

# Autoavaliação de médicos sobre sua formação em Medicina do Adolescente

## Physicians' self-assessment on their training in Adolescent Medicine

Joana Verdelho Andrade<sup>1</sup>✉, Ana Manuela Rocha<sup>2</sup>, Maria Inês Santos<sup>1</sup>, Joana Campos<sup>1</sup>, Elisabete Santos<sup>1</sup>, Alzira Ferrão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E. Viseu, Portugal.

<sup>2</sup> Unidade de Saúde Familiar Vriato. Viseu, Portugal.

### Como citar este artigo (How to cite this article):

Andrade JV, Rocha AM, Santos MI, Campos J, Santos E, Ferrão A. Autoavaliação de médicos sobre sua formação em Medicina do Adolescente (Physicians' self-assessment on their training in Adolescent Medicine). *Sci Med.* 2018;28(3):ID29642. DOI: 10.15448/1980-6108.2018.3.29642

### RESUMO

**OBJETIVOS:** Caracterizar como os especialistas e residentes de Pediatria e de Medicina Geral e Familiar consideram que abordam os adolescentes, identificar as suas habilitações em Medicina do Adolescente, averiguar que tópicos dessa área os médicos gostariam de ver abordados em futuros treinamentos e comparar as percepções dos médicos das duas especialidades em relação à sua experiência na prática em saúde do adolescente.

**MÉTODOS:** Estudo transversal com base em inquérito enviado via correio eletrónico a 241 médicos da área de influência de um hospital de nível II, tendo-se incluído especialistas e residentes de Pediatria e de Medicina Geral e Familiar de centros de saúde do concelho de Viseu, Portugal. Utilizaram-se os testes Qui-quadrado ou teste Exacto de Fisher para testar associações entre variáveis, assumindo-se significado estatístico quando  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:** Um total de 113 médicos completou o inquérito, sendo 74% do gênero feminino, com uma mediana de anos de prática de 12 anos (intervalo interquartil 5-30, mínimo 2 anos, máximo 38 anos). O grupo de Pediatria tinha mais formação em Medicina do Adolescente (57%) do que o grupo de Medicina Geral e Familiar (25%) ( $p=0,007$ ). Mais médicos com formação específica em Medicina do Adolescente consideravam-se preparados para a entrevista ao adolescente (51%, vs. 28% dos que não tinham formação específica,  $p=0,03$ ). Os médicos Gerais e de Família orientavam mais os adolescentes sobre consumo de substâncias, contraceção e doenças sexualmente transmissíveis, enquanto os médicos de Pediatria identificavam mais adolescentes com depressão. A maioria dos médicos avaliou-se como tendo conhecimentos insuficientes em Medicina do Adolescente, sendo o treino insuficiente a barreira mais frequentemente referida. Cinquenta e sete por cento dos médicos de Pediatria, 78% dos médicos Gerais e de Família e 84% dos que não tinham formação específica em Medicina do Adolescente, considerando as duas especialidades, gostariam de aprofundar os seus conhecimentos nessa área.

**CONCLUSÕES:** Este estudo permitiu identificar que áreas de conhecimento sobre Medicina do Adolescente estão deficitárias na formação dos pediatras e dos médicos gerais e de família. A maioria dos médicos, principalmente os que não tiveram formação em Medicina do Adolescente, mostraram-se interessados em preencher essa lacuna.

**DESCRIPTORIOS:** medicina do adolescente; saúde do adolescente; médico generalista; medicina de família; pediatria; educação médica.

### ABSTRACT

**AIMS:** To characterize the way in which General and Family physicians and Pediatricians consider approaching adolescents, identify their qualifications in Adolescent Medicine, ascertain which topics of this specialty these physicians would like to see addressed in future training, and to compare the perceptions of physicians of both specialties with respect to their experience in adolescent health practice.

**METHODS:** Cross-sectional study based on a survey sent by e-mail to 241 physicians in the area of influence of a level II hospital, including specific training interns or experts in Pediatrics and General and Family Medicine from health centers of the municipality of Viseu, Portugal. Chi-square tests or Fisher's exact test were used to test associations between variables, assuming statistical significance when  $p < 0.05$ .

**RESULTS:** A total of 113 physicians completed the survey, of them 74% female, with a median of 12 years of practice (interquartile range 5-30, minimum 2 years, maximum 38 years). The Pediatrics group had more training in Adolescent Medicine (57%) than the General and Family Medicine group (25%) ( $p=0.007$ ). More physicians with specific training in Adolescent Medicine considered themselves prepared for the adolescent interview (51%, vs. 28% of those who did not have specific training,  $p=0.03$ ). Family and General practitioners guided adolescents more about substance use, contraception, and sexually transmitted diseases, while Pediatrics doctors identified more adolescents with depression. Most physicians rated themselves as having insufficient knowledge in Adolescent Medicine, with insufficient training being the most frequently referred barrier. Fifty-seven percent of Pediatrics doctors, 78% of General practitioners and 84% of those with no specific training in Adolescent Medicine, considering the two specialties, would like to deepen their knowledge in this area.

**CONCLUSIONS:** This study allowed identifying which areas of knowledge on Adolescent Medicine are deficient in the training of Pediatricians and General practitioners. Most physicians, especially those with no training in Adolescent Medicine, showed interest in filling this gap.

**KEYWORDS:** adolescent medicine; adolescent health; general practitioner; family medicine; medical education.

Recebido: 10/01/2018

Aceito: 31/05/2018

Publicado: 20/07/2018

✉ **Correspondência:** joanaverdelhoandrade@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7128-2821>

Hospital São Teotónio, Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.

