



Protocolo de Atenção à Saúde

Manejo da Diabetes em uso de análogos de insulina, monitorização contínua de glicose e sistema de infusão contínua de insulina na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Área(s): SAIS/COASIS/DASIS

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Realizou-se uma revisão da literatura a partir de artigos e publicações na base de dados PUBMED, além de Cadernos e Diretrizes do Ministério da Saúde, e das Sociedades de Especialidades.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Diabetes mellitus, insulinas, sistema de infusão contínua, monitorização contínua de glicose.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Esse protocolo é uma atualização da Versão de nº 342 de junho de 2017. Para as bases práticas foram usados documentos dos últimos 10 anos e para base teórica utilizamos artigos mais antigos. Dessa forma, foram utilizados 11 documentos, entre artigos, publicações do Ministério da Saúde, publicações da Organização Mundial da Saúde, livros e diretrizes de Sociedades Médicas.

2- Introdução

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença frequente, de prevalência crescente no Distrito Federal, no Brasil e no mundo e se configura como importante causa de morbimortalidade e incapacidade, atingindo as pessoas em plena vida produtiva, sendo responsável por um alto custo para o sistema de saúde, bem como para a sociedade, famílias e indivíduos^{1,2,3}

O tratamento tem por objetivo a obtenção das metas de bom controle ao longo da vida e o alcance de longevidade com qualidade de vida ao indivíduo, o que representa um grande desafio, por tratar-se de uma condição crônica, que exige modificação do estilo de vida (MEV) que por sua vez está intrinsecamente ligada ao convívio social. Considerando que a maioria dos cuidados diários necessários ao tratamento da doença são realizados pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração destes indivíduos na sociedade^{2,4,5}. O atendimento desses pacientes para o uso de tecnologias no tratamento do diabetes deve ser realizado por equipe multidisciplinar habilitada e treinada para esse fim.

3- Justificativa

DM é uma condição crônica de alteração no metabolismo da glicose, pode se manifestar em todas as faixas etárias, na infância é mais comum o diabetes autoimune – tipo 1 (DM1), na vida adulta o diabetes tipo 2 (DM2) associado à história familiar e fatores de risco.

O crescente número de pessoas acometidas pelo DM, as incapacitações resultantes das complicações crônicas (doença renal do diabetes, retinopatia, neuropatia, infartos, acidente vascular encefálico (AVE), amputações), a frequência de absenteísmo e a mortalidade prematura impactam nos custos para a saúde e representa para o Estado enorme desafio na gestão de todas essas variáveis. Representa cerca de 30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas, concorre para 45% das amputações não traumáticas de membros inferiores (dados brasileiros), é a principal causa de cegueira adquirida e responsável por aproximadamente 40% dos pacientes que ingressam em programas de diálise^{2,3,5}.

A incidência de DM1 mostra importante variação geográfica e sabe-se que a incidência de DM1 tem aumentado, particularmente dentro da população infantil com menos de 5 anos de idade².

O tratamento e o acompanhamento da pessoa com DM devem ser feitos por equipe multiprofissional, de forma longitudinal por meio do vínculo e com responsabilidade compartilhada entre os membros da equipe. Para o alcance das metas terapêuticas estabelecidas entre as equipes e o paciente, em uma parcela da população com DM, é necessário o uso de recursos tecnológicos adicionais. O presente protocolo visa orientar o

acesso ao tratamento do DM que envolve avanços tecnológicos para a aplicação de insulinas e o monitoramento da glicose.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Neste protocolo será utilizado o CID-10:

E10 - Diabetes mellitus insulino-dependente

E11 - Diabetes mellitus não-insulino-dependente

O24 - Diabetes Gestacional

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

5.1 Diagnóstico

Os critérios diagnósticos de DM se dão conforme o quadro abaixo.

Quadro 1. Critérios diagnóstico de Diabete Mellitus

Exame	Diabete melito	Pré-diabetes
Glicemia plasmática em jejum*	≥ 126mg/dL em duas ocasiões distintas	100 a 125mg/dL
Glicemia ocasional*	≥ 200mg/dL e sintomas clássicos	-----
Glicemia após 2h de sobrecarga oral de 75g de glicose	≥ 200mg/dL	140 a 199 mg/dL
Hemoglobina glicada	≥ 6,5%	5,7 - 6,4%

Fonte: Adaptação SBD 2019/2020

Classificação do Diabetes

a) Diabetes tipo 1

Diabetes autoimune é o resultado da destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina por mecanismos autoimunes, levando à deficiência absoluta de insulina e a necessidade de reposição desse hormônio desde o diagnóstico. Subdivide-se em diabetes tipo 1 (DM1) e diabetes autoimune latente do adulto (LADA). Acomete indivíduos em todas as faixas etárias com maior prevalência na infância e adolescência.

