



LABORATÓRIO DE NUTRIÇÃO

FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

#3



Fact Sheet #3

Diabetes

A diabetes é uma doença metabólica, crónica e complexa, podendo ser classificada de acordo com as seguintes categorias¹:

- **diabetes tipo 1:** decorrente da destruição autoimune das células beta pancreáticas e conduzindo à deficiência absoluta de insulina;
- **diabetes tipo 2:** decorrente da redução progressiva da secreção insulínica, habitualmente num contexto de insulinoresistência;
- **diabetes gestacional:** diabetes diagnosticada no segundo ou terceiro trimestre da gravidez (*i.e.*, sem diagnóstico prévio à gravidez);
- **tipos específicos de diabetes:** devidos a outras causas, *e.g.*, síndromes monogénicas (*p. ex.* MODY), doenças do pâncreas exócrino (*p. ex.* pancreatites, fibrose quística), e diabetes induzidas por fármacos (*p. ex.* glucocorticoides, tratamentos VIH ou após transplante de órgãos).

A prevalência da diabetes em Portugal é superior às estimativas globais e europeias, atingindo 9,9% (IC95%: 8,4; 11,5) da população, entre os 25 e os 74 anos, e sendo superior nos homens (12,1% vs. 7,8% nas mulheres)^{2,3}. A diabetes tipo 2 (DT2) é mais prevalente que a tipo 1 (DT1), tendo a obesidade um contributo previsivelmente relevante para esta diferença, tanto pela sua crescente incidência, como pelo facto de triplicar o risco relativo para a DT2²⁻⁴. Não obstante, também se tem verificado um acréscimo na incidência da DT1, à escala global, estando os motivos para facto menos bem esclarecidos⁵.

O diagnóstico da diabetes e a monitorização do seu controlo metabólico fazem-se, habitualmente, recorrendo a marcadores da homeostasia da glicose, tais como a glicemia, a hemoglobina glicada A1c (HbA1c) e a tolerância à glucose oral. No entanto, as disfunções observadas na pessoa com diabetes não se restringem ao metabolismo dos hidratos de carbono, atingindo os restantes macronutrientes e um vasto conjunto de vias¹. Neste contexto, a prevenção primária e das das complicações da doença, dependem do controlo metabólico consistente e individualizado, exigindo apoio e educação permanentes, à pessoa com diabetes¹.

O tratamento exige estratégias multifatoriais e cuidados clínicos continuados, que transcendem o controlo glicémico *per si*. A terapêutica nutricional surge neste enquadramento, contribuindo para o controlo clínico da doença, a prevenção das complicações associadas - agudas e de longo termo - e a redução dos custos em saúde associados à diabetes⁶.

A referenciação à consulta de nutrição está indicada para todos os indivíduos, aquando do diagnóstico de diabetes, bem como ao longo da vida⁶. Preferencialmente, o nutricionista responsável pela intervenção deve ter experiência no aconselhamento de pessoas com diabetes⁶. Nos primeiros seis meses, devem ser efetuadas três a seis consultas de nutrição, sendo esta frequência estabelecida em função das necessidades e objetivos clínicos personalizados⁷. As consultas de acompanhamento e monitorização deverão ser agendadas, de comum acordo e mediante as necessidades do utente, com uma frequência mínima anual⁷.

Não está estabelecido um padrão alimentar ideal para a diabetes. É reconhecido o elevado potencial de efetividade da Dieta Mediterrânica, de Dieta DASH (desenvolvida e testada para a terapêutica nutricional da hipertensão arterial) e das dietas com elevada proporção de alimentos de origem vegetal¹.

As intervenções nutricionais com restrição de hidratos de carbono, cujos resultados de longo-termo têm revelado inconsistência na adesão, não estão indicadas para grávidas e lactantes, quando existam riscos de perturbações alimentares, na doença renal e devem inspirar cuidado especial na combinação com alguns fármacos, tais como os inibidores do SGLT2, devido ao risco de cetoacidose¹. Não estão igualmente definidos padrões ideais de refeições, em número ou composição, existindo evidência muito limitada, por exemplo, no que respeita às intervenções que incluem jejuns na terapêutica nutricional da diabetes tipo 1⁶.

