

# Introdução à Recomendação Global da Federação Internacional de Diabetes para o Tratamento das Pessoas Idosas com Diabetes Tipo 2\*

## Introduction to International Federation of Diabetes Global Guideline for Managing Older People with Type 2 Diabetes

**“International Diabetes Federation. Managing Older People with Type 2 Diabetes – Global Guideline. IDF 2013.”**

**Autores/“Task Force Members”:** Professor Nam Han Cho (Seul, Coreia do Sul), Professor Stephen Colagiuri (Sydney, Austrália) (Presidente da “IDF Guidelines Task Force”), Dr. Larry Distiller (Joanesburgo, África do Sul), Dr. Birong Dong (Chengdu, China), Professor Trisha Dunning (Melbourne, Austrália) (Co-Presidente do “IDF Working Group”), Professor Roger Gadsby (Luton, Reino Unido), Dr. Ashish Goel (Nova Delhi, Índia), Professor Medha Munshi (Boston, EUA), Professor Alan Sinclair (Luton, Reino Unido) (Presidente do “IDF Working Group”), Professor Isaac Sinay (Buenos Aires, Argentina).

### **Nota Introdutória.**

Foi publicada em 2013 a Recomendação Global da “International Diabetes Federation” (IDF) para o Tratamento das Pessoas Idosas com Diabetes Tipo 2. Neste artigo apresenta-se uma tradução das secções dessa Recomendação relativas ao contexto subjacente à sua elaboração, aos fundamentos para cuidados de alta qualidade da diabetes nas pessoas idosas, aos princípios-chave que serviram de base à Recomendação, às categorias funcionais e à avaliação de procedimentos para as pessoas idosas com diabetes. A Recomendação integral, em língua inglesa, pode ser consultada, em regime de acesso livre, em: <http://www.idf.org/guidelines/managing-older-people-type-2-diabetes>.

### **> 01. INTRODUÇÃO E CONTEXTO DESTA RECOMENDAÇÃO GLOBAL**

O actual envelhecimento da população não tem precedentes, nem paralelo, na história da humanidade. O au-

mento da proporção de idosos (pessoas com 60 ou mais anos de idade) está a ser acompanhado por um declínio da proporção de pessoas jovens (pessoas com idade inferior a 15 anos), de tal modo que, até 2050, a proporção de pessoas idosas terá aumentado de 15% para 25%. Estas alterações demográficas colocam desafios significativos ao estado social, aos sistemas de pensões de reforma e aos cuidados de saúde, quer nos países em desenvolvimento, quer nos países desenvolvidos.

Globalmente, a diabetes está a ser diagnosticada em proporções epidémicas e, enquanto que a prevalência mundial de diabetes estimada para 2013 era de 382 milhões, espera-se agora que a diabetes afete 592 milhões de pessoas em 2035. Os cinco países com o maior número de pessoas com diabetes são a China, a Índia, os Estados Unidos (EUA), o Brasil e o México. As regiões com maior prevalência de diabetes são as ilhas do Pacífico e o Médio Oriente. Dado que a diabetes tipo 2 é predominantemente mais prevalente nas populações em envelhecimento, cria um grande problema de saúde pública.

Não é surpreendente que estas estatísticas sejam motivo de considerável preocupação para os sistemas nacionais de saúde e irão criar dificuldades e colocar vários desafios, no âmbito da prestação de cuidados específicos e eficazes às pessoas com diabetes, numa população em envelhecimento. O problema é agravado pelas variações a nível de cuidados prestados às pessoas com diabetes em diferentes países, onde poderão existir factores políticos, socio-económicos e culturais que influenciam a qualidade e os padrões de cuidados prestados. A “International Diabetes Federation” (IDF) aceita que um importante fator limitante para a produção de recomendações clínicas referentes às pessoas idosas com diabe-

\* Tradução: Carlos Pina e Brito (Médico). Revisão científica da tradução: Rui Duarte (Médico Internista/Diabetologista da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal – APDP). Versão integral, em língua inglesa, disponível, em regime de acesso livre, em: <http://www.idf.org/guidelines/managing-older-people-type-2-diabetes>

tes, baseadas em evidência específica, é a necessidade de extrapolar os resultados dos estudos clínicos realizados com adultos mais jovens. O Grupo de Trabalho da IDF considerou esta questão e tem procurado evidências, obtidas numa ampla gama de estudos, que proporcionem confiança suficiente para basear cada recomendação. Essa limitação influenciou a nossa decisão de não graduar estas recomendações por níveis de evidência mas, tal como no caso da "IDF Global Guideline for Diabetes Type 2 - 2012", em cada capítulo são explicadas a lógica e as referências-chave utilizadas.

