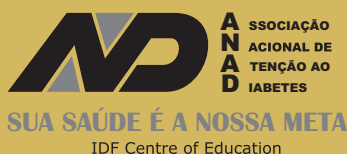




Diabetes Clínica News

Apoios:



Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo "Dr. Sabastião de Moraes" Fundado em Março de 1988



REVISTA MULTIDISCIPLINAR DO DIABETES E DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS

DE 09 À 13

ÍNDICE

SETEMBRO 2024

- 01 - A CETOACIDOSE DIABÉTICA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO AUMENTOU EM MÃES COM DIABETES PRÉ-GESTACIONAL 02
- 02 - INSULINA ICODEC ASSOCIADA A MENOS EPISÓDIOS GRAVES DE HIPOGLICEMIA EM DT2 03
- 03 - LIDANDO COM O SOFRIMENTO CAUSADO PELO DIABETES 04
- 04 - CONTROLE INTENSIVO DE GLICOSE EM ADULTOS GRAVEMENTE DOENTES: MUITO DE ALGO BOM? 07
- 05 - PESQUISADORES DA BYU DESENVOLVEM O PRIMEIRO BANCO DE DADOS NACIONAL DE ÍNDICE GLICÊMICO PARA DIETAS DOS EUA 08

01 - A CETOACIDOSE DIABÉTICA PRÉ-NATAL E PÓS-PARTO AUMENTOU EM MÃES COM DIABETES PRÉ-GESTACIONAL

Helio

02 de agosto de 2024

Principais Conclusões:

- De 2010 a 2020, os casos de cetoacidose diabética no parto aumentaram com uma variação percentual média anual de 10,8%.
- Os casos de cetoacidose diabética pré-natal e pós-parto também aumentaram no mesmo período.

Nos EUA, a frequência de cetoacidose diabética em hospitalizações pré-natais e de parto aumentou de 2010 a 2020 para mães com Diabetes pré-gestacional, de acordo com resultados de estudo publicados em *Obstetrics & Gynecology*.

“Há uma sensação de que com maior foco na saúde pública e prevenções, nosso gerenciamento de Diabetes e gravidez é mais seguro e melhorou na última década, e parte disso tem a ver com melhor triagem, melhor gerenciamento de medicamentos e uso crescente de tecnologia”, **Kartik Venkatesh, MD, PhD, FACOG**, professor associado de obstetrícia, ginecologia e epidemiologia, diretor do Programa de Diabetes na Gravidez no departamento de obstetrícia e ginecologia na divisão de medicina materno-fetal da Ohio State University, disse à Healio. “No entanto, isso não significa que a cetoacidose diabética tenha necessariamente diminuído; na verdade, a taxa de cetoacidose diabética aumentou. Isso é motivo de preocupação porque a taxa de Diabetes tipo 1 e tipo 2 na gravidez continuou a aumentar e continuará a aumentar devido à obesidade e ao aumento da idade materna na gravidez.” Venkatesh e colegas conduziram um estudo transversal serial usando dados de 392.796



mulheres grávidas e meninas de 15 a 54 anos com Diabetes pré-gestacional hospitalizadas para parto de 2010 a 2020 do Banco de Dados de Readmissões Nacionais do Projeto de Custo e Utilização de Saúde da Agência para Pesquisa e Qualidade em Saúde. Os pesquisadores avaliaram fatores de risco sociodemográficos, clínicos e hospitalares para cetoacidose diabética (CAD).

Os desfechos primários foram DKA na hospitalização do parto, morbidade materna e desfechos adversos da gravidez. Os desfechos secundários foram DKA nas hospitalizações pré-natal e pós-parto. No geral, 27,2% das mães tinham Diabetes tipo 1 e 72,8% tinham Diabetes tipo 2. Trinta por cento dos partos foram de mães com idade entre 30 e 34 anos, 97,9% foram partos únicos, 48,1% das mães tinham Medicaid e 71,4% deram à luz em hospitais universitários metropolitanos, relataram os pesquisadores.

DKA no parto foi observada entre 89,1% das mães com Diabetes tipo 1 e 10,9% das mães com Diabetes tipo 2. A frequência de DKA no parto foi de 1,2%, com uma variação percentual anual média de 10,8%.

