

DIABETES

magazine

Edição 11

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes

Gravando!

Ator da nova novela das 9, José Loreto revela aprendizados, desafios e cuidados com diabetes tipo 1 em meio à agenda intensa

Já é possível prever o diabetes tipo 1 antes dos sintomas

Você come comida de verdade ou nutrientes isolados?

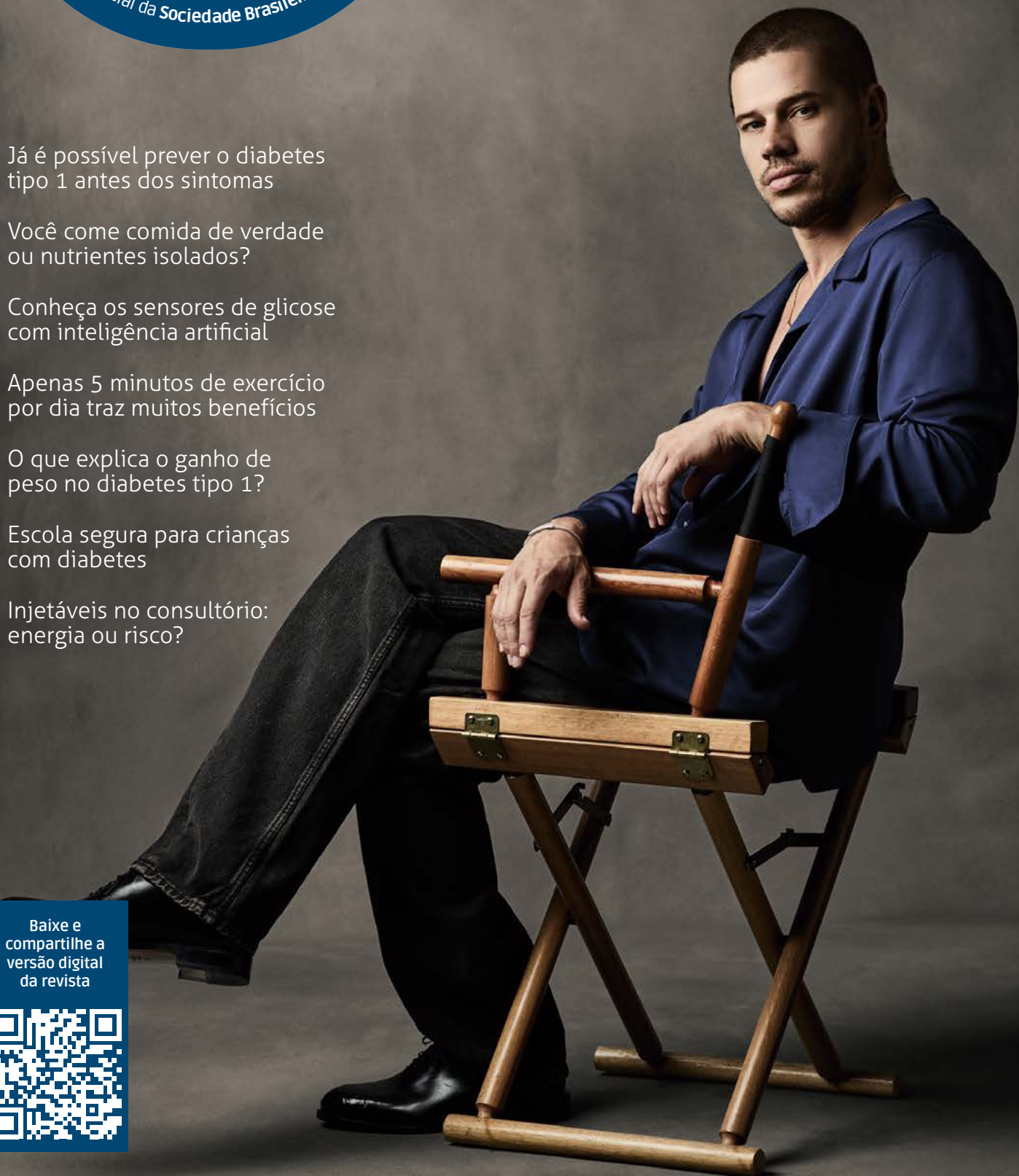
Conheça os sensores de glicose com inteligência artificial

Apenas 5 minutos de exercício por dia traz muitos benefícios

O que explica o ganho de peso no diabetes tipo 1?

Escola segura para crianças com diabetes

Injetáveis no consultório: energia ou risco?



Baixe e compartilhe a versão digital da revista





José Loreto e mais
7 milhões de pessoas¹
escolheram os sistemas
FreeStyle Libre



É simples e fácil de usar^{2,3},
sem as rotineiras picadas de dedo⁴
e sem a necessidade de calibração



Leituras precisas³
enviadas a cada minuto^{5,6}
por até 15 dias³



Entenda como a alimentação,
atividade física, medicamentos e
insulina impactam na sua glicose

Isso é evoluir.



Escaneie o QR code ou acesse
FreeStyleLibre.com.br
para saber mais



ADC-130796 v1.0. **1.** Data on file, Abbott Diabetes Care, Inc. Com base no número de usuários em todo o mundo da família FreeStyle Libre de monitores contínuos de glicose (CGMs) em comparação com o número de usuários de outras marcas de referência de CGMs, e com base em vendas de CGMs (em dólares) em comparação com outras marcas de CGMs de referência. **2.** Haak, T. Diabetes Therapy (2017); <https://doi.org/10.1007/s13300-016-0223-6>. **3.** Alva, S. Journal of Diabetes Science and Technology (2025); <https://doi.org/10.1177/19322968251329364>. **4.** O teste de ponta de dedo é necessário se as leituras não corresponderem aos sintomas ou expectativas. **5.** O aplicativo FreeStyle LibreLink só é compatível com determinados dispositivos móveis e sistemas operacionais. Verifique o site para obter mais informações sobre a compatibilidade do dispositivo antes de usar o aplicativo. O uso do FreeStyle LibreLink exige registro no LibreView. **6.** As leituras de glicose são enviadas para seu smartphone unicamente quando os dois se encontram conectados e em proximidade. FreeStyle Libre 2 Plus Sensor – Registro ANVISA: 80146502386. ANATEL: 16869-23-09992. FreeStyle Libre 2 Leitor – Registro ANVISA: 80146502385. ANATEL: 16884-23-09992. FreeStyle LibreLink – Registro ANVISA: 80146502168. LibreView e LibreLinkUp – Notificação ANVISA: 80146502374. A estrutura do sensor, FreeStyle Libre e marcas relacionadas são marcas da Abbott. Abbott FreeStyle Libre SAC: 0800 703 0128.



Expediente

Publicação oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)
Gestão 2026-2027
Presidente: Dr. João Eduardo Nunes Salles
Edição 11, Volume 01, Ano 05, 2026

REALIZAÇÃO

Dep. de Educação e Campanhas da SBD

Coordenador Geral: Fernando Valente

Administração: Joyce Moura

Projeto Editorial: Momento Saúde Editora

Editora-chefe: Letícia Martins

Projeto Gráfico: NewHaus Com&Mkt

Diretor de Arte: Renata Cortez

Revisora de Texto: Priscila Horvat

Foto da Capa: Maurício Nahas

Comercialização e Divulgação: SBD

Conselho Editorial:

André Vianna, Beatriz Scher, Débora Aligieri, Deise Regina Baptista, Denise Reis Franco, Dhiãnah Santini, Fernando Valente, Luciana Oncken, Lyvia Melo, Marlice Marques, Martha Amodio, Sonia de Castilho e Valéria de Cássia Sparapani.

Colaboradoras desta edição:

Juliana de Paula Peixoto e Solange Travassos.

Data de fechamento: 17 de abril de 2026

DIABETESmagazine® é uma publicação oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), produzida pela Momento Saúde Editora, distribuída gratuitamente na versão impressa aos seus sócios e disponível na internet para toda a sociedade. É permitido citar e reproduzir seu conteúdo desde que sejam dados os devidos créditos ao(s) autor(es) e à DIABETESmagazine.

A SBD e a Momento Saúde Editora não se responsabilizam pelas informações contidas em artigos assinados, cabendo aos autores total responsabilidade por elas.

Fale com a SBD:

(11) 3842-4931

administrativo@diabetes.org.br

www.diabetes.org.br

Rua Afonso Braz, 579, Salas 72/74, Vila Nova Conceição,

CEP: 04511-011, São Paulo, SP

Fale com a Editora:

Momento Saúde Digital & Content Editora Ltda.

CNPJ 22.608.898/0001-18

leticia@momentosaudeeditora.com.br

www.momentosaudeeditora.com.br



Wellington Feitosa

Palavra do Presidente

Cuidar antes

Neste meu primeiro editorial à frente da Sociedade Brasileira de Diabetes, inicio reconhecendo a importante gestão do Dr. Ruy Lyra, que fortaleceu de forma consistente a agenda de educação em diabetes no País, e agradeço a toda diretoria que confiou no meu trabalho. Darei continuidade a ele com uma convicção: não há como avançar no cuidado em diabetes no Brasil sem investir na educação dos profissionais de saúde.

Por isso, nosso principal movimento está centrado na qualificação de médicos e equipes multidisciplinares do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de garantir uma abordagem mais preparada e resolutiva para as pessoas com diabetes em todo o País. Esse é um trabalho que estamos estruturando em parceria com o Ministério da Saúde e que precisa chegar à ponta, onde as decisões são tomadas diariamente.

E a DIABETESmagazine faz parte deste projeto. Nesta edição, destaco dois temas centrais. O primeiro é o crescimento da obesidade entre pessoas com diabetes tipo 1 (DM1), uma realidade que impacta diretamente o tratamento. Em um País com uma das maiores populações de DM1 no mundo, o excesso de peso impõe desafios importantes, como maior necessidade de insulina e aumento do risco cardiovascular.

O segundo é uma mudança de paradigma: a possibilidade de identificar o diabetes tipo 1 antes dos sintomas. Com terapias capazes de retardar sua progressão, a pergunta é direta: onde estão essas pessoas? A resposta está no rastreamento, e é essa a jornada que começamos a estruturar.

Acredito que estamos no caminho certo: qualificar o cuidado, enfrentar novos desafios e antecipar o diagnóstico sempre que possível.

Dr. João Salles

Presidente da SBD

Destaques

- 05 **Vitrine SBD**
Cerimônia de posse da nova diretoria
- 06 **Prevenção**
Injetáveis no consultório: energia ou risco?
- 08 **Doce História**
Ilana Cairo: a jornada de uma mãe-pâncreas
- 10 **Direitos e Deveres**
O longo caminho das insulinas análogas no SUS
- 12 **Tratamento**
Os desafios da obesidade no diabetes tipo 1
- 15 **DM1**
Já é possível rastrear o diabetes tipo 1
- 18 **Capa**
Ator José Loreto fala sobre o diagnóstico e o tratamento do diabetes tipo 1
- 22 **Rede de Apoio**
Quando o ambiente escolar se torna aliado da família
- 24 **Conectando**
Diabetes na escola: como garantir segurança e acolhimento
- 26 **Em Movimento**
Só 5 minutos de exercício podem prolongar sua vida
- 29 **Nutrição**
Você come comida de verdade ou nutrientes isolados?
- 32 **Tecnologias**
Como funcionam os sensores de glicose com inteligência artificial

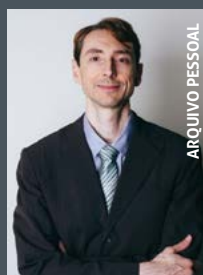
Complete sua coleção!

Baixe grátis as edições digitais anteriores ou compre a versão impressa:

diabetes.org.br/diabetesmagazine/

QR code

Editorial



Juntos, em cada momento

Abraço com muita alegria e senso de responsabilidade a coordenação da **DIABETESmagazine**, que chega à sua 11ª edição como um importante canal de educação em diabetes no Brasil. Agradeço à diretoria da Sociedade Brasileira de Diabetes pela confiança e a recebo com o compromisso de dar continuidade a um trabalho construído com dedicação por quem me antecedeu, os colegas médicos Dhiānah Santini e André Vianna.

Mais do que dar sequência, desejo somar. A revista **DIABETESmagazine** é, antes de tudo, um projeto coletivo. Seguimos com um time engajado, dedicado e multidisciplinar, que reúne profissionais de diferentes áreas da saúde e, principalmente, pessoas que vivem o diabetes na prática, todos os dias. É essa diversidade de olhares que fortalece a revista e a torna mais próxima da vida real.

Nesta edição, damos as boas-vindas à enfermeira Valéria Sparapani, que estreia na seção Conectando trazendo um tema essencial — como transformar as escolas em ambientes mais seguros e acolhedores para crianças com diabetes. Falar sobre isso é falar de futuro, de autonomia e de cuidado compartilhado.