Av. Rei Dom Duarte, 3504-509, Viseu, Portuga



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada. [http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)

**Abreviaturas:** MA, Medicina do Adolescente; MGF, Medicina Geral e Familiar.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é considerada o período mais saudável da vida. No entanto, é um período particularmente vulnerável, dadas as mudanças biológicas, psicológicas e sociais [1]. As causas preponderantes de mortalidade e morbidade não estão relacionadas ao risco biológico, mas sim aos riscos sociais, emocionais e comportamentais. Os acidentes são as principais causas de mortalidade, seguidos por suicídio e homicídio [1]. Gravidez não planejada, abuso de drogas, abuso sexual e físico, doenças em geral e características da faixa etária, perturbações do comportamento alimentar, conflitos familiares e dificuldades escolares são alguns dos problemas com que os médicos que acompanham adolescentes se deparam. A entrevista bem estruturada aos adolescentes é fundamental para identificar os problemas existentes [2]. Nas universidades e entre os profissionais de saúde tem havido uma crescente conscientização da necessidade de consolidar conhecimentos e prática clínica na área de Medicina do Adolescente (MA), principalmente para as especialidades Medicina Geral e Familiar (MGF) e Pediatria [1-4].

Diversas organizações têm incentivado a prevenção como estratégia para diminuir a morbidade e a mortalidade dos adolescentes e melhorar a saúde das futuras populações adultas [4]. Por exemplo, *American Academy of Family Physicians* [5], *American Academy of Pediatrics* [6], *American Medical Association* [7] and *U.S. Preventive Services Task Force* [8] desenvolveram recomendações clínicas preventivas para o acompanhamento de adolescentes. Vários fatores podem contribuir para o sucesso ou fracasso dos esforços desenvolvidos para a implementação dessas recomendações. Um dos fatores críticos é a disponibilidade de um número adequado de clínicos formados em MA. Estudos norte-americanos avaliaram a prática clínica dos profissionais dos cuidados de saúde primários, tendo constatado que as estratégias preventivas não eram aplicadas aos adolescentes, e quando o eram, variavam em abrangência e profundidade [8-11]. De fato, o treino em MA influencia as diferenças no acompanhamento aos adolescentes. Médicos de MGF e Pediatria revelam que o treino insuficiente é a barreira principal no suprimento de cuidados de saúde nesta faixa etária [12-14].

Nas últimas décadas têm sido feitos esforços substanciais para melhorar, durante o internato médico, a formação em cuidados de saúde aos adolescentes, quer gerais quer preventivos. Os Estados Unidos e o Canadá promovem há vários anos um treino especializado em MA, reconhecendo essa área como uma subespecialidade da Pediatria. Em Portugal e outros países da Europa, iniciou-se um treino formal, específico e institucionalizado no internato, que, no entanto, é facultativo na formação do pediatra geral ou do médico de MGF. Recentemente foram criados programas de mestrado na área de MA, bem como um ciclo de estudos especiais [13-18].

Em Portugal, os cuidados de saúde ao adolescente são em geral prestados por dois grupos de médicos: os pediatras e os médicos de MGF. Os pediatras têm formação na área do crescimento e desenvolvimento pubertário, no entanto, nas situações do foro ginecológico ou problemas relacionados com a saúde mental, a maioria não se sente habilitado [19]. Em Portugal, os cuidados de saúde aos adolescentes, em si, não oferecem encargos à família, mas, por outro lado, a necessidade de transporte ou a perda de dias de trabalho dos pais podem constituir barreiras financeiras ao seu acesso [19]. De fato, além da vertente econômica, precisa-se identificar que outras dificuldades existem para a fraca adesão dos adolescentes às consultas. É premente melhorar os cuidados de saúde ao adolescente de forma que se possam identificar fatores de risco e prevenir, desse modo, morbimortalidade evitável [20-21].

A crescente preocupação com a necessidade de reunir competências em MA pelos profissionais de saúde e a escassa informação atualizada de dados portugueses relativos à sua própria autoavaliação constituíram a base para a realização deste estudo, cujos objetivos incluíram a caracterização da forma como os médicos generalistas e de família, assim como os pediatras especialistas ou em formação, consideram que abordam os adolescentes, das suas habilitações em MA e das áreas que gostariam de melhorar.

## MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal com base em um inquérito, enviado a médicos que atuavam dentro da área de influência de um hospital de nível II que abrange toda a região interior centro de Portugal, incluindo o Agrupamento de Centros de Saúde Dão-Lafões, três concelhos do Agrupamento de Centros de Saúde Douro-Sul e toda a Unidade Local de Saúde da Guarda. Após contato com os diretores do Serviço

de Pediatria e coordenadores de cada Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, foi enviado o inquérito, via correio eletrônico, a uma amostra de conveniência constituída por 241 médicos: 150 especialistas em MGF, 46 residentes de MGF, 31 especialistas em Pediatria e 14 residentes de Pediatria, explicando a importância do trabalho e solicitando colaboração. Para aumentar a taxa de resposta, o inquérito foi enviado mais duas vezes, duas e quatro semanas após o primeiro envio, reforçando a importância do seu preenchimento.

As variáveis estudadas foram gênero do participante, tempo de exercício profissional, especialidade médica, tipo de local de trabalho e local de formação pré-graduada. Para o estudo das competências em MA foram definidas várias questões: frequência em formação específica na área de MA, de que tipo e duração, tópicos lecionados, áreas de MA que gostaria de melhorar e atitudes versadas na atividade clínica, como preferência de grupos etários, treino em entrevista ao adolescente e barreiras na abordagem do adolescente. Dividiu-se a amostra segundo a especialidade (MGF e Pediatria). O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital São Teotónio – Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.

