg/m², apresentando 79% dos adolescentes um IMC considerado normal para a idade e sexo, enquanto 7,3% apresentavam magreza excessiva, 6,3% excesso de peso e 3,1% obesidade.

Referiram ter sido observados em consulta médica no ano anterior 47% dos adolescentes. Em 30% foi mencionada a existência de algum problema de saúde, sem que existisse qualquer acompanhamento médico em 40% dos casos. A vontade de ser observado numa consulta médica foi referida por 45% dos jovens, sendo signi-

ficativamente mais frequente nas idades mais jovens (média de idades de 12,34 vs. 13,03 anos) (p = 0,006). A referência a sintomas como sensação de desmaio e insónia inicial ou de manutenção foram mais frequentes nas raparigas. A presença de cansaço ou tosse com o exercício físico, cansaço diurno, dor abdominal ou cefaleias frequentes foram significativamente mais comuns no sexo feminino (Tabela 1).

Em 62% dos adolescentes verificou-se insatisfação com a imagem corporal, incluindo acharem-se “pequeno”, “grande”, “gordo”, “magro” ou não gostar de alguma parte do próprio corpo, sendo esta mais frequente no sexo feminino (p = 0,002).

Referiram estar a fazer algum tipo de dieta alimentar 7% (n = 13) dos adolescentes, maioritariamente rapazes (54%). Comparando os que afirmaram fazer dieta com o correspondente valor de IMC, 56% apresentavam um IMC considerado normal para a idade e sexo (embora apenas nove dos que faziam dieta tenham respondido às duas questões). Dos adolescentes que referiram fazer dieta alimentar, 85% revelaram alguma insatisfação com a imagem corporal.

No que diz respeito às relações parentais e entre pares, 25% referiram que gostariam de alterar a sua relação com os pais e 21% referiram não ter um melhor amigo. Quanto aos hábitos de segurança, a maioria dos jovens referiu usar cinto de segurança no automóvel e capacete quando anda de mota. Cerca de um terço referiu usar capacete quando anda de bicicleta (Tabela 2).

Em 15% dos adolescentes houve referência a sensação de insegurança na escola.

Em relação aos consumos, a maioria dos adolescentes referiu já ter experimentado bebidas alcoólicas, seguido de tabaco e drogas em menor proporção (Tabela 3). Dos que referiram já ter experimentado tabaco, 7% fumam regularmente e 6% dos que já experimentaram bebidas alcoólicas, indicaram um consumo regular das mesmas. Entre os jovens inquiridos, verificou-se existir uma relação significativa entre a experimentação de bebidas alcoólicas e as idades mais velhas (média de idades de 13,17 vs. 11,95 anos), tal como na experimentação de tabaco

Tabela 1. Queixas relativas a problemas de saúde em função do género

Questão	Masculino	Feminino	p
Sensação frequente de desmaio?	11%	20%	ns
Cansaço ou tosse com o exercício físico?	10%	21%	0,042
Cansaço frequente durante o dia?	11%	23%	0,035
Dor abdominal frequente?	4%	17%	0,004
Cefaleias frequentes?	9%	28%	0,001
Perturbação do sono?	28%	29%	ns

ns: não significativo.

Tabela 2. Caracterização dos hábitos de segurança

Questão	Sim	Não
Usas cinto de segurança no automóvel?	92%	8%
Usas capacete quando andas de mota?	66%	34%
Usas capacete quando andas de bicicleta?	32%	68%

Tabela 3. Caracterização da experimentação prévia de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas

Questão	Sim	Não
Já alguma vez experimentaste bebidas alcoólicas?	58%	42%
Já alguma vez experimentaste fumar?	16%	84%
Já alguma vez experimentaste algum tipo de droga?	2%	98%

(média de idades 13,97 vs. 12,42 anos) ($p < 0,001$). Relativamente às questões sobre sexualidade, 80% dos jovens referiram saber o que é uma IST e 46% o que é contraceção, sendo os conhecimentos sobre estes temas significativamente mais frequentes nos adolescentes mais velhos (média de idades 13,03 vs. 11,41 anos e 13,87 vs. 11,65 anos, respetivamente) ($p < 0,001$). Dos adolescentes interrogados, 32% referiram falar com os pais sobre sexualidade e 42% referiram que gostariam de saber mais acerca deste assunto. Entre os jovens inquiridos, 27% assumiram já ter pensado em morrer, enquanto 29% referiram conhecer alguém que já tinha tido o mesmo tipo de pensamento.

