

Transição para a Medicina do Adulto: a Visão dos Médicos das Áreas da Pediatria

Transition From Paediatric to Adult Care: the View of Physicians in Paediatric Areas

Rita Freitas Coutinho, Ester Pereira, Pascoal Moleiro
Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E

Acta Paediatr Port 2015;46:96-00

Resumo

Introdução: A passagem do adolescente com patologia crónica para a medicina do adulto é simultaneamente o fim inevitável e o início de uma nova etapa. O objetivo deste estudo foi conhecer a opinião dos pediatras portugueses e de outras especialidades pediátricas relativamente à transição / transferência do adolescente com patologia crónica para a medicina do adulto e suas formas de atuação.

Métodos: Estudo transversal descritivo, baseado em dois questionários eletrónicos anónimos, disponíveis *online* entre 20 de julho e 10 de agosto de 2011, um relativo à opinião e outro à atuação na transição / transferência do adolescente com patologia crónica para a medicina do adulto.

Resultados: Responderam 216 médicos (questionário de opinião 130, questionário de atuação 86), com uma idade média de 40 anos. Relativamente ao questionário de opinião, a quase totalidade pensa que se deve preparar a transferência antecipadamente, iniciando-se ≤ 18 anos em 93% e que esta deve ocorrer ≤ 18 anos em 68%. Consideram o melhor momento para transferir quando se adquire autonomia / maturidade (92%) e se atinge determinada idade (31%). Relativamente ao questionário de atuação, a transferência é preparada ≤ 18 anos por 74% dos médicos e efetuada ≤ 18 anos por 57%. Reportaram transferir quando há autonomia / maturidade 73% e se atinge determinada idade 64%. Sentem que a medicina do adulto não está preparada para o seguimento do adolescente 81% e 49% dos profissionais que responderam ao questionário de opinião e de atuação, respetivamente. Dos 216 médicos, apenas 4% referiram existir no local de trabalho um protocolo formal para a transição e 88% considera muito / extremamente importante que seja adequadamente realizada.

Discussão: A generalidade dos inquiridos reconhece a pertinência do tema. Contudo, não existe uniformidade nas formas de atuação, podendo condicionar o sucesso do trabalho iniciado na idade pediátrica.

Palavras- chave: Adolescente; Doença Crónica

Abstract

Introduction: The transition of the adolescent with chronic disease to adult care is simultaneously an inevitable end and the beginning of a new stage. The purpose of this study was to determine the opinion of Portuguese paediatricians and other paediatric specialities on the transition/transfer of adolescents with chronic disease to adult care and their approaches.

Methods: We performed a cross-sectional study based on two anonymous electronic questionnaires, available online from 20 July to 10 August 2011, one on opinions (OQ) and the other on approaches (AQ) towards the transition/transfer of adolescents with chronic disease to adult care.

Results: A total of 216 physicians answered the questionnaires (OQ: n = 130, AQ: n = 86), mean age 40 years (Y). Regarding OQ, most believe that transfer should be prepared early, 93% that it should be initiated at age ≤ 18 Y and that it should occur at age ≤ 18 Y in 68%. The best time to transfer is considered to be when adolescents

acquire autonomy/maturity (92%) and when they reach a specific age (31%). Regarding AQ, transfer is prepared at age ≤ 18 Y by 74% of physicians and carried out at age ≤ 18 Y by 57%. Transfer is performed when there is autonomy/maturity by 73% and when the adolescent reaches a specific age by 64%. Physicians feel that adult care services are not prepared for the follow-up of adolescents in 81% on OQ and in 49% on AQ. Only 4% of the 216 physicians reported a formal transition programme at their hospital. It is considered "very/extremely important" to perform the transition properly by 88%.

Discussion: The importance of the subject is recognized in general opinion. However, there is no uniformity in approaches, which may affect the ultimate success of work begun at paediatric ages.

