

Transição do Adolescente com Diabetes Tipo 1 da Consulta de Diabetes Pediátrica para a Consulta de Diabetes de Adultos

Transition of the Adolescent with Type 1 Diabetes from the Pediatric Diabetes Consultation to the Adult Diabetes Consultation

A. Monteiro¹

1 – Enfermeira ESIP, Mestre Comunicação em Saúde, Consulta de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia – CHULC, Lisboa.

> INTRODUÇÃO

Para os adolescentes com diabetes tipo I, a transição de cuidados pediátricos para adultos é um desafio devido às complexas exigências de tratamento e às mudanças físicas, psicológicas e sociais da adolescência.

A literatura relata que na transição dos cuidados pediátricos para adultos frequentemente existe perda de acompanhamento dos cuidados clínicos, bem como ansiedade e frustração para o adolescente com diabetes e sua família.

Para prevenir estas limitações deve haver um plano de ação específico que assegure que a equipe pediátrica prepara adequadamente o adolescente para transferência e que a equipe de atendimento do adulto reconhece e atende às necessidades especiais dessa população.

Vários autores concordam que a transição de adolescentes para os serviços de adultos deva ser um processo gradual, não determinado apenas pela idade. É preciso haver um planeamento que envolva adolescentes, familiares e equipe dos serviços pediátricos e de adultos.

Em Portugal, os profissionais conscientes da importância da transição, fazem diferentes esforços locais, mas não existe um modelo estruturado de Programa de Transição que garanta os cuidados necessários a uma transição bem-sucedida, isto é um processo gradual de emponderamento que dote os jovens com as habilidades necessárias para gerir os seus próprios cuidados de saúde em serviços pediátricos e adultos.

> FUNDAMENTAÇÃO

Segundo a Federação Internacional de Diabetes (IDF), estima-se que, em todo o mundo, 1,1 milhão de crianças

e adolescentes (com menos de 20 anos) tenham diabetes tipo 1 (IDF Atlas, 9.^a edição, 2019), sendo uma das doenças crónicas mais comuns na infância.

A transição para a idade adulta é uma fase crítica do desenvolvimento humano, durante a qual os jovens deixam a adolescência e assumem novos papéis e responsabilidades, envolvendo desafios emocionais e escolhas importantes. Trata-se de um processo complexo, que requer ajustes constantes em várias dimensões.

Terem “crescido” com uma equipe de saúde da pediatria faz com que muitos adolescentes tenham uma atitude de relutância face à transição, assim como também os seus familiares e profissionais. A mudança do acompanhamento de um serviço de saúde para outro envolve grande capacidade de adaptação às novas situações.

De acordo com a “International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes” (ISPAD), o conceito de transição implica um “movimento planeado e intencional do adolescente com uma doença crónica de uma consulta centrada na criança e família para uma consulta orientado para adultos”.

A idade adequada para a transferência de um serviço pediátrico para o atendimento adulto varia de acordo com a maturidade do adolescente, a disponibilidade dos profissionais e a adequação nomeadamente das instalações e protocolos entre serviços.

As opiniões sobre a idade apropriada de transferência diferem e a recente teoria da psicologia do desenvolvimento sugere que a transição deve ser ao redor da faixa etária entre 18 e 25 anos, considerados como “adultos emergentes”.

A transição de um serviço pediátrico para um serviço orientado para adultos não deve envolver uma transferência súbita imprevista, mas um **processo organizado**

de preparação e adaptação que incremente a autonomia, a responsabilidade, a autoconfiança e a continuidade de cuidados para garantir uma transição bem sucedida.

No processo de transição **existem três estádios** com vista à autonomia futura: “visualizando o futuro”, “a idade da responsabilidade” e “a idade da transição”.

O primeiro estádio “visualizando o futuro”, começa logo que a doença é identificada. Nesse estágio ocorrem discussões entre família e equipe pediátrica sobre questões sobre o futuro, tais como possíveis expectativas de tratamento; atividades de trabalho, educação e como viver na comunidade.

O segundo estádio, “a idade da responsabilidade”, é o momento em que os pais/cuidadores passam para os adolescentes mais responsabilidades na rotina diária, como, por exemplo, serem eles mesmos os responsáveis por relatarem suas questões e dúvidas durante as consultas, conhecerem o seu esquema terapêutico e gerirem o mesmo com vista à adesão terapêutica.

O terceiro estádio, “a idade da transição”, com dois períodos: adolescência (12 a 17 anos) e período de adulto jovem (dos 18 aos 23 anos), fase em deveriam passar a ter atendimento em serviços de adultos e a viver de forma mais independente.

Assim a preparação para a transição inicia-se na infância, com a participação ativa da família no cuidado da criança. À medida que entra na adolescência, o jovem deve, progressivamente, receber maior informação e responsabilidade na gestão da sua doença.

Idealmente, a transição deveria começar antes da criança chegar à adolescência, continuar até ao adolescente ser capaz de tomar conta de si próprio, prolongando-se após a transferência para o serviço de adultos. Assim, o programa de transição deverá ser iniciado com o adolescente e sua família entre os 11 e os 14 anos.

