



PERGUNTA: Oi Anad,

Meu filho tem diabetes há 4 anos, o que desencadeou o Diabetes nele foi a catapora. Agora, eu acho estranho que ele está com catapora pela terceira vez, é possível? Gostaria de ter uma resposta o mais urgente possível e o devo fazer. Obrigada.

Silvia Patricia Hergesel

RESPOSTA: Prezada Sr^a. Silvia,

Supomos que seu filho já esteve em tratamento com um endocrinologista. Sugiro que você consulte um médico infectologista e também um imunologista para avaliação dos processos imunológicos da resistência do organismo.

Equipe ANAD



PERGUNTA: Oi Anad,

Minha filha tem 10 anos e tem diabetes tipo 1... a dela é emocional....sempre está alta.... qual os cuidados que devo tomar em relação a alimentação dela? Queria que me passasse algumas dicas. Obrigada.

Luciana Libório

RESPOSTA: Prezada Luciana,

O Diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença auto imune e como o tipo 2 pode ser desencadeada como fator precipitante, como pelo stress. Glicemia sempre alta é uma condição que necessita ser corrigida para a preservação das complicações.

Você deve insistir com o médico dela na melhora do tratamento, e de seu controle.

Prof^o. Dr. Fadlo

Fraige Filho

Médico

Endocrinologista



PERGUNTA: Oi Anad,

Fui informada que existe uma operação que cura o Diabetes dependendo do tipo. Gostaria de saber se esta informação procede.

Rainise/SP

RESPOSTA: Prezada Rainise

“O diabetes tipo 2 pode ser tratado com cirurgia bariátrica em alguns casos. Pessoas com diabetes tipo 2 e que tem obesidade mórbida (Índice de massa corporal maior que 35) tem uma reversão do diabetes em até 80% dos casos.

Nas pessoas com IMC menor que 35 os resultados ainda são preliminares, mas é possível que 40 a 50% dos diabéticos terão uma intensa melhora da sua doença. Não devemos falar em cura, uma vez que parte destas pessoas voltam a apresentar diabetes depois de alguns anos. Além disso, não podemos esquecer que existe um risco de morte baixo, mas presente ao realizar-se uma cirurgia. Por fim, todos os pacientes operados devem ser seguidos clinicamente por toda a vida, mesmo quando obtêm

grande melhora do diabetes, pois problemas de desnutrição são comuns e devem ser continuamente tratados após a cirurgia”.

“A ampla divulgação de cirurgias que curam o diabetes está embasada em dados preliminares e que devem ser avaliados com cautela. Por fim, profissionais especialistas em diabetes podem emitir opiniões consistentes sobre a indicação da cirurgia e sobre os resultados esperados para cada paciente individualizado”.

Prof^o Dr. Bruno

Geloneze

Médico

Endocrinologista



PERGUNTA: Querida Anad,

Boa tarde ao pessoal da ANAD. Sou diabético há quase três anos. Tenho 50 anos. Moro em Minas Gerais na cidade de Sete Lagoas. Minha glicose está descontrolada apesar de tomar 60 unidades de insulina diária ela fica entre 480 a 515mg/dl. Quando abaixa para 200, 170, começo a passar mal. Fico mais em casa acamado. O meu endocrinologista, mesmo com esta taxa altíssima não me oferece um atestado de que não posso trabalhar. Ele pode me oferecer este atestado? Ele está me incluindo, mesmo com a glicemia nesse estado no quadro de diabéticos normais. Eu estou normal? Estou afastado do serviço vai fazer 3 anos. As perícias que já fiz, principalmente a última,

o perito (que diga-se de passagem era um ginecologista) não quis me dar o benefício dizendo no laudo pericial que estou apto para o trabalho. Por gentileza me forneça esta orientação. No mais agradeço a atenção.

Aécio E. César/SP

RESPOSTA: Prezado Aécio

Bom Sr. Aécio, realmente sua glicemia não está normal, está altíssima e acima dos níveis desejados, o que aumenta muitos os riscos de complicações crônicas a médio e longo prazo, além de risco agudo de coma hiperosmolar.