Keywords: Adolescent; Chronic Disease

Introdução

A passagem do adolescente com patologia crónica para a medicina do adulto (MA) é simultaneamente o fim inevitável e o início de uma nova etapa. Tornou-se mais significativa nos últimos 20 anos, devido à melhoria dos cuidados de saúde prestados, que possibilitou o aumento da esperança de vida das crianças e adolescentes com doença crónica.¹ A forma como é realizada e como é encarada pelo adolescente, sua família e profissionais de saúde influencia diretamente a saúde e o bem-estar biopsicossocial do adolescente e o tratamento da sua doença crónica.^{2,3}

Entende-se como transição, o período de preparação dos adolescentes e das suas famílias para a MA que ocorre antes, durante e após o evento de transferência. A transferência consiste no momento em que o adolescente passa para a MA.^{1,4}

O presente trabalho teve como objetivo conhecer a opinião e formas de atuação dos médicos das áreas da pediatria e outras especialidades pediátricas em Portugal, relativamente à transição / transferência do adolescente com patologia crónica para a MA.

Métodos

Desenho do estudo e participantes

A população de estudo consistiu nos médicos das áreas da pediatria e outras especialidades pediátricas que tratam adolescentes (pedopsiquiatria, cardiologia pediátrica, cirurgia pediátrica, entre outras) e que exercem a sua atividade em Portugal. Os endereços de correio eletrónico dos médicos foram disponibilizados pela Sociedade Portuguesa de Pediatria. Solicitou-se a sua participação por correio eletrónico, através do preenchimento de um de dois questionários anónimos, colocados *online* entre 20 de julho a 10 de agosto de 2011.

Questionários

Os dois questionários foram construídos de raiz com base na literatura sobre a temática com validação do seu conteúdo por peritos na área da medicina da adolescência.

Questionário relativo à opinião (QO): destinado aos médicos que acompanham adolescentes sem doença crónica, avaliando a sua opinião sobre como se deveria realizar a sua transição / transferência para a MA.

Questionário relativo à atuação (QA): destinado aos médicos que acompanham adolescentes com doença crónica e fazem a sua transição / transferência para a MA, avaliando a forma como estas se realizam.

As variáveis estudadas em ambos os questionários foram

as relacionadas com a preparação e o momento da transferência, a preparação da MA para o seguimento do adolescente e a importância de uma adequada transição.

Análise estatística

Para a análise dos dados foi utilizada a versão 17.0 do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, Chicago, IL, EUA).

Resultados

Foram adequadamente preenchidos 130 QO e 86 QA, maioritariamente por médicos da área da pediatria (especialistas e internos de pediatria). Na Tabela 1 faz-se a caracterização das amostras.

Cerca de 50% dos médicos que responderam ao QO eram especialistas, verificando-se um predomínio da área da pediatria geral. Por outro lado, cerca de 90% dos médicos que responderam ao QA eram especialistas, com mais tempo de experiência, mais frequentemente acompanhando patologia crónica nas áreas de endocrinologia (29%), pneumologia (24%) e gastroenterologia (22%).

A preparação da transferência

Dos médicos que responderam ao QO, concordam que a transferência deve ser preparada antecipadamente 99%; dos que responderam ao QA, preparam antecipadamente a transferência 93%.

A faixa etária e a forma como se prepara a transferência estão indicadas na Tabela 2. São de opinião (QO) que a preparação da transferência deve ocorrer a partir dos 15 a 18 anos, 83%. Do QA, 67% iniciam a preparação da transferência a partir dos 15 a 18 anos e 22% realizam a transferência a partir dos 18 anos de idade. As medidas mais frequentemente adotadas pelos médicos que responderam ao QA na preparação para a transferência são: “privilegiar o papel do adolescente como principal responsável pelo estado de saúde, adesão ao tratamento e tomada de decisões” em 76%, “promover a autonomia do adolescente” em 71%, “discutir a data provável da transferência” em 70%, “preparar para as diferenças com a MA” em 65% e “reforçar ensinamentos com maior ênfase no adolescente” em 64%.

Cerca de 52% dos médicos que responderam ao QO consideram que a “visita acompanhada ao serviço de MA” deve fazer parte da preparação da transferência, com 9% dos que responderam ao QA a efetuar essa visita.