Na capa, a escolha do ator e influenciador José Loreto, que convive com o diabetes tipo 1 desde a adolescência e construiu uma trajetória marcada por conquistas, não é aleatória. A história deste artista nos lembra de algo fundamental: o diabetes pode fazer parte da vida, mas não precisa limitar sonhos, caminhos ou possibilidades.

A **DIABETESmagazine** já se consolidou como um verdadeiro manual de vida. Mas queremos ir além. Queremos ser companhia, apoio e inspiração para você e sua família. Seguimos juntos.

Boa leitura!

Dr. Fernando Valente | @drfernandovalente
Coordenador geral da DIABETESmagazine



SBD tem nova diretoria

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) empossou, no dia 30 de janeiro, em São Paulo, a nova diretoria que conduzirá a entidade no biênio 2026–2027.

O endocrinologista Dr. João Eduardo Nunes Salles, de 54 anos, assumiu a presidência da SBD em cerimônia que reuniu ex-presidentes, diretores e coordenadores dos departamentos da instituição, além de representantes do Ministério da Saúde, associações de apoio a pessoas com diabetes, sociedades médicas, indústria farmacêutica, familiares e amigos. A solenidade foi marcada por discursos que reforçaram a importância da educação em saúde como estratégia para ampliar o cuidado às pessoas com diabetes. “A educação que acolhe o letramento em saúde é fundamental para as pessoas, os médicos e, principalmente, para a equipe multidisciplinar envolvida no tratamento do diabetes”, afirmou o novo presidente da SBD.

Nascido em Lorena (SP), o Dr. João Salles possui graduação em Medicina pela Universidade de Vassouras (1995) e doutorado em Medicina (Endocrinologia Clínica) pela Universidade Federal de São Paulo (2006). É professor adjunto da

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, diretor do Departamento de Medicina da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, diretor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e secretário-geral da Federação Latino-Americana de Obesidade (Flaso).

Atua principalmente com diabetes tipo 1 e tipo 2, diabetes do idoso, obesidade, lipodistrofias, cirurgia bariátrica, doenças que envolvam DNA mitocondrial e relação de obesidade e diabetes tipo 2 com perda cognitiva. ■

O lema da nova gestão é “educação que acolhe”.

Conheça todos os membros da diretoria SBD gestão 2026-2027.



Dr. João Salles, presidente da SBD (2026-2027)



Nova diretoria da SBD



Atual presidente e ex-presidentes da SBD



Injetáveis no consultório

Entenda quando e por que promessas de energia imediata podem mascarar doenças e trazer riscos à saúde.



Por **Dra. Juliana de Paula Peixoto** | @drajuliana.endocrino

Endocrinologista e membro da Diretoria do Departamento de Exercício e Esporte da SBD

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Enttrar em uma clínica, receber um “soro de vitaminas” e sair com a promessa de mais energia tem se tornado uma cena cada vez mais comum. Nas redes sociais e em campanhas de marketing, aplicações injetáveis são frequentemente apresentadas como solução rápida para cansaço, baixa imunidade ou falta de disposição. O que muitos pacientes não sabem é que, sem diagnóstico adequado e avaliação clínica criteriosa, esse tipo de prática pode trazer riscos importantes à saúde.

Nem todo cansaço significa falta de vitaminas. Fadiga pode ter múltiplas causas, como estresse, privação de sono, alimentação inadequada, doenças da tireoide, anemia ou até alterações emocionais. Quando não há investigação adequada, existe o risco de tratar apenas o sintoma e deixar passar despercebida a verdadeira origem do problema.

Quando o uso injetável é realmente necessário

Na medicina baseada em evidências, existem situações bem definidas em que a administração de medicamentos ou nutrientes por via injetável é necessária. Isso ocorre, por exemplo, na reposição de vitamina B12 em pessoas com deficiência comprovada, na administração de ferro venoso em determinados tipos de anemia ou em situações clínicas em que o organismo não consegue absorver adequadamente nutrientes pela via oral. Nesses casos há diagnóstico estabelecido, justificativa terapêutica bem definida e acompanhamento laboratorial.

A preocupação surge quando aplicações passam a ser oferecidas como resposta

rápida para sintomas inespecíficos, como cansaço, estresse ou falta de disposição. No consultório não é raro ouvir relatos de pessoas que dizem ter recebido “um soro de vitaminas” ou “uma aplicação para energia”, mas que não sabem exatamente quais substâncias foram administradas nem em que dose.

Esse tipo de prática ganhou popularidade impulsionada pelas redes sociais e por clínicas que associam o procedimento a conceitos de performance, estética ou medicina integrativa. A via intravenosa permite absorção rápida, mas isso não significa que seja necessária quando não existe deficiência nutricional comprovada.

Quando o excesso vira problema

Existe um mito bastante difundido de que vitaminas são sempre seguras. Na realidade, o excesso também pode causar problemas relevantes. Dependendo da substância e da dose utilizada, podem ocorrer alterações hepáticas, sobrecarga renal, distúrbios



cardiovasculares e alterações neurológicas. Em alguns casos, os sintomas iniciais são pouco específicos, como náuseas, fraqueza e mal-estar geral.

Recentemente acompanhei um caso que ilustra bem essa situação. Uma paciente foi encaminhada ao consultório após apresentar náuseas intensas, perda de apetite e sensação persistente de fraqueza. Os sintomas começaram algumas semanas depois de ela ter recebido aplicações injetáveis em uma clínica com a promessa de melhorar a disposição e fortalecer a imunidade.

Durante a avaliação, identificamos níveis extremamente elevados de vitamina D no sangue. O diagnóstico foi de intoxicação por vitamina D, condição que pode levar ao aumento perigoso do cálcio no organismo e provocar complicações renais e cardiovasculares. A paciente não soube informar qual dose havia recebido nem quantas aplicações tinham sido realizadas. Situações como essa não são frequentes, mas ilustram um problema crescente: o uso de substâncias potencialmente ativas sem avaliação clínica adequada e sem monitoramento laboratorial.

Peptídeos de longevidade?

Outro termo que tem aparecido com frequência nesse contexto são os chamados peptídeos de longevidade. Essas substâncias correspondem a pequenas cadeias de aminoácidos que, em estudos experimentais, podem atuar em processos celulares relacionados ao envelhecimento.

Apesar do interesse científico, a maioria desses compostos ainda não possui evidência clínica robusta de eficácia e segurança para uso rotineiro em humanos. Mesmo assim, alguns deles têm sido divulgados como terapias inovadoras ou revolucionárias, muitas vezes antes de passarem por estudos clínicos adequados.

O alerta das sociedades médicas

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) têm se posicionado de forma clara sobre esse tema. As entidades alertam que suplementações hormonais ou vitamínicas devem ser indicadas apenas quando existe diagnóstico bem estabeleci-

do e benefício comprovado. O uso indiscriminado de substâncias, especialmente em doses elevadas ou por via injetável, pode expor pacientes a riscos desnecessários.

Em outras palavras, o princípio fundamental da boa prática médica permanece o mesmo: primeiro compreender o problema, depois escolher o tratamento mais seguro e eficaz.

Informação continua sendo a melhor prevenção

Aplicações injetáveis fazem parte histórica da medicina e, quando bem indicadas, podem ser essenciais para o tratamento de diversas condições. O problema não está na via de administração, mas no uso motivado mais por modismo ou marketing do que por necessidade clínica.

Quando o assunto é saúde e prevenção de doenças crônicas, não existem soluções rápidas. Alimentação equilibrada, atividade física regular, sono adequado e acompanhamento médico continuam sendo as estratégias com maior evidência científica para promover bem-estar e qualidade de vida ao longo do tempo.

Antes de aceitar esse tipo de aplicação, questione o médico:

- Qual substância será aplicada e em qual dose?;
- Qual diagnóstico justificou a indicação do procedimento?;
- Quais exames foram realizados antes da aplicação?;
- Quais efeitos adversos podem ocorrer e como será feito o acompanhamento?

Quando essas respostas não são apresentadas com clareza, vale buscar uma segunda opinião médica. Em saúde, o que protege o paciente não é a novidade do tratamento, mas a segurança da indicação.

Atenção:

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do artigo 68 da Resolução CFM nº 2.217/2018), médicos não têm autorização para vender ou comercializar medicamentos de qualquer natureza dentro do consultório, sejam eles manipulados ou industrializados, injetáveis ou orais. O paciente pode adquirir o medicamento em uma farmácia devidamente credenciada e, se necessário, levá-lo ao consultório para que o médico realize a aplicação. Nesse caso, quem realiza a venda é a farmácia, não o profissional de saúde. ■



Quando não há investigação adequada, existe o risco de tratar apenas o sintoma e deixar passar a verdadeira origem do problema.



Descontruir-se para reconstruir

A jornada de uma mãe entre a lógica cartesiana e a imprevisibilidade da vida.



Por **Luciana Oncken** | @vivercomdiabetes_lu

Jornalista, contadora de histórias, autora do blog Viver com Diabetes e tem diabetes MODY

FOTO: LEANDRO GODOI

“É apenas uma virose”, diziam no hospital de Rio Grande (RS) à engenheira sanitária Ilana Cairo sobre o estado do filho Apolo, de apenas 7 anos. O ano era 2017 e, após horas de uma espera angustiante em que o diagnóstico equivocado mascarava a gravidade da situação, Ilana pesquisava freneticamente o que significava a sigla DM1, condição por fim diagnosticada. “A única informação processada pela minha mente foi que meu caçula precisaria de insulina contínua calculada pelo peso”, relembra – uma equação aparentemente lógica que logo se revelaria uma variável quase impossível de isolar.

A vida de Ilana até ali seguia a precisão das equações. Nascida em Salvador, formada na Universidade Federal da Bahia (UFBA), com mestrado em Engenharia com foco em Resíduos e Logística Reversa pela Unisinos, no Rio Grande do Sul, ela construiu uma história em movimento, acompanhando as transferências de trabalho do marido, o também engenheiro sanitário Alexandre Castilho Flores, com quem tem dois filhos: Apolo, hoje com 16 anos, e Aslan, de 17 anos. A família desbravou o País, morando na Bahia, no Rio Grande do Sul, no Piauí e no Pará.

Tempos antes da internação do caçula, Ilana começou a observar sinais em Apolo de que algo não ia bem: aparecimento de formigas no banheiro, emagrecimento rápido e o aviso da professora de que o

menino fugia da sala de aula para passear e beber água.

Os sintomas foram minimizados pela pediatra e o diagnóstico veio de forma traumática. Foram cinco horas de espera na emergência do hospital, com tentativas frustradas de encontrar a veia, o que acabou poupando o filho de receber um soro glicosado. O quadro se deteriorou. Uma profissional, que Ilana chama “enfermeira-anjo”, notou os sintomas característicos de diabetes tipo 1 (DM1) e exigiu a medição da glicemia. “O aparelho já marcava ‘HI’ (que significa nível altíssimo). Foi sorte ele não ter recebido o soro glicosado”, relata emocionada.



ARQUIVO PESSOAL



Ilana Cairo: “A nutrição iria responder perguntas profundas dos meus questionamentos das madrugadas”.

Com o diagnóstico claro, aplicaram insulina e ele foi levado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nessa mesma internação, uma nutricionista teve papel fundamental. Foi através dela que eles ouviram sobre a contagem de carboidratos pela primeira vez.

Nutricionista em construção

A volta para casa inaugurou a maior desconstrução da jornada de Ilana. “Como engenheira, dosificar unidades de insulina parecia lógico”, analisa, mas foi um desafio entender que a biologia recusa a exatidão e que a saúde é multifatorial.

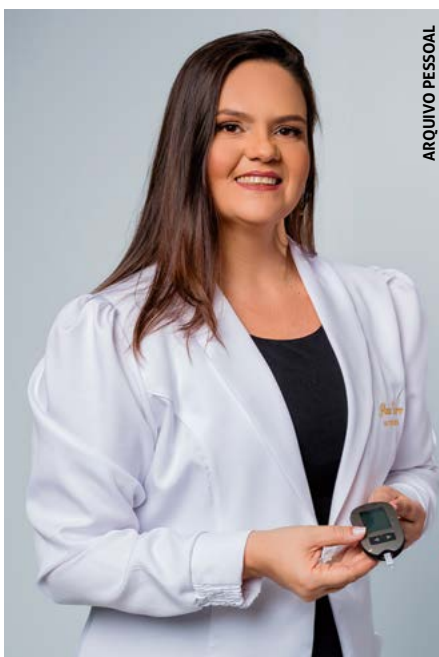
Essa complexidade matemática se refletia na vida toda de Apolo, como nos esportes, exigindo que a mãe estudasse o tempo de ação da insulina e os picos glicêmicos para cada nova atividade física de Apolo. Além disso, a vida nômade da família e o fascínio pela culinária regional exigiam adaptações constantes, despertando nela a curiosidade de como calcular a quantidade de carboidratos de cada prato local para os manuais de DM1.