Esta sua alteração glicêmica provavelmente está ocorrendo durante o dia todo, e há muitos anos, álias, pelo o que você está falando, a sua glicemia nunca foi controlada desde o seu diagnóstico, e é por este motivo que você tem sensação e sintomas de hipoglicemia, quando o nível de sua glicemia cai de 500 para 200. Estes sintomas nestes casos ocorrem mesmo, mas não é hipoglicemia efetiva, e você não deve corrigir com comidas ou sucos doces, pois após um tempo persistindo com a glicemia normal, mesmo com estes sintomas o seu organismo vai voltar a se adaptar aos níveis normais de glicemia, e durante este período você talvez necessite ficar em repouso mesmo. Sr. Aécio, em primeiro lugar, precisamos potencializar e distribuir melhor a sua insulina diária, com

contagem de carboidratos, e se necessário associar medicamentos para melhorar a resistência à insulina, caso o Sr. tenha sobrepeso ou obesidade, e descartar outros diagnósticos, como anticorpo e reavaliar locais e técnicas de aplicação da insulina.

Seria muito bom, reavaliarmos todos estes fatores, iniciariamos o controle glicêmico adequado, período que talvez seja necessário repouso, dependendo dos seus sintomas, e após o controle você estará apto à trabalhar dependendo da sua função, desde que possa no local de trabalho, ter alimentação ideal para diabéticos, desde que possa realizar glicemia capilar ao longo do dia, aplicar insulina normalmente; mas tudo vai depender das suas condições no trabalho e da sua função; pois também não vai adiantar o afastamento e não mudarmos o seus níveis glicêmicos. Precisamos, melhorar seus níveis glicêmicos urgente.

**Dr^a Maria
Fernanda
V. Combréa
Médica
Endocrinologista**



.....
PERGUNTA: Querida Anad,

Solicito informações sobre o aparelho de aplicação de insulina via blue tooth, apresentado na Rede TV no dia 27/12/2010. Favor informar se existem representantes deste aparelho no Brasil ou caso contrário, favor

informar contato no exterior. Aguardo o seu retorno brevemente. Grata

Miriam Mussi Pereira/RJ

RESPOSTA: Prezada Sr^a. Miriam,

Este é um sistema de infusão contínua de Insulina que é comandada por um equipamento do tamanho de um celular e os comandos e informações são via blue tooth. Informações com a Roche Diagnóstica - 0800 772 0126

Equipe ANAD

.....
PERGUNTA: Querida Anad,

O médico disse que eu tenho resistência à insulina, e eu não entendi nada, porque eu não tomo insulina, nem tenho Diabetes. Então como ele pode saber que eu tenho resistência a algo que eu nem uso. Será que ele se enganou ou eu não entendi direito.

**Clóvis Eloy Cryson
Aruarana**

RESPOSTA: Prezado Sr. Clóvis,

Resistência à insulina não se refere ao medicamento insulina e sim à insulina que o organismo produz. A insulina é um hormônio, produzido pelo pâncreas e essencial para a manutenção da glicemia e diversas outras funções essenciais ao organismo. No diabetes ou ela está em falta ou também pode ocorrer resistência à sua ação. O termo resistência à insulina,



em não diabéticos, pode ser considerado como um estado de pré-diabetes. Geralmente acontece em pessoas obesas e sedentárias e podem ser encontradas diversas alterações metabólicas nesse indivíduo. Pode ocorrer hipertensão arterial, aumento das triglicérides e diminuição do HDL - colesterol (colesterol bom) e aumento dos níveis de glicemia de jejum (em níveis não de diabéticos). A síndrome de Resistência à insulina é considerada como fator de risco para ocorrer doenças circulatórias como infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico (ou derrame). Assim, pessoas com resistência à insulina, precisam perder peso, aumentar a atividade física e por vezes usar alguns medicamentos.

Prof^o Dr. Marcos Tambascia
Médico
Endocrinologista



PERGUNTA: Oi Anad,

Vocês poderiam me explicar a diferença entre terapia enteral e parenteral. Meus pais são idosos, estão acamados e no hospital me informaram que um vai ter o primeiro tipo e o outro o segundo. Como funciona isto, para que serve? Por favor, aguardo um breve retorno porque não sei como agir em vista do problema.

Adonias da Cruz
Pirapora do Bom Jesus/BA

RESPOSTA: Prezado Sr. Adonias,

A nutrição enteral é uma alimentação completa, na forma líquida, preferencialmente industrializada, que é administrada ao paciente por meio de sonda ou ostomias. As sondas são introduzidas pela narina e finalizam no estômago ou no intestino. As ostomias são sondas colocadas diretamente no estômago ou intestino.