É cada vez mais importante que as recomendações actuais para o tratamento da diabetes estejam mais estreitamente alinhadas com características individuais adicionais, tais como estado funcional, presença de fragilidade e dependência, perfis de comorbilidade e expectativa de vida. Estes factores são susceptíveis de influenciar os objetivos do tratamento, o modelo de cuidados adoptado e a forma como o médico planeia esses cuidados. Trata-se de um requisito indispensável para o tratamento das pessoas idosas com diabetes e, nas presentes Recomendações, colocamos uma forte ênfase nesse tipo de abordagem. Também reconhecemos que uma série de áreas clínicas da diabetes têm recebido pouca ou nenhuma atenção em muitas das recomendações já publicadas. Para obstar a isso, o grupo de trabalho da IDF apresentou recomendações sobre cuidados de final de vida, gestão da dor e quedas.

As presentes Recomendações providenciam mais apoio para os clínicos, ao definirem que tipo de avaliações físicas e cognitivas podem ajudar na tomada de decisões sobre o "status" funcional e o nível de comorbilidades dos indivíduos, sendo vistas como um guia para as estratégias de tratamento adoptadas. Os médicos que trabalham predominantemente com idosos combinam, com frequência, essa série de avaliações numa única ferramenta de gestão clínica denominada "comprehensive geriatric assessment" (avaliação geriátrica abrangente; acrónimo anglo-saxónico CGA); esta é acompanhada com conselhos sobre segurança da terapêutica hipoglicemiante, um aspecto-chave da segurança do paciente, evitando as hospitalizações, os cuidados em casas de repouso para idosos e as hipoglicemias.

Nas sociedades ocidentais, a prestação de serviços de diabetes aos idosos de minorias étnicas tornou-se cada vez mais importante, com inúmeros problemas a ser identificados tais como falta de acesso a serviços, falta de recursos educacionais, práticas de seguimento pobres e assim por diante. A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a importância de direccionar os recursos de saúde para a melhoria dos cuidados preventivos,

no contexto dos cuidados primários, e para intervenções de saúde pública que controlem as taxas de diabetes. O Grupo de Trabalho desta Recomendação Global reconheceu que, para um grande número de pessoas idosas com diabetes os cuidadores informais (familiares ou ajudantes pagos) são muitas vezes a principal fonte de conselhos diários, apoio emocional e ajuda prática. A sua contribuição é muitas vezes subestimada pelos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do diabetes e, por isso, adoptámos esse aspecto dos cuidados como um princípio fundamental subjacente à Recomendação Global.

Outra decisão importante que o Grupo de Trabalho tomou foi desenvolver esta Recomendação Global no sentido de abordar as decisões de tratamento nas pessoas idosas com 70 ou mais anos. Aceitamos que o ponto de vista da Organização das Nações Unidas (ONU) seja de que as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos fazem parte da população mais idosa e, na verdade, esse conceito pode ser mais apropriado quando se considera a demografia dos países em desenvolvimento. No entanto, essas definições podem ser bastante arbitrárias e são agravadas pela falta de correlação entre idade cronológica e biológica em diferentes continentes. Nós sentimos que um limiar de 70 ou mais anos garante que as pessoas com diabetes estarão mais propensas a apresentar aquelas características que melhor determinam como as recomendações podem ser aplicadas de forma mais adequada. Contudo, o Grupo de Trabalho aceita que os limites de idade para o tratamento podem representar um ponto de vista "ad hoc" e que o médico tem a importante responsabilidade de decidir que orientação clínica é mais apropriada para os seus pacientes idosos, através da determinação do seu estado funcional, do seu nível de comorbilidades médicas e do seu grau de fragilidade. O limiar de 70 ou mais anos é um limiar de idade que, normalmente, significa uma mudança do papel social e aparecimento de mudanças a nível das capacidades. Estes são aspectos importantes a considerar quando se planeia o tratamento da diabetes. A presente Recomendação Global também tenta providenciar informações úteis para os prestadores de serviços de diabetes sobre para onde direccionar os recursos e sobre que padrões de cuidados da diabetes deverão ser almejados. No entanto, a falta de estudos clínicos de custo-benefício, bem desenhados, sobre cuidados de diabetes para pessoas mais idosas impede a elaboração de recomendações específicas sob esse aspecto do desenvolvimento de serviços.

O Grupo de Trabalho da IDF tomou a decisão de focar e adoptar esta Recomendação Global sobre a diabetes 2 nas pessoas idosas. Os princípios dos cuidados, da pre-

venção de complicações e das intervenções educativas, das abordagens à gestão da qualidade da medicação, da metodologia de avaliação e dos alvos metabólicos são aplicáveis de forma semelhante às pessoas idosas com diabetes tipo 1, mas o Grupo de Trabalho reconhece que as pessoas idosas com o diabetes tipo 1 têm algumas questões específicas adicionais.