A necessidade de respostas fez a engenheira questionar as cartilhas fixas: “Eu não aceitava que a contagem de carboidratos fosse engessada em uma unidade padrão, já que o metabolismo é rigorosamente individual. A nutrição iria responder perguntas profundas dos meus questionamentos das madrugadas”, afirma Ilana, que passava noites catalogando livros. Após tanto ser questionada se era profissional de saúde ou “somente mãe”, ela decidiu readaptar seus sonhos: matriculou-se em um curso de Nutrição em Teresina (PI) e o concluiu em Belém (PA).

Construindo pontes

Atravessando o Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Brasil, Ilana transformou o choque do diagnóstico em militância. “Furei a bolha e percebi que ter plano de saúde não bastava, passei a exigir negativas formais de medicações na Farmácia Popular para registrar a demanda e poder acionar o Ministério Público do Piauí por insumos”, conta.

Sua voz também foi crucial para garantir tempo extra no Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) para estudantes com DM1. Dentro de casa, o empoderamento e o equilíbrio se tornaram a regra. Apolo tem



Como mãe-pâncreas, Ilana conheceu a realidade do sistema público de saúde de quatro estados brasileiros.

total autonomia sobre seu corpo, aplicando insulina publicamente em qualquer lugar, sob o lema familiar de que “pode tudo, mas nem tudo convém”.

Atualmente de volta à capital paraense, a engenheira e agora nutricionista soma mais de 3.800 atendimentos, destacando-se pela escuta ativa e humanizada para acolher mães e famílias assustadas com o diagnóstico do diabetes. Seu maior papel é evitar traumas e provar que o DM1 não precisa roubar a leveza do lar.

Apesar do novo jaleco, a antiga profissão continua sendo seu grande alicerce. A mente cartesiana tornou-se sua principal ferramenta analítica na nutrição, aplicando métodos exatos – como pedir que o paciente padronize um alimento por dias para excluir variáveis – a fim de desvendar alterações glicêmicas aparentemente inexplicáveis. “Isolar poucos fatores ajuda a entender melhor aquela pessoa”, avalia.

Com os olhos voltados para o futuro, seu próximo passo acadêmico é uma pesquisa inovadora que une a logística reversa à geração de resíduos perfurocortantes, como agulhas e lancetas, no tratamento domiciliar. A travessia de Ilana prova que, quando as equações exatas falham, a saída é abraçar a complexidade, transcendendo o raciocínio imediatista e reconhecendo que, muitas vezes, tudo é um grande “depende”. ■

Insulinas análogas no SUS

Entenda o longo caminho percorrido para que este benefício chegue à população.



Por **Débora Aligieri** | @debora_aligieri

Advogada e ativista, mestra em Saúde Pública. Membro do Dep. de Saúde Pública, Epidemiologia, Economia em Saúde e Advocacy da SBD. Tem diabetes tipo 1 desde 1986

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

O acesso à saúde não se resume à entrega de um frasco de medicamento, mas se concretiza na garantia de uma vida com dignidade, segurança e redução de episódios críticos. Na coluna desta edição, mergulhamos em um tema que é promessa antiga, mas que vive um momento decisivo de atualização técnica: a distribuição efetiva das insulinas análogas de ação prolongada no Sistema Único de Saúde (SUS).

Soberania sanitária: a insulina nacional como estratégia

Um ponto central desta atualização é o fortalecimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Em meio a uma crise mundial de acesso e abastecimento de insulina, o Brasil avança no desenvolvimento da insulina nacional. Essa medida não é apenas econômica, mas de soberania sanitária: ao produzir o insumo em solo brasileiro, o País reduz a dependência de

O que mudou e para quem?

Inicialmente, a incorporação desses medicamentos no SUS era restrita ao tratamento de diabetes tipo 1 (DM1). No entanto, após a incorporação também para diabetes tipo 2 (DM2), o Ministério da Saúde iniciou uma transição fundamental para modernizar o tratamento. O grande avanço atual é a efetiva e gradual implementação da distribuição das insulinas análogas de ação prolongada com ampliação do público-alvo, que agora abrange crianças e adolescentes de até 17 anos que vivem com diabetes tipo 1 e idosos com 80 anos ou mais com diabetes tipo 1 ou 2.

A política pública foca em uma parcela da população extremamente vulnerável às complicações da hipoglicemia: os idosos. Embora a prioridade inicial contemple apenas os maiores de 80 anos, há previsão de extensão para pessoas acima de 70 anos.



FREPIK



importações e protege o paciente das flutuações do mercado global. Essa produção interna é a peça-chave para a ampliação real do acesso. Com o domínio tecnológico e a fabricação nacional das insulinas análogas, o SUS ganha sustentabilidade para oferecer o tratamento de forma contínua, reduzindo custos e garantindo que a oferta não seja interrompida por gargalos internacionais.

O projeto piloto: por onde começa a distribuição?

Para assegurar que essa transição seja segura, o Ministério da Saúde iniciou um projeto piloto de distribuição em quatro unidades da federação: Amapá (AP), Paraná (PR), Paraíba (PB) e Distrito Federal (DF). Nessas regiões, a implementação vai servir como modelo para o restante do País, contando com o apoio de especialistas e capacitadores que estão treinando as equipes locais para o correto manejo e dispensação.

Como ter acesso?

Para os leitores que buscam o acesso, o caminho permanece pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). É necessário:

- **Vínculo com o SUS** e enquadramento nos critérios de idade ou quadro clínico (DM1 ou DM2 com alto risco de hipoglicemia);

- **Laudo para Solicitação de Medicamentos Especializados (LME)** devidamente preenchido pelo médico;
- **Prescrição atualizada e exames** que atestem a necessidade da troca da insulina humana pela análoga.

Expectativas e realidade

O início da distribuição no AP, PR, PB e DF é o primeiro passo de uma estratégia maior de universalização. O que se espera não é apenas a entrega do medicamento, mas uma mudança na jornada do paciente: menos medo das hipoglicemias e mais autonomia. O acesso à insulina análoga de ação prolongada pelo SUS é um direito conquistado, mas a sustentabilidade desse direito hoje passa, obrigatoriamente, pela nossa capacidade de produzir saúde dentro de casa.

Referências:

- Ministério da Saúde (fevereiro/2026): "Ministério da Saúde inicia transição de tratamento de diabetes no SUS com ampliação do uso de insulina mais moderna".
- Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – Diabetes Mellitus Tipo 1 e Tipo 2.
- Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde (DECOIT/MS). ■

Produção nacional

Na edição 09, publicamos uma matéria sobre os benefícios da produção de glargina no Brasil. Confira:



Obesidade no diabetes tipo 1

Por que acontece, por que importa e como tratar?



Por Dra. Solange Travassos | @dra.solangetravassos

Doutora em Endocrinologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e coordenadora do Dep. de Saúde Ocular da SBD. Tem diabetes tipo 1 há 40 anos.

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

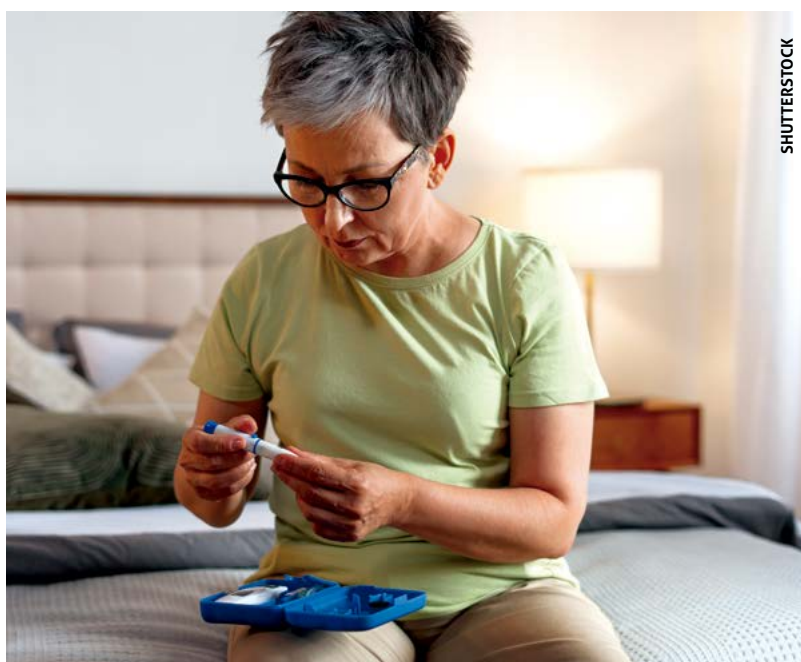
Se você tem diabetes tipo 1 (DM1) e sente que emagrecer é um pouquinho mais complicado, essa percepção faz sentido. A antiga imagem do DM1 como “diabetes de pessoas magras” já não reflete a realidade. Hoje, sobrepeso e obesidade são cada vez mais comuns nessa população e acrescentam complexidade ao tratamento.

A diretriz mais recente da Associação Americana de Diabetes (ADA) destaca que a prevalência de sobrepeso e obesidade no DM1 já se aproxima da observada na população geral. Além disso, reforça que, nesse contexto, a obesidade está associada a maior carga de doença cardiovascular e de complicações microvasculares, como retinopatia e doença renal.

Na prática, a preocupação vai muito além da estética. No DM1, a obesidade (Índice de Massa Corporal – IMC – igual ou maior que 30 kg/m²) passa a ser mais um componente do risco global, somando-se aos desafios já existentes.

Condições frequentemente associadas à obesidade, como hipertensão arterial, dislipidemia, apneia obstrutiva do sono e esteatose hepática, tornam-se mais comuns. Esse acúmulo de fatores amplia o risco cardiovascular e reforça a necessidade de prevenção rigorosa e de um plano terapêutico bem estruturado.

No DM1, o peso é influenciado por fatores comuns à população geral, como genética, ambiente, rotina e estilo de vida, mas também por aspectos próprios da fisiopatologia da doença e do tratamento com insulina. A insulina é indispensável, mas sua reposição não reproduz com perfeição a fisiologia humana.



SHUTTERSTOCK

Como a insulina age

Em pessoas sem diabetes, a insulina liberada pelo pâncreas chega primeiro ao fígado e age controlando a produção de glicose. Já em quem tem diabetes tipo 1, quando a insulina é aplicada no tecido subcutâneo, ela entra na circulação geral e se espalha pelo corpo. Essa diferença faz com que o fígado perca a prioridade e sobre mais insulina para os tecidos periféricos (músculos e gordura), favorecendo a formação de reservas e podendo dificultar o controle do peso em algumas pessoas.

Além disso, quando o controle glicêmico melhora, há menor perda de glicose pela urina. Com isso, o organismo passa a aproveitar mais calorias do que antes. Somam-se a isso as calorias extras usadas no tratamento de episódios de hipoglicemia, que muitas vezes não entram no planejamento alimentar.

Histórico familiar também conta

Outro ponto importante é a história familiar de diabetes tipo 2 (DM2). Esse dado pode indicar maior propensão ao ganho de peso e ao desenvolvimento de resistência à insulina. Estudos em crianças e adolescentes sugerem associação entre história familiar de DM2 e IMC mais elevado já no diagnóstico do DM1. Em adultos, há dados relacionando esse perfil à síndrome metabólica, resistência à insulina e maior risco cardiometabólico. Em termos práticos, isso reforça a importân-

cia de rastreamento mais atento e de intervenção precoce.

Emagrecer no DM1 exige um plano individualizado

Quando a estratégia ignora exercício programado, ajustes de insulina (inclusive no exercício) e as “calorias extras para tratar hipoglicemia”, é comum entrar em um ciclo frustrante: a pessoa começa motivada, come menos e aumenta o exercício, passa a ter mais hipoglicemias, precisa ingerir carboidrato rapidamente para corrigi-las e, no desespero, ingere além da conta, fazendo com que a glicemia oscile e o peso não se mova. Por isso, antes mesmo de reduzir calorias ou aumentar o gasto energético, é fundamental diminuir as hipoglicemias e a variabilidade glicêmica. Estratégias de ajuste de insulina e/ou suplementação de carboidratos são indispensáveis para segurança e otimização dos benefícios da atividade física.

A recomendação da ADA de 2026 reforça a importância de estratégias individualizadas, com metas definidas em conjunto e acompanhamento multidisciplinar estruturado. Programas intensivos eficazes geralmente combinam mudanças alimentares, atividade física e estratégias comportamentais.

Em geral, uma perda de peso de pelo menos 5% já pode trazer benefícios metabólicos, e metas maiores podem oferecer ganhos adicionais quando forem seguras e viáveis.

“

Antes de reduzir calorias ou aumentar o gasto energético, é fundamental diminuir as hipoglicemias e a variabilidade glicêmica.