Esta alimentação está indicada para pacientes que não podem ou não conseguem alimentar-se adequadamente somente por via oral, mas não impedem que a alimentação oral seja ofertada se não existe contra-indicação para isto.

Quando industrializadas e ofertadas na quantidade adequada fornecem todos os nutrientes necessários para o paciente.

A nutrição parenteral é uma alimentação completa que é administrada por via venosa, e não usa o trato digestivo como ocorre com a nutrição enteral.

Ela é administrada por meio de cateteres que são introduzidos em veias centrais ou periféricas e está indicada para aqueles pacientes que não podem utilizar o trato digestivo para alimentação, ou não conseguem utilizá-lo em quantidade adequada.

As formulações são completas e os nutrientes encontram-se em

pequenas partículas permitindo que sejam introduzidos pela veia. A quantidade a ser ofertada dependerá das necessidades nutricionais dos pacientes.

A nutrição parenteral é indicada somente quando a via digestiva (nutrição enteral) não puder ser utilizada ou quando a necessidade nutricional do paciente e sua doença exigirem as duas vias de nutrição.

Nutricionista
Dr^a Viviane
Chaer Borges



PERGUNTA: Oi Anad,

Que remédio é indicado para quem tem fígado gorduroso? Qual é o risco que corre a pessoa que tem isso? Obrigado.

Pedro Simão Cury
Ribeirão Preto/SP

RESPOSTA: Prezado Sr. Pedro,

Trato conforme o texto explicativo anexo. Se for só fígado gorduroso sem outras patologias associadas, alimentação restritiva em gorduras animais e álcool. Se necessário associe-se N acetilcisteína 600 mg 1 a 2 vezes ao dia.

Esteatose hepática (fígado gorduroso, fígado gordo)-EH

Esteatohepatite não alcoólica, Doença hepática gordurosa não alcoólica- DHGNA

A HE e a DHGNA decorrem da deposição de gordura no fígado.

do. Estão intimamente associadas a carga de gorduras saturadas e hidratos de carbono em excesso; dependem assim de ingestão maior que o necessário desses alimentos principalmente em portadores de diabetes, de dislipidemia (aumento de colesterol e triglicerídeos), na obesidade central e em situações de resistência periférica aumentada à insulina. Inicialmente pensava-se em alteração benigna, sem muita importância clínica.

No entanto com estudos mais recentes, essas condições devem ser precocemente reconhecidas e tratadas adequadamente em virtude de poder evoluir para doença hepática crônica e cirrose hepática.

Na HE verifica-se aumento do fígado, com infiltração gordurosa ao ultrassom, porém sem aumento de enzimas hepáticas (TGO, TGP e GamaGT).

Na DNGNA observa-se aumento de enzimas hepáticas e o diagnóstico de certeza de hepatopatia crônica se faz com biópsia hepática.

\Tanto a HE como a DNGNA, naquelas populações susceptíveis assinaladas acima, ocorrem em mais de 50% dos casos. Assim o estudo do fígado é imperioso nessas pessoas.

Recomendações gerais

- Reduzir a ingestão aumentada de gorduras saturadas (origem animal)

- Preferir a ingestão de gordura de origem vegetal
- Reduzir drasticamente a ingestão de bebidas alcoólicas
- Tratar a dislipidemia adequadamente
- Controlar o melhor possível os níveis glicêmicos
- Evitar medicamentos potencialmente hepatotóxicos com a clorpropamida e a lovastatina
- Em portadores de hipertensão arterial, quando utilizar as sartanas (antagonistas do receptor de angiotensina II) dar preferência para a telmisartana (Pritor e Micardis)

Dr. Arual Augusto Costa - Médico Endocrinologista



.....
PERGUNTA: Vocês poderiam me informar sobre a METFORMINA? O médico me mandou tomar, mais não explicou nada e eu gostaria de conhecer algo sobre o tratamento que estou fazendo, até para poder avaliar meus progressos. Recebam meus agradecimentos.

Décio Manoel Cruz Atibaia/SP

RESPOSTA: Décio,

A metformina é um medicamento do grupo químico das biguanidas utilizado para o tratamento do diabetes tipo 2 isoladamente ou em combinação com outros medicamentos

antidiabéticos orais Seu mecanismo de ação é de melhorar a ação da insulina produzida pelo pâncreas, aumentando os seus efeitos nas células onde a insulina age e também por bloquear a liberação de glicose do fígado reduzindo desta forma a glicose sanguínea (glicemia).