Esperamos que a presente Recomendação Global ajude os serviços de diabetes em todo o mundo a avançarem no sentido de uma oferta de cuidados consistente e de alta qualidade. Esta Recomendação Global está concebida para ajudar os médicos a providenciarem uma abordagem multidimensional integrada do tratamento abrangente da diabetes em pessoas idosas. É também antecipado que esta Recomendação Global irá apoiar a melhoria da qualidade das actividades e complementar outras Recomendações existentes, tais como a "IDF Global Guideline for Diabetes Type 2 - 2012".

Pretende-se que a presente Recomendação Global seja actualizada dentro de 5 anos.

## **> 02. FUNDAMENTOS PARA CUIDADOS DE ALTA QUALIDADE DA DIABETES NAS PESSOAS IDOSAS**

A natureza da diabetes, nas populações em envelhecimento, em que tem elevada prevalência, caracteriza-se pela sua complexidade, pelo risco aumentado de comorbilidades médicas, pelo desenvolvimento precoce de declínio funcional e pelo risco de fragilidade. Como estes factores se conjugam com a ocorrência comum ou generalizada de diagnóstico tardio, admissão hospitalar frequente e sistema de cuidados clínicos sub-óptimos, se não mesmo inadequados, não é surpreendente que a IDF sinta que é importante abordar estas deficiências com a presente Recomendação, que estabelece as bases para cuidados da diabetes de alta qualidade para as pessoas idosas. Na presente Recomendação providenciamos a base de evidência e as orientações para o tratamento da hiperglicemia, da pressão arterial (PA) e da Dislipidemia nas pessoas idosas com diabetes. Embora exista evidência crescente de que a redução da PA e da dislipidemia tem também benefícios específicos nas pessoas como idade superior a 70 anos, não existe evidência disponível relativa a um controlo apertado da glicemia. Além disso, estudos recentes sugerem que, nas pessoas idosas, um espectro de valores-alvo de hemoglobina glicada (HbA1c) mais elevado poderá ser mais apropriado e mais seguro. O impulso para efectuar mais estudos clínicos envolvendo pessoas idosas deve ser encorajado, mas os futuros estudos clínicos desenhados especificamente para incluir pessoas idosas com diabetes também deverão ga-

rantir que um certo número de avaliações pré-estudo – tais como da cognição, do humor, da capacidade para efectuar as actividades da vida diária, do envolvimento dos cuidadores informais – se tornem rotina.

Os protocolos desses estudos clínicos também deverão incluir avaliações da qualidade de vida e do estado de saúde. Outros resultados importantes, relacionados com o paciente, que devem ser incluídos são as taxas de hospitalização, as alterações da cognição e do equilíbrio, a taxa de quedas e outras avaliações funcionais.

Em muitos países, as políticas de saúde focam-se na redução das desigualdades a nível da saúde e em proporcionar uma maior evidência de equidade nos cuidados de saúde; são parâmetros tão importantes na diabetes como em qualquer outra patologia e assumem uma prioridade maior nas pessoas idosas com diabetes, onde a segurança do paciente também assume maior importância. A nível populacional, esses parâmetros são, com frequência, quantificados através da esperança de vida e das taxas de mortalidade. Todavia, no contexto de um serviço de diabetes clínica, é menos claro como quantificá-los. O que é importante é que a equidade dos cuidados de diabetes tem de ser quantificada ao nível clínico individual, ao nível da organização onde o clínico trabalha e a nível regional ou nacional.

A nível prático, os clínicos e a gestão do serviço terão de promover cuidados equitativos e reduzir as desigualdades no tratamento do diabetes no seu serviço, através de uma avaliação das necessidades de cuidados de saúde, do acesso aos serviços de cuidados de diabetes e da qualidade dos cuidados prestados. Na presente Recomendação produzimos orientações e planos para sua implementação, que poderão funcionar como um indicador de qualidade dos cuidados de diabetes prestados. A presente Recomendação proporciona muitos exemplos de orientações que se baseiam em dados de estudos clínicos conclusivos, por exemplo, no nas áreas da prevenção, da utilização de terapêuticas específicas, do controlo da PA e da dislipidemia e do tratamento da doença vascular periférica e do pé diabético. Esses estudos providenciam razões adicionais pelos quais uma boa qualidade de cuidados na diabetes é importante nas pessoas idosas, porque estas últimas evidenciam, com essas intervenções, benefícios semelhantes aos registados nas pessoas jovens.

