

Recomendações sobre o Período de Transição de Cuidados na Diabetes *Mellitus* tipo 1

Introdução

A Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) é uma condição crónica que requer cuidados contínuos e gestão eficaz da doença. A transição de cuidados pediátricos para adultos constitui um processo crucial e desafiador para os jovens com DM1, representando um período de mudança significativa, tanto para o jovem como para a sua família.

Neste contexto define-se transição como a passagem estruturada, propositada e planeada dos adolescentes e jovens adultos com doença crónica dos cuidados de saúde centrados na criança, isto é, pediátricos, para cuidados de saúde orientados para adultos.

A adolescência é um período desafiante, devido às múltiplas mudanças físicas, emocionais e comportamentais. Ao longo deste período, é exigido ao jovem com diabetes que assuma mais responsabilidade no tratamento da sua doença. Os jovens adultos devem assumir a total responsabilidade do tratamento da sua doença crónica. Contudo, estes enfrentam inúmeros desafios neste período, no que concerne ao percurso académico, escolhas profissionais e socialização, que podem desviar a atenção necessária à autogestão da diabetes. Durante o período de transição dos cuidados pediátricos para adultos, são relatadas inúmeras adversidades enfrentadas pelos jovens adultos com diabetes, nomeadamente: deterioração do controlo glicémico; interrupção do seguimento em consulta; menor frequência das consultas; maior necessidade de recorrer ao serviço de urgência e maiores taxas de internamento para gerir complicações agudas da diabetes e maior frequência de complicações crónicas associadas à diabetes não detetadas e não tratadas corretamente.

É assim fundamental definir as melhores práticas relativamente ao período de transição de cuidados pediátricos para adultos, no que concerne à diabetes, para evitar a perda de seguimento e o declínio do controlo desta doença crónica.

Planeamento do processo de transição

Não existe uma abordagem padronizada para a transição, mas várias intervenções mostraram resultados promissores. Estas incluem sobretudo equipas dedicadas aos jovens adultos, esforços intensivos de coordenação de transição pediátrica e o uso de um gestor de caso para apoiar o processo de transição.

A efetivação da transferência para os cuidados em serviços de adultos não tem uma idade ideal, dependendo sempre das preferências do jovem e da sua família, da maturidade do jovem e, finalmente, da organização dos serviços. São várias as sociedades internacionais que recomendam a possibilidade de efetivar a transferência até aos 25 anos, nos casos que se justifique.

O processo de transição de cuidados deve incluir 3 fases: preparação, transição ativa e integração.

▪ **Preparação para a transição**

Esta fase deve iniciar-se durante o seguimento pela equipa de diabetologia pediátrica, idealmente no início da adolescência, entre os 11 e os 13 anos. O principal objetivo desta preparação é a promoção da autonomia e responsabilidade do adolescente na gestão da própria diabetes. Para isto, a educação terapêutica deve ser contínua e progressivamente mais dirigida ao adolescente e não exclusivamente aos pais/cuidadores. Devem ser definidas metas realistas e graduais a alcançar antes da transição.

Além do treino na autogestão da diabetes, incluindo a monitorização de glicose, administração e cálculo de doses de insulina, os ensinamentos ao adolescente devem incluir aspetos práticos anteriormente da responsabilidade dos cuidadores, como por exemplo a gestão das prescrições, agendamento de consultas e contactos com a equipa de saúde. Para atingir estes objetivos, pode ser útil a definição pelos serviços de uma lista de temas a abordar na preparação para a transição, a ser adaptados a cada situação (Anexo 1).

Para facilitar o planeamento poderão ser adotados ou adaptados materiais de programas já existentes para a transição, por exemplo, o *“Ready Steady Go”*¹ (Reino Unido) ou o *“Moving on with Diabetes”*² (Canadá). Estes programas disponibilizam gratuitamente recursos com o objetivo de proporcionar um processo padronizado de transição, com ferramentas de apoio tanto para os jovens/famílias como para os profissionais de saúde.