A metformina é utilizada em dosagens entre 500 e 200mg por dia geralmente dividida em 2 dosagens (café da manhã e jantar). Poucos são os efeitos colaterais pelo seu uso. O principal efeito colateral é o gastrointestinal (flatulência e mal estar gástrico ou empaxamento gástrico) mas felizmente menos de 20% das pessoas apresentam estes sintomas. Por ser um medicamento em uso há aproximadamente 40 anos, seus potenciais efeitos adversos são já conhecidos, garantindo a segurança do seu uso. Quando utilizado isoladamente não causa hipoglicemia.

Dr. Antonio Carlos Lerário Médico



.....
PERGUNTA: Peço que me informe quais as diferenças entre os adoçantes artificiais. Quando vou comprar fico em dúvida sobre o que escolher. Gostaria de saber qual a matéria prima de cada um, qual é natural, qual é artificial, algo assim como uma classificação, mas nunca consegui encontrar essa explicação. Imagino que vocês com certeza



terão e poderão me ajudar. Muito agradecida

Izildinha da Conceição Santos/SP

RESPOSTA: Prezada Sr^a. Izildinha, conheça as características principais dos edulcorantes.

Sacarina - Primeira substância adoçante sintética a ser descoberta (1878), tem poder adoçante 500 vezes maior do que a sacarose. Em altas concentrações deixa sabor residual amargo, e não é metabolizado pelo organismo. É de fácil solubilidade e estável em altas temperaturas. Em 1986 foi comprovada sua segurança para a saúde através de diversos trabalhos técnicos-científicos. IDA correspondente a 5 mg/kg de peso corpóreo.

Ciclamato - Descoberto em 1939, só entrou no mercado a partir da década de 50. Como a sacarina, é outro edulcorante artificial largamente usado no setor alimentício, sendo aplicado em adoçantes de mesa, bebidas dietéticas, geléias, sorvetes, gelatinas etc. Já foi liberado nos EUA da suspeita de ser cancerígeno. Com o menor poder adoçante, é 40 vezes mais doce que a sacarose, não calórico e possui sabor agradável e semelhante ao açúcar refinado (apresentando um leve gosto residual). Não é metabolizado pelo organismo, nem perde a doçura quando submetido a altas/baixas temperaturas e meios

ácidos. IDA correspondente a 11 mg/kg de peso corpóreo.

Aspartame - Edulcorante artificial descoberto em 1965. Possui sabor agradável e semelhante ao açúcar branco, só que com potencial adoçante 200 vezes maior, permitindo o uso de pequenas quantidades. Seu valor energético corresponde a 4 calorias/grama. Muito usado pela indústria alimentícia, principalmente nos refrigerantes diet. Sensível ao calor, perde o seu poder de adoçamento em altas temperaturas. A doçura também poderá diminuir quando muito tempo armazenado. É contra-indicado a portadores de fenilcetonúria, uma doença genética rara que provoca o acúmulo da fenilalanina no organismo, causando retardo mental. IDA correspondente a 40 mg/kg de peso corpóreo.

Acesulfame-k - Criado em 1960, é o adoçante sintético de maior resistência ao armazenamento prolongado e a diferentes temperaturas. Adoça 200 vezes mais que a sacarose, seu gosto doce é percebido de imediato e em grandes doses deixa um leve sabor residual amargo. Não é calórico e nem metabolizado pelo organismo. Pode ser usado como adoçante de mesa e numa infinidade de produtos. Embora seja rapidamente absorvida, 99 % da substância é eliminada em 24 horas pela urina, de forma inalterada. Vários estudos demonstraram ausência de indícios cancerígenos ou mutações

na célula. IDA correspondente a 15 mg/kg de peso corpóreo.

Stevia Rebaudiana - Descoberta em 1905 e muito difundida no Japão, esta planta é originária da fronteira do Brasil com o Paraguai. Das suas folhas se extrai o steviosídeo, edulcorante natural de sabor doce retardado com poder adoçante 300 vezes maior do que a sacarose. Tem boa estabilidade em altas ou baixas temperaturas. Pode ser consumida sem nenhuma contra-indicação por qualquer pessoa. Não produz cáries, nem é calórica, tóxica, fermentável ou metabolizada pelo organismo. IDA correspondente a 5,5 mg/kg de peso corpóreo.

