

## Avaliação das Necessidades de Formação em Medicina de Adolescentes

HELENA FONSECA, JORGE MARCELINO

*Unidade de Adolescentes – Serviço de Pediatria  
Hospital de Santa Maria*

### Resumo

Até agora os pediatras portugueses não têm tido nenhum treino formal específico em Saúde e Medicina da Adolescência. O objectivo deste estudo foi o de avaliar a necessidade de treino específico durante o Internato de Pediatria e a nível pós-graduado através da auto-avaliação de competências nas múltiplas áreas da Saúde e Medicina da Adolescência. Foi enviado um questionário aos 1283 pediatras inscritos na Ordem dos Médicos. A necessidade de treino específico em Medicina da Adolescência foi evidente mesmo tendo em conta o limitado número de respostas obtidas. Apesar da baixa taxa de respostas foram identificadas importantes lacunas no actual Programa do Internato Complementar de Pediatria nesta área. Estes resultados poderão servir de base para futuras iniciativas que visem melhorar a preparação dos pediatras para trabalhar com adolescentes.

**Palavras-Chave:** Medicina da Adolescência; Pediatria; Treino específico.

### Summary

#### Adolescent Health Needs Assessment

At present there is no formal, specific training in adolescent medicine and health for pediatricians in Portugal. The purpose of this study was to assess the need for residency training in adolescent medicine in Portugal by assessing pediatricians' self-assessed competence in multiple areas of adolescent health and medical care. A national survey of pediatricians was mailed to the 1283 Portuguese pediatricians registered at the Medical Practice Board. The need for specific training in adolescent medicine and health was evident even from the limited number of respondents in this national survey.

---

*Correspondência:* Helena Fonseca  
Unidade de Adolescentes  
Serviço de Pediatria  
Hospital de Santa Maria

\* Investigação subsidiada em 1999 por Bolsa da Comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde.  
Aceite para publicação em 22/03/2002.  
Entregue para publicação em 01/03/2002.

Despite low response rate, important gaps were identified in current residency training. This information can inform new national initiatives to improve pediatricians' preparation to work with adolescents in Portugal.

**Key-Words:** Adolescent Medicine; Pediatrics; Specific training.

### Introdução

A adolescência é considerada como o período mais saudável da vida humana. De facto, as taxas de mortalidade são comparativamente baixas em relação a outros grupos etários. A adolescência é também considerada como um tempo particularmente importante de mudanças ao nível biológico, psicológico e social. Mais do que o risco biomédico, os riscos nas áreas social, emocional e comportamental, são reconhecidos como as fontes mais importantes de mortalidade e morbidade neste período da vida.

Enquanto que nos Estados Unidos da América e no Canadá teve, há já muitos anos, início um treino específico em Medicina de Adolescentes, com o seu reconhecimento como uma sub-especialidade dotada de um corpo de conhecimentos específicos, em Portugal tal como em outros países da Europa, não tem havido nenhum treino formal, específico e institucionalizado em Medicina de Adolescentes.

Tradicionalmente, a idade pediátrica compreendia só as crianças até aos 10 anos e, como tal, o treino dos pediatras era dirigido apenas a esta faixa etária. A partir da Convenção dos Direitos da Criança (Nações Unidas, 1990), é aceite que a idade pediátrica cobre o período entre o nascimento e a idade dos 18 anos. Apesar desta evolução, o curriculum pediátrico não mudou de modo a adequar-se à população pediátrica mais velha.

Em Portugal os cuidados de saúde primários ao adolescente são em geral prestados por dois grupos de médicos: os pediatras e os clínicos gerais. Os pediatras

reclamam-se como prestadores de cuidados de saúde especializados para este grupo etário. De facto, o pediatra está particularmente bem posicionado para prestar cuidados de saúde ao adolescente devido aos seus conhecimentos na área do crescimento, desenvolvimento pubertário, e questões psicológicas ligadas a este estadió do desenvolvimento. Pelo contrário, o pediatra não está tão à vontade perante situações do foro ginecológico ou problemas relacionados com a saúde mental.