”



Tratamento

O plano alimentar no DM1 deve ser individualizado e decidido de forma compartilhada entre paciente e equipe, com foco em comida de verdade, qualidade da alimentação e atenção adequada à ingestão de macronutrientes, fibras e água. Diferentes estratégias podem funcionar, desde uma alimentação com quantidade balanceada de carboidratos até abordagens com redução de carboidratos, como dietas low carb, que podem favorecer saciedade e maior previsibilidade glicêmica. Ainda assim, essa não é a melhor opção para todos.

Já restrições muito severas de carboidratos, como na dieta cetogênica, exigem cautela no DM1 pelo maior risco de cetoacidose, especialmente se houver redução excessiva de insulina, uso de análogos de GLP-1 (sigla em inglês para peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1) ou situações que aumentem a necessidade de insulina, como infecções, vômitos, desidratação, estresse importante e omissão de doses de insulina.

Mudanças na prática clínica

A ADA 2026 passou a admitir, em adultos com DM1 e obesidade, as mesmas estratégias de manejo da obesidade utilizadas na população geral, incluindo terapia baseada em GLP-1 e cirurgia metabólica, sempre com decisão compartilhada. Em outras palavras, não se trata de contraindicação absoluta no DM1. Trata-se de uma possibilidade terapêutica que exige individualização, monitorização cuidadosa e maior atenção aos riscos de hipoglicemia e cetose.

Nos estudos ADJUNCT com liraglutida em pessoas com DM1, observou-se redução de peso, porém, às custas de maior frequência de hipoglicemia e aumento de episódios de hiperglicemia com cetose. Por esse motivo, o uso dessas terapias exige acompanhamento próximo, orientação sobre ingestão mínima de carboidratos, monitorização de cetonas e regras claras para situações especiais, como dias de doença e necessidade de ajuste de insulina.

Na prática, durante o processo de emagrecimento, geralmente é necessário reduzir progressivamente a dose de insulina, além de rever a relação insulina-carboidrato e o fator de sensibilidade para evitar hipoglicemia. Ao mesmo tempo, é preciso evitar reduções excessivas da insulina basal, que podem fa-

vorecer cetose.

A própria ADA também sinaliza que, em pessoas que usam sistemas automatizados de infusão de insulina, as configurações devem ser revisadas periodicamente para reduzir hipoglicemia e evitar suspensões prolongadas de insulina que podem promover cetose significativa.

Outro ponto de atenção é que agonistas de GLP-1 e agonistas duais GLP-1/GIP podem retardar o esvaziamento gástrico. Com isso, a resposta ao tratamento da hipoglicemia pode ficar mais lenta. É importante que sejam usados carboidratos de ação rápida e previsível, como comprimidos ou gel de glicose, açúcar e bebidas açucaradas, em dose padronizada, com checagem da glicemia.

Cirurgia bariátrica ou metabólica

Esse tipo de tratamento também pode ser considerado em casos selecionados, mas tal decisão é altamente individualizada. No DM1, existem riscos específicos que precisam ser discutidos de forma transparente, como maior risco de cetoacidose no período perioperatório, além de hipoglicemia e desafios nutricionais, incluindo a síndrome de dumping. Por isso, a seleção dos casos deve ser criteriosa, e o aconselhamento pré-operatório precisa ser amplo e cuidadoso.

Em resumo, o tratamento da obesidade no DM1 é possível e necessário, mas exige estratégia individualizada, monitorização próxima e uma equipe preparada para equilibrar perda de peso, segurança e controle glicêmico. ■



Estudos em crianças e adolescentes sugerem associação entre história familiar de DM2 e IMC mais elevado já no diagnóstico do DM1.



SHUTTERSTOCK

Antes do diagnóstico

Exames já conseguem prever o diabetes tipo 1 antes dos sintomas e novas terapias começam a mudar essa história.

Por **Dra. Denise Reis Franco** | @denisefrancoendo 

Endocrinologista, membro do Dep. de Saúde Digital da SBD e pesquisadora do Centro de Pesquisas Clínicas (CPCLin-DASA)



Por **Beatriz Scher** | @biabetica  

Biomédica, coordenadora de pesquisa, fundadora da Biabética e membro do Dep. de Diabetes Tipo 1 no Adulto da SBD. Tem DM1 há 25 anos

FOTOS: ARQUIVO PESSOAL

E se fosse possível saber que você, ou alguém da sua família, pode desenvolver diabetes tipo 1 anos antes do primeiro sintoma? Você faria o teste?

Até poucos anos atrás, a maioria das pessoas responderia que não. Mesmo que fosse possível descobrir o risco antes do diagnóstico, não havia muito o que fazer nem como intervir. O principal benefício era tentar evitar que a pessoa chegasse ao diagnóstico em um quadro grave de cetoacidose diabética, uma complicação perigosa causada pela falta de insulina no corpo.

Esse cenário começou a mudar. Avanços nas pesquisas e o desenvolvimento de novas terapias imunológicas abriram um novo capítulo no cuidado com o diabetes tipo 1. Com isso, o rastreamento da doença antes do aparecimento dos sintomas passou a ser cada vez mais importante.

O que é o rastreamento do diabetes tipo 1?

O diabetes tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune. Isso significa que o próprio sistema imunológico passa a atacar as células beta do pâncreas, responsáveis por produzir insulina. Mas esse processo não acontece de um dia para o outro. Na verdade, ele pode levar meses ou anos até que a destruição das células produtoras de insulina seja suficiente para causar sintomas.

Durante esse período silencioso, o organismo começa a produzir autoanticorpos específicos para DM1, que são: Anti-GAD, Anti-IA2, Anti-insulina, Anti-ZnT8 e ICA (anticorpos anti-ilhotas pancreáticas).

A presença desses anticorpos pode ser identificada por um simples exame de sangue. Quando dois ou mais autoanticorpos estão presentes, o risco de desenvolver diabetes tipo 1 ao longo da vida é extremamente alto. Por isso, identificar esses marcadores antes dos sintomas ajuda a acompanhar a evolução da doença e preparar a família para o diagnóstico. E, atualmente, podemos intervir ao participar de estudos clínicos e com medicação que pode retardar a evolução clínica da doença.

“

O rastreamento não impede o desenvolvimento da doença, mas pode oferecer algo extremamente valioso: tempo.

”

>



Quais são os estágios do DM1?

No momento do diagnóstico, geralmente o diabetes tipo 1 já está no estágio 3 da doença. No quadro abaixo, apresentamos os estágios do DM1:

ESTÁGIO 1	ESTÁGIO 2	ESTÁGIO 3	ESTÁGIO 4
Nesta fase, a pessoa apresenta dois ou mais autoanticorpos positivos, mas os níveis de glicose no sangue ainda estão normais e não existem sintomas.	Os autoanticorpos continuam presentes e começam a aparecer alterações discretas da glicose no sangue. Ainda não há sintomas claros, mas já existem sinais de que as células produtoras de insulina estão sendo afetadas.	É o estágio clínico do diabetes tipo 1. Nessa fase surgem os sintomas clássicos, como: <ul style="list-style-type: none">• sede excessiva;• aumento da frequência urinária;• perda de peso;• cansaço;• desidratação. Quando o diagnóstico acontece nesta fase, muitas vezes a pessoa já perdeu cerca de 70 a 80% da função das células beta , o que torna o uso de insulina necessário.	Nesta fase, a pessoa já tem diabetes diagnosticado há algum tempo e já está em uso de insulina basal e prandial.

Apesar da presença de autoanticorpos indicar um risco alto de desenvolvimento do diabetes, pode levar um tempo até o aparecimento dos sintomas.

O tempo pode variar bastante e depende de diversos fatores, sendo a idade e a quantidade de autoanticorpos os principais. Quanto menor a idade da pessoa, mais rápida tende a ser a destruição das células beta.

Além disso, familiares de primeiro grau de pessoas com diabetes tipo 1 apresentam um risco cerca de 15 vezes maior de desenvolver autoanticorpos e evoluir para a doença em comparação com quem não tem histórico familiar. Por esse motivo, esse grupo é considerado prioritário nas campanhas de rastreamento de DM1 em todo o mundo.

Benefícios do rastreamento

Um dos principais benefícios do rastreamento é reduzir o risco de cetoacidose diabética no momento do diagnóstico, uma complicação aguda do diabetes caracterizada por três alterações principais:

- Glicemia elevada;
- Produção elevada de corpos cetônicos;
- Acidose metabólica.

A cetoacidose ocorre quando há falta de insulina. Sem insulina suficiente, a glicose não consegue entrar nas células. O organismo

interpreta isso como falta de energia e atira a quebra de gordura, processo chamado lipólise.

O fígado transforma esses ácidos graxos em corpos cetônicos. Em excesso, eles se acumulam no sangue e reduzem o pH, levando à acidose.

Além disso, a hiperglicemia causa aumento da urina com perda de água e eletrólitos como sódio e potássio, levando à desidratação importante.

Esse quadro de desidratação grave pode até comprometer a vida se não for tratado rapidamente. Infelizmente, em muitos países, inclusive no Brasil, uma parcela significativa das crianças e adolescentes recebe o diagnóstico de DM1 já em fase de cetoacidose.

O que já existe de tratamento no mundo?

Nos últimos anos, pesquisadores passaram a estudar medicamentos capazes de modular o sistema imunológico, ou seja, reduzir ou desacelerar o ataque às células beta do pâncreas. Um dos exemplos mais conhecidos é o **teplizumabe**, uma terapia desenvolvida para pessoas que já apresentam autoanticorpos positivos e estão nos estágios iniciais do DM1.

Estudos mostraram que esse medicamento

Filhos e irmãos de pessoas com DM1 têm 15 vezes mais chances de ter autoanticorpos para diabetes.

pode retardar o aparecimento do diabetes clínico por alguns anos, preservando parte das células beta. Embora ainda não seja uma cura, esse tipo de abordagem representa uma mudança importante na forma como passamos a enxergar o diabetes tipo 1: não apenas como uma doença que precisa ser tratada depois do diagnóstico, mas também como uma condição que pode ser acompanhada e, em alguns casos, ter sua progressão atrasada. Recentemente, o teplizumabe recebeu aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para essa finalidade, abrindo caminho para novos estudos e ampliando as possibilidades de acompanhamento e intervenção nas fases iniciais da doença.

Banco de dados nacional

O Brasil também tem avançado nesse cenário de pesquisa. Nos últimos anos, o país começou a participar de iniciativas que buscam identificar o DM1 antes do aparecimento dos sintomas e acompanhar a evolução da doença ao longo do tempo. Um exemplo é o projeto **DM1 Pré Clin**, desenvolvido com o apoio da Sociedade Bra-

sileira de Diabetes (SBD). O objetivo é montar uma base nacional de dados de pessoas com autoanticorpos positivos, permitindo entender melhor como o diabetes tipo 1 se desenvolve na população brasileira.

Pesquisas em andamento no Brasil

No Brasil, também estão em andamento estudos clínicos que buscam mudar a forma como o DM1 evolui desde os primeiros momentos da doença.

O teplizumabe, por exemplo, está sendo estudado em pessoas com DM1 recém-diagnosticado para investigar se a terapia pode ajudar a preservar a produção de insulina por mais tempo. Há outras medicações em estudo para pessoas no estágio 2 da doença, com o objetivo de retardar o aparecimento do diabetes clínico, e também em pessoas recém-diagnosticadas, para verificar se o medicamento pode ajudar a preservar as células beta remanescentes.

Atualmente, diversos centros de pesquisa no Brasil estão recrutando participantes para esses estudos, incluindo pessoas em fase pré-clínica da doença e pacientes com diagnóstico recente, contribuindo para que o País participe ativamente dos avanços científicos nessa área.

Conclusão

Por muitos anos, o diabetes tipo 1 foi visto como uma doença que surgia de forma repentina, quase sem aviso. Hoje sabemos que esse processo começa muito antes dos sintomas aparecerem.

O rastreamento não impede o desenvolvimento da doença, mas pode oferecer algo extremamente valioso: tempo. Tempo para acompanhar, para orientar as famílias, para evitar emergências como a cetoacidose e, cada vez mais, para participar de estudos que buscam mudar o curso natural da doença.

À medida que a ciência avança, descobrir o risco antes dos sintomas deixa de ser apenas uma informação e passa a representar uma oportunidade de cuidado mais precoce, mais seguro e que deixa o paciente mais preparado para o futuro.

Agora, nós perguntamos novamente: e se fosse possível saber que você, ou alguém da sua família, pode desenvolver DM1 anos antes do primeiro sintoma, você faria o teste? ■



Hoje, já é possível intervir com medicamentos capazes de retardar a evolução clínica do DM1.



SHUTTERSTOCK

Banco de dados DM1 pré-clínico

O projeto DM1 Pré Clin, da SBD, busca identificar pessoas com autoanticorpos positivos para diabetes tipo 1 e acompanhar sua evolução ao longo do tempo. O objetivo é entender melhor como a doença se desenvolve na população brasileira e contribuir para pesquisas que possam levar a estratégias de prevenção ou diagnóstico mais precoce.