Sucralose - Descoberta em 1976, esta substância acaba de ser aprovada pela Administração de Drogas e Alimentos (FDA), dos EUA. Trata-se de um edulcorante sintético com poder adoçante 600 vezes maior do que a sacarose. Não é calórico e possui sabor agradável. Também não é metabolizada pelo organismo, sendo eliminada por completo em 24 horas pela urina. Estável a temperaturas altas e baixas e em longos períodos de armazenamento. Pode ser usada como adoçante de mesa, em formulações secas (como refrescos e sobremesas instantâneas), em aromatizantes, conservantes, temperos, molhos prontos, compotas, etc. Não produz cáries, além de reduzir a produção de ácidos, responsáveis pela sua formação.

IDA correspondente a 15 mg/kg de peso corpóreo.

Sorbitol - Substância natural presente em algumas frutas, algas marinhas etc. Tem o poder edulcorante igual ao da sacarose e similar ao da glicose, não sendo aconselhável a pacientes obesos e diabéticos mal controlados. Calórico, fornece 4 calorias/grama e ao ser absorvido se transforma em frutose no organismo. A frutose é transformada em glicose no fígado, mas como o processo é lento, não altera significativamente a glicemia. Não provoca cáries, não é tóxico e apresenta boa estabilidade. Resiste, sem perder seu potencial adoçante, a processos de aquecimento, evaporação e cozimento.

Dicas: doses acima de 20 a 30 gramas/dia produzem efeito diurético e acima de 30 a 70 grama/dia causam diarreia. Em algumas pessoas esses efeitos ocorrem mesmo em doses baixas, como 10 gramas/dia. O sorbitol (assim como o manitol e o xilitol) aumentam a perda de minerais pelo organismo, principalmente o cálcio, podendo também provocar a formação de cálculos. Até hoje a Organização Mundial de Saúde (OMS) não atribuiu um limite para a IDA do sorbitol, deixando a critério do bom senso do usuário.

Manitol - Tem valor calórico equivalente ao da sacarose (4 calorias/grama), o poder edulcorante 70% superior e um sabor levemente adocicado e refrescante. Não produz fer-

mentação no organismo, mas provoca um significativo efeito laxativo quando ingerido em doses elevadas. Quando absorvido pelo organismo estimula a secreção de insulina ao ser parcialmente convertido em glicose, porém não causa hiperglicemia. A OMS estabelece uma dose diária máxima de 50 a 150 mg / kg de peso corpóreo.

Xilitol - Fornece 4 calorias/grama e sabor semelhante ao da sacarose, apresentando uma sensação refrescante na saliva, que aumenta quando associado ao aroma de menta. É considerado um dos melhores preventivos contra cáries. Precaução: doses acima de 30 g/dia podem provocar diarreia quando consumido pela primeira vez. A OMS não estabeleceu um limite para a IDA e o FDA (USA) indica o consumo na quantidade necessária para o adoçamento desejado.

Frutose - É um edulcorante natural, de sabor agradável e extraído do açúcar das frutas. É importante o diabético estar bem compensado para usar produtos à base de frutose, já que a substância tem 4 calorias/grama. É uma vez e meia mais doce que a sacarose, com poder de adoçamento 173 vezes maior. Excesso de frutose pode causar aumento de triglicerídeos e pessoas com problemas no metabolismo de lipídios e gorduras devem evitar o consumo desse edulcorante. Estudos comprovam que o uso por tempo prolongado dificulta a absorção do

cobre, mineral importante na síntese da hemoglobina (responsável pela pigmentação dos glóbulos vermelhos).

Lactose - Açúcar extraído do leite muito usado como diluente nos adoçantes de mesa. Fornece 4 calorias/grama e precisa da presença de insulina para ser metabolizado no organismo. Seu potencial edulcorante é cerca de 15 % maior que a sacarose

Malto dextrina - Açúcar extraído do milho, também muito usado como diluente nos adoçantes artificiais. Como a lactose, é insulino-dependente e tem 4 calorias/grama, sendo cerca de 50% mais doce que a sacarose.

Dextrose - Outro açúcar derivado do milho com ampla aplicação na indústria alimentícia. Sua doçura é cerca de 70% maior que a da sacarose. Possui 4 calorias/grama e também necessita insulina para sua metabolização.

Nutr. Cíntia Trindade