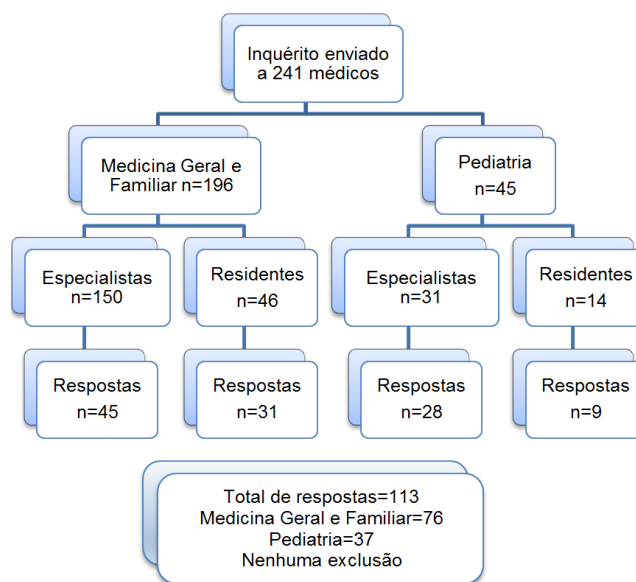
Os critérios de exclusão no estudo incluíam questionários com respostas contraditórias ou que não estivessem totalmente preenchidos. As respostas do inquérito foram enviadas de forma anônima através de um processador de documentos *online*.

Os dados foram recolhidos no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016 e codificados para tratamento estatístico em uma matriz inserida no Microsoft Excel®, versão 2011, complementado com o *software* IBM SPSS® versão 20 para Mac. O tratamento dos dados teve um componente descritivo com distribuição de frequências, médias, medianas e medidas de dispersão, bem como analítico. Foram utilizados o teste qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher para testar associações entre variáveis. Assumiu-se significado estatístico quando  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Um total de 113 médicos respondeu ao inquérito, o que representou uma taxa de resposta de 47%, sendo que todos os inquéritos respondidos foram considerados válidos (**Figura 1**). A amostra foi constituída por 76 médicos de MGF e 37 de Pediatria, sendo 84 (74%) do gênero feminino. A mediana de anos de prática foi de 12 anos com intervalo interquartil (5-30), mínimo 2 anos e máximo 38 anos. Todos os médicos de MGF

trabalhavam principalmente em unidades ambulatoriais (Unidade de Saúde Familiar ou Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), enquanto todos os de Pediatria trabalhavam principalmente em hospital, exceto um deles, que informou trabalhar em consultório privado (**Tabela 1**).



**Figura 1.** Fluxograma da constituição da amostra

Na **Tabela 2** estão os resultados referentes à proporção de adolescentes atendidos na globalidade da prática clínica, à faixa etária que o médico mais gosta e que menos gosta de atender, ao recebimento de treino em MA, à autoavaliação da preparação para abordar adolescentes, à vontade em obter treino em MA e à prescrição de contracepção a adolescentes, conforme as duas especialidades estudadas. Mais da metade dos médicos (66% de MGF e 54% de Pediatria) achava a sua preparação insuficiente na abordagem ao adolescente (**Tabela 2**).

Quando inquiridos sobre as orientações ou procedimentos realizados durante o acompanhamento dos adolescentes, os mais frequentemente apontados foram os aconselhamentos sobre hábitos alimentares saudáveis e atividade física e sobre consumo de tabaco, álcool e drogas. Houve diferenças significativas conforme a especialidade e a presença ou ausência de formação em MA. O grupo de MGF informou mais frequentemente que abordava temas relacionados com consumo de álcool, tabaco ou substâncias ilícitas, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, prevenção de gravidez, temas gerais sobre sexualidade, interrupção voluntária da gravidez e contracepção, e fazia exames pélvicos com colheita de amostra.

**Tabela 1.** Caracterização da amostra quanto ao gênero, local de trabalho principal e anos de prática clínica, conforme a especialidade.

Característica	Especialidade		Total
	Pediatria n=37	Medicina Geral e Familiar n=76	
Gênero n (%)			
Masculino	3 (8)	26 (34)	29 (26)
Feminino	34 (92)	50 (66)	84 (74)
Local de trabalho principal n (%)			
Hospital	36 (97)	0 (0)	36 (32)
Ambulatório	1 (3)	76 (100)	77 (68)
– Clínica privada	1	0	
– Unidade de Saúde Familiar	0	58	
– Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	0	18	
Anos de prática clínica			
Mediana (intervalo interquartil)	14 (8-26)	10 (5-32)	12 (5-30)

**Tabela 2.** Proporção de adolescentes acompanhados, disposição e preparação para atender adolescentes e prescrição de contracepção, conforme a especialidade.

Característica	Pediatria n=37 n (%)	Medicina Geral e Familiar n=76 n (%)	p
Proporção de adolescentes na globalidade da prática clínica			
0-25%	22 (59)	74 (98)	<b>&lt;0,001*</b>
25-50%	11 (30)	2 (2)	
50-75%	0 (0)	0 (0)	
75-100%	4 (11)	0 (0)	
Faixa etária que mais gosta de abordar			
Lactente	11 (30)	14 (19)	<b>&lt;0,001*</b>
Criança	21 (56)	11 (14)	
Adolescente	5 (14)	6 (8)	
Adulto/Idoso	0 (0)	45 (59)	
Faixa etária que menos gosta de abordar			
Lactente	1 (3)	20 (26)	<b>&lt;0,001*</b>
Criança	0 (0)	11 (14)	
Adolescente	11 (30)	24 (32)	
Adulto/Idoso	25 (67)	21 (28)	
Treino em Medicina do Adolescente			
Sim	21 (57)	18 (25)	<b>0,007†</b>
Não	17 (43)	57 (75)	
Autoavaliação da preparação para abordar adolescentes			
Suficiente	17 (46)	26 (34)	0,322†
Insuficiente	20 (54)	50 (66)	
Independentemente de ter formação, expressa vontade em obter treino em Medicina do Adolescente			
Sim	37 (100)	62 (82)	0,060*
Não	0 (0)	14 (18)	
Número de vezes que prescreveu contracepção a adolescentes			
0	8 (22)	7 (9)	<b>0,003†</b>
1-10	22 (59)	25 (33)	
11-20	3 (9)	20 (26)	
21-50	2 (5)	7 (9)	
>50	2 (5)	17 (23)	
Encaminhamento de adolescentes para outros profissionais para contracepção ou por infecções sexualmente transmissíveis			
Nunca	1 (3)	11 (15)	<b>&lt;0,001†</b>
Raramente	8 (22)	43 (56)	
Por vezes	23 (62)	21 (28)	
Frequentemente	5 (13)	1 (1)	