## **> 03. PRINCÍPIOS CHAVE SUBJACENTES À RECOMENDAÇÃO**

Foram desenvolvidos princípios orientadores para descrever a filosofia desta Recomendação que abrangem a

necessidade de considerar o estado funcional, as necessidades individuais, as interrelações complexas entre a diabetes e as suas comorbilidades, outras comorbilidades, a esperança de vida, no planeamento e monitorização dos cuidados prestados à pessoas idosas com diabetes.

Os princípios orientadores incluem:

- Para cada pessoa idosa com diabetes é necessário um plano de cuidados holístico e individualizado.
- É importante adoptar uma identificação de riscos pró-activa e uma abordagem de minimização destes, que inclua o planeamento das transições-chave nas pessoas idosas, tais como deixar de conduzir, transitar para uma casa de repouso para idosos ou para cuidados comunitários apoiados ou passar para cuidados terminais.
- Foco na segurança do paciente, evitando admissões hospitalares/ na urgência e institucionalização através do reconhecimento precoce da deterioração precoce e manutenção da independência e da qualidade de vida, para uma morte digna.
- Sempre que possível, todas as decisões terapêuticas devem ser baseadas em:
  - Avaliação abrangente e estratificação de risco, incluindo avaliação dos principais riscos comuns em pessoas idosas: hipoglicemia, hiperglicemia e suas consequências, quedas, dores, eventos adversos relacionados com a medicação.
  - Incorporar o estado geral de saúde na avaliação, quando relevante para o indivíduo e o seu estado funcional.
  - Consideração dos custos e análise de custo-benefício (se disponível).
  - Uma abordagem de estratificação de risco individualizada, incluindo o estado funcional e outros factores de risco, tais como hipoglicemia, quedas e dor.
  - Nível de comorbilidades e/ou fragilidade.
  - Esperança de vida, incluindo quando implementar cuidados paliativos.
  - O princípio de uma utilização qualitativa dos medicamentos, incluindo o utilizar primeiro opções não farmacológicas, se possível, a farmacovigilância e diminuir a prescrição. São essenciais revisões regulares da medicação, especialmente antes de prescrever novos medicamentos. A revisão da medicação deverá englobar a utilização de medicamentos das medicinas complementares.
- Deverão estar disponíveis orientações práticas sobre tratamento das pessoas idosas com diabetes para apoiar os médicos na sua tomada de decisões, incluindo ajudas de apoio à decisão, políticas e processos de referência documentados.

- Deverá estar disponível suporte educacional para as famílias/cuidadores, os profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados.
- As pessoas idosas de populações étnicas minoritárias são susceptíveis de ter necessidades de educação e de cuidados específicos.
- No âmbito do sistema de saúde, devem ser desenvolvidas vias de cuidados interdisciplinares da diabetes, localmente relevantes.
- A qualidade dos cuidados prestados deve ser auditada de forma regular e os resultados das auditorias utilizados para rever esses mesmos cuidados.

#### > 04. CATEGORIAS FUNCIONAIS DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES

Várias publicações têm descrito o espectro das comorbilidades da diabetes e da incapacidade funcional nas populações envelhecidas [1-3]. Enfatizam uma série de características chave, tais como a vulnerabilidade à hipoglicemia, as hospitalizações recorrentes e a emergência de disfunção cognitiva e fragilidade. Até muito recentemente, essas características não foram consideradas nas orientações das Recomendações clínicas relativas à diabetes, o que constituía uma lacuna nos cuidados da diabetes.

O grupo de trabalho para esta Recomendação reconhece que têm sido feitos progressos nesta área, e como parte de uma abordagem de individualização da terapêutica, um certo número de recomendações publicadas [4-8] têm sublinhado a necessidade de incluir factores como a esperança de vida, a duração da diabetes, o risco de hipoglicemia e os perfis de comorbidade, para determinar como as suas orientações devem ser aplicadas. Todavia, ainda existe uma necessidade de providenciar aos médicos maior orientação e clareza sobre a forma como as decisões terapêuticas podem ser aplicadas de forma adequada e segura numa vasta gama de pessoas idosas com diabetes.

A presente Recomendação Global é a primeira a considerar especificamente a presença de fragilidade nas pessoas idosas com diabetes, a qual poderá estar presente em até 25% de indivíduos [9]. A diabetes parece ser um factor de risco para o desenvolvimento de fragilidade, o que constitui um estado de pré-deficiência e pode conduzir a vários efeitos adversos chave, tais como hospitalizações, aumento do risco de queda e mortalidade prematura [10]. Os médicos precisam de estar mais familiarizados com esta complicação associada da diabetes e os vários instrumentos disponíveis para avaliar a sua presença [11]. De seguida e no Capítulo 5 (Procedimentos de

Avaliação nas Pessoas Idosas com Diabetes) incluímos orientações sobre a avaliação da fragilidade e de outros aspectos funcionais.