Em Portugal o acesso aos cuidados de saúde não está limitado por barreiras financeiras. Temos, no entanto, de pensar em outros tipos de barreiras que o adolescente possa ter de enfrentar para além dessas. Teremos para tal de repensar a adequação dos serviços que são prestados a este grupo etário, Havendo necessidade de mais investigação nesta área.

Finalmente, enquanto os indicadores de mortalidade e morbidade na infância têm melhorado, as taxas de mortalidade na adolescência têm-se mantido relativamente constantes. As três causas de mortalidade mais importantes nesta idade continuam a ser: os acidentes, o suicídio e as doenças crónicas. De modo a prestar melhores cuidados de saúde aos adolescentes, é necessário olhar para todo um conjunto de indicadores de saúde no sentido de identificar as áreas prioritárias de intervenção.

A necessidade de um estudo como este já foi demonstrado nos Estados Unidos da América (*U.S. Task Force on Pediatric Education - 1978*). O inquérito revelou que 66% dos pediatras se sentiam insuficientemente treinados em Medicina de Adolescentes. Um questionário subsequente, desta vez realizado pela *Society for Adolescent Medicine em 1983* revelou uma melhoria significativa na quantidade e qualidade do ensino nesta área, o que revelou que mais ênfase foi colocada nas questões ligadas à Medicina do Adolescente na formação dos Pediatras Americanos.

### Objectivos

Os principais objectivos desta investigação foram:

1 – Avaliar as necessidades de formação dos pediatras portugueses em Medicina da Adolescência, efectuada através da análise da percepção dos pediatras face à adequação da formação que obtiveram nesta área durante o seu Internato e/ou na sua formação pós-graduada contínua.

2 – Identificar eventuais lacunas no programa do Internato de Pediatria na área da Medicina da Adolescência.

3 – Contribuir para uma futura reformulação de formação pré e pós-graduada nesta área.

### Material e Métodos

A fonte de dados foi um inquérito dirigido aos Pediatras Portugueses, baseado num questionário enviado pelo correio aos 1283 pediatras portugueses registados na Ordem dos Médicos.

O questionário (Apêndice 1) foi elaborado com base no *Adolescent Health National Needs Assessment* desenvolvido pelo Programa de Saúde dos Adolescentes da Universidade de Minnesota (Estados Unidos da América) e adaptado pela investigadora responsável pela elaboração deste protocolo de investigação, aquando da fellowship que efectuou na Division of General Pediatrics and Adolescent Health da Universidade de Minnesota. Esta adaptação teve por base a realidade portuguesa, tanto no que diz respeito à menor tradição que temos em Medicina de Adolescentes como tendo em conta a diferença curricular a nível da formação pré-graduada entre os dois países. A versão portuguesa do questionário foi revista por três Pediatras Portugueses com experiência reconhecida em Medicina de Adolescentes. Foi efectuado um teste piloto tendo o questionário sido preenchido por seis pediatras voluntários. A versão final do questionário teve em conta esse feedback.

Foi enviada uma carta juntamente com o questionário, explicando a importância do inquérito e solicitando a colaboração. Foi também inserido um envelope resposta já selado e dirigido à Unidade de Adolescentes do Serviço de Pediatria do Hospital de Santa Maria.

O principal objectivo era perceber se os pediatras consideram que a inclusão de formação específica na área da Medicina da Adolescência no programa do Internato Complementar de Pediatria e na sua formação pós-graduada, constitui uma necessidade real.

Para obter resposta a esta questão, várias perguntas específicas foram incluídas no questionário:

1 – Qual o peso deste grupo etário na prática clínica dos pediatras, expresso em % de total de doentes.