\* Teste Exato de Fisher; † Teste do Qui-quadrado.

Por outro lado, o grupo da Pediatria relatou mais constantemente identificar sinais de depressão e ideação suicida. Mais médicos entre os que haviam recebido formação em MA aconselhavam sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e identificavam sinais de depressão e ideação suicida (**Tabela 3**).

Os médicos que consideraram estar preparados para entrevistar o adolescente encontravam-se em sua maioria entre aqueles que dispunham de treino específico em MA, assim como aqueles que consideravam os adolescentes a faixa etária mais fácil de abordar. Por outro lado, os dois grupos (com e sem treino em MA) referiam na sua grande maioria vontade em obter ou continuar a formação nesta área (**Tabela 3**).

As mesmas variáveis referentes às condutas e procedimentos realizados habitualmente pelos respondentes foram avaliadas em relação ao gênero do médico, aos anos de prática clínica e ao local principal de trabalho. Quanto ao gênero, as únicas

diferenças constatadas foram a explicação do conceito de confidencialidade, mais frequentemente realizada pelo gênero feminino, e a prescrição de contraceptivos, conduta mais praticada pelos médicos do gênero masculino. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas quando comparados médicos com maior ou menor tempo de prática clínica. Observou-se que o local de trabalho foi a variável independente com mais influência nas diferenças entre as duas especialidades médicas no que se refere a condutas e procedimentos com os adolescentes, conforme as respostas obtidas (**Tabela 4**).

O treino em MA era mais frequentemente pós-graduado (78%), em regime não obrigatório, com a duração da formação entre oito horas a vários anos. Em relação aos temas abordados na formação pré ou pós-graduada em MA de cada uma das especialidades, apenas houve diferença no tema “puberdade, crescimento e desenvolvimento”, mais abordado na formação em Pediatria (**Tabela 5**).

**Tabela 3.** Condutas realizadas e impressões pessoais sobre o atendimento médico de adolescentes pelos 113 médicos que responderam ao inquérito, conforme a especialidade e o recebimento de formação em Medicina do Adolescente

Condutas e impressões sobre o atendimento a adolescentes	Especialidade			Formação em Medicina do Adolescente		
	Pediatria n=37 n (%)	Medicina Geral e Familiar n=76 n (%)	p*	Sim n=39 n (%)	Não n=74 n (%)	p*
Aconselha sobre hábitos alimentares saudáveis e atividade física	35 (95)	72 (95)	0,975	37 (95)	70 (95)	0,950
Aconselha sobre consumo de tabaco, álcool e drogas	24 (65)	68 (90)	<b>0,002</b>	33 (85)	59 (80)	0,526
Prescreve contracepção	6 (16)	58 (76)	<b>&lt;0,001</b>	21 (54)	43 (58)	0,664
Aconselha acerca de medidas preventivas de foro rodoviário	8 (22)	18 (24)	0,807	9 (23)	17 (23)	0,990
Aconselha sobre a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis	16 (43)	54 (71)	<b>0,004</b>	29 (74)	41 (55)	<b>0,049</b>
Aconselha sobre a prevenção de gravidez	11 (30)	52 (69)	<b>&lt;0,001</b>	23 (59)	40 (54)	0,617
Explica o conceito de confidencialidade ao adolescente	30 (81)	51 (67)	0,122	29 (74)	52 (70)	0,647
Identifica sinais de depressão e ideação suicida	30 (82)	32 (42)	<b>&lt;0,001</b>	29 (74)	33 (45)	<b>0,003</b>
Discute a temática da sexualidade	10 (27)	45 (59)	<b>0,001</b>	20 (51)	35 (47)	0,687
Ensina o uso correto do preservativo	3 (8)	22 (29)	<b>0,012</b>	10 (26)	15 (16)	0,513
Prescreve contracepção de emergência	4 (11)	18 (24)	0,105	10 (26)	12 (16)	0,229
Realiza exames pélvicos com colheita de amostras	1 (3)	16 (21)	<b>0,010</b>	5 (6)	12 (16)	0,631
Aconselha sobre interrupção voluntária da gravidez	1 (3)	13 (17)	<b>0,007</b>	3 (8)	10 (14)	0,357
Referencia a programas de abuso de substâncias	6 (16)	6 (8)	0,178	7 (18)	5 (7)	0,066
Sente-se preparado para entrevistar adolescentes	17 (46)	26 (34)	0,228	20 (51)	23 (28)	<b>0,035</b>
Acha que os adolescentes são o grupo etário mais fácil de abordar	5 (14)	6 (8)	0,344	7 (18)	4 (5)	<b>0,032</b>
Gostaria de aprofundar os seus conhecimentos em Medicina do Adolescente	21 (57)	59 (78)	0,079	18 (46)	62 (84)	0,111

\* Teste do Qui-quadrado.

