



Nota Técnica nº 01/2017 – Sociedade Brasileira de Diabetes

ASSUNTO: *Uso de Sacarose e Diabetes*

Os açúcares livres referem-se aos monossacarídeos (glicose, frutose e galactose) e aos dissacarídeos (lactose, maltose e sacarose), sendo a sacarose uma combinação de glicose e frutose encontrada naturalmente no mel e no formato de açúcar de mesa, quando extraída – por exemplo – da cana de açúcar¹.

A sacarose e alimentos contendo sacarose não são proibidos para as pessoas com diabetes, uma vez que esta não aumenta a glicemia mais do que outros carboidratos, quando ingerida em quantidades equivalentes. Dessa forma, pode ser inserida no contexto de uma alimentação saudável². No entanto, se adicionada à refeição, deve ser substituição de outras fontes de carboidratos e, quando houver indicação de insulinoterapia, ser compensada com doses adicionais de insulina²⁻⁴.

A literatura sobre o índice glicêmico (IG) e carga glicêmica (CG) em indivíduos com diabetes ainda é controversa, sendo a quantidade total de carboidratos da refeição mais relevante do que sua origem^{2,5-7}. A forma de cocção do alimento, a presença de fibras, gorduras e proteínas na refeição, além de outros fatores, interferem no IG e CG. Por ora, há concordância de que a quantidade e a qualidade do carboidrato consumido afetam a resposta glicêmica, bem como que a observação do IG e CG podem oferecer benefícios adicionais quando o total de carboidratos da refeição é contabilizado^{3,4}.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a ingestão de sacarose não ultrapasse 5% do valor energético total diário para a população geral



e, essa deve estender-se para as pessoas com diabetes. A recomendação pretende limitar também o consumo de açúcares ocultos em alimentos industrializados, responsáveis por contribuir com inúmeros problemas de saúde, como o sobrepeso, a obesidade e as cáries⁸.

Destaca-se que a recomendação de até 10% de sacarose / dia é o limite máximo para integrar uma rotina sem prejuízos à saúde^{2,8,9}. Tal percentual pode ser estabelecido em situações especiais como viagens, festas, eventos sociais e terapia nutricional oral com inclusão de alimentos e/ou suplementos contendo sacarose, seja pela melhora da palatabilidade, adesão dietética e estado nutricional, como por questões comportamentais relacionadas à inclusão social, cultural e aspectos emocionais relevantes. No entanto, reduzir essa porcentagem para 5% parece proporcionar efeitos positivos adicionais⁸.

Tomando por base uma dieta de 2000 calorias diárias, a recomendação estabelecida fica entre 25 e 50 gramas de sacarose / dia. Uma colher de sopa de catchup, adverte a OMS, fornece cerca de 4 gramas de açúcar oculto e uma lata de refrigerante, chega a conter 40 gramas desse carboidrato.

Ressalta-se ainda que, a diminuição da sacarose pela indústria alimentícia não deve ser sinônimo de um aumento expressivo de edulcorantes e outros aditivos em produtos industrializados. A preferência por alimentos in natura e produtos minimamente processados, além da moderação no consumo de alimentos processados e ultraprocessados, devem ser priorizadas por toda a população¹⁰, com ou sem diabetes.

São Paulo, setembro de 2017.

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO (GESTÃO 2016 – 2017)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Waitzberg DL, Galizia MS. Carboidratos. In: Waitzberg DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2017.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. São Paulo: AC Farmacêutica Ltda, 2016.
3. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes 2017. Diabetes Care. 2017; 40 (suppl 1):S33 - S43.
4. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2013. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. Can J Diabetes. 2013; 37 (suppl 1):S1-S212.
5. Thomas D, Elliott EJ. Low glycaemic index, or low glycaemic load, diets for diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2009; 1:CD006296.
6. Wheeler ML, Dunbar SA, Jaacks LM, Karmally W, Mayer-Davis EJ, Wylie-Rosett J, et al. Macronutrients, food groups, and eating patterns in the management of diabetes: a systematic review of the literature, 2010. Diabetes Care. 2012; 35:434–445.
7. Anderson EJ, Richardson M, Castle G, Cercone S, Delahanty L, Lyon R, et al. Nutrition interventions for intensive therapy in the Diabetes Control and Complications Trial. The DCCT Research Group. J Am Diet Assoc. 1993; 93(7):768-72.
8. Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
9. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Use of Nutritive and Nonnutritive Sweeteners. J Am Diet Assoc. 2004; 104:255-275.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.