▪ **Transição ativa e articulação com os serviços de adultos**

Durante esta fase, ocorre a mudança efetiva para a equipa de adultos. Toda a equipa pediátrica deve acompanhar o processo, recomendando-se a nomeação de um gestor de caso, que sirva como o profissional de ligação que garante o contacto entre ambas as equipas de seguimento e o jovem.

Os serviços de adultos disponíveis para referência na área de residência do adolescente³ devem ser identificados e contactados para tomada de decisão do momento da transição em cada caso. A transição pode ocorrer através da marcação de consultas conjuntas (uma ou mais) em que participam ambas as equipas de saúde, o adolescente e os cuidadores. Nos serviços que não partilham instalações físicas, a utilização da telemedicina com videoconsultas constitui uma alternativa viável.

A informação clínica a transmitir deve ser resumida e organizada previamente (Anexo 2).

¹ Disponível em <https://www.readysteadygo.net/>

² Disponível em <https://physicians.nshealth.ca/topics/primary-health-care/supporting-patients-manage-chronic-conditions/supporting-patients-1>

³ Lista de Centro de Tratamento disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/lista-de-centros-de-tratamento-psci.aspx>

Sempre que possível, recomenda-se a elaboração de um protocolo comum que seja seguido por ambas as equipas de diabetes, pediátrica e de adultos, promovendo uma transição estruturada e colaborativa. Nestes, é essencial promover a proximidade e envolvimento do adolescente/jovem adulto com os serviços de saúde, nomeadamente com a criação de estratégias e mecanismos de segurança para a continuidade de seguimento, como por exemplo: garantir a marcação de consulta no serviço de adultos antes da alta da Pediatria; contacto sistematizado a todos os jovens adultos 3-6 meses após a transferência para assegurar que mantêm seguimento; promover um sistema de remarcação automática de consulta em caso de falta; criar canais de comunicação direta com os serviços através de telefone, *e-mail* ou outros meios de comunicação digitais.

▪ Integração e avaliação do processo de transição

A nível internacional, há uma preocupação crescente na criação de recomendações práticas para a transição. No entanto, estas recomendações são geralmente baseadas em consensos de peritos e há pouca evidência de qual a melhor abordagem. Além disso, a opinião das pessoas com diabetes quanto ao processo de transição e barreiras encontradas também deve ser avaliada. Por estes motivos, recomenda-se a implementação por rotina de ferramentas de avaliação interna da transição e questionários de satisfação do utente, a realizar nos 12 a 24 meses posteriores à transferência.

O objetivo é promover uma melhoria contínua nos protocolos, garantindo que se baseiam nas reais necessidades dos jovens com DM1, para que estes se sintam plenamente integrados na equipa de cuidados de saúde de adultos e que atinjam os melhores resultados possíveis no seu controlo metabólico.

Considerações finais

A transição bem sucedida na DM1 requer planeamento cuidadoso, educação e apoio para garantir a continuidade dos cuidados e resultados de saúde ideais para jovens adultos com diabetes. A transição é mais do que apenas uma transferência de cuidados ou responsabilidades; é um processo complexo que envolve o desenvolvimento de competências de autocuidado, a negociação de novos relacionamentos com as equipas de saúde e a navegação no sistema de saúde para adultos.

Bibliografia

1. Blum RW, Geenen DG. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions - a position paper of the society for adolescent medicine. *J Adolesc Health*. 1993;14:570-576.
2. Garvey K, Laffel LL. Transitions in Care from Pediatric to Adult Health Care Providers: Ongoing Challenges and Opportunities for Young Persons with Diabetes. *Endocr Dev*. 2018;33:68-81.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Transition from children's to adults' services for young people using health or social care services. NICE guideline NG43. Published February 24, 2016.