O plano alimentar personalizado, tem de partir de uma avaliação clínica cuidada dos hábitos alimentares e ter em vista objetivos de controlo metabólico, ajustados a cada indivíduo com diabetes⁶. As recomendações mais recentes destacam o benefício potencial de dietas compostas por alimentos com reduzido grau de processamento, ricas em legumes e hortícolas, e com evicção de açúcares e de cereais refinados⁶. Apesar de não estarem definidas proporções ideais para os nutrientes, exige-se que a prescrição nutricional tenha em consideração o risco cardiovascular acrescido (*p. ex.* controlar a proporção de ácidos gordos saturados e *trans* e de cloreto de sódio), o risco de nefropatia diabética (*p. ex.* adequando a proporção e o tipo de proteína), o impacto da composição da dieta nas variações da resposta glicémica (*p. ex.* educar o utente relativamente aos tipos/proporção de hidratos de carbono e fibra alimentar), para citar apenas alguns aspetos. Ainda a respeito dos hidratos de carbono, em indivíduos tratados com esquemas fixos de insulina, uma ingestão diária adequada e consistente, tanto em quantidade, como na distribuição pelas refeições, pode contribuir para otimizar o controlo glicémico e reduzir o risco de hipoglicemias⁶. Esta mesma estratégia poderá ser favorável para indivíduos tratados com outros fármacos e nos mais idosos. No que concerne às terapêuticas com esquemas intensivos de insulina, defende-se que a pessoa com diabetes tenha maior liberdade na gestão da sua dieta, devendo ser ensinado e estimulado para monitorizar regularmente a sua ingestão total de hidratos de carbono e a sua inter-relação com o controlo glicémico, *p. ex.*, fazendo a respetiva contagem por estimação (recorrendo a medidas caseiras, leitura de rótulos, etc.)^{6,8}. Não obstante, estes indivíduos devem igualmente ser sensibilizados para o impacto, na glicémica pós-prandial, da composição em gordura e proteína dos alimentos ingeridos, entre muitos outros fatores⁶.

Tratando-se de uma doença crónica, é muito importante a criação de uma aliança terapêutica efetiva, entre a pessoa com diabetes e a sua equipa de saúde. A educação, visando a promoção de literacia, a identificação e implementação de estratégias facilitadoras de mudanças comportamentais sustentáveis e a promoção da perceção de competência para a gestão da doença, constituem pilares da intervenção nutricional personalizada em diabetes.

Referências

1. ADA. Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019;42(Sup 1).
2. Barreto M, Kislalya I, Gaio V, et al. Prevalência, conhecimento e controlo da diabetes em Portugal: resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015). *Obs Epidemiológico*. 2017;9(2):34-38.
3. Programa Nacional para a Diabetes. PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES 2017. Lisboa; 2017.
4. José Camolas, Maria João Gregório, Sofia Mendes Sousa, Pedro Graça. Obesidade: Otimização Da Abordagem Terapêutica No Serviço Nacional De Saúde. Lisboa; 2017.
5. Tuomilehto J. The emerging global epidemic of type 1 diabetes. *Curr Diab Rep*. 2013;13(6):795-804. doi:10.1007/s11892-013-0433-5
6. Evert AB, Dennison M, Gardner CD, et al. Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: A consensus report. *Diabetes Care*. 2019;42(5):731-754. doi:10.2337/dci19-0014
7. Franz MJ, MacLeod J, Evert A, et al. Academy of Nutrition and Dietetics Nutrition Practice Guideline for Type 1 and Type 2 Diabetes in Adults: Systematic Review of Evidence for Medical Nutrition Therapy Effectiveness and Recommendations for Integration into the Nutrition Care Process. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(10):1659-1679. doi:10.1016/j.jand.2017.03.022
8. Fonseca F, Pichel F, Albuquerque I, Afonso MJ, Baptista N, Túbal V. *Manual de Contagem de Hidratos de Carbono Na Diabetes.*; 2015.

Aviso Legal

Esta *Fact Sheet* enquadra-se numa categoria de serviço público e tem um carácter meramente informativo. Qualquer conteúdo desenvolvido pelo Laboratório de Nutrição não pretende substituir a função do Nutricionista. Para verificar se o seu Nutricionista está registado consulte www.ordemosnutricionistas.pt/registoNacional.php?cod=0C.