A frequência de CAD no parto aumentou de 2,9% em 2010 para 5% em 2020 para mães com Diabetes tipo 1, enquanto aumentou de 0% em 2010 para 0,8% em 2020 para mães com Diabetes tipo 2. Mães com Diabetes tipo 1 tiveram uma probabilidade significativamente maior de CAD no parto em comparação com mães com Diabetes tipo 2 (OR ajustado = 23,99; IC de 95%, 20,81-27,65), de acordo com os pesquisadores.

A probabilidade de CAD foi maior para mães com idade entre 15 e 19 anos vs. 25 a 29 anos (aOR = 1,31; IC de 95%, 1,06-1,6) e aquelas que tinham Medicaid (aOR = 2,25; IC de 95%, 2-2,52) ou autofinanciamento (aOR = 2,94; IC de

95%, 1,88-4,61) vs. seguro privado e renda mais baixa vs. mais alta (aOR = 2,04; IC de 95%, 1,73-2,41).

A CAD no parto foi associada a riscos aumentados para:

- morbidade materna grave não transfusional (aOR = 8,18; IC 95%, 7,2-9,29);
- procedimentos de cuidados intensivos (aOR = 15,83; IC 95%, 12,59-19,9);
- complicações cardíacas (aOR = 8,87; IC 95%, 7,32-10,76);
- insuficiência renal aguda (aOR = 9,78; IC 95%, 8,16-11,72);
- transfusão (aOR = 2,27; IC 95%, 1,87-2,75);
- parto prematuro (aOR = 2,41; IC 95%, 2,17-2,69); e
- distúrbios hipertensivos da gravidez (aOR = 1,11; IC 95%, 1-1,23).

Em análises secundárias, a frequência de DKA pré-natal foi de 3,1%, com uma variação percentual anual média de 4,1%. Além disso, a frequência de DKA pós-parto foi de 0,4%, com uma variação percentual anual média de 3,5%. De 3.092 hospitalizações pré-natais entre mães com DKA, 15,7% tiveram DKA recorrente no parto. De 1.419 hospitalizações pós-parto entre mães com DKA, 20% tiveram DKA no parto, escreveram os pesquisadores. Os fatores de risco para CAD no parto foram semelhantes aos observados para CAD nas hospitalizações pré-natais e pós-parto. De acordo com Venkatesh, para tornar a gravidez mais segura e melhorar os resultados nessa população, os pesquisadores devem redobrar o foco na melhoria do controle glicêmico e da glicose, o que aumenta o risco de CAD.

“Esses dados falam da necessidade de uma melhor vigilância da gravidez porque a taxa de Diabetes na gravidez está aumentando. Esses dados parecem sugerir que potencialmente o risco de complicações sérias na gravidez nessa população está aumentando, ou seja, cetoacidose diabética”, disse Venkatesh. “Precisamos de melhores mecanismos para coletar esses tipos de dados, para entender melhor o que está acontecendo no nível básico, e então ainda precisamos continuar a desenvolver melhores programas de cuidados integrados para gestantes com Diabetes tipo 1 e tipo 2 para melhorar o controle da glicose e, assim, os resultados da gravidez.” ■

02 - INSULINA ICODEC ASSOCIADA A MENOS EPISÓDIOS GRAVES DE HIPOGLICEMIA EM DT2

EndocrinologyAdvisor
2 de Agosto 2024

A insulina icodec administrada uma vez por semana demonstra controle glicêmico superior, maiores taxas de hipoglicemia e menos episódios hipoglicêmicos graves em comparação com insulinas basais administradas uma vez ao dia entre indivíduos com Diabetes tipo 2, de acordo com os resultados do estudo publicado no *Diabetes Obesity and Metabolism*.

Para avaliar o impacto da icodec administrada uma vez por semana em comparação com a insulina basal administrada uma vez ao dia nos resultados de hipoglicemia, os pesquisadores reuniram dados de 5 ensaios de Fase 3a (ONWARDS 1-5; identificadores do ClinicalTrials.gov: NCT04460885, NCT04770532, NCT04795531, NCT04880850, NCT04760626) comparando a insulina icodec administrada uma vez por semana com as insulinas basais administradas uma vez ao dia entre indivíduos com Diabetes tipo 2.

Os principais resultados foram incidência e

taxas de hipoglicemia, alterações na hemoglobina glicada (HbA_{1c}), alteração no peso corporal e proporção de tempo dentro do intervalo.