4. White M, O'Connell MA, Cameron FJ. Clinic attendance and disengagement of young adults with type 1 diabetes after transition of care from paediatric to adult services (TrACeD): a randomised, open-label, controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health*. 2017; 1: 274–83.
5. Kappelen TM et al. Transition to adult diabetes care in Germany—High risk for acute complications and declining metabolic control during the transition phase. *Pediatric Diabetes*. 2018; 19 (6): 1094-1099.
6. Soliman D et al. Transition from pediatric to adult care in type 1 diabetes mellitus: a longitudinal analysis of age at transfer and gap in care. *BMJ Open Diab Res Care*. 2022; 10:e002937.
7. Bindiganavle A, Manion A. Creating a sustainable pediatric diabetes transition program. *Journal of Pediatric Nursing*. 2022; 62: 188–192.
8. Beaufort C et al. From paediatric to adult diabetes care: lost in transition. *Lancet Diab Endoc*. 2023; 11: 446-448.
9. Gregory JW, Cameron FJ, Joshi K, et al. ISPAD clinical practice consensus guidelines 2022: diabetes in adolescence. *Pediatr Diabetes* 2022; 23: 857–71.
10. Peters A, Laffel L. Diabetes care for emerging adults: recommendations for transition from pediatric to adult diabetes care systems: a position statement of the American Diabetes Association, with representation by the American College of Osteopathic Family Physicians, the American Academy of Pediatrics, the American Association of Clinical Endocrinologists, the American Osteopathic Association, the Centers for Disease Control and Prevention, Children with Diabetes, The Endocrine Society, the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, Juvenile Diabetes Research Foundation International, the National Diabetes Education Program, and the Pediatric Endocrine Society (formerly Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society). *Diabetes Care*. 2011; 34: 2477–85.
11. Spaic T et al. Multicentre randomized controlled trial of structured transition on diabetes care management compared to standard diabetes care in adolescents and young adults with type 1 diabetes (Transition Trial). *BMC Pediatrics*. 2013; 13:163.
12. Monteiro A. Transição do Adolescente com Diabetes Tipo 1 da Consulta de Diabetes Pediátrica para a Consulta de Diabetes de Adultos. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2022; 17 (2): 91-93
13. Chiang JL et al. Type 1 Diabetes in Children and Adolescents: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2018; 41:2026–2044.
14. Zurynski Y et al. Transition models of care for type 1 diabetes: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2023; 23:779.
15. Transition Steering Group, Southampton Children's Hospital, University Hospital Southampton NHS Foundation Trust. 'Ready Steady Go' and 'Hello to adult services' Programmes. 2020. Acesso a: 31 janeiro 2025.
<https://www.readysteadygo.net/>
16. State Government of Queensland, Queensland Health. Type 1 Diabetes Transition Model of Care Guideline, A journey from Paediatric to Adult Health Care. 2020. Acesso a: 31 janeiro 2025.
<https://clinicaexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/priority-area/clinical-engagement/networks/diab/transition-moc-guideline.pdf>
17. Nova Scotia Health Authority, Diabetes Care Program of Nova Scotia. Youth Transition to Adult Care. 2020. Acesso a: 31 janeiro 2025.
<https://physicians.nshealth.ca/topics/primary-health-care/supporting-patients-manage-chronic-conditions/supporting-patients-1>