DISCUSSÃO

Os adolescentes são um grupo etário maioritariamente saudável, em que tipicamente se observa um afastamento dos cuidados de saúde, dificultando uma adequada intervenção tanto em caso de doença como no âmbito da educação para a saúde^{6,7,9}. Este afastamento dos cuidados de saúde verificou-se também neste estudo, em que menos de metade dos inquiridos havia sido observado numa consulta médica no ano anterior e 45% revelaram vontade de ser observados. Este desejo de ser observado poderá estar relacionado com vários fatores, nomeadamente a motivação pessoal, perceção de problemas, suporte social e confiança nos profissionais de saúde, entre outros³. Mais preocupante foi o facto de cerca de um terço considerar ter um problema de saúde, mas apenas 40% destes apresentarem algum tipo de acompanhamento médico para esse problema. Desta forma, assume importância a criação de programas que forneçam apoio ao adolescente no seu contexto do dia-a-dia, sem necessidade de deslocação a

espaços formais como as unidades de saúde, o que tem vindo a ser defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³.

A maioria dos adolescentes deste estudo apresentava um valor de IMC normal para a idade e sexo, apesar de mais de metade da amostra revelar descontentamento com a sua imagem corporal, sobretudo no sexo feminino, o que está de acordo com dados de outros estudos^{10,11}. Num estudo realizado para a OMS sobre a saúde e estilos de vida dos jovens portugueses, a maioria dos jovens apresentava também um IMC normal, sendo a percentagem de obesidade sobreponível à encontrada neste estudo⁹. No entanto, a percentagem de excesso de peso e magreza foi muito superior à agora identificada (cerca do dobro em ambos os casos)⁹. Estas diferenças podem justificar-se pelo facto de, na amostra estudada, os dados relativos ao peso e estatura serem auto reportados pelos próprios adolescentes, o que poderá associado a algumas imprecisões.

No mesmo estudo realizado para a OMS, a percentagem global de adolescentes portugueses que referiu fazer dieta foi de 10%, valor não muito diferente do determinado no presente estudo, que foi de 7%^{9,12}. Um dado interessante neste estudo é o facto de a larga maioria dos adolescentes que referiu fazer dieta apresentar um IMC considerado normal assim como algum tipo de insatisfação com a imagem corporal. Nos últimos anos tem vindo a ser descrita a relação entre a influência de fatores culturais, nomeadamente nos media, acerca do corpo e peso ideais, o que contribuirá para elevadas taxas de adolescentes sob dietas restritivas e/ou desadequadas, apesar de apresentarem um IMC normal¹¹. Por outro lado, a insatisfação com a imagem corporal e a adoção de comportamentos alimentares desadequados têm sido descritas como fatores de alerta para a presença de uma perturbação do comportamento alimen-

tar^{11,13}.

Na amostra estudada, a maioria dos jovens que referiu fazer algum tipo de dieta era do sexo masculino (54%), contrariamente ao referido na literatura¹³⁻¹⁵. Todavia, no questionário usado apenas se perguntava se estavam a fazer algum tipo de dieta alimentar, não especificando qual, o que poderá ter enviesado algumas das respostas. Tal como seria de esperar, as queixas que poderão indicar somatização, tais como cansaço, dor abdominal ou cefaleias foram mais frequentes no sexo feminino¹⁶⁻¹⁸. O aparecimento de sintomas frequentes que possam indicar somatização deve implicar uma abordagem em consulta própria, permitindo a deteção de eventuais comorbilidades e o tratamento e acompanhamento adequado destas situações¹⁸.

No que diz respeito a comportamentos de risco que possam envolver acidentes, identificaram-se práticas inseguras importantes, sobretudo no que se refere ao uso de capacete quando usam a mota ou a bicicleta. Tal facto é preocupante, tendo em conta que os acidentes constituem a principal causa de morte na Europa nas crianças e jovens entre os 5 e os 19 anos¹⁹. Os acidentes de viação assumem um papel importante neste contexto, podendo determinar sequelas e incapacidade para a vida futura, além de constituírem uma importante causa de morte neste grupo etário¹⁹. Estes dados reforçam a necessidade de programas de intervenção em contexto escolar, especificamente direcionados para a sua prevenção^{19,20}.