Saiba mais em:
<https://diabetes.org.br/projeto-dm1/>



Do diagnóstico aos palcos

Sem limites impostos pelo diabetes, ator José Loreto vive fase intensa entre o cinema, o teatro e a TV.



Letícia Martins | @leticiamartinsjornalista  

Jornalista e editora-chefe da DIABETESmagazine

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Em meio a ensaios, apresentações e gravações, José Loreto encontrou espaço na agenda para dar atenção a um público que lhe é muito querido: as pessoas com diabetes. De janeiro a março de 2026, o ator esteve em cartaz no Teatro Renault, em São Paulo, interpretando Max Overseas no musical “Ópera do Malandro”, de Chico Buarque. Em maio, estreou na novela das nove “Quem ama cuida”, escrita por Walcyr Carrasco e dirigida por Amora Mautner, vivendo Yuri, personagem criado especialmente para ele.

O ritmo intenso se estende também ao cinema. Ainda este ano, o ator protagoniza os filmes “Chorão: só os loucos sabem” e “Pecadora”, romance inspirado no best seller de Nana Pauvolih.

Além dos trabalhos em diferentes telas e palcos, Loreto também escreve uma trajetória pessoal marcada pelo convívio com o diabetes tipo 1, descoberto na adolescência.

Nesta entrevista, ele fala sobre os aprendizados ao longo do caminho e como transformou o diagnóstico em inspiração para outras pessoas.

Como foi o seu diagnóstico?

Foi em 1999, quando eu tinha entre 14 e 15 anos. De repente, comecei a sentir muita sede, muita vontade de ir ao banheiro, e então veio o diagnóstico: diabetes. Naquela época, eu não conhecia ninguém com diabetes, era tudo novo para mim. Saber que eu teria que tomar insulina e medir a glicemia diariamente foi um susto. De repente, você precisa equilibrar a glicose no sangue e passa a viver como uma espécie de calculadora que nunca

é exata. Na juventude, eu não queria ser diferente. Acho que isso é natural de qualquer adolescente: a gente quer pertencer e ter coisas em comum com o grupo. Por isso, eu media a glicose e tomava insulina de forma mais escondida. Com o tempo, fui percebendo que isso era uma grande bobagem.



Teve algum momento marcante em relação ao diabetes?

Sim. Eu já estava trabalhando, mas ainda não falava muito sobre o diabetes. Até que um diretor me convidou para um encontro na UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro), onde a esposa dele dava palestras sobre o tema. Ele sugeriu que eu fosse conversar com as pessoas. Lembro de um menino que estava lá com o pai. O pai apontou para mim e disse: “Está vendo esse rapaz da TV? Ele é diabético também”. Com os olhos brilhando, o garotinho me perguntou: “Então eu posso ser grande?”. Naquela hora, fiquei muito mexido. Agachei,

“

Hoje, eu não me limito a nada. Posso entrar em estúdio e ficar 10 horas gravando direto.

”

olhei bem para ele e falei: “Você pode ser o que você quiser”. A partir desse dia, entendi que, sendo uma pessoa pública, eu tinha uma função social de compartilhar informação e dividir minha experiência. Recebo muitas mensagens de pais e mães que usam meu exemplo para conversar com os filhos. Nem sempre consigo dar conta de responder tudo, mas faço o possível.

Existe algum mito sobre o diabetes que ainda te incomoda?

Uma coisa que me incomoda desde sempre é a forma como o diabetes é retratado. Quando você pesquisa na internet, geralmente só aparecem cenários muito negativos: perda de visão, amputações, complicações graves. Quase nunca mostram o outro lado, de que é possível ter qualidade de vida com um bom controle, informação e disciplina. Hoje, posso dizer que me alimento melhor, faço atividade física com regularidade e tenho mais consciência sobre o meu corpo. Talvez, se eu não tivesse diabetes, eu fosse mais desregrado e não teria desenvolvido essa responsabilidade comigo mesmo.

O que é inegociável para você no tratamento?

Para mim, existe uma palavra que resume tudo: equilíbrio. Eu preciso estar em equilíbrio com a minha alimentação, preciso me exercitar e cuidar da minha “fábrica”, que é o meu corpo. Isso, na verdade, deveria ser o básico para qualquer pessoa. Mas o diabetes me obrigou a ter essa consciência de forma muito clara. Então, o inegociável para mim é cuidar da minha saúde. Eu quero envelhecer bem e ter qualidade de vida, independentemente do diabetes.

Como você cuida do diabetes em dias de gravação?

Hoje, eu não me limito a nada. Posso entrar em estúdio e ficar 10 horas gravando direto, sem problema, porque eu me preparo. Levo meus lanches, insulina, glicose. Com a tecnologia, consigo acompanhar minha glicemia em tempo real, o que me dá muito mais controle. Mesmo em rotinas intensas, consigo manter a qualidade de vida. Subo montanhas, mergulho no fundo do mar, pratico esportes e nada disso me impede de ter um bom controle glicêmico. Eu me desenvolvo

melhor como ator, pai e amigo, porque o diabetes me ensinou a me enxergar primeiro, a me cuidar antes de querer abraçar o mundo.

O diabetes já interferiu em alguma decisão profissional sua?

Nunca! Eu já fiz personagens em que precisei emagrecer, outros em que precisei engordar. Em nenhum momento o diabetes foi um impedimento. Pelo contrário. Sempre que alguém questiona — “mas você pode isso?” —, é justamente aí que eu mostro que posso, sim. Eu não vejo o diabetes como um limite. Ele precisa ser meu aliado. Sempre digo que o diabetes não é um bicho de sete cabeças. É muito possível lidar bem com ele. Ou você joga junto, ou você perde o jogo.

Como você vê os avanços da ciência e da medicina?

Qualquer avanço científico no tratamento me deixa muito feliz. Eu vibro, mas com cautela, porque sei que as coisas levam tempo. Ainda assim, é impossível não se animar. A tecnologia mudou completamente o nosso dia a dia. Se eu tivesse que destacar um dos maiores avanços no meu tratamento, seria a medição de glicemia por meio do sensor. Ter esse controle tão preciso impacta diretamente na qualidade de vida e na prevenção de complicações. Eu já uso sensor de glicose há bastante tempo. Ele mostra o gráfico, indica se a glicose está subindo ou descendo, tem alarmes, pode ser conectado ao celular, inclusive no de outras pessoas para suporte, e até me acorda durante a noite, se necessário. Foi um avanço estrondoso no meu tratamento.

O que você diria para uma criança ou adolescente que acabou de receber o diagnóstico?

Eu diria: calma. Com informação e tratamento adequado, a gente chega onde quiser! E digo mais: acho que a gente até fica mais forte. A insulina não dói como as pessoas imaginam. Você se acostuma. A aplicação é subcutânea, com uma agulha de quatro milímetros. É rápido. Com o tempo, vira hábito, como escovar os dentes. Você não acorda pensando “meu Deus, tenho que escovar os dentes”. Você simplesmente vai lá e faz. Com a insulina é a mesma coisa. Eu acordo bem, feliz, alongo, aplico minha insulina e vou viver. É isso, gente. Avante, com saúde! ■

“

O diabetes não é um bicho de sete cabeças. Ou você joga junto, ou você perde o jogo.

”



Crédito das fotos:

Direção e styling: Luis Fiod | **Foto:** Maurício Nahas | **Beleza:** Vlada Safronova | **Produção de moda:** Zeca Ziembik e Zene Sachs | **Produção executiva:** André Bona e Jean Sayeg | **Realização:** VEGA Studios

My FreeStyle

Você já faz parte
do programa de
fidelidade do
FreeStyle Libre?



Sensores que valem pontos:

acumule 100 pontos na compra de um sensor FreeStyle Libre 2 Plus.



Economia no tratamento:

you can save up to R\$899,80¹ on your treatment.



Acumulou, ganhou:

gather 1.200 points and redeem a sensor for free. In one year, you can redeem up to 2 sensors FreeStyle Libre 2 Plus.



PARTICIPAR DO PROGRAMA É FÁCIL!

MyFreeStyle.com.br

Escaneie o QR code ou acesse o site para saber mais sobre o programa.



José Loreto
Ator, DM1 e
usuário do sensor
FreeStyle Libre 2 Plus



Pontos que liberam descontos:

Conquiste vantagens ao atingir pontos e continue acumulando para garantir seu sensor FreeStyle Libre 2 Plus.



ADC-130797 v1.0. **Importante:** Após o cadastro, confirme seu e-mail e verifique se recebeu a mensagem de boas-vindas. O programa MyFreeStyle é válido apenas para compras em lojas físicas, compras online não contabilizam pontos. **1.** Valor do benefício no ano pode variar conforme sua pontuação no programa. Valor de 26 sensores sem desconto comparados com o valor dos sensores com desconto completando dois ciclos de pontuação até o resgate do sensor grátis. Diferença de R\$899,80. FreeStyle Libre 2 Plus Sensor - ANVISA: 80146502386. ANATEL: 16869-23-09992. FreeStyle LibreLink - ANVISA: 80146502168. O sistema FreeStyle Libre 2 inclui o sensor FreeStyle Libre 2 Plus, o leitor FreeStyle Libre 2, os aplicativos FreeStyle LibreLink, LibreLinkUp e o sistema LibreView. A estrutura do sensor, FreeStyle Libre e marcas relacionadas são marcas da Abbott. Abbott FreeStyle: 0800 703 0128.



Escolas-pâncreas

Quando o ambiente escolar se torna um grande aliado da família.



Por **Martha Amodio** | @nutrimarthaamodio  

Nutricionista, membro do Dep. de Educação e Campanhas da SBD e mãe-pâncreas desde 2012

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

E escrever sobre ambiente escolar é uma grande responsabilidade. Confesso que esse tema me deixou um pouco ansiosa. À medida que esta seção cresce e se torna cada vez mais relevante, sinto também o peso — e o privilégio — de dar voz a histórias que realmente importam. Na minha vida pessoal e profissional, vejo diariamente a diferença entre uma pessoa com diabetes que tem rede de apoio e outra que não tem. E isso toca profundamente o meu coração como mãe-pâncreas e nutricionista.

Durante as pesquisas que fiz para escrever esta edição, me deparei com um vídeo do cantor americano Nick Jonas contando sobre a trajetória dele de mais de 20 anos convivendo com diabetes tipo 1 (DM1). Fiquei tão emocionada que venho dividir um trecho da fala dele com você:

“Passei muito tempo perguntando ‘por quê?’. Mas todos nós lidamos com algo em nossas vidas. Eu tive pais, família e amigos incríveis — pessoas que me protegeram em cada fase dessa jornada. Pessoas que ainda fazem parte da minha vida. Meu círculo. E uma das coisas mais importantes que aprendi é que ter pessoas ao seu redor e sentir o apoio de uma comunidade faz toda a diferença”.

Para ele, para mim e para milhares de pessoas que convivem com essa condição, a rede de apoio não é opcional — ela faz parte do tratamento.

Nas escolas, sabemos que existem realidades muito diferentes em nosso País. Contudo, há algo que, infelizmente, ainda se repete: muitas instituições conhecem pouco ou quase nada sobre diabetes.

Por isso, já te convido a ler também a seção Conectando desta edição, na qual a enfermeira Valéria Sparapani traz orientações práticas de como a escola pode se preparar para receber um aluno com diabetes. Porque, no fim das contas, estamos falando de duas coisas essenciais: conhecimento e humanidade.

Empatia e informação

Começo com a história da Grasiela Alexandrina da Silveira, mãe da Geowana Silveira Martins, que foi diagnosticada com DM1 em 2022, aos 20 anos.

Grasiela é professora da rede municipal de ensino de Florianópolis (SC). Dois anos após o diagnóstico da filha, ela se deparou com a mesma situação, mas, dessa vez, com uma aluna de apenas 7 anos. Foi a sua história pessoal que permitiu acolher aquela criança e orientar a escola. Mas sabemos que essa não é a realidade da maioria.



Rede de apoio não é opcional. Ela faz parte do tratamento.



Grasiela Silveira e a filha Geowana: a experiência de ambas ajudou outros pais e alunos com diabetes.

Três sentimentos descritos por Grasiela provavelmente se repetem em muitas equipes escolares diante de um diagnóstico de diabetes: **desespero** por não saber como agir; **desamparo** diante da ausência de treinamento; e **insegurança** pela falta de protocolos claros para lidar com situações que, muitas vezes, envolvem risco imediato.

Tudo isso se torna ainda mais crítico no caso das escolas em período integral, uma realidade cada vez mais comum no Brasil.

Grasiela Silveira e a filha Geowana: a experiência de ambas ajudou outros pais e alunos com diabetes.

Bomba de insulina na escola

Apesar de contextos tão diferentes, a história da Grasiela se conecta com a de Nayára Carmelita Pereira, enfermeira da Fundação Torino, escola particular em Belo Horizonte (MG).