**Tabela 4.** Condutas realizadas no atendimento médico de adolescentes, de acordo com o gênero, os anos de prática clínica e o principal local de trabalho/atendimento aos adolescentes.

Condutas e procedimentos realizados habitualmente na prática clínica	Gênero			Anos de prática clínica			Local de trabalho		
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	p*	≤ 12 anos n (%)	> 12 anos n (%)	p*	Hospital n (%)	Ambulatório n (%)	p*
Aconselha sobre hábitos alimentares saudáveis e atividade física	80 (95)	27 (93)	0,658	56 (97)	51 (52)	0,365	34 (94)	73 (95)	0,936
Aconselha sobre consumo de tabaco, álcool e drogas	66 (79)	26 (24)	0,186	49 (85)	43 (78)	0,389	23 (64)	69 (90)	<b>0,001</b>
Prescreve contracepção	42 (50)	22 (76)	<b>0,015</b>	33 (57)	31 (56)	0,954	6 (17)	58 (75)	<b>&lt;0,001</b>
Aconselha acerca de medidas preventivas do foro rodoviário	20 (24)	6 (21)	0,731	13 (22)	13 (24)	0,877	8 (22)	18 (23)	0,892
Aconselha sobre a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis	49 (58)	21 (72)	0,178	35 (60)	35 (64)	0,719	16 (23)	54 (70)	<b>0,009</b>
Aconselha sobre a prevenção de gravidez	45 (54)	18 (62)	0,427	32 (55)	31 (56)	0,899	11 (31)	52 (68)	<b>&lt;0,001</b>
Explica o conceito de confidencialidade ao adolescente	65 (77)	16 (55)	<b>0,022</b>	43 (74)	38 (69)	0,552	29 (81)	52 (68)	0,152
Identifica sinais de depressão e ideação suicida	50 (60)	12 (41)	0,090	31 (53)	31 (56)	0,756	30 (83)	32 (42)	<b>&lt;0,001</b>
Discute a temática da sexualidade	41 (49)	14 (48)	0,960	32 (55)	23 (42)	0,156	10 (28)	45 (58)	<b>0,002</b>
Ensina o uso correto do preservativo	18 (22)	7 (24)	0,762	11 (19)	14 (26)	0,406	3 (8)	22 (29)	<b>0,016</b>
Prescreve contracepção de emergência	17 (20)	5 (6)	0,725	8 (14)	14 (26)	0,118	4 (11)	18 (23)	0,125
Realiza exames pélvicos com colheita de amostras	14 (13)	3 (4)	0,412	7 (12)	10 (18)	0,364	1 (3)	16 (21)	<b>0,013</b>
Aconselha sobre interrupção voluntária da gravidez	10 (12)	3 (10)	0,820	4 (7)	9 (16)	0,115	1 (3)	13 (17)	<b>0,009</b>
Referencia a programas de abuso de substâncias	8 (11)	4 (14)	0,520	3 (5)	9 (16)	0,054	6 (17)	6 (8)	0,154

\* Teste Qui-quadrado.

**Tabela 5.** Temas abordados na formação pré ou pós-graduada em Medicina do Adolescente de cada uma das especialidades.

Tema abordado (em relação ao adolescente)	Pediatria n=24 n (%)	Medicina Geral e Familiar n=33 n (%)	p*
Entrevista ao adolescente	16 (68)	26 (79)	0,326
Particularidades do exame físico	17 (71)	26 (79)	0,490
Desenvolvimento psicossocial	16 (68)	17 (52)	0,215
Puberdade, crescimento e desenvolvimento	22 (93)	20 (62)	<b>0,006</b>
Perturbações de comportamento alimentar	12 (50)	17 (52)	0,896
Contracepção	12 (50)	17 (52)	0,696
Depressão e suicídio	6 (25)	13 (38)	0,454
Sexualidade	8 (36)	17 (52)	0,140
Abuso de drogas, álcool e tabaco	7 (32)	14 (41)	0,470
Infeções sexualmente transmissíveis	8 (36)	13 (38)	0,862
Problemas de comportamento	7 (32)	13 (38)	0,720
Prevenção e rastreio	6 (25)	9 (28)	0,825
Queixas psicossomáticas	4 (18)	7 (21)	0,786
Abuso sexual, mental e físico	4 (18)	5 (14)	0,674
Conflitos familiares	7 (32)	8 (25)	0,501
Doenças crónicas	6 (25)	8 (25)	0,763
Gravidez	8 (36)	20 (62)	0,273
Problemas menstruais	7 (32)	9 (28)	0,707
Violência nos relacionamentos	2 (7)	7 (21)	0,141
Doenças endócrinas	5 (21)	6 (17)	0,689
Medicina do desporto	4 (18)	1 (4)	0,076
Dificuldades de aprendizagem	3 (14)	6 (17)	0,760
Problemas de diversidade étnica e racial	1 (4)	1 (4)	0,980

\* Teste Qui-quadrado.

Quando inquiridos se existiam barreiras no seu trabalho com adolescentes, 95% dos médicos referiram que sim. As barreiras mais frequentemente apontadas estão relatadas na **Tabela 6**.

**Tabela 6.** Barreiras frequentemente encontradas pelos médicos na abordagem diária ao adolescente.

Barreira	n (%)
Treino insuficiente	68 (60)
Dificuldade no estabelecimento da relação médico-adolescente	43 (38)
Escasso tempo de consulta disponível	20 (18)
Falta de confidencialidade	14 (12)

Quando inquiridos sobre que temas de MA gostariam de melhorar, todos os participantes indicaram pelo menos uma área. Os médicos referiram que necessitavam de mais treino principalmente

na entrevista ao adolescente, nos problemas de comportamento e no consumo de substâncias. Alguns temas foram mais frequentemente apontados pelo grupo de MGF, como a entrevista ao adolescente, problemas de comportamento, abuso de drogas, álcool e tabaco, queixas psicossomáticas e perturbação do comportamento alimentar, enquanto que os problemas de diversidade étnica e racial foram mais mencionados pelo grupo da Pediatria (**Tabela 7**).