2 – Em relação às áreas clínicas específicas que dizem respeito à Medicina de Adolescentes e com que o pediatra tem de lidar na sua prática clínica diária, qual o seu nível de competência e interesse em receber mais formação nessas áreas?

3 – Qual a percepção que têm na sua capacidade em lidar com os problemas mais frequentemente encontrados em Medicina da Adolescência?

I – Em Geral:

- No estabelecimento do primeiro contacto
- No manejo da confidencialidade
- Na abordagem das questões psicossociais

## II – Em áreas clínicas específicas:

- Problemas relacionados com o crescimento e o desenvolvimento
- Problemas dermatológicos (acne, etc.)
- Ginecologia da Adolescência
- Sexualidade
- Doenças do comportamento alimentar
- Saúde mental (depressão, suicídio, etc.)
- Medicina Desportiva
- Doença crónica (diabetes, fibrose quística, atraso cognitivo, etc.)

## III – Na implementação de medidas de prevenção.

A análise dos dados foi quantitativa sendo os resultados fornecidos sob a forma de frequências e percentagens. Estatísticas descritivas sumárias foram tabuladas para cada uma das questões. O teste do qui-quadrado foi utilizado para comparar os pediatras que referiram terem atendido adolescentes no último mês de acordo com o seu sexo, tempo decorrido desde o final do seu internato, e se trabalhavam no sector público ou privado.

## Resultados

Recebemos 226 questionários o que representou uma taxa de resposta de 18% depois de ajustar para os 28 questionários que foram devolvidos pelos correios. Destes, apenas 223 estavam válidos. Dois questionários foram anulados por estarem em branco e um por não indicação da variável sexo.

Dos questionários analisados, 122 foram preenchidos por pediatras do sexo feminino e 101 do sexo masculino. A grande maioria (191) tinha terminado o seu Internato há mais de 5 anos e apenas 31 há menos de 5 anos. A maioria dos pediatras estava ligada à função pública (185). Apenas 33 não tinha atendido adolescentes no último mês.

Em relação à pergunta «Aproximadamente, que percentagem dos doentes que consultou durante o último mês eram adolescentes? (consideramos aqui a faixa etária dos 10 aos 19 anos)», 15% dos que responderam ao questionário não tinham atendido adolescentes. Para 48% atender adolescentes correspondia a menos de 10% da sua prática e apenas para 2,6% correspondia a mais de 50%. Em relação aos que não tinham atendido adolescentes, a maioria (69%) não estava interessada em ver adolescentes, 9,4% estaria disposto em fazê-lo se para tal fosse solicitado, 18,8% reconheceu que estaria disposto a ver adolescentes se tivesse mais treino e/ou experiência, e 22% referiu trabalhar em neonatologia.

Relativamente à pergunta «Apercebe-se de que existam barreiras no seu trabalho com adolescentes?», 2/3 dos inquiridos identificaram barreiras na sua prestação de cuidados aos adolescentes. Estes inquiridos identificaram insuficiente treino global (65%), insuficiente treino ginecológico (52%), falta de suporte por parte das estruturas primárias de apoio (41%), falta de confidencialidade (31%), falta de motivação (23%) e tempo insuficiente (19%).

Foi também pedido para identificarem razões que explicassem sentirem-se atraídos a trabalhar com adolescentes: 71% referiram gostar de conversar com jovens, 65% gostavam da oportunidade de poder integrar os aspectos somáticos e psicosociais da saúde, 60% identificaram trabalhar com adolescentes como um desafio positivo e 55% apreciavam a multidisciplinaridade da área.

No seguimento de uma listagem de situações/preocupações que com frequência afectam os adolescentes, pedia-se que, para cada uma delas, fosse indicado o nível de competência na abordagem dessa situação/preocupação numa escala de 1 a 3, em que 1=baixo, 2=moderado, 3=alto. 82% avaliaram a sua competência como baixa a lidar com tentativas de suicídio, 66% a tratar a hemorragia disfuncional uterina, 59% em lidar com o abuso sexual, 23% em lidar com as questões multiculturais e 22% na área do aconselhamento.