Nayára recebeu sua primeira aluna com diabetes em 2014. Na época, o tratamento envolvia glicosímetro e caneta de insulina. Hoje, a escola acompanha seis alunos com diabetes tipo 1, entre 6 e 13 anos, todos usuários de bomba de insulina.

Quem conhece essa tecnologia sabe: não é apenas um dispositivo, é uma grande responsabilidade. Representar a família em momentos críticos exige preparo, segurança e tomada de decisão. E, por isso, essa responsabilidade não é individual — ela é compartilhada.



Com base em informações fornecidas pelas famílias, a escola estruturou um plano de manejo individualizado que orienta as condutas no ambiente escolar. No início de cada ano, Nayára realiza treinamentos com professores e funcionários que têm contato direto com os alunos, alinhando os cuidados necessários. Além disso, acompanha de perto esses estudantes e mantém comunicação constante com as famílias. “Precisei estudar muito os dispositivos utilizados pelos alunos, e reconheço que o apoio das famílias fez toda a diferença, porque, na prática, tudo é muito diferente da teoria”, afirma Nayára que, junto a uma técnica de enfermagem, é responsável por 1.643 alunos.

A experiência da Fundação Torino traduz algo muito simples e poderoso: juntos, somos mais fortes.

Lição nota 10

Conhecimento, organização, empatia e boa vontade transformam o ambiente, e isso se traduz em algo que não tem preço para uma família: segurança e tranquilidade.

Essas histórias também nos mostram que, para que uma rede de apoio exista, é preciso preparo, mas também conexão. Escola e família não devem caminhar uma pela outra, mas juntas.

Como Grasiela disse de forma tão clara na nossa conversa: “A escola não pode caminhar pela família. Mas pode e deve caminhar com ela”.

O que eu realmente espero com essa seção é que possamos ampliar esse olhar. Que cada um de nós seja agente de mudança dentro da sua realidade. Que possamos levar informação, provocar reflexão e, principalmente, inspirar atitudes. Porque toda criança e todo jovem com diabetes têm direito não apenas à educação, mas a um ambiente seguro, acolhedor e preparado.

E talvez tudo comece assim: com alguém disposto a aprender, a perguntar e a cuidar. ■



Escola e família não devem caminhar uma pela outra, mas juntas.



A enfermeira Nayára Pereira com o aluno Felipe Pieri Castro, de 8 anos: na escola, o cuidado com o diabetes é compartilhado.

Diabetes na escola

Como famílias e equipe escolar podem se preparar para promover a segurança de crianças e adolescentes com diabetes na escola.



Por **Dra. Valéria de Cássia Sparapani** | @valeria_sparapani

Enfermeira, coordenadora do Dep. de Enfermagem da SBD e professora do Dep. de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

O Brasil ocupa o quarto lugar em número de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 no ranking mundial de estimativas da Federação Internacional de Diabetes (IDF). Todos os anos, milhares de alunos com diabetes iniciam sua jornada escolar. Na mochila, além de cadernos e lápis, levam também o monitor de glicemia, caneta de insulina e, idealmente, algumas balas para corrigir hipoglicemia. Já na cabeça, esses alunos têm a expectativa de encontrar novos amigos, professores e incertezas sobre como lidar com o diabetes neste cenário.

Os cuidados realizados em casa, local seguro e rodeado da família, também devem ser feitos na escola, o que, segundo estudos, é vital para evitar complicações futuras. Para muitos pais, o início do ano letivo torna-se um grande desafio: garantir a segurança do filho com relação aos cuidados do diabetes, até que ele retorne para a casa. Essa situação implica aos pais a busca de parceria e orientação de toda equipe escolar, o que demanda muitas idas à escola, reuniões e combinados.

Essa insegurança, porém, não está apenas do lado das famílias, mas também de professores, que se veem com dúvidas, próprias de quem não possui formação para lidar com situações como hipoglicemias ou aplicação de insulina.

Nesse momento, a comunicação empática e clara de pais e também professores irá contribuir para que a escola seja um local seguro e acolhedor. Por isso, apresentamos a seguir algumas informações importantes que podem auxiliar pais, alunos com diabetes, e equipe escolar.

Como falar sobre diabetes com os professores?

É indispensável que o responsável pelos cuidados da criança/adolescente tenha um momento de conversa com o coordenador da escola para explicar que o filho tem diagnóstico de diabetes. Recomenda-se buscar, junto à equipe de saúde, uma carta que informe o diagnóstico da criança/adolescente e traga orientações consideradas importantes para o período em que ele estiver na escola. Cada estudante com diabetes possui particularidades a serem consideradas no ambiente escolar. O ideal é entregar uma cópia desse documento à coordenação da escola e manter outra na mochila do aluno, juntamente com as receitas médicas.

Para ajudar os pais nesta tarefa, a ADJ Diabetes Brasil, em parceria com a IDF, desenvolveu o **"Pacote Educativo para Informar sobre Diabetes nas Escolas"**. Um material aprovado por Sociedades Científicas da área. São quatro módulos com informações para a equipe escolar, familiares de alunos com diabetes, alunos e familiares de alunos. Além disso, oito vídeos curtos, apresentados pelo personagem Tomás, abordam temas como hipoglicemia, atividade física, "kit diabetes" e insulinização. Este material está disponível online, na página da SBD, e pode ser compartilhado com os professores.

Ainda, o programa "Diabetes nas Escolas", da Santa Casa de Belo Horizonte (MG), também disponibiliza a cartilha **"Diabetes na Escola: Entenda as Leis sobre o Tema"**, que apresenta os direitos e deveres das instituições de ensino e os direitos dos alunos com diabetes. Embora ainda não



exista uma política pública nacional sobre isso, estados e municípios vêm discutindo e criando regulamentações próprias. Por isso, é importante que responsáveis busquem informações sobre a legislação vigente em seu estado ou cidade.

Rede de apoio

A rede de apoio de uma criança/adolescente com diabetes pode ir muito além da coordenação da escola. Professores, funcionários e colegas de classe ao estarem cientes da condição do aluno, podem fazer diferença no seu dia a dia. Por essa razão, é válido incentivar a criança/adolescente a conversar com os amigos sobre o diabetes. Afinal, sentir-se cuidado e compreendido pelas pessoas ao redor fortalece a segurança e o bem-estar. Nem sempre essa conversa é fácil. Há relatos de crianças e adolescentes que sentem vergonha de compartilhar o diagnóstico.

Ainda assim, estudos mostram que, com acolhimento e criatividade, os próprios professores podem ajudar a transformar esse momento em uma oportunidade educativa: como a promoção de atividades nas quais os alunos apresentem ou conversem sobre suas condições de saúde. Condições crônicas, como diabetes, asma ou autismo, podem ser abordadas de forma respeitosa e informativa, estimulando sentimentos de competência, empatia e apoio entre os colegas.

A equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) do bairro onde a escola está localizada também deve ser ponto de suporte para a família e para a instituição de ensino. A APS pode ser acionada tanto pelos pais quanto pelos professores, especialmente em situações que envolvam aplicação de insulina ou eventuais emergências.

Hora do lanche

A alimentação de crianças e adolescentes com diabetes gera muitas dúvidas entre pais e professores. Deve levar lanche de casa? Como agir em dias de festa? Como incluir o aluno nas comemorações escolares?

A SBD disponibiliza gratuitamente no seu site a cartilha "**Desmistificando a alimentação do aluno com diabetes nas escolas**", que pode ajudar a esclarecer essas questões e orientar professores e nutricionistas da instituição. O material

aborda temas como alimentação saudável e alguns mitos, diet versus light, sugestões de lanches, solicitação de merenda especial, recomendações para festas escolares, excursões e situações de urgência, como a hipoglicemia.

Situações de urgência

Alguns sinais de alerta podem indicar urgências em diabetes e devem ser investigados pelos professores em sala de aula ou em qualquer espaço da escola, como a aula de educação física. Alguns dos sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia são:

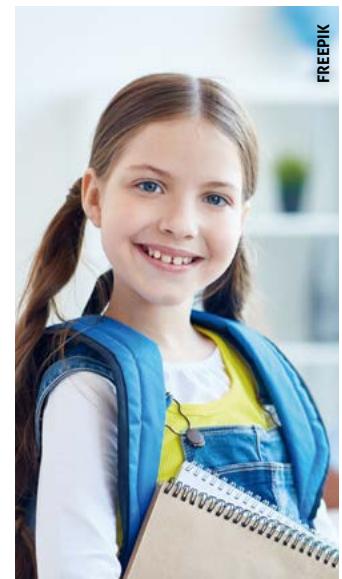
- Sonolência;
- Irritação excessiva ou mudanças repentinas de humor;
- Sede intensa, com pedidos frequentes para beber água;
- Aumento dos pedidos para ir ao banheiro para urinar;
- Cansaço ou falta de ânimo para participar das atividades;
- Suor, palidez ou tremores;
- Náuseas ou vômitos.

Materiais educativos podem ajudar a disseminar essas orientações com mais segurança entre a equipe escolar. Por isso, disponibilizamos QR Codes de acesso aos materiais citados nesta matéria.



Escola informada, criança segura

Estudos destacam que crianças/adolescentes com diabetes podem e devem participar plenamente da vida escolar: participar da educação física, de passeios, festas e atividades como qualquer outro estudante. Para que isso aconteça com segurança, a informação é a principal aliada. Criar pontes entre escola, profissionais de saúde e familiares não é apenas uma medida de cuidado, é também uma forma de garantir que a fase escolar seja vivida com autonomia, segurança e inclusão. ■



O pouco que vale muito

Pesquisa mostra que 5 minutos de exercício por dia podem prolongar a sua vida. E você ainda está no sofá?



Por **Sonia de Castilho** | @castilhos0

Profissional de Educação Física, educadora em diabetes e membro do Dep. de Educação e Campanhas da SBD

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

No início deste ano, um artigo agitou a comunidade científica. Ampla meta-análise publicada na prestigiada revista *The Lancet* mostrou que o acréscimo de míseros 5 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada a vigorosa é capaz de prevenir entre 6% e 10% das mortes por todas as causas. E a diminuição de 30 minutos do tempo sedentário pode reduzir o risco de mortalidade em 3% a 7,3%. A pesquisa reuniu dados de sete coortes da Noruega, Suécia e Estados Unidos, com um total de 40.327 participantes, além de uma análise separada de um grupo de 94.719 indivíduos do Reino Unido (UK Biobank). Os dados foram obtidos por meio de acelerômetros, sensores de movimento presentes em smartwatches, por exemplo, para rastrear a prática de atividade física.

Os autores do artigo (Ulf Ekelund e colaboradores) destacam que, diante da improbabilidade de toda a população do planeta aderir às recomendações preconizadas pelas entidades de saúde, torna-se imprescindível o estabelecimento de metas realistas e alcançáveis, que possam gerar um impacto relevante na saúde da população.

Em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o volume de 30 minutos diários de atividade física como parâmetro de promoção de saúde e prevenção de doenças e mortalidade (meta alterada em 2010 para 150 minutos semanais). Mas a recomendação, por si só, não fez com que as pessoas abandonassem o sedentarismo.

Então, pesquisadores de todo o mundo começaram a investigar quais os benefícios de atividades de menor duração. E pipocaram estudos mostrando vantagem na prática de 15, 10, 7 e agora 5 minutos diários. Nem precisa ser todos os dias: os benefícios surgem até mesmo com atividades em 2 ou 3 dias na semana. Sem contar os *snack exercises*, rápidas sessões de exercícios – de 1 a 5 minutos – praticadas várias vezes durante o dia. Na verdade, esse estudo recente, embora robusto, é apenas mais um no universo de evidências que reafirmam a máxima forjada em 2020 pela própria OMS: cada movimento conta. E mais: cada momento em que você não está parado conta também.

Snacks exercises

Na edição 06, tem uma matéria com dicas de exercícios rápidos para você fazer em casa, no trabalho ou onde estiver! Acesse gratuitamente a revista:



Mas só isso?

Desde 2022, as diretrizes da Associação Americana de Diabetes (ADA) para diabetes tipo 2 recomendam a redução do tempo sedentário e a prática de curtas caminhadas ou exercícios resistidos rápidos a cada 30 minutos de tempo sedentário.

O documento também ressalta que 500 passos a mais por dia trazem redução de 2% a 9% no risco de doença cardiovascular e mortalidade geral, e que caminhar rapidamente de 5 a 6 minutos diários equivale a 4 anos a mais de vida. O principal objetivo de tais investigações e resultados não é mostrar que poucos minutos de atividade são suficientes, mas sim que ser ativo não exige sacrifícios extraordinários. Claro que quanto mais tempo de atividade, segundo as evidências, melhor para a saúde. O próprio estudo, publicado na The Lancet, mostra que aumentar a atividade física de 1 para 11 minutos por dia traz uma impressionante redução de 42% no risco de mortalidade.