Os participantes foram aleatoriamente designados para receber icodec (n=1882) ou comparadores basais uma vez ao dia (n=1883). O subgrupo de Virgens de tratamento com insulina incluiu 2657 participantes, enquanto o subgrupo com experiência em insulina incluiu 1108 participantes. As características basais foram semelhantes entre os grupos.

Usuários de Icodec versus insulina uma vez ao dia apresentaram maiores taxas de hipoglicemia clinicamente significativa (1,15 versus 1,00 episódios por paciente-ano de exposição [PYE]; razão de taxa estimada [ERR], 1,51; $P < 0,0001$) e hipoglicemia clinicamente significativa ou grave combinada (1,15 versus 1,02 episódios por PYE; ERR, 1,46; $P = 0,0002$). A hipoglicemia grave foi menos frequente entre usuários de icodec versus insulina uma vez ao dia (8 versus 18 episódios; ERR, 0,27).

O Icodec foi associado a uma incidência semelhante, mas a taxas mais altas de hipoglicemia clinicamente significativa (equivalente a um episódio hipoglicêmico adicional a cada 6 anos) e menos episódios hipoglicêmicos graves em comparação com os comparadores.

Em comparação com a insulina administrada uma vez ao dia, o icodec foi associado a:

- Maior redução na HbA_{1c} (diferença estimada de tratamento [DET], -0,20%; $P < .0001$);
- Maiores probabilidades de atingir HbA_{1c} abaixo de 53 mmol/mol (<7,0%; razão de chances [OR], 1,45; $P < .0001$);
- Maior tempo no intervalo (66,9% vs 64,1%; ETD, 2,84; $P = 0,0009$); e,

- Menos tempo acima da faixa (>10,0 mmol/L; ETD, -3,17; $P = 0,0003$).

Entretanto, o tempo abaixo da faixa (<3,9 mmol/L) foi ligeiramente maior entre usuários de icodec versus usuários de insulina uma vez ao dia (ERR, 1,34; $P < 0,0001$), mas permaneceu abaixo das metas recomendadas. ■

03 - LIDANDO COM O SOFRIMENTO CAUSADO PELO DIABETES

22 de Julho 2024

Nextavenue

Você pode se recuperar do "sofrimento do Diabetes" e viver uma vida feliz e confortável? A professora aposentada Marlene Schuldenfrei, 71, de Long Island, Nova York, diz que sim. Diagnosticada com pré-Diabetes e, em seguida, Diabetes tipo 2 há seis anos, ela admite: "Quando o médico me disse que eu tinha Diabetes e precisava tomar medicamentos, fiquei arrasada. Chorei histericamente o dia todo."

Schuldenfrei, que não tinha medo de exames de sangue regulares, tinha pavor de fazer punções nos dedos para testar sua glicemia e se preocupava com os piores cenários, como perder a visão ou ter os dedos dos pés amputados. Um dia, totalmente fora de si, ela jogou seu monitor de glicose do outro lado da sala.

Os primeiros meses foram muito difíceis, embora ela estivesse se sentindo bem fisicamente. Ela se encontrou com um educador em Diabetes que explicou o que era Diabetes, como ele afetava o corpo, o que ela precisava fazer para controlá-lo e maneiras de modificar sua dieta.

"Quando fui diagnosticada pela primeira vez, eu não sabia absolutamente nada sobre Diabetes e não prestava muita atenção à nutrição em geral. Eu nunca fui uma amante de doces, mas pretzels, bagels e outros alimentos ricos em carboidratos foram minha

ruína. Quando comecei a mudar a maneira como comia, comecei a perder peso e, eventualmente, meu A1C (que mede seu nível médio de açúcar no sangue em um período de três meses) atingiu uma faixa mais normal."

O que é Sofrimento por Diabetes?

De acordo com a American Diabetes Association, sofrimento do Diabetes é o termo usado para descrever experiências emocionais negativas que as pessoas com Diabetes enfrentam ao viver com as demandas da doença. Identificado pela primeira vez há quase vinte anos no Joslin Diabetes Center em Boston, ele se manifesta por sentimento de frustração, derrota ou de estar sobrecarregado. Um dos maiores estudos mostrou que uma em cada cinco pessoas que vivem com Diabetes experimenta sofrimento severo do Diabetes. Mas é um continuum, mais comum em pessoas que tomam insulina do que naquelas cujas doenças pode ser controlada apenas com medicamentos ou dieta.