O momento da transferência

O melhor momento, a faixa etária e a forma como se efetua a transferência estão indicados na Tabela 3.

Dos médicos que responderam ao QO, 30% consideram

a idade como determinante no momento da transferência; dos que responderam ao QA, consideram como melhor momento para transferir para a MA “autonomia/maturidade do adolescente” em 72%, “atinge determinada faixa etária” em 63%, “conhecimento adequado sobre a sua patologia” em 43% e “boa adesão terapêutica” em 38%. Quando consideram que a idade influencia o momento da transferência (63%), efetuam-na mais frequentemente (55%) entre os 16 e 18 anos e em 41% entre os 19 e 21 anos.

Tabela 1. Caracterização da amostra

	QO	QA
	n = 130	n = 86
Idade (anos)	38,6 ± 12	40,5 ± 12
Sexo		
Masculino	24%	26%
Feminino	76%	74%
Região do país		
Norte	27%	34%
Centro	31%	25%
Sul	37%	36%
Açores e Madeira	5%	5%
Categoria profissional		
Especialista	50%	90%
Interno da formação específica	50%	10%
Especialidade		
Pediatria	95%	84%
Pedopsiquiatria	0%	12%
Outra	5%	4%
Tipo de patologia		
Cardiologia	2%	10%
Desenvolvimento	9%	19%
Endocrinologia	10%	29%
Gastroenterologia	8%	22%
Nefrologia	8%	14%
Neuropediatria	4%	16%
Oncologia	2%	7%
Pediatria geral	85%	0%
Pneumologia	10%	24%
Pedopsiquiatria	3%	16%
Reumatologia	3%	15%
Outra	14%	20%
Tempo de experiência		
Menos de 1 ano	6%	5%
1 a 5 anos	48%	30%
6 a 10 anos	8%	12%
Mais de 10 anos	38%	53%

QA, questionário de atuação; QO, questionário de opinião.

Os procedimentos mais frequentemente utilizados consistem em “fazer o pedido da consulta com resumo clínico atualizado” em 84%, “contactar pessoalmente a MA” em 50% e “realização alternada de consulta com a MA” em 23%. Cerca de 33% fazem apenas o pedido de consulta (com ou sem resumo clínico atualizado).

Dos médicos que responderam ao QO, 52% consideram como procedimento mais adequado para a transferência a realização conjunta das primeiras consultas de adulto; dos que responderam ao QA, 6% concretizam primeiras consultas conjuntas.

Referiram que existe no local de trabalho um protocolo formal com a MA para a transição do adolescente no local de trabalho 2% dos médicos que responderam ao QO e 7% dos que responderam ao QA.

A medicina do adulto

Consideram que a MA não está adequadamente preparada para o seguimento do adolescente com patologia crónica 84% dos médicos que responderam ao QO e 49% dos que responderam ao QA. Foram apontados como principais motivos “pouca sensibilidade na abordagem do adolescente” (59% QO e 29% QA), “dificuldade na abordagem do adolescente” (54% QO e 24% QA), “dificuldade

Tabela 2. A preparação da transferência

	QO	QA
	n = 130	n = 86
Idade de início		
Menos de 11 anos	0%	0%
11 aos 14 anos	10%	6%
15 aos 18 anos	83%	67%
Mais de 18 anos	2%	22%
Independente da idade	5%	5%
De que forma		
Privilegiar o papel do adolescente como principal responsável	88%	76%
Reforçar o papel da família como principal responsável	11%	15%
Promover a autonomia do adolescente	82%	71%
Discutir a data provável da transferência	74%	70%
Comunicar a data provável de transferência	14%	21%
Reforçar ensinamentos com maior ênfase no adolescente	71%	64%
Reforçar ensinamentos com maior ênfase na família	10%	17%
Preparar para as diferenças com a MA	65%	65%
Visita acompanhada ao serviço de MA	52%	9%

QA, questionário de atuação; QO, questionário de opinião; MA, medicina do adulto.