Em reconhecimento da necessidade clínica de definir categorias bem definidas de pessoas idosas com diabetes, para permitir que as recomendações sejam específicas e adequadas para a ampla gama de indivíduos vistos na prática clínica diária, o Grupo de Trabalho desenvolveu três categorias principais de pessoas idosas com diabetes para servir de base à tomada de decisão clínica. Essas categorias descrevem-se abaixo.

## **Geral**

Muitas das recomendações dos capítulos desta Recomendação Global providenciam uma orientação geral em áreas clínicas específicas onde é esperado que certos padrões mínimos de cuidados devam ser aplicados, independentemente da idade, das comorbidades e da presença de condições particulares, tais como a fragilidade ou demência. Foram incluídas recomendações adicionais onde sentimos que eram importantes para especificar uma recomendação, na presença de diferentes níveis de dependência.

### **Categoria 1: Funcionalmente Independente**

Esta categoria é caracterizada por pessoas que vivem de forma independente, não têm deficiências importantes a nível do desempenho das suas actividades da vida diária (AVD) e não estão a receber nenhum apoio de um cuidador (ou recebem só um apoio mínimo deste). Embora a diabetes possa ser o seu principal problema de saúde, esta categoria inclui aqueles que têm outras comorbidades médicas que podem influenciar os cuidados da diabetes.

### **Categoria 2: Dependência Funcional**

Esta categoria representa aquelas pessoas que, devido à perda de função, têm deficiências a nível do desempenho das AVD, como tomar banho, vestir-se ou nos cuidados pessoais, o que aumenta a probabilidade de requererem cuidados médicos e sociais adicionais. Essas pessoas, quando vivem ainda na comunidade, estão em particular em risco de admissão numa casa de repouso para idosos.

Esta categoria inclui uma gama de pessoas idosas com diabetes funcionalmente dependentes. Dois grupos (subcategorias) exigem uma atenção especial:

### **Subcategoria - A: Frágil**

Estas pessoas caracterizam-se por uma combinação de fadiga significativa, perda de peso recente, severa restrição da mobilidade e força, aumento da propensão para quedas e aumento do risco de institucionalização. A fragilidade é uma condição reconhecida e está presente em até 25% das pessoas idosas com diabetes. A utilização de uma "Escala de Fragilidade Clínica" (ver Quadro I) é recomendada, para ajudar o médico a identificar as pessoas que se encontram nesta subcategoria. Há uma pequena percentagem de pessoas idosas frágeis com diabetes que podem ser relativamente independentes, mas à medida que o tempo avança desenvolvem dependência.

### **Subcategoria - B: Demência**

As pessoas nesta sub-categoria têm um grau de deficiência cognitiva com problemas de memória significativos, um grau de desorientação, ou uma alteração da personalidade, e que são incapazes de cuidarem de si próprias. Muitas estão relativamente bem, em termos físicos. Estão disponíveis vários testes de rastreio cognitivo para auxiliar o médico na identificação desta sub-categoria de indivíduos (ver Quadro I).

Em ambas estas sub-categorias, as recomendações reflectem a ênfase na segurança do paciente, na falta de capacidade para cuidar de si próprio, no alto risco de hipoglicemia (e de susceptibilidade a esta) e de hiperglicemia inaceitável e nas suas consequências (alterando os níveis-alvo de glicemia), no maior risco de hospitalizações, no ambiente (domiciliário ou em casa de repouso para idosos) e na reduzida expectativa de vida. As recomendações podem incluir um relaxamento dos níveis-alvo de glicemia, uma simplificação dos regimes terapêuticos, a utilização de medicamentos hipoglicemiantes de baixo risco, providenciar educação do paciente e da sua família e utilizar estratégias de comunicação alargadas.

### **Categoria 3: Cuidados de Fim de Vida**

Estas pessoas são caracterizadas pela presença de uma doença médica significativa ou de doença maligna e têm uma esperança de vida reduzida para menos de 1 ano.