À questão «Analisando retrospectivamente, gostaria ter tido mais treino em Medicina de Adolescentes durante o seu Internato de Pediatria?» Metade desejavam ter tido muito mais treino em Medicina de Adolescentes durante o seu Internato, 29% algo mais, e 2% consideraram que o treino que tiveram foi suficiente. À pergunta «Analisando retrospectivamente, gostaria ter tido mais treino em Medicina de Adolescentes durante a sua formação pós-graduada?», 41% desejavam ter tido muito mais treino em Medicina de Adolescentes durante a sua formação pós-graduada, 36% algo mais, e 3% consideraram que o treino que tiveram foi suficiente.

Procedeu-se também à análise comparativa dos indivíduos que viram adolescentes no último mês em função do tempo decorrido desde o final do internato, sexo e ligação à função pública. Aplicou-se o teste do qui-quadrado com probabilidade de erro  $< 0,05$ . Passaremos a referir apenas os resultados significativos.

## I – Tempo de Internato

Os indivíduos com menos tempo decorrido desde o final do Internato, consideraram mais frequentemente que os obstáculos para o avanço da Medicina de Adolescentes em Portugal se devem à ausência de motivação por parte dos profissionais ( $\chi^2 = 7,013$ ;  $p = 0,008$ ) – Quadro I.

**QUADRO I** – Relação entre tempo decorrido desde o final do Internato de Pediatria e percepção de obstáculos ao avanço da Medicina de Adolescentes**tempo internato \* obstáculos medicina adoles/motivação profissionais Crosstabulation**

			obstáculos medicina adoles/motivação profissionais		Total
			sim	nr	
tempo internato	< 5 anos	Count	27	0	27
		% within tempo internato	100,0%	,0%	100,0%
		Adjusted Residual	2,6	-2,6	
	> 5 anos	Count	126	34	160
		% within tempo internato	78,8%	21,3%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,6	2,6	
Total	Count		153	34	187
		% within tempo internato	81,8%	18,2%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,013 <sup>b</sup>	1	,008	,005	,003
Continuity Correction <sup>a</sup>	5,657	1	,017		
Likelihood Ratio	11,808	1	,001		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	6,975	1	,008		
N of Valid Cases	187				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,91.

**II – Sexo**

Os pediatras do sexo feminino consideraram mais frequentemente haver barreiras no seu trabalho com adolescentes ( $\chi^2 = 5,408$ ;  $p = 0,02$ ) – Quadro II.

**QUADRO II** – Relação entre sexo e percepção de barreiras ao trabalho com adolescentes**sexo \* barreiras Crosstabulation**

			barreiras		Total
			não	sim	
sexo	masc.	Count	35	53	88
		% within sexo	39,8%	60,2%	100,0%
		Adjusted Residual	2,3	-2,3	
	fem.	Count	24	76	100
		% within sexo	24,0%	76,0%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,3	2,3	
Total	Count		59	129	188
		% within sexo	31,4%	68,6%	100,0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,408 <sup>b</sup>	1	,020		
Continuity Correction <sup>a</sup>	4,700	1	,030		
Likelihood Ratio	5,419	1	,020		
Fisher's Exact Test				,027	,015
Linear-by-Linear Association	5,379	1	,020		
N of Valid Cases	188				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27,62.

## III – Ligação à função pública

Os pediatras ligados à função pública consideraram mais frequentemente que havia barreiras no seu trabalho com adolescentes comparativamente aos pediatras a trabalhar exclusivamente no sector privado ( $\chi^2 = 6,085$ ;  $p = 0.014$ ) – Quadro III.