## DISCUSSÃO

Neste trabalho, ficou patente o interesse dos médicos de MGF e de Pediatria em manter a sua formação em MA. É de realçar a melhor taxa de adesão ao preenchimento deste inquérito em relação a outros trabalhos semelhantes [22], o que foi de extrema importância para os resultados obtidos.

**Tabela 7.** Temas de Medicina do Adolescente sobre os quais os médicos gostariam de melhorar os seus conhecimentos, conforme a especialidade.

Tema da Medicina do Adolescente sobre o qual o médico gostaria de aprofundar os conhecimentos	Pediatria n=37 n (%)	Medicina Geral e Familiar n=76 n (%)	p*
Entrevista ao adolescente	10 (27)	45 (59)	<b>0,001</b>
Problemas de comportamento	11 (30)	39 (51)	0,030
Abuso de drogas, álcool e tabaco	11 (16)	37 (32)	<b>0,049</b>
Abuso sexual, mental e físico	15 (41)	31 (41)	0,980
Depressão e suicídio	14 (38)	33 (43)	0,572
Queixas psicossomáticas	8 (22)	31 (26)	<b>0,044</b>
Conflitos familiares	10 (27)	29 (38)	0,243
Violência nos relacionamentos	12 (32)	25 (33)	0,961
Perturbações de comportamento alimentar	8 (14)	34 (45)	<b>0,017</b>
Dificuldades de aprendizagem	12 (32)	24 (32)	0,927
Sexualidade	10 (27)	26 (34)	0,442
Particularidades do exame físico	9 (24)	21 (28)	0,709
Prevenção e rastreio	7 (19)	22 (29)	0,252
Contraceção	11 (30)	17 (22)	0,395
Puberdade, crescimento e desenvolvimento	12 (32)	16 (21)	0,189
Desenvolvimento psicossocial	6 (16)	22 (29)	0,141
Doenças endócrinas	5 (14)	22 (29)	0,071
Doenças crónicas	9 (24)	17 (22)	0,817
Problemas menstruais	7 (19)	19 (25)	0,471
Medicina do desporto	7 (19)	18 (24)	0,567
Infeções sexualmente transmissíveis	8 (21)	12 (16)	0,446
Gravidez na adolescência	6 (16)	13 (17)	0,906
Problemas de diversidade étnica e racial	10 (27)	8 (11)	<b>0,024</b>

\*Teste Qui-quadrado.

Há estudos mostrando que os adolescentes têm interesse em receber do seu médico assistente cuidados de saúde antecipatórios e preventivos [23-25]. Ao avaliar e comparar a percepção dos médicos de Pediatria e MGF quanto à sua abordagem dos adolescentes, os presentes resultados identificaram pontos fortes e fracos em campos diferentes e revelaram de que forma os programas de internato podem ser melhorados para aperfeiçoar o treino na área da MA e ir de encontro às necessidades dos profissionais que atendem este grupo etário. Para alguns adolescentes, o pediatra é o médico assistente que o acompanha desde a infância. De fato, os pediatras estão numa posição única de continuidade, confiança e familiaridade nessa relação, providenciando a educação adequada e o aconselhamento sobre as preocupações dos adolescentes. Já para os médicos de MGF, por terem um papel basilar na abordagem do núcleo familiar, a relação com o adolescente é fundamental.

Neste estudo, o grupo da Pediatria reportou identificar mais frequentemente sinais de depressão e ideação suicida. O grupo de MGF mais frequentemente prescrevia contracepção, explicava o uso correto do preservativo, aconselhava sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e de gravidez, analisava a temática de sexualidade e consumo de tóxicos com os adolescentes, demonstrando que o grupo de MGF tinha talvez um maior papel na prevenção, enquanto que o de Pediatria atuava mais a nível interventivo. Estes dados estão de acordo com a análise realizada sobre o local de trabalho principal, pois os médicos de MGF mais frequentemente atuavam em nível ambulatorial e os de Pediatria em nível hospitalar. Os médicos que avaliavam os adolescentes em ambiente hospitalar, frequentemente em contexto de urgência, hospitalização ou consulta por patologia específica, identificaram mais frequentemente os sinais de depressão e ideação suicida. Essas diferenças estão de acordo com o contexto em que o adolescente está sendo observado. Em ambulatório esses pacientes são mais frequentemente abordados em consulta de seguimento de saúde juvenil, enquanto no hospital, em contexto de doença ou problema específico.

As deficiências de orientação sobre saúde sexual são consistentes com os padrões de prática clínica de pediatras em outros estudos [26-30]. Como demonstrado em outros trabalhos, as adolescentes procuram mais frequentemente o seu médico de MGF ou obstetra/ginecologista para o aconselhamento sobre gravidez e problemas ginecológicos [31]. É provável que este fato interfira com a experiência dos pediatras nessa área, mas também denota a sua carência nesse

nível. Já em relação à saúde mental, um estudo do Reino Unido demonstrou que os adolescentes tinham dificuldade em abordar este tema com o seu médico de MGF, podendo influenciar a experiência dos médicos de MGF nesta área [32]. Entre os participantes do presente estudo, assim como na Europa em geral, conforme Ercan et al. [33], a confidencialidade não tem sido aplicada uniformemente nas consultas.