As recomendações reflectem o comprometimento da capacidade para cuidar de si próprio (fadiga, sonolência devida à medicação), a necessidade de aliviar a dor, a importante necessidade de evitar a desidratação, a retirada do tratamento e um limiar elevado para investiga-

**Quadro I** - Exemplos de ferramentas e procedimentos de avaliação\*. [12-21]

Domínio de avaliação	Exemplos de ferramentas e procedimentos de avaliação	Comentários
Marcha, equilíbrio e mobilidade	"IDOP 3-steps package" [21]	Facilmente adaptável às recomendações; contém informação de como avaliar a velocidade da marcha e a capacidade de equilíbrio
AVD e AIVD	AVD e AIVD Barthel	Universalmente utilizado; formação requerida mínima
Cognição	MiniCog ou "Montreal Cognitive Assessment Tool"	Fáceis de utilizar; boa evidência como ferramentas de diagnóstico de défice cognitivo
Humor	"Geriatric Depression Score"	Utilização generalizada; pouca formação requerida
Fragilidade	"Clinical Frailty Scale" ou "CHSA 9-point Scale"	Podem ser utilizadas para uma avaliação rápida da fragilidade
Risco de hipoglicemia	História clínica abrangente para identificar factores de risco (ver Capítulo 20-3)	Requer uma atitude empenhada do clínico na pesquisa de factores de risco de hipoglicemia
Capacidade de auto-cuidado	SCI-R	Questionário de auto-preenchimento com 13-15 itens apropriado para a diabetes tipo 1 e tipo 2
Avaliação nutricional	Ferramenta MNA-SF ou ferramenta MUST	Ferramentas bem validadas, de uso generalizado; formação requerida mínima
Dor	Termómetro de dor [22] M-RVBPI [23]	Para pessoas com diabetes com perturbações moderadas a graves da cognição/comunicação; fáceis de usar, mas a sua validade ainda não foi estabelecida [22]

\* As ferramentas e/ou procedimentos variam consoante o país.

Legenda: AVD = actividades da vida diária; CHSA = Community Health Status Assessment; AIVD = actividades instrumentais da vida diária; IDOP = Institute for Diabetes in Old People; MNA-SF = Mini Nutritional Assessment-Short Form; M-RVBPI = Modified Residents' Verbal Brief Pain Inventory; MUST = Malnutrition Universal Screening Tool; SCI-R = Self-Care Inventory Revised.

ção. Muitas vezes, os objectivos dos cuidados são muito diferentes daqueles das outras subcategorias. Tipicamente, estas pessoas requerem cuidados de saúde significativos e os cuidados de diabetes específicos poderão não constituir necessariamente a prioridade mais importante. No entanto, os cuidados da diabetes continuam a ser importantes para tratar os sintomas, para o conforto e para a qualidade de vida.

O objectivo principal destes testes de avaliação é identificar uma ou mais necessidades de saúde que podem ser resolvidas através de uma intervenção médica. Exigem um mínimo de formação e o seu uso está associado a gasto adicional de tempo por parte da enfermeira, do terapeuta ou do médico. Contudo, a identificação precoce da necessidade de apoio à mobilidade, da necessidade de intervenção a nível nutricional, da presença de comprometimento cognitivo ou da necessidade de um maior apoio no domínio dos auto-cuidados da diabetes pode ser de fundamental importância para que cada pessoa idosa com diabetes possa melhorar a sua evolução clínica.

## > 05. AVALIAÇÃO DE PROCEDIMENTOS PARA AS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES

A avaliação das pessoas idosas com diabetes deve ser um processo multidimensional e multidisciplinar desenhado para reunir informação sobre recursos médicos, psicossociais e funcionais e como estes podem limitar as actividades.

Estes dados são importantes para:

- Organizar planos de tratamento.
- Organizar serviços de reabilitação, quando disponíveis.
- Realização de uma revisão anual, que deverá incluir uma revisão médica.
- Determinar os requisitos de cuidados de longa duração.
- Planear os cuidados terminais.

Nas pessoas idosas, a tónica é sobre a gestão da complexidade e das questões relativas à qualidade de vida. Os testes de avaliação do Quadro I, que exigem pouca formação, foram concebidos para ser utilizados de rotina, na prática clínica diária, por enfermeiros e médicos, e para servirem de base para o rastreio dos défices funcionais; não se espera que a maioria deles, ou todos eles, sejam efectuados de rotina, mas deverão ser considerados como parte da avaliação anual e quando clinicamente indicado. No mínimo, a consulta deve incluir a avaliação da capacidade funcional e cognitiva e saúde a saúde mental.

## Utilização de Qualidade da Medicação. Estratégias para Reduzir o Risco de Eventos Adversos Relacionados com a Medicação nas Pessoas Idosas