Relativamente aos consumos de substâncias, sabe-se que a sua prevenção deve ser parte integrante dos cuidados de saúde ao adolescente²¹. Neste estudo verificou-se uma elevada prevalência de experimentação de bebidas alcoólicas (58%), embora apenas 6% tenham indicado um consumo regular, valor inferior ao encontrado noutros estudos²². Os últimos dados nacionais referem que o consumo regular de bebidas alcoólicas entre os jovens tem diminuído nos últimos anos. No entanto não diminuiu o seu abuso episódico, o que reforça também a importância de campanhas de prevenção e educação para a saúde^{9,23}. Neste questionário não foi abordada a questão do abuso episódico, apenas a experimentação e o consumo regular. Quanto à experimentação de tabaco, no presente estudo a percentagem de adolescentes que já havia experimentado foi cerca de metade da encontrada na generalidade dos jovens portugueses (16% vs. 30%), tendo-se verificado uma percentagem semelhante de adolescentes com consumo regular de tabaco⁹. Tal como no consumo de bebidas alcoólicas, também o consumo de tabaco tem vindo a diminuir entre os jovens portugueses ao longo dos últimos anos^{9,12,23}. A experimentação de tabaco e

bebidas alcoólicas foi mais significativa nos adolescentes mais velhos, sem diferenças importantes entre os sexos, tal como está descrito na literatura²². Verificou-se uma baixa taxa de experimentação de drogas, embora não se tenha especificado qual o tipo de droga utilizada. Noutros estudos, a referência à experimentação de drogas em adolescentes portugueses varia entre 8,8% (haxixe) e 1,2% (*doping*)⁹.

Embora a maioria dos inquiridos saiba o que é uma IST, menos de metade referiu saber o que é contraceção. Por outro lado, uma importante percentagem referiu que gostaria de saber mais acerca deste assunto. Estes resultados evidenciam a importância de medidas que visem informar os adolescentes acerca de questões relacionadas com sexualidade, uma vez que estes são considerados um grupo de intervenção prioritário em termos de saúde sexual e reprodutiva²⁴. Há que salientar que a amostra deste estudo representava uma ampla faixa etária - entre os 10 e os 17 anos, o que poderá justificar esta elevada percentagem de desconhecimento, já que verificou que os conhecimentos neste âmbito eram mais frequentes nos adolescentes mais velhos. No entanto, a idade média de iniciação de atividade sexual nos adolescentes portugueses é 14 anos e, como tal, é fundamental que a educação e prevenção de comportamentos de risco se iniciem em idades mais jovens, de modo a que, ao ser iniciada a atividade sexual, os adolescentes o façam com pleno conhecimento dos fatores de risco a ela associados, nomeadamente no que se refere a contraceção e IST⁹.

O suicídio foi considerado pela OMS, em 2009, como a segunda maior causa de morte na faixa etária entre os 10 e os 24 anos²⁵. A taxa de adolescentes que neste estudo referiu já ter tido ou conhecer alguém que já teve ideias de morte é preocupante, demonstrando, mais uma vez, a necessidade de prevenir comportamentos de risco e identificar atempadamente aqueles que poderão estar em possível risco de suicídio. Sublinhe-se que não foi questionada a ocorrência de tentativas concretas de suicídio, o que provavelmente evidenciaria um resultado inferior ao aqui encontrado.

Há que referir algumas limitações deste estudo, além das já mencionadas. Os autores consideram que a amostra é de pequena dimensão, quando comparada com outros estudos, tratando-se de uma população homogénea, em que a maioria dos inquiridos reside em meio urbano. Outra limitação é a perceção de confidencialidade pelos adolescentes que, apesar de ter sido transmitida, poderá não ter sido bem entendida. Por outro lado, não foram estudados os locais de seguimento habitual em consulta dos adolescentes inquiridos, assim como a acessibilidade e a especifici-

dade dos mesmos para o atendimento a adolescentes. Os antecedentes patológicos não foram especificados, tratando-se apenas de situações que os adolescentes identificam como doença. Também não foram avaliadas as fontes de informação acerca dos diversos temas abordados, nomeadamente se é lecionada educação sexual na escola, a existência de irmãos mais velhos ou a frequência anterior de ações de educação para a saúde. Em conclusão, no presente estudo revelaram ser frequentes os comportamentos de risco em relação ao consumo de álcool e aos hábitos de segurança, assim como outros problemas reconhecidos da adolescência como a somatização, percepção anómala de imagem corporal e falta de informação sobre temas relativos à sexualidade. A maioria dos adolescentes desta amostra não dispõe de acompanhamento médico regular e não mostrou interesse no mesmo. Este estudo demonstrou a necessidade de intervenção e acompanhamento de alguns destes jovens, estando em curso a segunda fase

do projeto, que inclui a realização de consultas médicas em ambiente escolar, procurando intervir precocemente e contribuir para a promoção de uma adolescência saudável nesta população.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CORRESPONDÊNCIA