> CRITÉRIOS PARA A TRANSIÇÃO

Para uma transição bem sucedida, devem ser consideradas as seguintes etapas:

- Identificação de uma consulta de adulto capaz de atender às necessidades de jovens adultos com diabetes;
- Articulação entre serviços pediátricos e adultos com o trabalho conjunto da equipa clínica de ambos os contextos para facilitar o processo de transição dos adolescentes e seus pais;
- Identificação de um profissional específico que seja capaz de se mover entre os dois serviços para ajudar a transição do jovem para o serviço de adultos. Há evidências de que a enfermeira de referência na consulta

de diabetes pediátrica tem sido bem sucedida nesse papel com o envolvimento dos outros profissionais de ambas as equipas de cuidados;

- Discussão antecipada com o adolescente e os pais quanto ao melhor momento para transferência, com base não apenas na sua preferência e preparação, mas também na disponibilidade de serviços. É necessário ter flexibilidade sobre a idade da transição, uma vez que as circunstâncias familiares e a maturidade psicossocial dos adolescentes diferem amplamente;

- Desenvolvimento de documentos para o serviço de transição: resumo clínico, incluindo controlo metabólico, resultados de rastreios de complicações, informações sobre quaisquer comorbilidades, capacidades e competências do adolescente na gestão da sua diabetes;

- Boa comunicação, incluindo um protocolo de articulação para facilitar a compreensão entre os serviços que prestam cuidados, particularmente entre os membros das duas equipas de diabetes;

- Assegurar que não haja lacuna significativa nos cuidados entre deixar o serviço pediátrico e entrar no serviço para adultos. Isso pode ocorrer se o jovem não marcar ou faltar a uma consulta ou se estiver desconfortável com o novo serviço ou se tiver perdido o contato do profissional da equipa para onde foi transitado;

- O serviço para onde o adolescente foi transitado deve ter mecanismos para identificar e localizar todos os que não comparecerem nas consultas de acompanhamento.

> CONCLUSÃO

O processo de transição deve ser um **componente de qualidade de um serviço de saúde**; implicando a equipa multidisciplinar, tendo em consideração a compreensão dos dois sistemas de cuidados, pediátrico e adulto, bem como as diferentes expectativas de todos os envolvidos.

Deste modo, à semelhança de outros países, nomeadamente o NHS inglês, deve fazer parte das políticas de saúde da DGS **um programa de transição** estruturado, que oriente e uniformize as práticas dos profissionais, faça parte do sistema informático de registos clínicos do SNS, identificando os momentos de início, fases do programa e Indicadores de avaliação da eficiência do processo de transição. <

BIBLIOGRAFIA

- Campbell F, Biggs K, Aldiss SK, O'Neill PM, Clowes M, McDonagh J, While A, Gibson F. Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. Cochrane Database

- Syst Rev. 2016 Apr 29; 4: CD009794.
- Duarte, DSB. Recomendações para transição de cuidados pediátricos para medicina de adultos em adolescentes com Diabetes Mellitus tipo 1. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Medicina. Covilhã, Abril de 2015.
 - Forbes A, While A, Ullman R, Lewis S, Mathes L, Griffiths P. A multi-method review to identify components of practice which may promote continuity in the transition from child to adult care for young people with chronic illness or disability. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). London, 2002. Accessed at: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.3915&rep=rep1&type=pdf>
 - Lopes, ASL. Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos – uma necessidade em saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. 2016, ESEL, Lisboa.
 - Monteiro, A. Modelo de Transição Evolutiva do adolescente com diabetes 1 para a consulta de adulto. CHULC - Hospital D. Estefânia, 2018.
 - Nagra A, McGinnity PM, Davis N, Salmon AP. Implementing transition: Ready Steady Go. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2015 Dec;100(6): 313-20.
 - Quality Strategy Team, Medical Directorate, NHS England. Diabetes transition and young adult service specification and guidance document, January 2016. Accessed at: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/01/diabetes-transition-service-specification.pdf>
 - Nunes P, Sassetti L. Transferência ou transição? A passagem da pediatria para a medicina de adultos. Saúde Infant. 2010; 32(3): 121-4.
 - O'Sullivan-Oliveira J, Fernandes SM, Borges LF, Fishman LN. Transition of pediatric patients to adult care: an analysis of provider perceptions across discipline and role. Pediatr Nurs. 2014 May-Jun; 40(3): 113-20, 142.
 - Santos E, Marcelino, L, Abrantes L, Marques C, Correia R, Coutinho E, Azevedo I. O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. Millenium. 2015; 49 (jun/dez): 153-171.
 - Hauschild M, Elowe-Gruau E, Dwyer A, Aquarone MP, Unal S, Jornayvaz FR, et al. Transition en diabétologie [Transition in diabetes]. Rev Med Suisse. 2015 Feb 18; 11(462): 450-2, 454-5. French.
 - Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. NICE guideline [NG43] Published: 24 February 2016. Accessed at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng43>
 - Winocour PH. Care of adolescents and young adults with diabetes - much more than transitional care: a personal view. Clin Med (Lond). 2014 Jun; 14(3): 274-8.