QUADRO III – Relação entre ligação à função pública e percepção de barreiras ao trabalho com adolescentes

## fpublica \* barreiras Crosstabulation

			barreiras		Total
			não	sim	
fpublica	sim	Count	43	112	155
		% within fpublica	27,7%	72,3%	100,0%
		Adjusted Residual	-2,5	2,5	
	não	Count	16	16	32
		% within fpublica	50,0%	50,0%	100,0%
		Adjusted Residual	2,5	-2,5	
Total		Count	59	128	187
		% within fpublica	31,6%	68,4%	100,0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,085 <sup>b</sup>	1	,014		
Continuity Correction <sup>a</sup>	5,098	1	,024		
Likelihood Ratio	5,749	1	,016		
Fisher's Exact Test				,021	,014
Linear-by-Linear Association	6,052	1	,014		
N of Valid Cases	187				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,10.

## Discussão e Conclusões

Tendo como base as respostas a este inquérito nacional, a necessidade de treino específico em Medicina e Saúde dos Adolescentes ficou evidente. Foram também identificadas importantes lacunas nos programas actuais dos Internatos de Pediatria nesta área, mesmo tendo em conta a baixa taxa de respostas. Efectivamente, e apesar dos esforços colocados, que incluíram a anexação de uma carta referindo a importância do estudo e a inclusão de um envelope timbrado de resposta, a taxa de adesão foi extremamente baixa.

O número de pediatras do sexo masculino e feminino a responder ao questionário foi sobreponível. Para quase metade dos pediatras que responderam ao questionário atender adolescentes ainda corresponde a uma minoria da sua prática (menos de 10%). Igualmente mais de metade dos pediatras consideraram ter um insuficiente treino global o que constituía uma barreira importante na prestação de cuidados de saúde a este grupo etário. Também cerca de metade considerou ter um treino ginecológico insuficiente. Em resposta à listagem de situações que com frequência afectam os adolescentes, 82% avaliaram a sua competência como baixa a lidar com tentativas de suicídio e 66% a tratar a hemorragia disfuncional uterina, parecendo assim que duas das lacunas principais tanto na formação pré como pós-graduada, serão as áreas da ginecologia e da saúde mental. É interessante, no entanto, notar que há motivos fortes que explicam o interesse dos pediatras pela área da Medicina da Adolescência, nomeadamente, os adolescentes constituírem um desafio positivo, o prazer de poder integrar os aspectos somáticos e psico-sociais da saúde e a multidisciplinaridade da área. O facto de serem os indivíduos mais jovens, com menos tempo decorrido desde o final do Internato, os que consideram mais frequentemente que os obstáculos para o avanço da Medicina de Adolescentes em Portugal se deve à ausência de motivação por parte dos profissionais poderá demonstrar alguma insatisfação face ao posicionamento de alguns colegas mais refractários à inclusão da adolescência na pediatria. O facto de serem os pediatras ligados à função pública quem considera mais frequentemente haver barreiras no seu trabalho com adolescentes comparativamente aos pediatras a trabalhar exclusivamente no sector privado, poderá reflectir a desadequação de muitos dos serviços públicos não garantindo a privacidade necessária ao atendimento ao adolescente, nem a disponibilidade de tempo dos profissionais que neles trabalham.

De referir, finalmente, que metade dos pediatras desejaria ter tido muito mais treino em Medicina de Adolescentes durante o seu Internato e apenas 2% consideraram que o treino que tiveram foi suficiente. A formação pós-graduada parece já contemplar mais a formação na área

da Medicina da Adolescência dado que uma percentagem menor (41%) considera aqui que desejaria ter tido muito mais treino em Medicina de Adolescentes, e uma percentagem ligeiramente superior (3%) considera que o treino que teve foi suficiente. Esta informação pareceu-nos muito útil dado que poderá influenciar futuras iniciativas no sentido de melhorar a preparação dos pediatras e ser assim um contributo para uma futura reformulação dos programas de formação pré e pós-graduada.