Tabela 3. O momento da transferência

	QO	QA
O melhor momento para transferir para a MA	n = 130	n = 86
Autonomia / maturidade do adolescente	90%	72%
Atinge determinada faixa etária	30%	63%
Conhecimento adequado sobre a patologia crónica	56%	43%
Boa adesão terapêutica	61%	38%
Má adesão terapêutica	0%	0%
Dependência familiar do adolescente	4%	3%
Problemas familiares / escolares / afetivos	0%	2%
Relação conflituosa médico – doente	4%	1%
Fase aguda da doença	1%	0%
Idade para transferir	n = 39	n = 54
Menos de 15 anos	2%	2%
16 aos 18 anos	66%	55%
19 aos 21 anos	32%	41%
Mais de 21 anos	0%	2%
Procedimento	n = 130	n = 86
Pedido de consulta	1%	5%
Pedido de consulta com resumo clínico atualizado	65%	84%
Contacto pessoal com a MA	58%	50%
Realização conjunta de consulta com a MA	52%	6%
Realização alternada de consulta com a MA	18%	23%

QA, questionário de atuação; QO, questionário de opinião; MA, medicina do adulto.

na abordagem da família” (33% QO e 15% QA), “patologia pouco prevalente na idade adulta” (6% QO e 15% QA), “patologia complexa” (17% QO e 12% QA).

A importância da transição

Consideram que uma adequada transição para a MA é muito / extremamente importante 91% dos médicos que responderam ao QO e 85% dos que responderam ao QA.

Discussão

A quase totalidade dos inquiridos concorda ou efetua antecipadamente a transferência dos adolescentes para a MA. A maioria elege o grupo etário dos 15 aos 18 anos como o mais adequado para iniciar o processo (83% QO e 67% QA). Contudo, uma fração significativa dos médicos que responderam ao QA protela o início da transição para mais tarde, a partir dos 18 anos (22%). A American Academy of Pediatrics (AAP) recomenda o início do processo mais precocemente, quando da entrada na adolescência, por volta dos 12 anos, e de forma faseada mas continuada ao longo de toda a adolescência.⁵

As medidas apontadas na preparação para a transfe-

rência foram globalmente consensuais nas respostas a ambos os questionários e de acordo com as recomendações referidas pela AAP⁵: “privilegiar o papel do adolescente como principal responsável pelo estado de saúde, adesão ao tratamento e tomada de decisões”, “promover a autonomia do adolescente”, “discutir a data provável da transferência”, “preparar para as diferenças com a MA” e “reforçar ensinamentos com maior ênfase no adolescente”. Excetua-se a “visita acompanhada ao serviço de MA”, considerada como devendo fazer parte do processo de transição e que foi apontada por 52% dos médicos que responderam ao QO mas, na prática, efetuada apenas por 9% dos médicos que responderam ao QA.

Ambos os grupos de médicos que responderam aos questionários consideram como melhor momento para transferir para a MA a altura em que ocorre “autonomia / maturidade do adolescente” (90% QO e 72% QA), apesar de entre os que responderam ao QA ter sido dada maior ênfase à idade (30% QO e 63% QA) em detrimento do “conhecimento adequado sobre patologia” e da “boa adesão terapêutica”. A faixa etária referida como mais adequada no momento da transferência foi a dos 16 aos 18 anos (66% QO e 55% QA), seguida da faixa etária dos 19 aos 21 anos (32% QO e 41% QA). No nosso estudo, a faixa etária referida como mais adequada para a transferência – 16 aos 18 anos – é ligeiramente mais jovem do que a recomendada pela AAP, dos 18 aos 21 anos,⁵ diferença esta provavelmente explicada pelo facto de em Portugal o limite etário do seguimento ser os 18 anos.

Constatou-se discrepância entre os médicos que responderam ao QO e ao QA relativamente aos procedimentos a adotar no momento da transferência. Os que responderam ao QO, consideram como procedimento mais adequado a realização conjunta das primeiras consultas de adulto (52%), mas dos que responderam ao QA, apenas 6% o concretizam. Neste grupo, cerca de 33% fazem apenas o pedido de consulta.