A terapêutica é realizada com insulina tendo o propósito de prevenir a hiperglicemia grave e consequente cetoacidose, assim como as complicações crônicas.

b) Diabetes tipo 2 (DM2)

É uma comorbidade crônica e multifatorial, responsável por cerca de 90% dos indivíduos com diabetes, exige tratamento não farmacológico, em geral complementado com antidiabético oral ou injetável e, eventualmente, uma ou duas doses de insulina basal, conforme a evolução da doença, podendo necessitar de insulina de ação rápida às refeições^{2,10}.

c) Diabetes gestacional (DMG)

É uma alteração no metabolismo dos carboidratos, resultando em hiperglicemia de intensidade variável durante a gestação, há de certificar-se a ausência de DM prévio, podendo ou não persistir após o parto^{2,7}. É o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência entre 3% e 13% das gestações.

A hiperglicemia materna pode aumentar a incidência de pré-eclâmpsia e aumentar a chance de desenvolver diabetes e tolerância diminuída a carboidratos no futuro. No feto está associada às possíveis morbidades decorrentes da macrossomia (como a ocorrência de distocia durante o parto) e, no recém nato à hipoglicemia, à icterícia, ao sofrimento respiratório, à policitemia e à hipocalcemia.

d) Outros tipos de DM

São menos frequentes, é dado por defeito processo subjacente específico:

- Monogênicos (MODY)
- DM Neonatal
- Secundário a endocrinopatias, doenças do pâncreas exócrino, a infecções e medicamentos

6- Critérios de Inclusão

Este protocolo é complementar ao manejo da Diabetes na SES/DF e versa sobre o uso de recursos tecnológicos para pacientes com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 e algumas condições específicas para os pacientes com diabetes tipo 2.e diabetes na gravidez. Abrange a faixa etária desde o neonato ao grande idoso. As especificidades serão elencadas em cada modalidade de recurso tecnológico disponibilizada: análogos de insulinas, monitorização contínua de glicose e sistema de infusão contínua de glicose, discriminadas nos anexos I, II e III respectivamente.

7- Critérios de Exclusão

As especificidades para cada modalidade de tecnologia disponibilizada: análogos de insulinas, monitorização contínua de glicose e sistema de infusão contínua de glicose estão discriminadas nos anexos I, II e III respectivamente.

8- Conduta

Os análogos de insulina serão disponibilizados para pacientes com diabetes tipo 2, diabetes na gravidez e outras situações não contempladas pelo PCDT do Ministério da Saúde fornecidos pela farmácia do componente especializado. Será considerada suficiente a apresentação do relatório provisório para insulinas análogas (Anexo I), a receita médica, e o resultado da hemoglobina glicada (quando indicado), e que serão avaliados e autorizados por especialistas da AAE nos ambulatórios de Endocrinologia e Diabetes da SE/DF. A autorização é condicionada à participação obrigatória em reunião educativa quando recomendada: primeira vez (inclusão – exceto gestante) e na renovação para pacientes fora das metas de bom controle sem a justificativa médica informada.

Para os pacientes com diabetes tipo 1, os critérios para inclusão e acesso obedecem ao Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, disponível no link: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_PCDT_DM_2018.pdf.

As renovações dos formulários terão periodicidade semestral.

Os sistemas de monitorização contínua de glicose e de infusão contínua de insulina são exclusivos para pacientes com diabetes tipo 1 e detalhados nos anexos II e III. Para pessoas com diagnóstico de DM, medidas preventivas devem ser aliadas ao tratamento medicamentoso com a definição das metas de bom controle, pois podem minimizar as complicações agudas e crônicas da doença.

O processo de insulinização envolve a necessidade de automonitorização glicêmica (AMG). A automonitorização da glicemia capilar por pessoas com diabetes de qualquer faixa etária traz benefícios por reduzir os riscos de complicações agudas e crônicas além de permitir ao paciente o entendimento dos determinantes dos resultados glicêmicos, como a ingestão de alimentos a prática de atividade física. Desse modo, a AMG favorece estratégias a fim de tratar ou evitar glicemias fora do alvo, além de possibilitar ajustes de insulina².