Como em outros países, parece que em Portugal não há consenso sobre o tipo de médico ideal para acompanhar os adolescentes [30, 31]. É uniformemente aceite, por outro lado, que certos problemas específicos podem ser abordados no contexto de um acompanhamento médico habitual ao invés de em serviços específicos, desde que o médico de ambulatório tenha desenvolvido uma relação de confiança com o adolescente [34, 35].

Uma preparação adequada dos clínicos aumentaria a possibilidade destes proverem cuidados gerais e preventivos aos adolescentes. Em um estudo norte-americano, enquanto os pediatras que revelavam ter treino moderado a extenso nesta área acompanhavam 27% de adolescentes sobre o total dos seus pacientes, os que revelavam treino mínimo acompanhavam 17% entre o total [17]. Neste estudo, mais da metade dos médicos de Pediatria que responderam ao questionário referiam que os adolescentes correspondiam à minoria dos seus clientes (menos de 25%), bem como a sua preparação era insuficiente nas competências em MA. Constatamos que havia diferenças significativas na formação em MA entre os dois grupos (Pediatria e MGF) e que o grupo de MGF avaliou-se em maior proporção como tendo insuficiente formação na área de MA, embora fosse o grupo que mais frequentemente abordava e punha em prática determinadas condutas. Levando em conta que a maioria dos adolescentes saudáveis devem ter um acompanhamento nos cuidados de saúde primários, idealmente de forma regular, essas desigualdades não deveriam existir. Salienta-se, ainda, que os profissionais, de forma semelhante nos dois grupos, mostraram-se na grande maioria interessados em preencher essa lacuna e continuar o treino nesta área.

As barreiras para um bom acompanhamento aos adolescentes foram várias. A formação deficitária nesta área foi a mais frequentemente citada, seguida da dificuldade em estabelecer uma relação frutífera com os jovens, da reduzida duração imposta da consulta, bem como a dificuldade em explicar aos pais o direito à confidencialidade. Ibrahim et al. [22] realçaram outras barreiras frequentemente apontadas, como a abordagem de adolescentes relutantes em procurar assistência



médica e jovens com comportamentos violentos ou que recorrem à urgência por tentativa de suicídio. Estudos demonstraram que a formação pré ou pós-graduada dos profissionais de saúde poderá preencher a maioria das barreiras elegidas, pois os médicos de MGF e pediatria com formação pós-graduada em MA mais frequentemente transmitem cuidados preventivos aos adolescentes [15, 16, 18].

A amostra diz respeito a um conjunto de médicos de uma localização geográfica restrita – um único distrito de Portugal – e que pode não representar outras regiões do país. As tendências apresentadas devem ser avaliadas por uma amostra maior e mais diversificada, onde se poderá incluir o grupo de obstetras/ginecologistas. Outra limitação pode ser devida à imprecisão nas opiniões dadas com base na percepção do próprio profissional de saúde quanto à sua formação e prática clínica. Padrões inconsistentes de precisão têm sido observados em outros estudos relacionados com a percepção sobre prática e conhecimentos dos médicos em determinadas áreas, e é possível que as respostas aos inquéritos possam estar inflacionadas quanto ao nível de treino e experiência [36, 37].

Em conclusão, este estudo permitiu identificar que diversas áreas de conhecimento sobre MA foram autoavaliadas como deficitárias. A maioria dos médicos,

principalmente os que não tiveram formação específica em MA, mostraram-se interessados em preencher essa lacuna. Estas informações poderão ser utilizadas para delinear melhores programas de formação na área da MA para médicos de MGF e Pediatria, de forma que os profissionais se sintam mais preparados para prestar cuidados de saúde ao adolescente de forma uniforme e confidencial.

## NOTAS

### Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro de fontes externas.

### Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

### Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

### Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

## REFERÊNCIAS

1. Fonseca H, Marcelino J. Avaliação das necessidades de formação em medicina de adolescentes. *Acta Pediatr Port.* 2002;33(3):181-7.
2. Sacks D, Westwood M. An approach to interviewing adolescents. *Paediatr Child Health.* 2003;8(9):554-6. <https://doi.org/10.1093/pch/8.9.554>
3. Amaral M, Matias F, Massena L, Cardoso N. Formação pré-graduada em geriatria e pediatria no ensino médico português: um estudo observacional. *Acta Med Port.* 2016;29(12):832-8. <https://doi.org/10.20344/amp.8380>
4. English A, Ford CA, Santelli JS. Clinical preventive services for adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *Am J Law Med.* 2009;35:351-4. <https://doi.org/10.1177/009885880903500206>
5. Ham P, Allen C. Adolescent health screening and counseling. *Am Fam Phys.* 2012;15;86(12):1109-16.
6. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents.* 4th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
7. Elster AB, Kuznets NJ. *AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations and Rationale.* Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1994.
8. LeFevre ML, Siu AL, Bibbins-Domingo K, US Preventive Service Task Force. *The Guide to Clinical Preventive Services 2014.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014.
9. Halpern-Felsher BL, Ozer EM, Millstein SG, Wibbelsman CJ, Fuster CD, Elster AB, Irwin CE. Preventive services in a health maintenance organization: How well do pediatricians screen and educate adolescent patients? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154(2):173-9. <https://doi.org/10.1001/archpedi.154.2.173>
10. Emans SJ, Austin SB, Goodman E. Improving adolescent and young adult health – Training the next generation of physician scientists in transdisciplinary research. *J Adolesc Health.* 2010;46(2):100-9. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.10.004>
11. Ellen JM, Franzgrote M, Irwin CE, Millstein SG. Primary care physicians' screening of adolescent patients: a survey of California physicians. *J Adolesc Health.* 1998;22(6):433-8. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00276-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00276-0)
12. Blum RW, Bearinger LH. Knowledge and attitudes of health professionals toward adolescent health care. *J Adolesc Health Care.* 1990;11(4):289-94. [https://doi.org/10.1016/0197-0070\(90\)90037-3](https://doi.org/10.1016/0197-0070(90)90037-3).