Apesar de o tamanho da amostra, em ambos os questionários, poder representar uma limitação deste estudo e, portanto, a representatividade de alguns resultados, pode inferir-se que são escassos os protocolos institucionais formais com a MA para a transição do adolescente (2% QO e 7% QA), podendo condicionar dificuldades logísticas, de comunicação e de disponibilidade dos profissionais para um adequado processo de transição e, eventualmente, contribuindo para explicar algumas das disparidades observadas entre a opinião e a atuação. Atendendo a que uma transição inadequada pode influenciar a saúde dos jovens adultos, a implementação estruturada de programas de transição é recomen-

dada,^{1,4,5} devendo estes ser centrados nas experiências e expectativas do adolescente e sua família, antecipando medos e preocupações e discutindo os benefícios da transferência para a MA.⁶

Também com as devidas limitações, os resultados do QA devem levar a uma reflexão sobre a justificação de 49% dos médicos considerarem que a MA não está adequadamente preparada para o seguimento do adolescente com patologia crónica, apontando como principais motivos fatores relacionados com a faixa etária (“pouca sensibilidade na abordagem do adolescente” e “dificuldade na abordagem do adolescente”), mais do que relacionados com a patologia. Esta desconfiança relativa à competência da equipa de adultos vem reforçar a importância de criação de novas estratégias de diálogo, coordenação e cooperação entre a pediatria e a MA.

A pertinência da transição / transferência para a medicina do adulto é, de uma forma geral, reconhecida. Contudo, não existe uniformidade nas formas de atuação (e que se revelam díspares em relação às recomendações internacionais), nem protocolos institucionais de transição, o que pode condicionar o sucesso do trabalho iniciado na idade pediátrica e que se pretende que tenha continuidade.

A implementação estruturada de programas de transição, bem como a formação e sensibilização para a colaboração entre os médicos envolvidos, constituem importantes metas a alcançar, de forma a garantir a continuidade de cuidados, a autonomia e a qualidade de vida do adolescente com patologia crónica e que deverá ser extensível ao adolescente sem patologia crónica e

que transita para serviços de saúde de adultos.

Seria interessante num trabalho futuro conhecer tanto a opinião dos adolescentes acerca da transição e do seguimento pela MA, como a dos médicos da MA sobre as principais dificuldades encontradas no seguimento dos adolescentes, para que se pudessem delinear novas estratégias para o sucesso da transição.

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

Rita Freitas Coutinho
aritaacoutinho@gmail.com

Apresentações e Prémios

Apresentação em sala no 12º Congresso Nacional de Pediatria a 6-10-2011.

Apresentação em mesa redonda no I Congresso virtual “Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes” organizado pela CO-DAJIC - Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y el Caribe a 31-10-2012.

Recebido: 14/07/2014

Aceite: 04/12/2014

Referências

1. Kennedy A, Sawyer S. Transition from pediatric to adult services: are we getting it right? *Curr Opin Pediatr* 2008;20:403-9.
2. While A, Forbes A, Ullman R, Lewis S, Mathes L, Griffiths P. Good practices that address continuity during transition from child to adult care: a synthesis of the evidence. *Child Care Health Dev* 2004;30:439-52.
3. Stam H, Hartman EE, Deurloo JA, Groothoff J, Grootenhuys MA. Young adult patients with a history of paediatric disease: impact on course of life and transition into adulthood. *J Adolesc Health* 2006;39:4-13.
4. Nunes P, Sasseti L. Transferência ou transição? A passagem da pediatria para a medicina de adultos. *Saúde Infantil* 2010;32:121-4.
5. American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians, American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group, Cooley WC, Sagerman PJ. Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics* 2011;128:182-200.
6. Tuchman LK, Slap GB, Britto MT. Transition to adult care: experiences and expectations of adolescents with a chronic illness. *Child Care Health Dev* 2008;34:557-63.