Na realidade, os especialistas concordam, o sofrimento do Diabetes, seja grave ou uma versão mais branda, é vivenciado por muitas pessoas, não importa como sua doença esteja sendo tratada. Para alguns indivíduos, a condição pode progredir para o esgotamento do Diabetes, no qual você para de fazer o que precisa fazer, como monitorar os níveis de glicose no sangue ou fazer escolhas alimentares saudáveis. Isso geralmente é acompanhado por sentimento de culpa, autocensura e raiva.

O sofrimento e o esgotamento do Diabetes podem levar a resultados médicos e psicológicos adversos, como autogerenciamento abaixo do ideal, níveis elevados de A1C, episódios mais frequentes de hipoglicemia grave (baixo nível de açúcar no sangue) e qualidade de vida prejudicada. Por isso, os Padrões de Cuidados em

Diabetes — 2024 da American Diabetes Association recomendam exames anuais para sofrimento do Diabetes.



De acordo com Jeffrey S. Gonzalez, PhD, psicólogo clínico e professor do Departamento de Medicina (endocrinologia) do Albert Einstein College of Medicine no Bronx, Nova York, "O sofrimento causado pelo Diabetes é compreensível porque a doença envolve um alto nível de autogerenciamento e tomada de decisões no dia a dia. O tratamento evoluiu com o uso generalizado de monitores contínuos de glicose, dispositivos de administração de insulina e outros avanços, e vimos melhores resultados de saúde, mas o gerenciamento da doença ainda coloca um enorme fardo de responsabilidade no paciente individual."



Pessoas com Diabetes também lutam com duas questões difíceis — os aspectos financeiros da doença e o estigma, a discriminação e a má compreensão do que uma pessoa com Diabetes está vivenciando. Lidar com as reações dos outros, incluindo entes queridos que podem dizer coisas insensíveis como, "Se você não tivesse comido tanta comida lixo ao longo dos anos, você não seria diabético" ou "Simplesmente não coma nada com açúcar e você ficará bem" pode ser perturbador, humilhante e enfurecedor.

Tratamento de Estresse e Burnout por Diabetes

Gonzalez diz que "Idosos que vivem com glicemia desregulada de longo prazo e cujo estilo de vida pode mudar ao longo do tempo (menos capazes de se exercitar, talvez, devido ao envelhecimento) são mais propensos a precisar de modificações nos regimes que funcionaram bem para eles no passado. Isso pode levar a um ressurgimento do sofrimento."

Ele acrescenta: "Como consideramos o sofrimento e o esgotamento do Diabetes não um diagnóstico de saúde mental, mas sim uma reação normal ao desgaste emocional de viver com uma doença crônica, ajudar as pessoas a lidar com isso deve fazer parte do tratamento abrangente do Diabetes."

Quando as pessoas têm dificuldade para dormir, por exemplo, o que geralmente é interpretado como um dos sinais de ansiedade ou depressão, "precisamos olhar para isso no contexto do Diabetes delas. Elas podem estar se levantando para comer alguma coisa porque estão com medo de que o nível de açúcar no sangue fique muito baixo durante a noite. Se não estão se exercitando, pode ser porque estão sobrecarregadas com o planejamento das refeições, testando o sangue e controlando todas as coisas associadas ao Diabetes, em vez de ser um sinal de depressão."

Orientações práticas que identificam e apoiam técnicas de autogestão e dão dicas ou sugerem produtos que podem reduzir o estresse de lidar com a doença são úteis para reduzir a exaustão emocional e a angústia.

Susan Guzman, PhD, cofundadora do Behavioral Diabetes Institute em San Diego, Califórnia, afirma que "Nós, como clínicos, somos treinados como 'consertadores' e 'fazedores'. Vemos um problema e nos precipitamos para consertá-lo. Mas, com o tempo, nossa pesquisa mostrou que a melhor maneira de ajudar uma pessoa com Diabetes é fazê-la definir seus desafios e criar suas próprias metas e estratégias... Aprendemos a passar mais tempo ouvindo e menos tempo "fazendo".