Nas pessoas idosas gerir a medicação é complexo. As pessoas idosas são muito particulares e, em consequência, existe uma necessidade de individualizar o regime

de medicação para equilibrar a necessidade de controlar os estados de doença com o imperativo de evitar/minimizar os eventos adversos relacionados com a medicação. Nas pessoas idosas, a medicação está associada a riscos significativos, tais como quedas, confusão mental e outras alterações cognitivas, e as admissões nos serviços hospitalares ou nas urgências poderão ser evitadas se os medicamentos forem geridos de forma otimizada. As pessoas idosas sofrem um número desproporcional de eventos adversos relacionados com a medicação; mesmo após o ajuste para idade e outros dados demográficos, a sua incidência na população idosa é aproximadamente 10% superior à esperada. A percentagem de pessoas com mais de 75 anos de idade que tomam vários medicamentos é o dobro da das pessoas com idade entre 50 e 64 anos e o número de admissões hospitalares relacionadas com a medicação é mais elevado em pessoas com idade superior a 80 anos. Os medicamentos responsáveis pela maioria dos eventos adversos são a varfarina, os antiplaquetários, a insulina (isoladamente ou em associação) e os analgésicos. Em consequência, na gestão da medicação das pessoas idosas é imprescindível adoptar uma abordagem de utilização de qualidade da medicação (UQM) que inclui:

- Realizar uma avaliação do risco de eventos adversos da medicação, tendo em consideração o estado funcional e cognitivo e factores como a presença de doença renal e/ou hepática, neuropatia do sistema nervoso periférico, a quantidade de apoio disponível e os medicamentos que são contra-indicados nos idosos e deverão ser utilizados com precaução.
- Considerar factores que contribuem para os efeitos adversos da medicação:
  - Polimedicação.
  - Prescrição inadequada.
  - Não reconhecimento da medicação como causa contribuinte para os sinais e sintomas, o que pode levar a uma "cascata de medicação" com aumento dos riscos.
  - Presença de doença renal e/ou hepática.
  - Medicamentos associados a um alto risco de eventos adversos como a insulina, certas sulfonilureias e a varfarina.
  - Viver sozinho(a).
  - Deficiência cognitiva e funcional.
  - Défices sensoriais tais como visuais, auditivos e, em pessoas idosas que cuidam de si próprias, a nível dos comportamentos de auto-cuidados.
- Na avaliação inicial, empreender uma revisão abrangente da medicação, incluindo os medicamentos das medicinas complementares e de venda livre, e:

- Antes de descontinuar um medicamento ou iniciar um novo medicamento.
- Sempre que haja qualquer alteração da saúde ou do estado funcional.
- Antes de surgirem novos sintomas (considere qualquer novo sintoma como relacionado com a medicação, até prova em contrário).
- Se ocorrer um evento adverso relacionado com a medicação
- Como parte da revisão anual das complicações/estado de saúde.
- Na transição entre diferentes contextos de prestação dos cuidados.
- Considerar a carga de medicação, reduzir a polimedicação e a complexidade do regime de tomas e considerar descontinuar medicamentos, quando seja possível e seguro.
- Usar a menor dose eficaz possível, aumentar as doses lentamente e monitorizar os efeitos, incluindo eventos adversos.
- É necessário antecipar as dificuldades de adesão ao regime de medicação e considerar formulações alternativas (p.ex. dificuldade em engolir; nem todos os medicamentos podem ser esmagados para administração) ou acondicionamentos alternativos (p. ex. "pacotes Webster", mas não assumir que os pacotes estão rigorosamente empacotados com as doses correctas).
- Usar o espectro mais baixo possível de classes de medicamentos.
- Considerar listas de medicamentos tais como os Critérios de Beers e as ferramentas STOP/START (ver abaixo).
- Se for possível e seguro, utilizar primeiro opções não farmacológicas, p.ex. Massagem e acupunctura para certas formas de dor.
- Desenvolver planos de gestão de medicamentos na consulta com a pessoa e/ou a sua família/cuidadores, como parte de um plano global de cuidados.
- Assegurar que está disponível educação sobre a medicação, personalizada e apropriada e que os profissionais de saúde que gerem a medicação têm qualificações apropriadas e são competentes.
- Assegurar que as casas de repouso para idosos e outros contextos de cuidados para idosos têm implementadas políticas de gestão da medicação e normas de orientação.
- Documentar a lista de medicamentos de forma legível (de preferência não escrita à mão) e comunicá-la à pessoa, à sua família/cuidadores e aos outros profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados. <