## Bibliografia

1. Alvin P, Courtcuisse V. Adolescent Medicine: development and prospects. *Arch Françaises Pédiatrie* 1991; 48 (2): 137-41.
2. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'Adolescent. *Collections pour le praticien*. (309). Paris: Masson, 2000.
3. Berg-Kelly K. EU-Teach: a network for developing the teaching of adolescent medicine in Europe. *Acta Paediatrica* 2000; 89 (10): 1270.
4. Blum R. Physicians' assessment of deficiencies and desire for training in adolescent care. *J Med Education* 1987; 62: 401-7.
5. Blum R, Smith M. Training of health professionals in adolescent health care. Study group report. *J Adolescent Health* 1988; 9 (6 suppl): 46s-50s.
6. Blum R, Bearing L. Knowledge and attitudes of health professionals toward adolescent health care. *J Adolescent Health* 1990; 11(4): 289-94.
7. Blum R. Adolescent medicine. *JAMA*, 1990; 263 (19): 2621-3.
8. Blum R. Transition to adult health care. *J Adolescent Health*, 1995; 17: 3-5.
9. Blum R. Improving the Health of Youth: A community Health perspective. *J Adolescent Health*, 1998; 23(5): 254-8.
10. Blum R, Beuhring T. Guidelines for Adolescent Preventive Services Addressing youth's risky behaviors. *Minnesota Medicine*, 1995; 78.
11. Burg F. Teaching adolescent medicine in pre-graduate and post-graduate levels. *An Esp Pediatr* 1991; 35 (Suppl 46): 87-91.
12. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *Br Med J* 1999; 318: 1276-9.
13. Cohen M. Importance, implementation, and impact of the adolescent medicine components of the Report of the Task Force on Pediatric Education. *J Adolescent Health* 1980; 1: 1-8.
14. Comerci G, Witzke D, Scire A. Adolescent medicine education in pediatric residency programs following the 1978 Task Force on Pediatric Education report. *J Adolescent Health* 1987; 8 (4): 356-64.
15. Eiholzer U. The need for a branch of medicine which specifically addresses adolescence. *Revue médicale de la Suisse Romande* 1991; 111(2): 111-7.
16. Elster A. New initiatives in adolescent health promotion. *Am J Dis Child* 1991; 145 (5): 495-6.
17. Fonseca H. O Adolescente e a Saúde. *Acta Pediatr Port* 1995; 26: 259-60.
18. Genuardi F, Zenni E. Adolescent medicine faculty development needs. *J Adolescent Health* 2001; 29 (1): 46-9.
19. Gordon T. The need for adolescent health education and training among health professionals. *Am J Public Health* 1996; 86 (6): 889-90.
20. Graves C, Bridge M, Nyhuis A. Residents' perception of their skill levels in the clinical management of adolescent health problems. *J Adolescent Health* 1987; 8 (5): 413-8.
21. Hardoff D, Tamir A, Palti H. Attitudes and practices of Israeli physicians toward adolescent health care: a national survey. *J Adolescent Health* 1999; 25 (1): 35-9.