Descobertas de um estudo, o ensaio EMBARK, apresentado nas Sessões Científicas da American Diabetes Association 2023, descobriram que, para pessoas com



Diabetes tipo 1, intervenções que integraram uma abordagem educacional e emocional foram as mais eficazes na redução do sofrimento. Para pessoas que estão realmente lutando para superar o esgotamento, mesmo com excelente cuidado de clínicos de Diabetes, a terapia cognitivo-comportamental ou outros tipos de psicoterapia com um profissional de saúde mental podem ser úteis.

E, curiosamente, os clínicos às vezes recomendam uma "pausa curta e segura" no gerenciamento do Diabetes, como testar a glicose com menos frequência ou ser um pouco mais tolerante com as escolhas alimentares. Como as pessoas com Diabetes tendem a fazer isso de qualquer maneira, dar "permissão" diminui a culpa e geralmente fornecerá motivação para as pessoas redobram seus esforços quando a pausa planejada for feita.

Recuperação e, Potencialmente, Remissão

Como Shuldenfrei "se recuperou" do sofrimento do Diabetes? Ela conseguiu aceitar o fato de que tem uma doença crônica, mas que esperançosamente pode evitar complicações maiores se fizer tudo o que deve fazer e evitar fazer coisas que não são boas para ela.

Após três anos tomando medicamentos, ela perguntou ao médico se poderia reduzir ou parar de tomar os comprimidos, e ele relutantemente concordou em tentar, dizendo que se os números dela aumentassem, ela teria que começar a tomar os remédios novamente. Observando sua dieta cuidadosamente, ela conseguiu manter um bom controle glicêmico sem medicamentos por vários anos.

Como o Diabetes é uma doença progressiva, pessoas com Diabetes podem entrar em remissão, mas se eventualmente houver um aumento em seu A1C, elas podem potencialmente precisar tomar

medicamentos novamente. Por causa disso, Schuldenfrei é quase compulsivamente cuidadosa com tudo o que come e continua monitorando regularmente seus níveis de açúcar no sangue em casa.

"Não me incomoda porque estou acostumada a viver desse jeito, e não sou alguém que ama comida", ela diz. É mais importante para ela ser capaz de ser saudável, passar tempo com o marido e amigos, brincar com os netos e se envolver em atividades que ela gosta, o que é algo que ela tenta fazer em abundância. ■

04 - CONTROLE INTENSIVO DE GLICOSE EM ADULTOS GRAVEMENTE DOENTES: MUITO DE ALGO BOM?

Medscape Medical News
01 de Agosto 2024

O controle intensivo da glicose não reduz o risco de mortalidade em pacientes gravemente doentes quando comparado ao controle convencional da glicose. Em vez disso, ele aumenta o risco de hipoglicemia grave em três vezes, de acordo com uma nova meta-análise.

O controle intensivo da glicose "não foi associado à redução da mortalidade ou outros benefícios em adultos gravemente doentes", concluiu Derick Adigbli, MBBS, PhD, da Divisão de Cuidados Críticos do The George Institute for Global Health em Sydney, Austrália e coautores. O estudo foi publicado on-line no *NEJM Evidence*.



Resultados Conflitantes Anteriores

A hiperglicemia está associada a resultados piores em pacientes gravemente doentes, mas ensaios clínicos randomizados (RCTs) investigando terapia intensiva de insulina visando normoglicemia produziram resultados conflitantes sobre se essa

abordagem reduz a mortalidade em tais pacientes. Meta-análises em nível de ensaio publicadas na esteira desses estudos não apoiaram o uso de terapia intensiva de insulina visando normoglicemia.

Isso foi levado às diretrizes de prática clínica atuais, que recomendam iniciar a terapia com insulina para hiperglicemia persistente apenas em pessoas com glicemia ≥ 180 mg/dL verificada em duas ocasiões e com meta de faixa de glicemia de 140-180 mg/dL.

Os pesquisadores escolheram realizar uma meta-análise de dados individuais de pacientes, pois isso "permite que os pacientes sejam alocados em subgrupos, mesmo quando esses subgrupos não foram explorados nos ensaios individuais", escreveram.

Os pesquisadores, portanto, meta-analisaram dados individuais de pacientes em ECRs de controle intensivo de glicose em adultos gravemente doentes, não apenas para estimar seu efeito na mortalidade geral, mas também em subgrupos pré-especificados.