Mónica Jerónimo
monica.djeronimo@gmail.com

Recebido: 18/01/2014

Aceite: 16/05/2014

REFERÊNCIAS

- Hazen E, Schlozman S, Beresinet E. Adolescent psychological development - A review. *Pediatr Rev* 2008;29:161-168.
- Gutgesell M, Payne N. Issues of adolescent psychological development in the 21st century. *Pediatr Rev* 2004;25:79-85.
- Barker G. Adolescents, social support and help-seeking behaviour: an international literature review and programme consultation with recommendations for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization 2007. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241595711/en. Accessed in December 2nd 2013.
- Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010, DGS. <http://www.pns.dgs.pt>. Accessed in December 2nd 2013.
- Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health* 2012; 126 Suppl 1:S4-10. doi: 10.1016/j.puhe.2012.05.014.
- Tavares HB, Fonseca H. Avaliação dos recursos de atendimento ao adolescente nas unidades hospitalares portuguesas. *Acta Pediatr Port* 2009;40:154-159.
- Chariatte V, Michaud PA, Berchtold A, Akre C, Suris JC. Missed appointments in an adolescent outpatient clinic: descriptive analyses of consultations over eight years. *Swiss Med Wkly* 2007;137:677-681.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC - US). CDC growth charts: United States; 2000. www.cdc.gov/growth-charts. Accessed in December 2nd 2013.
- Matos MG. Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. A saúde dos adolescentes portugueses: relatório português do estudo HBSC 2010. <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>. Accessed in December 4th 2013.
- Askovic B, Kirchengast S. Gender differences in nutritional behavior and weight status during early and late adolescence. *Anthropol Anz* 2012;69:289-304.
- Ojala K, Vereecken C, Välimaa R, Currie C, Villberg J, Tynjälä

- J, et al. Attempts to lose weight among overweight and non-overweight adolescents: a cross-national survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007;14;4:50. doi: 10.1186/1479-5868-4-50.
- Matos MG. Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde. Kidscreen - qualidade de vida e saúde em crianças e adolescentes. Relatório do estudo Kidscreen 2010 e 2006. <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>. Accessed in December 4th 2013.
- Bacalhau S, Moleiro P. Perturbações do comportamento alimentar em adolescentes - o que procurar? *Acta Med Port* 2010;23:777-784.
- Fonseca H. Perturbações do comportamento alimentar na adolescência. *Rev Port Clin Geral* 2011;27:203-207.
- Viner RM, Ozer EM, Marmot M, Resnik M, Fatusi A, Currie C. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379:1641-1652.
- Lewis D. Headaches in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2007;37:207-246.
- Wolbeek M, Van Doornen LJP, Kavelaars A, Heijnen CJ. Severe Fatigue in Adolescents: A Common Phenomenon? *Pediatrics* 2006;117:1078-1086.
- Tavares HB, Ferreira PD, Fonseca H. Perturbação de somatização – uma patologia prevalente em adolescentes. *Acta Pediatr Port* 2010;41:33-37.
- Sethi D, Towner E, Vincenten J, Segui-Gomez M, Racioppi F. European report on child injury prevention. World Health Organization, 2008. http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/European_report.pdf. Accessed in 5 dec 2013.
- Klein KS, Thompson D, Scheidt PC, Overpeck MD, Gross LA and the HBSC International. Factors associated with bicycle helmet use among young adolescents in a multinational sample. *Injury Prevention* 2005;11:288-293.
- Maia C, Freira S, Fonseca H, Pedro R, Silva F.. Consumo de

substâncias no adolescente. *Acta Pediatr Port* 2010;41:262-265.

22. Corte-Real N, Balaguer I, Dias C, Corredeira R, Fonseca A. Actividade física, prática desportiva, consumo de alimentos, de tabaco e de álcool dos adolescentes portugueses. *Rev Por Saúde Pública* 2008;26:17-25.

23. Machado MC, Alves MI, Couceiro ML. Saúde infantil e juvenil em Portugal: indicadores do Plano Nacional de Saúde. *Acta Pediatr Port* 2011;42:195-204.

24. Ramiro L, Reis M, Gaspar MG, Diniz JA, Simões C. Educação

sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. *Rev Port Saúde Pública* 2011;29:11-21.

25. WHO Suicide Prevention (SUPRE). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent. Accessed in 5 dec 2013.

26. Madkour AS, Farhat T, Nic Gabhainn SN. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *J Adolesc Health* 2010;47:389-398.