13. Emans SJ, Bravender T, Knight J, Frazer C, Luoni M, Berkowitz C, Armstrong E, Goodman E. Adolescent medicine training in pediatric residency programs: Are we doing a good job? *Pediatrics* 1998;102(3 Pt 1):588-95. <https://doi.org/10.1542/peds.102.3.588>
14. Kershner R, Hooper C, Gold M, Norwitz ER, Illuzzi JL. Adolescent Medicine: Attitudes, training, and experience of pediatric, family medicine, and obstetric-gynecology residents. *Yale J Biol Med*. 2009;82(4):129-41.
15. Joukhadar N, Bourget BScG, Manos S, Mann K, Hatchette J, Blake K. Skills for interviewing adolescent patients: sustainability of structured feedback in undergraduate education on performance in residency. *J Grad Med Educ*. 2016;8(3):422-5. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00297.1>
16. Hardoff D, Gefen A, Sagi D, Ziv A. Training physicians toward a dignifying approach in adolescent health care: a promising simulation-based medical education program. *Isr Med Assoc J*. 2016;18(8):484-8.
17. Key JD, Marsh LD, Darden PM. Adolescent medicine in pediatric practice: A survey of practice and training. *Am J Med Sci*. 1995;309(2):83-7. <https://doi.org/10.1097/0000441-199502000-00005>
18. Millstein SG. Utility of the theories of reasoned action and planned behavior for predicting physician behavior: A prospective analysis. *Health Psychol*. 1996;15(4):398-402. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.15.5.398>
19. Dgs.pt [Internet]. Saúde dos adolescentes princípios orientadores, Direção Geral de Saúde [cited 2018 May 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-dos-adolescentes-principios-orientadores.aspx>
20. Unicef.org [Internet]. Situação mundial da infância-adolescência: uma fase de oportunidades UNICEF 2011 [cited 2017 July 20]. Available from: [https://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf)
21. Dgs.pt [Internet]. Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Direção Geral de Saúde [cited 2017 July 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude -infantil-e-juvenil.aspx>
22. Ibrahim N, Tournemire R, Jacquin P, Stheneur C, Boudailliez B. Représentations de la médecine de l'adolescent chez les futurs pédiatres. *Arch Pédiatr*. 2016;23:695-705. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.04.002>
23. Taylor JL, Aalsma MC, Gilbert AL, Hensel DJ, Rickert VI. Perspectives of family medicine physicians on the importance of adolescent preventive care: a multivariate analysis. *BMC Fam Pract*. 2016;17:4. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0402-6>
24. Hedberg VA, Klein JD, Andresen E. Health counseling in adolescent preventive visits: effectiveness, current practices, and quality measurement. *J Adolesc Health*. 1998;23(6):344-53. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(98\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(98)00043-3)
25. Joffe A, Radius S, Gall M. Health counseling for adolescents: what they want, what they get, and who gives it. *Pediatrics*. 1988;82(3):481-5.
26. Fisher M, Golden NH, Bergeson R, Bernstein A, Saunders D, Schneider M, Seitz M, Seigel W. Update on adolescent health care in pediatric practice. *J Adolesc Health*. 1996;19(6):394-400. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(96\)00161-9](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(96)00161-9)
27. Kelts EA, Allan MJ, Klein JD. Where are we on teen sex? Delivery of reproductive health services to adolescents by family physicians. *Fam Med*. 2001;33(5):376-81.
28. Akinbami LJ, Gandhi H, Cheng TL. Availability of adolescent health services and confidentiality in primary care practices. *Pediatrics*. 2003;111(2):394-401. <https://doi.org/10.1542/peds.111.2.394>
29. Beatty ME, Lewis J. Adolescent contraceptive counseling and gynecology: a deficiency in pediatric office-based care. *Conn Med*. 1994;58(2):71-8.
30. Wallace JL, Wu J, Weinstein J, Gorenflo DW, Fetters MD. Emergency contraception: knowledge and attitudes of family medicine providers. *Fam Med*. 2004;36(6):417-22.
31. Schappert SM, Burt CW. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02. *Vital Health Stat* 13. 2006;159:1-66.
32. Potts Y, Gillies ML, Wood SF. Lack of mental well-being in 15-year-olds: an undisclosed iceberg? *Fam Pract*. 2001;18:95-100. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.1.95>
33. Ercan O, Alikasifoglu M, Erginoz E, Janda J, Kabicek P, Rubino A, Constantopoulos A, Ilter O, Vural M. Demography of adolescent health care delivery and training in Europe. *Eur J Pediatr* 2009;168:417-26. <https://doi.org/10.1007/s00431-008-0759-1>
34. Burgio GR, Ottolenghi A. Adolescence and paediatrics in Europe. *Eur J Pediatr*. 1994;153:706-11. <https://doi.org/10.1007/BF01954483>
35. Churchill R, Allen J, Denman S, Williams D, Fielding K, von Fragstein M. Do the attitudes and beliefs of young teenagers towards general practice influence actual consultation behaviour? *Br J Gen Pract*. 2000;50:953-7.
36. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*. 2006;296(9):1094-102. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1094>
37. Woods JL, Pasold TL, Boateng BA, Hensel DJ. Adolescent health care and the trainee: roles of self-efficacy, standardized patients, and an adolescent medicine rotation. *Sim Healthc*. 2013;8(6):359-67. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e31829be91a> 