Desenho do Estudo

Para ser incluído, um estudo tinha que se concentrar em adultos gravemente doentes (≥ 18 anos) e comparar os resultados entre aqueles randomizados para administração intravenosa de insulina visando uma concentração de glicose no sangue de ≤ 120 mg/dL e aqueles designados para uma meta mais alta de glicose no sangue, e onde a meta foi mantida durante toda a permanência na unidade de terapia intensiva ou ≥ 7 dias.

O desfecho primário foi a mortalidade hospitalar (censurada em 90 dias), com desfechos secundários incluindo sobrevivência até 90 dias após a randomização, proporção de pacientes tratados com ventilação mecânica, agentes vasoativos, nova terapia de substituição

renal e tempo até a cessação desses tratamentos.

Hipoglicemia grave (concentração de glicose no sangue < 40 mg/dL) foi um resultado de segurança.

As análises de subgrupos, realizadas apenas para o desfecho primário, analisaram pacientes operados versus não operados, diagnóstico prévio de Diabetes ou sepse no início do estudo, lesão cerebral aguda e gravidade da doença.

Controle Intensivo da Glicose: Mortalidade Comparável, Maior Hipoglicemia

De 14.726 relatórios, os pesquisadores escolheram 20 ensaios (n = 14.171; idade média, 59 anos; 36% mulheres; índice de massa corporal médio, 27) que atendiam aos critérios de inclusão, com datas de publicação variando de 2001 a 2023.

Para a análise do desfecho primário, os dados estavam disponíveis para 7059 e 7049 participantes alocados para controle intensivo e convencional de glicose, respectivamente. Destes, 27,3% e 26,8%, respectivamente, morreram (razão de risco [RR], 1,02; IC de 95%, 0,96-1,07; $P = 0,52$). Também não houve diferenças significativas nos desfechos secundários.

Dos ensaios, 14 tinham apenas dados agregados. Estes produziram um RR combinado para morte hospitalar de 0,94 (IC de 95%, 0,74-1,20; I^2 , 71,4%). Os pesquisadores não encontraram evidências de viés de publicação e nenhuma heterogeneidade aparente do efeito do tratamento em nenhum dos subgrupos. No entanto, houve diferenças notáveis entre os grupos em hipoglicemia grave experimentada por 13,3% vs 3,9% dos pacientes nos grupos de glicose intensiva vs. convencional, respectivamente (RR, 3,38; IC de 95%, 2,99-3,83; $P < 0,0001$).

Os autores observaram que seu estudo tinha várias limitações potenciais. Sua principal fraqueza foi não obter dados em nível de paciente de todos os ensaios elegíveis. Como eles limitaram o estudo a adultos gravemente doentes, eles também não puderam comentar sobre os possíveis benefícios ou danos do controle intensivo da glicose em crianças gravemente doentes. Além disso, a análise dependia da validade interna e externa dos dados gerados ao longo de um período de 20 anos.

Siga as Recomendações das Diretrizes

Um editorial de Shohinee Sarma, MD, MPH, da Divisão de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School em Boston, publicado em 23 de julho no *NEJM Evidence*, observou que a meta-análise não capturou o risco total de hipoglicemia grave em pacientes hospitalizados, incluindo coma e eventos cardiovasculares. Além disso, Sarma acrescentou que pacientes gravemente doentes "podem não ser capazes de vocalizar sintomas hipoglicêmicos e podem já estar sentindo dor e desconforto".



Os resultados desta meta-análise "lembrem os médicos de continuar a ter como meta a glicose em 140-180 mg/dL entre pacientes gravemente enfermos para reduzir o risco de hipoglicemia", concluiu Sarma. ■

05 - PESQUISADORES DA BYU DESENVOLVEM O PRIMEIRO BANCO DE DADOS NACIONAL DE ÍNDICE GLICÊMICO PARA DIETAS DOS EUA

News Medical Life Sciences
31 de Julho 2024

Karen Della Corte, professora de nutrição e dietética da BYU, escreveu recentemente um novo estudo, publicado no *The American Journal of Clinical Nutrition*, que desenvolveu um banco de dados nacional de índice

glicêmico (IG) e carga glicêmica (CG) para oferecer insights sobre a evolução da qualidade dos carboidratos consumidos nos Estados Unidos, algo que não havia sido feito anteriormente.