**BIBLIOGRAFIA**

1. Sinclair AJ, Conroy SP, Bayer AJ. Impact of diabetes on physical function in older people. *Diabetes Care* 2008; 31: 233-5.
2. Krentz AJ, Vijioen A, Sinclair A. Insulin resistance: a risk marker for disease and disability in the older person. *Diabet Med* 2013; 30: 535-48.
3. Morley JE. The elderly type 2 diabetic patient: special considerations. *Diabet Med* 1998; 15: S41-6.
4. Sinclair AJ, Paolisso G, Castro M, et al. European Diabetes Working Party for Older People 2011 clinical guidelines for type 2 diabetes mellitus. Executive summary. *Diabetes Metab* 2011; 37: S27-38.
5. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 2342-56.
6. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012; 35: 1364-79.
7. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, et al. Diabetes in older adults. *Diabetes Care* 2012; 35: 2650-64.
8. International Diabetes Federation. Global guideline for type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation; 2012.
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M146-56.
10. Sinclair A, Morley J. Frailty and diabetes. *Lancet* 2013; 382: 1386-7.
11. Hubbard RE, Andrew MK, Fallah N, et al. Comparison of the prognostic importance of diagnosed diabetes, co-morbidity and frailty in older people. *Diabet Med* 2010; 27: 603-6.
12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-5.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
14. Sinclair AJ, Gadsby R, Hillson R, et al. Brief report: use of the Mini-Cog as a screening tool for cognitive impairment in diabetes in primary care. *Diabetes Res Clin Pract* 2013; 100: e23-5.
15. Smith T, Gildeh N, Holmes C. The Montreal Cognitive Assessment: validity and utility in a memory clinic setting. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 329-32.
16. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-73.
17. Moorhouse P, Rockwood K. Frailty and its quantitative clinical evaluation. *J Royal Coll Phys Edinb* 2012; 42: 333-40.
18. Khagram L, Martin CR, Davies MJ, et al. Psychometric validation of the Self-Care Inventory-Revised (SCI-R) in UK adults with type 2 diabetes using data from the ATLANTUS Follow-on study. *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11: 24.
19. Stratton RJ, Hackston A, Longmore D, et al. Malnutrition in hospital outpatients and inpatients: prevalence, concurrent validity and ease of use of the 'malnutrition universal screening tool' ('MUST') for adults. *Br J Nutr* 2004; 92: 799-808.
20. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13: 782-8.
21. Institute of Diabetes for Older People. Three steps assessment package; 2011. Available from: <http://www.instituteofdiabetes.org>.

## > PRÉMIOS E BOLSAS

**Bolsa Pedro Eurico Lisboa - Bayer/SPD 2014**

Aos 6 dias do mês de Março de 2014, pelas 21h 30m, no Tivoli Marina Hotel em Vilamoura, reuniu-se o júri da Bolsa Pedro Eurico Lisboa - Bayer/SPD 2014, constituído por Prof. José Luís Medina, Prof. José Silva Nunes, Dr. Carlos Godinho, Dr. Eduardo Vinha e Dra. Isabel Fonseca Santos (representante da Bayer). Por unanimidade, foi considerado vencedor o trabalho "Caracterização Molecular da Neuroartropatia de Charcot: Perspectivas para a Redução Temporal Aguda" da autoria de Rogério Ribeiro e Ana Luisa Costa.

**Bolsa Dr. M. M. Almeida Ruas - Novo Nordisk/SPD 2014**

No dia 06/03/2014, pelas 21h 30m, no Tivoli Marina Hotel em Vilamoura, reuniu-se o júri da Bolsa Dr. M. M. Almeida Ruas - Novo Nordisk/SPD 2014, constituído por Prof. José Luís Medina, Prof. José Silva Nunes, Dr. Carlos Simões Pereira, Dr. Jorge Dores e Dr. Marcin Kozarzewski (representante da Novo Nordisk). Por unanimidade, foi considerado vencedor o trabalho "Implantação Espinhal de Enxertos Neurais Monoaminérgicos para Alívio da Dor Neuropática Diabética: Uma Nova Abordagem Terapêutica" da autoria de Dra. Carla Morgado.

**Prémio de Enfermagem - Sanofi/SPD 2014**

No dia 06/03/2014, pelas 21h 30m, no Tivoli Marina Hotel em Vilamoura, reuniu-se o júri do Premio de Enfermagem - Sanofi/SPD 2014. Estiveram presentes o Prof. José Luís Medina, Prof. José Silva Nunes, Dr. Carlos Ripado e Enf. Isabel Correia. O Dr. Carlos Santos, representante da Sanofi, enviou a classificação por e-mail. Por unanimidade foi considerado vencedor o trabalho "Saber Escolher para Bem Viver - Promoção da Alimentação Saudável e da Atividade Física em Crianças do 3º ano do 1º Ciclo do Ensino Básico" da autoria de Enfª Dulce do Ó e colaboradores.

**Atribuição da Bolsa SPD/Lilly 2014**

A Bolsa SPD/Lilly (patrocínio para participação no congresso da EASD 2014, em Viena) foi concedida aos seguintes sócios da SPD (todos com trabalhos aceites para apresentação na edição deste ano do congresso da EASD): Carla Sofia da Costa Morgado; Ermelindo Carreira Leal; Fátima Patrícia da Costa Oliveira Martins; Inês de Sousa Lima; Joana Margarida Navalho Gaspar; Maria Paula Macedo.