22. Hardoff D, Schonmann S. Training physicians in communication skills with adolescents using teenage actors as simulated patients. *Med Education* 2001; 35(3): 206-10.
23. Hodgman C, Jack M. Interviewing. In: McAnarney E, Kreipe R, Orr D, Comerci G, eds. *Textbook of adolescent medicine. 1<sup>st</sup> ed.* Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992.
24. Key J, Marsh L, Darden P. Adolescent Medicine in pediatric practice: a survey of practice and training. *Am J Med Science* 1995; 309(2): 83-7.
25. Lopreiato J, Foulds D, Littlefield J. Does a Health Maintenance Curriculum for pediatric residents improve performance? *Pediatrics* 2000; 105(4): 996-72.
26. Michaud P.A. Les médecines et les problèmes de santé des adolescents: un défi? *Bulletin médecins suisses* 1995; 76(3): 105-12.
27. Michaud P, Narring F, Renteria S. L'unité multidisciplinaire de santé des adolescents: un an d'existence. *Me & Hyg*, 1999; 57 (370-6).
28. Neinstein L, Shapiro J. Pediatrician's Self-Evaluation of Adolescent Health Care Training, Skills, and Interest. *J Adolescent Health* 1986; 7(1): 18-21.
29. Peterson S. Time for evidence based medical education: tomorrow's doctors need informed educators, not amateurs. *Br Med J* 1999; 318 (1223-4).
30. Prescott H. History of adolescent medicine in the 20th century: from Hall to Elkind. *Adolescent Medicine* 2000; 11(1): 1-12.
31. Rauh J. Survey of Physician Fellows in Adolescent Medicine. *J Adolescent Health* 1980; 1: 50-3.
32. Rauh J, Passer A. Survey of Physician Fellows in Adolescent Medicine, 1979-84. *J Adolescent Health* 1986; 7(1): 34-7.
33. Rosen D. Between Two Worlds: Bridging the cultures of child health and adult medicine. *J Adolescent Health* 1995; 17: 10-6.
34. Schmidt A. The history of adolescent medicine: three periods of awareness and development during the twentieth century. *Medicine Health* 1999; 82(11): 386-7.
35. Silber T. Adolescent medicine: the development of a new specialty. *Adolescence* 1980; 15(59): 495-500.
36. Silber T, D'Angelo L, Greenberg L. Career satisfaction in adolescent medicine. A survey of physicians trained over 20-year period. *J Adolescent Health* 1989; 10(2): 126-8.
37. Silber TJ. Enfoque clínico de la atención de salud del adolescente. In: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, eds. Suárez Ojeda – Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington: Organización PanAmericana de la Salud, 1992.
38. Society for Adolescent Medicine. Society for Adolescent Medicine: The first thirty years. *J Adolescent Health* 1998; 23 (6 (Suppl)): 1-174.
39. Story M, Blum R. Adolescent nutrition: self-perceived deficiencies and needs of practitioners working with youth. *J Am Diet Association* 1988; 88(5): 591-4.
40. Strasburger V. How not to train pediatric residents. *Clin Pediatr* 1999; 38(5): 297-9.
41. Stronski S. La médecine de l'adolescence au cabinet du pédiatre: Enquête. *Paediatrica* 1998; 9(3): 35-6.
42. Surís JC, Blum R. Disability rates among adolescents: An international comparison. *J Adolescent Health* 1993; 14: 548-52.
43. Surís JC. Global trends of young people with chronic disabling conditions. *Journal of Adolescent Health* 1995; 17: 17-22.
44. Viner R. Transition from paediatric to adult care. Bridging the gaps or passing the buck? *Arch Dis Child* 1999; 81: 271-5.
45. Viner R. The scope of adolescent medicine. *J R Coll Physicians* 2000; 34(1): 12-5.
46. Walling A, Partridge T, Sutton L. Departmental chairs' perspectives on faculty development. *Academic Medicine* 1999; 74(11): 1152-3.
47. Weinberger H, Oski F. A Survey of Pediatric Resident Training Programs 5 years after the Task Force Report. *Pediatrics* 1984; 74(4): 523-6.
48. Wender E, Bijur P, Boyce W. Pediatric residency training. ten years after the Task Force report. *Pediatrics* 1992; 90(6): 876-80.
49. Wessel M. Adolescents' relationships with their pediatricians. *J Adolescent Health* 1991; 12(1): 4-5.
50. WHO and W.H.O.T.R. Ser, Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health, 1999; 886 (i-iv): 1-260.
51. Wilcox W. Role of general pediatricians in adolescent health care. *J Pediatrics*, 1991; 118(1): 156-8.
52. Ziv A, Boulet J, Slap G. Utilization of Physician Offices By adolescents in the united States. *Pediatrics* 1999; 104(1): 35-42.