O IG é uma escala usada por pesquisadores de saúde pública para categorizar a qualidade dos carboidratos. Alimentos com alto IG, como farinha branca e cereais açucarados, causam uma "onda de açúcar" que pode impactar negativamente a saúde metabólica. Além disso, o GL leva em conta a quantidade de carboidratos consumidos.

Estudos em larga escala mostraram que dietas de alto IG e GL estão associadas a um risco aumentado de Diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer. Além disso, alimentos de alto IG levam a fome mais rápida e maior ingestão calórica e contribuem para o ganho de peso."

*Karen Della Corte,
professora de nutrição e
dietética da BYU*

BYU

Para conduzir o estudo, Della Corte e seu marido, Dennis Della Corte, professor de física e astronomia da BYU, desenvolveram um modelo habilitado para IA que analisa alimentos com base em seu IG e GL. Eles usaram a Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição (NHANES), que forneceu uma lista de amostra de alimentos que os americanos comem diariamente. A IA combinou os alimentos do NHANES, com base nas descrições dos alimentos, com seus valores correlacionados de IG/GL. Isso criou o primeiro banco de dados nacional de IG.

"Usar IA aberta para a [criação] do banco de dados GI foi uma aplicação nova nossa e marca um avanço na metodologia de pesquisa nutricional", disse Della Corte. "Olhando para o futuro, muitas questões novas e importantes podem agora ser investigadas usando este banco de dados

relacionadas ao papel que GI e GL desempenham para o risco de doenças crônicas nos EUA"

Este banco de dados dietético permitiu que Della Corte analisasse a ingestão de carboidratos a partir dos dados coletados de quase 10.000 alimentos. Um processo que poderia levar meses foi acelerado e possível usando IA.

Além de desenvolver a metodologia necessária para a criação do primeiro banco de dados nacional de IG nos EUA, seu trabalho inclui a análise de tendências de ingestão de qualidade de carboidratos abrangendo mais de duas décadas. Ele relata os principais alimentos que contribuem com GL para a dieta americana, como refrigerantes, pão branco, arroz e suco de frutas.

"Uma lição importante deste estudo é a importância de priorizar carboidratos de baixo índice glicêmico na dieta. Isso significa focar em alimentos integrais e minimamente processados que liberam glicose lentamente na corrente sanguínea e previnem picos nos níveis de açúcar no sangue", disse Della Corte. "Fazer trocas de grãos refinados por grãos integrais pode ajudar a melhorar a salubridade da dieta e diminuir o IG geral da dieta.»

Della Corte observa que ter uma compreensão simples de quais alimentos têm baixo índice glicêmico pode ajudar as pessoas a fazer escolhas alimentares mais informadas. Pense nisso como transformar sua despensa em uma "zona favorável ao IG". Ela sugere adicionar os seguintes itens à sua lista de compras ou incluir alguns deles na preparação semanal das refeições:

- Grãos integrais
- Feijões
- Lentilhas
- Grão de bico
- Arroz integral ou selvagem
- Quinoa

- Cevada
- Aveia cortada em flocos ou em flocos
- Vegetais sem amido
- Frutas
- Nozes

Além disso, o estudo encontrou padrões alimentares dentro do IG e GL com base em sexo, raça, etnia, educação e níveis de renda. Não é de surpreender que, à medida que os indivíduos envelhecem, eles tendem a fazer escolhas mais saudáveis de carboidratos. Aqueles com maior educação e renda eram mais propensos a comer alimentos com menor IG. Adultos negros têm o maior IG/GL e mulheres têm maior IG/GL do que os homens.

Os Della Cortes dizem que gostaram de colaborar nesta pesquisa e esperam que seu banco de dados leve a uma maior conscientização pública sobre a importância da qualidade dos carboidratos, que, juntamente com outros fatores importantes do estilo de vida, pode ajudar a prevenir doenças e prolongar a expectativa de saúde de um indivíduo.

"Esperamos que estudos futuros derivados deste banco de dados contribuam para o conjunto de evidências necessárias para defender a incorporação do IG nas diretrizes de saúde pública e recomendações alimentares."

Além de Della Cortes, o estudante de graduação da BYU Sean Titensor e o Dr. Simin Liu da Brown University também contribuíram para esta pesquisa. ■