As recomendações da OMS, por sua vez, falam em 300 minutos semanais de atividade (equivalentes a 1 hora por dia, 5 dias por semana) para o que chamam de “benefícios à saúde mais substanciais”.

O que conta, na verdade, é levantar da cadeira, seja por alguns minutos, seja a cada hora, para passear com o cachorro, jogar beach tênis com os amigos no final de semana, fazer várias aulas de spinning, uma sessão de pilates ou correr uma maratona. Mais importante do que a intensidade e a modalidade praticada é a constância. O essencial é começar, encontrar uma atividade que traga satisfação (para garantir perseverança) e seguir nela, dentro de sua disponibilidade e disposição. Só não vale permanecer sentado.

Efeito imediato

Que tal uma caminhada logo depois de comer? A glicemia agradece! A atividade física após as refeições pode ser aplicada estrategicamente para tornar o impacto da alimentação na glicose pós-prandial menor e mais lento, assemelhando-se ao comportamento glicêmico de uma pessoa sem diabetes.

Os estudos apontam benefícios a partir de 2 minutos de atividade, com incrementos progressivos para percursos de até 30 minutos. O efeito parece ser mais positivo quando o exercício é feito imediatamente após a refeição (e, certamente, é melhor para a glicemia se mexer depois do que antes de comer).

Essa é uma estratégia particularmente interessante para quem trabalha em escritório, por exemplo: depois do almoço, vale uma volta no quarteirão, um passeio pelo corredor ou até mesmo ir um pouco mais longe para saborear aquele cafezinho.

Daí, além de melhorar o controle do diabetes, você garante vida mais longa!

“

Reduzir apenas 30 minutos do tempo sedentário por dia pode diminuir o risco de morte em até 7,3%.

”



Passos, minutos ou frequência cardíaca?

Existem muitos parâmetros para medir a prática de atividade física. Contar minutos, como o preconizado pela OMS, é o método mais comum e abrangente. Já a contagem de passos surgiu com os pedômetros para facilitar o automonitoramento e se popularizou com os celulares e smartwatches, mas não abarca atividades como natação, bike, ioga ou musculação.

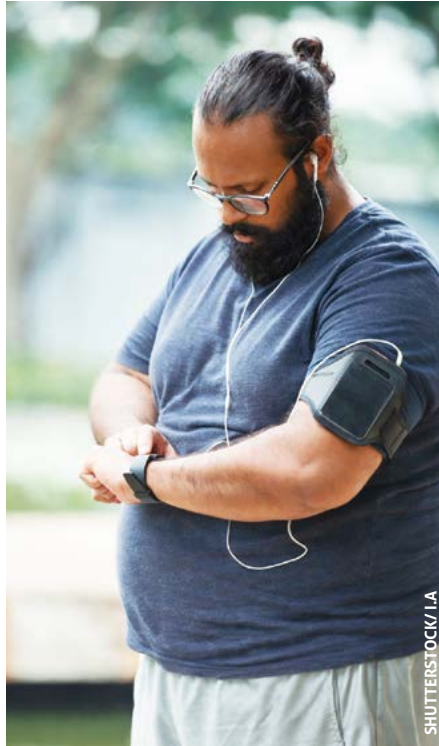
»

Em Movimento

Monitorar a frequência cardíaca, por sua vez, mostra a intensidade da atividade e as zonas de treinamento.

Agora, surge um novo personagem nessa trama, que promete mudar a narrativa. Trata-se do Personal Activity Intelligence (PAI), sistema que tem por base a intensidade do esforço, traduzindo as variações de frequência cardíaca durante o exercício em pontos. O método considera idade, gênero e frequência cardíaca máxima e em repouso.

O indivíduo ganha pontos sempre que o coração bater mais rápido. O objetivo é manter uma pontuação semanal de 100 ou mais. Os pontos são baseados nos últimos 7 dias: a cada dia, os pontos ganhos há uma semana expiram, o que incentiva a constância na atividade física. No fim, todos os métodos contam a mesma história, mas com roteiro diferente. Qual o melhor? O que você preferir e trazer mais incentivo e estímulo para a sua prática.



“Metas pequenas, realistas e possíveis de cumprir podem gerar um impacto significativo na sua saúde.”

Entendendo a ciência

Meta-análise: Método estatístico utilizado para combinar e sintetizar os achados de múltiplos estudos independentes sobre um determinado tema, com o objetivo de obter um resultado médio único ou o mais próximo disso.

Em geral, a meta-análise parte de um processo rigoroso para identificar e selecionar toda a literatura disponível sobre uma pergunta específica (revisão sistemática). Esse tipo de método de pesquisa científica aumenta o poder estatístico da análise, permitindo estimar o efeito de uma intervenção com maior precisão do que em um estudo único.

Coorte: A palavra “coorte” era usada para designar uma unidade do exército romano que marchava em conjunto. Na ciência, o conceito

é o mesmo: um grupo de pessoas que compartilha uma característica (moradores de uma cidade, praticantes de atividade física) e “marcha” junto através do tempo. Diferentemente de outros estudos que olham apenas para um momento específico, como uma “foto”, a coorte permite estabelecer uma linha do tempo, mostrando, por exemplo, se a causa veio antes do efeito.

Nesta matéria, foi citado o seguinte estudo:

Ekelund, Ulf et al. **Deaths potentially averted by small changes in physical activity and sedentary time: an individual participant data meta-analysis of prospective cohort studies.** The Lancet 2026, Volume 407, Issue 10526, 339 – 349. ■

Nutrientes ou comida de verdade?

A alimentação saudável não depende apenas de nutrientes isolados como proteínas, fibras ou vitaminas, mas do conjunto dos alimentos e de como eles são consumidos.



Por **Marlice Marques** | @nutrimarlicemarques

Nutricionista e membro do Dep. de Nutrição da SBD

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Em janeiro de 2026, foi lançada a nova edição do **Guia Alimentar para a População Americana**, atualizando as recomendações nutricionais dos Estados Unidos. Entre as mudanças mais comentadas está a proposta de uma pirâmide alimentar invertida, que prioriza proteínas, gorduras saudáveis, alimentos integrais e redução de carboidratos.

À primeira vista, essas orientações parecem trazer novidades. No entanto, elas precisam ser analisadas com cautela quando observadas a partir da realidade social, cultural e ambiental de dos outros países, como o Brasil. Afinal, ninguém em sã consciência diria que consumir alimentos integrais é pior do que ingerir ultraprocessados ou que nutrientes como proteínas não são importantes para a saúde. O ponto central da discussão é outro: quando o foco se concentra no consumo isolado de nutrientes ou grupos alimentares, corre-se o risco de perder de vista algo essencial — a comida de verdade.

É justamente nesse aspecto que o **Guia Alimentar para a População Brasileira** se destaca e continua sendo a principal referência oficial de alimentação saudável no nosso País, além de ser amplamente reconhecido internacionalmente. Seu grande diferencial está na abordagem baseada na Classificação NOVA, que organiza os alimentos de

acordo com o nível de processamento, em vez de focar apenas em nutrientes isolados.

Classificação NOVA

Categoria	Descrição	Exemplos
In natura	Base da alimentação. Alimentos obtidos diretamente de plantas ou animais com alterações mínimas (limpeza, congelamento, moagem).	Frutas, legumes, verduras, grãos, ovos, leite, arroz etc.
Ingredientes culinários minimamente processados	Substâncias extraídas dos alimentos in natura usados para temperar e cozinhar	Sal, açúcar, óleos e gorduras.
Alimentos processados	Alimentos in natura com adição de sal, açúcar ou óleo fabricados pela indústria para aumentar a durabilidade.	Conservas, queijos e pães artesanais.
Alimentos ultraprocessados	Formulações industriais com pouco ou nenhum alimento inteiro e muitos aditivos, como corantes e aromatizantes. Essa categoria deve ser evitada.	Refrigerantes, macarrão instantâneo, biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, bebidas lácteas, misturas prontas para preparações, entre outros.

O documento brasileiro orienta a promoção da saúde com base em princípios como sustentabilidade, soberania alimentar e o direito humano à alimentação adequada. Por isso, as recomendações nutricionais no Brasil devem permanecer ancoradas no Guia Alimentar para a População Brasileira, que estabelece como base da alimentação os alimentos in natura ou minimamente processados e recomenda evitar o consumo de ultraprocessados.

O guia brasileiro incentiva a valorização da comida de verdade, da culinária caseira e do prazer de comer, preferencialmente em companhia. Também promove práticas alimentares mais sustentáveis e culturalmente adequadas, ao focar nos alimentos e nos padrões alimentares, e não apenas em nutrientes isolados.

A alimentação vai muito além da simples ingestão de nutrientes. Ela envolve os próprios alimentos que fornecem esses nutrientes, a forma como são combinados entre si, os modos de preparo e até as características culturais do ato de comer. Focar apenas em nutrientes isolados, como proteínas, fibras ou vitaminas, em vez de considerar os alimentos em si (como arroz, feijão, frutas e legumes) é uma tendência conhecida como **nutricionismo**. Essa abordagem reduz o ato de se alimentar a componentes químicos isolados, ignorando a complexidade dos alimentos, o contexto cultural e o valor da comida de verdade.

A proteína seria um problema, então?

Não. O problema não é a proteína, mas o destaque exagerado que ela passou a receber nos rótulos e nas estratégias de marketing. Quando um único nutriente ganha protagonismo, corre-se o risco de ignorar o conjunto da alimentação e a importância de outros nutrientes igualmente essenciais. Vivemos atualmente uma tendência alimentar e de mercado em que produtos enriquecidos com proteínas ganharam protagonismo, impulsionados pela busca por saúde, desempenho físico e praticidade. No entanto, a simples presença de proteínas no rótulo pode fazer com que alimentos ultraprocessados sejam percebidos como mais saudáveis, o que muitas vezes leva ao consumo excessivo.

Outro ponto que merece atenção é o modo como as informações nutricionais são apresentadas. Em muitos casos, os valores declarados no rótulo correspondem à quantidade total do produto ou a porções previamente estabelecidas e não a quantidade realmente consumida. Assim, algumas alegações nutricionais destacadas nas embalagens podem induzir o consumidor a interpretações equivocadas.

Mais do que uma formalidade legal, a rotulagem nutricional é uma ferramenta fundamental para garantir o direito do consumidor à informação clara e para apoiar escolhas alimentares mais conscientes.

No Brasil, a rotulagem de alimentos é regulamentada principalmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), por meio da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 429/2020 e da Instrução Normativa nº 75/2020. A legislação exige que as informações estejam claras, em português e que sejam de fácil compreensão para o consumidor.

Entre as mudanças mais importantes está a adoção da **rotulagem nutricional frontal**, representada pelo símbolo da lupa, que alerta para altos teores de açúcar adicionado, gordura saturada e sódio. A tabela nutricional também passou a ter um formato padronizado, com fundo branco e letras pretas, para facilitar a leitura e a comparação entre produtos.



Observe, por exemplo, o rótulo do produto acima: em destaque aparece a informação "**27 g de proteínas***", que pode dar a impressão de que o alimento oferece essa quantidade em uma única porção. No entanto, o pequeno asterisco indica que esse valor se refere a **100 g do produto**.



O problema não é a proteína, mas o destaque excessivo dado a um único nutriente, como se somente ele fosse sinônimo de alimentação saudável.



Saiba mais

Você pode ver detalhes desta legislação na edição nº 02 da revista DIABETESmagazine.



Porém, ao verificar a tabela nutricional, percebe-se que a **porção indicada para consumo é de 30 g**, o que significa que a quantidade real de proteína ingerida em uma porção é significativamente menor do que os 27 g destacados na embalagem.

Carboidratos e o terrorismo nutricional

Já a redução do consumo de carboidratos, recomendada no guia americano, é um grande acerto, correto?

Vamos refletir um pouco. Ao mesmo tempo em que observamos uma verdadeira idolatria às proteínas, também vemos crescer a demonização dos carboidratos. Esse macronutriente passou a ser frequentemente rotulado como o principal “vilão” do ganho de peso, da obesidade e das doenças metabólicas, muitas vezes sem considerar a qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos.

O problema, no entanto, não está nos carboidratos em si, mas no consumo excessivo de carboidratos refinados, como pão branco, açúcar e massas feitas com farinha refinada, que apresentam baixo teor de fibras e vitaminas. Esses alimentos causam picos rápidos de glicose no sangue e contribuem para processos inflamatórios, o que leva ao acúmulo de gordura corporal.

Demonizar ou idolatrar grupos alimentares inteiros é considerado “**terrorismo nutricional**”, pois simplifica excessivamente a discussão sobre alimentação e pode, inclusive, aumentar o risco de transtornos alimentares.