Anexo 1 – Lista de tópicos a abordar durante a preparação para a transição

Idade a iniciar	Tópicos
13-15 anos	Gestão da diabetes
	Monitorização da glicose e corpos cetónicos Glicemia capilar e avaliação de corpos cetónicos: o que é e como se avalia Monitorização contínua da glicose Quando avaliar os corpos cetónicos Realização de registos e upload do glucómetro/sensor HbA1c recomendada/Tempo no alvo e outros parâmetros
	Insulinoterapia Nome e tipo de insulina utilizada Técnica de administração (canetas/PSCI) Rotação dos locais de injeção/colocação de cateteres (PSCI) PSCI – procedimentos em caso de avaria/falência do dispositivo Ajuste das doses/rácios de insulina Upload dos dados da PSCI/caneta inteligente para o computador
	Nutrição/escolhas saudáveis/contagem de hidratos de carbono
	Atividade física/exercício
	Hipoglicemia/Hiperglicemia Definições Como atuar em cada situação Utilização de Glucagon
	Gestão em dias de doença
	Adolescência
	Puberdade
	Saúde sexual/Contraceção
	Planeamento familiar
	Tabaco/Drogas/Álcool
	Saúde mental/stress/depressão
	Viagens
	Condução/carta
15-17 anos	Complicações tardias/Monitorização
	Retinopatia
	Nefropatia
	Neuropatia/perda de sensibilidade/GI/saúde sexual e reprodutiva
	Avaliação do pé
	Fatores de risco cardiovascular
	Cuidados de saúde
	Frequência recomendada de consultas
	Vacinação
	Papel do MGF/profissionais de saúde aliados
17-18 anos	Prescrição de medicamentos/dispositivos/consumíveis
	Transição
	Rever conhecimentos do adolescente
	Opções profissionais/Ensino superior
	Viver sozinho/mudar de casa
	Consulta de diabetes de adultos: o que esperar
	Apresentação do centro/equipa de diabetes de adultos
	Preencher/Enviar informação clínica para equipa de adultos
	Marcação de data de consulta na Unidade de Diabetes de adultos

Siglas: GI – Gastrointestinal; HbA1c – Hemoglobina glicosilada; MGF – Médico de Medicina Geral e Familiar; PSCI – perfusão subcutânea contínua de insulina.

Anexo 2 – Resumo da informação clínica a transmitir à Unidade de Diabetes de adultos

Dados Pessoais	Idade, data de nascimento, género
Diagnóstico da DM1	Data de diagnóstico Contexto do diagnóstico: CAD (sim/não), duração de internamento HbA1c e peptídeo C ao diagnóstico
Autoimunidade	Auto-anticorpos DM1 (especificar quais)
Controlo metabólico	Histórico de HbA1c No último ano, histórico da glicemia média, coeficiente de variação, HbA1c estimada, tempo no alvo, tempo acima do alvo, tempo abaixo do alvo
Comorbilidades	Doença celíaca, tiroidite, dislipidemia, hipertensão, obesidade ou outros. Data do último rastreio analítico de comorbilidades.
Complicações agudas	Hipoglicemias graves Cetoacidose diabética
Complicações crónicas	RD: sim/não; data e resultado do último rastreio ND: sim/não; data e resultado do último rácio Albumina/creatinina na urina pontual Neuropatia sensitivo-motora e autonómica: sim/não Doença cardíaca isquémica, cerebro-vascular, arterial periférica: sim/não Lipodistrofias Problemas cutâneos
Intercorrências	Regularidade das consultas no ano prévio à transferência Vindas ao serviço de urgência relacionadas com a DM e motivos. Internamentos relacionados com a DM1. Motivos de internamento.
Terapêutica	MAI: Tipo de insulina e esquema PSCI: Idade e data de colocação; tipo de PSCI; tipo de catéter; programação; insulina, problemas com PSCI
Monitorização contínua ou intersticial da glicemia Outras tecnologias da DM1	Sim/Não; Dispositivo utilizado Calculador de bólus, contagem de HC, Apps móveis
Outra terapêutica/medicação para além de insulina	
Hábitos nocivos	Tabagismo. Consumo de álcool. Consumo de drogas ilícitas.
Nível de educação e percurso escolar	
Prática de desporto	Atividade desportiva regular (sim/não). Tipo de desporto. Ajustes ao desporto.
Data de início de transição	
Avaliação da última consulta	Peso, altura, tensão arterial; HbA1c; tempo no alvo, em hipoglicemia e hiperglicemia; coeficiente de variação.

Siglas: CAD – Cetoacidose diabética; DM1 – Diabetes *mellitus* tipo 1; HbA1c – hemoglobina glicosilada; HC – hidratos de carbono; MAI – Múltiplas administrações de insulina; ND – nefropatia diabética; PSCI – perfusão subcutânea contínua de insulina; RD – retinopatia diabética.