Embora o Guia Alimentar para a População Brasileira recomende evitar alimentos ultraprocessados, a nossa rotina faz com que seu consumo seja, por vezes, inevitável ou mais prático. A **melhor escolha** é sempre a que mais se aproxima da comida natural.

Por isso, sempre que for necessário recorrer a produtos industrializados, a recomendação é optar por aqueles que mais se aproximem da composição de alimentos naturais. A leitura atenta dos rótulos e da lista de ingredientes é uma ferramenta fundamental para ajudar o consumidor a fazer escolhas mais conscientes.

Dicas práticas

1. Não se atente apenas ao que está escrito na frente do produto. Busque entender os detalhes nas informações espalhadas pelo rótulo de uma embalagem.
2. A lista de ingredientes deve ser a mais limpa possível. Quanto menos ingredientes, melhor. Se a lista for longa, desconfie.
3. A lista de ingredientes é apresentada em ordem decrescente de quantidade, ou seja, do ingrediente presente em maior proporção para o de menor. Quando os primeiros itens são açúcar (ou seus derivados, como xarope de milho e frutose), gordura vegetal ou farinhas refinadas, evite.
4. Ingredientes que você não utilizaria na sua cozinha (aditivos químicos, conservantes, corantes, aromatizantes, emulsificantes) indicam alto ultraprocessamento.
5. De maneira geral, é sempre importante se atentar para a quantidade de gordura saturada, gordura trans e sódio. Quanto menos, melhor.
6. Prefira pães que tenham farinha integral como primeiro ingrediente e evite conservantes e aditivos, como o “melhorador de massa”.
7. A melhor escolha para iogurtes é o natural, que contém apenas leite e fermento, ou seja, só dois ingredientes. Evite os adoçados, coloridos ou com aromatizantes.
8. Fique atento a chamadas nos rótulos:
 - Contém apenas x calorias, mas a porção é ¼ do pacote;
 - Zero açúcar, mas cheio de adoçantes;
 - Fonte de fibras, mas a porção só contém 1 grama.
9. O que evitar ao máximo: refrigerantes e sucos artificiais, salsicha, bacon, presunto, nuggets, biscoitos recheados e bolos prontos, macarrão e sopas de pacote.

DICA BÔNUS:

10. Entenda o açúcar nos rótulos de alimentos

O açúcar pode aparecer nos rótulos sob diferentes nomes. Entre os mais comuns estão mel, xarope, néctar, melaço, concentrado de suco de fruta e maltodextrina. Além disso, muitos açúcares terminam em “ose”, como frutose, glicose, dextrose e maltose.

Na rotulagem nutricional, considera-se que um alimento tem **baixo teor de açúcar** quando apresenta até **5 g de açúcar por 100 g** do produto. ■



Repare que as embalagens são muito parecidas, mas os ingredientes não são os mesmos

Sensores com inteligência artificial

Quando a tecnologia começa a prever o que pode acontecer com a glicose.



Por **Dr. André Vianna** | @dr.andre.vianna

Endocrinologista, vice-presidente da SBD (2026–2027), pesquisador clínico e diretor do Centro de Diabetes Curitiba

FOTO: ARQUIVO PESSOAL

Quem convive com diabetes sabe que a glicose no sangue pode mudar rapidamente ao longo do dia. Uma refeição, uma caminhada, uma noite mal dormida ou até uma situação de estresse pode alterar os níveis de glicose de forma imprevisível.

Durante muito tempo, lidar com essas variações significava reagir depois que elas aconteciam. A pessoa media a glicemia e então tomava uma decisão.

Mas uma nova geração de tecnologias começa a mudar esse cenário. Sensores de glicose combinados com inteligência artificial já conseguem não apenas medir a glicose continuamente, mas também analisar padrões e prever o que pode acontecer nas próximas horas.

Essa mudança pode tornar o tratamento do diabetes mais seguro e mais inteligente.

Medir a glicose para prever o que vem pela frente

Os sensores de glicose são pequenos dispositivos aplicados na pele que medem a glicose ao longo do dia e da noite. Em vez de alguns testes por dia, eles fornecem centenas de medições diariamente.

A inteligência artificial entra justamente nesse ponto. Algoritmos avançados analisam grandes volumes de dados e identificam padrões no comportamento da glicose de cada pessoa. Eles observam, por exemplo:

- horários em que a glicose costuma subir;

- momentos em que há maior risco de queda;
- impacto das refeições;
- efeito da atividade física;
- comportamento da glicemia durante o sono.

Com o tempo, o sistema aprende como o corpo daquela pessoa reage em diferentes situações.

Tendência não é a mesma coisa que previsão

Muitos sensores já mostram setas de tendência, indicando se a glicose está subindo, descendo ou permanecendo estável. Isso ajuda a entender o que está acontecendo naquele momento.

A inteligência artificial, porém, vai além. Ela utiliza modelos matemáticos para estimar o que pode acontecer no futuro próximo.

É importante entender que essas previsões não são certezas absolutas. A inteligência artificial trabalha com probabilidades baseadas nos dados disponíveis e no comportamento anterior da glicose.

Mesmo assim, essas informações podem ser extremamente úteis para antecipar decisões.

Um exemplo que já existe no Brasil

Um exemplo recente dessa tecnologia é o sensor Accu-Chek® SmartGuide, da Roche, lançado em outubro de 2025 no Brasil.

“

Quanto mais o sensor é utilizado, mais informações são acumuladas sobre o comportamento da glicose daquela pessoa.

”

Esse sistema utiliza inteligência artificial para analisar o comportamento da glicose e oferecer alguns recursos inovadores.

Entre eles estão:

- alerta de hipoglicemia até 30 minutos antes que ela aconteça;
- curva de previsão da glicose para as próximas duas horas;
- avaliação do risco de hipoglicemia durante a noite.

Na prática, isso significa que o sistema pode avisar quando há uma alta probabilidade de a glicose cair em breve, permitindo que a pessoa tome alguma atitude preventiva. Ou mostrar uma tendência de elevação que pode ser minimizada com atitudes ou medicamentos.

Já o recurso de predição noturna pode ser especialmente importante durante o sono, período em que muitas pessoas têm receio de hipoglicemias.



DIVULGAÇÃO



DIVULGAÇÃO

Como a tecnologia ajuda na rotina

A aplicação prática dessas ferramentas pode fazer diferença em vários momentos do dia. Na atividade física, por exemplo, a tecnologia pode ajudar a prever reduções glicêmicas relacionadas ao exercício.

Após as refeições, a análise de padrões pode ajudar a entender melhor como determinados alimentos impactam a glicemia.

Já durante a noite, os algoritmos podem identificar padrões que indicam maior risco de queda da glicose. Com o tempo, esses dados também ajudam médicos e pacientes a ajustar doses de insulina, alimentação e rotina de forma mais personalizada.

Outro aspecto importante dessa tecnologia é a possibilidade de transformar dados em aprendizado ao longo do tempo. Quanto mais o sensor é utilizado, mais informações são acumuladas sobre o comportamento da glicose daquela pessoa. Isso permite identificar padrões que muitas vezes passariam despercebidos no dia a dia, como variações repetidas após determinados tipos de refeições ou quedas glicêmicas que costumam ocorrer em horários específicos.

Para profissionais de saúde, essa análise também representa um avanço importante. Em vez de avaliar apenas alguns valores isolados de glicemia, médicos e equipes de cuidado com o diabetes podem observar tendências ao longo de dias ou semanas, o que ajuda a tomar decisões mais seguras sobre ajustes de insulina, alimentação ou atividade física. Na prática, isso torna o tratamento mais personalizado, adaptado à realidade de cada pessoa.

Além disso, a inteligência artificial pode ajudar a transformar informações complexas em mensagens simples para o usuário. Em vez de gráficos difíceis de interpretar, alguns sistemas apresentam alertas claros ou sugestões de atenção, facilitando a compreensão mesmo para quem não tem conhecimento técnico sobre diabetes. Esse tipo de abordagem torna a tecnologia mais acessível e útil no cotidiano.



Em vez de gráficos difíceis de interpretar, alguns sistemas apresentam alertas claros ou sugestões de atenção.



Tecnologias

A tecnologia substitui as decisões da pessoa?

Não. Mesmo com o avanço da inteligência artificial, as decisões sobre o tratamento continuam sendo humanas.

A tecnologia funciona como uma ferramenta de apoio, oferecendo informações adicionais que ajudam na tomada de decisões.

A experiência da pessoa com diabetes, o acompanhamento médico e a orientação da equipe de saúde continuam sendo essenciais.



Limitações atuais

Apesar de promissora, essa tecnologia ainda tem limitações.

As previsões dependem da qualidade dos dados disponíveis. Situações inesperadas, como uma refeição diferente, uma infecção viral ou bacteriana, ou uma atividade física incomum, por exemplo, podem alterar o comportamento da glicose.

Além disso, sensores medem a glicose no líquido intersticial (entre as células), e não diretamente no sangue, o que pode gerar pequenos atrasos na leitura.

Outro ponto importante é que a inteligência artificial não elimina completamente o risco de hipoglicemias ou hiperglicemias. Ela ajuda a prever e reduzir esses riscos, mas não os elimina totalmente.

A próxima etapa: o pâncreas artificial

A evolução mais avançada dessa tecnologia são os chamados sistemas híbridos ou pâncreas artificial.

Neles, sensores de glicose, algoritmos

inteligentes e bombas de insulina trabalham juntos para ajustar automaticamente a liberação de insulina ao longo do dia. Esses sistemas já representam um dos maiores avanços recentes no tratamento do diabetes tipo 1.

Custo e acesso no Brasil

Apesar dos avanços, o acesso a essas tecnologias ainda é limitado no Brasil. Sensores de glicose têm um custo relativamente elevado e ainda não estão amplamente disponíveis no sistema público de saúde. Muitas pessoas dependem de planos de saúde ou pagam pelos dispositivos de forma particular.

Com o desenvolvimento da tecnologia e maior adoção desses sistemas, espera-se que a disponibilidade se torne mais ampla nos próximos anos.

Um novo olhar sobre o controle do diabetes

A integração entre sensores de glicose e inteligência artificial representa uma mudança importante na forma de lidar com o diabetes. Em vez de apenas reagir às alterações da glicose, começamos a ter ferramentas capazes de antecipar possíveis problemas.

Isso não significa que a tecnologia substitua o cuidado humano. Mas ela pode oferecer algo extremamente valioso para quem vive com diabetes: mais informação, mais segurança e mais previsibilidade no dia a dia.

E, para milhões de pessoas, isso pode fazer uma grande diferença na qualidade de vida. ■



Quer saber mais?

Acesse a edição 03 da revista DIABETESmagazine e leia a experiência de pessoas com diabetes que usam sensores.



DIABETES:

FATO

OU

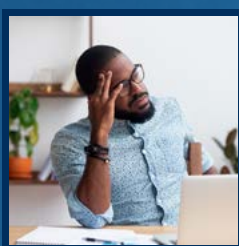
FAKE

Mitos & verdades sobre o diabetes



Insulina engorda? **Fake!**

A insulina é um hormônio essencial que ajuda a equilibrar o metabolismo — não é a responsável pelo ganho de peso, mas sim parte do tratamento que recupera o equilíbrio do corpo.



Estresse aumenta a glicemia? **Fato!**

Situações de estresse físico ou emocional elevam hormônios como adrenalina e cortisol, que podem aumentar os níveis de glicose no sangue.

Água de quiabo cura o diabetes? **Fake!**

Apesar de nutritivo, o quiabo não tem poder de cura. Essa fake news já circulou diversas vezes, mas não há nenhuma evidência científica que comprove o efeito.



Diabetes e Tylenol® têm relação? **?**

Pesquisas mostram possíveis associações entre o uso frequente do paracetamol e o risco de desenvolver diabetes tipo 2, mas **ainda não há provas de causalidade.**

Vinagre evita picos glicêmicos? **Cuidado!**

O vinagre pode ter efeito discreto na glicemia, mas não substitui o tratamento médico nem o plano alimentar.



Acesse “Diabetes: Fato ou Fake” na página da SBD

e confira mais respostas confiáveis para dúvidas reais.

Espalhar informação correta também é um ato de cuidado.

Até onde o(a) Dr.(a) poderia levar o cuidado com seu paciente, se pudesse ter a predição dos níveis de glicose?

Com a solução Accu-Chek® SmartGuide, você pode!



Solução com IA Preditiva

- Predição de hipoglicemia de 30 min
- Predição de glicose para 02 horas¹
- Predição de risco de hipoglicemia noturna (07h)¹
- Aplicação fácil, em apenas uma etapa
- Alertas inteligentes
- 14 dias de uso
- Uso de Inteligência Artificial



**Tecnologia para prever.
Liberdade para viver.**



Página do
produto



Cadastre-se
na plataforma

Accu-Chek Care

A plataforma Accu-Chek Care fornece os dados de que você precisa em um só lugar para oferecer cuidados personalizados a seus pacientes.