Para realização do perfil glicêmico ambulatorial se requer o uso de lancetas e lancetadores para a retirada do sangue capilar, tiras reagentes de glicemia para análise do resultado com uso de glicosímetros. A frequência segue as necessidades individuais.

O outro modo de aferição de glicemias é pela coleta da glicose intersticial com uso de sensores de glicose inseridos no tecido subcutâneo, com verificação automática de glicose

continuamente com visualização do resultado por meio de leitores (equipamento portátil) e que tem a durabilidade de alguns dias. Os dados clínicos podem ser acessados também por meio de sistema gerenciador de dados - “softwares”.

A monitorização contínua e intersticial de glicose (MCG), seja na forma de medida em tempo real ou em sistema “flash”, complementa a HbA1c e fornece dados das excursões glicêmicas além de métricas como ‘Tempo no Alvo’ e ‘Tempo em Hipoglicemia’. Recentemente, esses dados foram validados como marcadores de risco de complicações e, juntamente com a HbA1c, devem ser utilizados para determinação da gravidade e do risco da pessoa com diabetes. Além dessas métricas, os sistemas de monitorização contínua demonstram no leitor a tendência do comportamento da glicose por meio de setas e a interpretação dessas setas permitem a adoção de medidas de correção das situações relacionadas as variações da glicose. A MCG pode ser feita pelo sistema “flash” de monitorização, na qual a glicose é aferida a cada 2 minutos no interstício e armazenada para ser disponibilizada quando escaneado com o equipamento de leitura (leitor) e/ou celular compatível com tecnologia NFC. O sistema flash é composto de um sensor de glicose intersticial descartável e com duração de 14 dias além de um equipamento de leitura de longa duração – leitor.

Há ainda outra opção de MCG, que se dá por meio de sensores obrigatoriamente acoplados ao Sistema de Infusão Contínua de Insulina, utilizando-se a verificação da glicose em tempo real (“CGM – real time”).

O gerenciamento de dados é feito por um “software” específico que podem ser coletados por compartilhamento em nuvem (no caso do uso do celular) ou por “upload” do leitor específico utilizando o cabo incluso na embalagem. Nos dois casos faz-se necessária a abertura de uma conta no sistema gerenciador de dados.

O uso do sistema “flash” não substitui integralmente a prática da aferição da glicemia por meio de punção em ponta de dedo e averiguação da glicemia capilar, com o emprego de lancetas e tiras reagentes. São aconselhadas a verificação da glicemia capilar no momento de risco iminente de hipoglicemia grave, sinalizada no leitor por meio de seta vertical para baixo, para adoção adequada das medidas de correção⁸.

A meta terapêutica no DM conforme o **quadro 2**, deverá focar no controle glicêmico intensivo, objetivando menor variabilidade glicêmica, na ausência de hipoglicemias graves e/ou frequentes e com o menor ganho de peso, o que previne complicações microvasculares e neuropáticas^{2,4}. Deve se levar em consideração o tipo de diabetes, a faixa etária, se crianças, adultos e idosos. Nos idosos, por sua vez,

Para definição das metas glicêmicas utilizam-se os critérios de glicemias capilares, no jejum, no período pré e pós-prandial de duas horas após as refeições e ao se deitar, a hemoglobina glicada (HbA1c) e o tempo no alvo. O tempo no alvo traduz o termo em inglês: *time in range* (TIR) estabelecido após o advento da monitorização contínua de glicose pelo sistema *flash* de glicose. Por sua vez a variabilidade glicêmica não é suficientemente representada pela HbA1c, pois não distingue os pacientes com extremos de glicemias daqueles pacientes com glicemias estáveis. Portanto, no cenário ideal a determinação da HbA1c deve ser combinada com medidas de glicemia capilar e/ou dados de sensores de monitorização de glicose.

A utilização da MCG por meio do sistema “flash” não invalida a prática da AMG, que poderá ser substituída por opção ou por necessidade.

Quadro 2. Metas glicêmicas para adultos com DM

	DM1 e DM2	Idoso Saudável*	Idoso Comprometido*	Idoso Muito Comprometido*	Crianças e adolescentes
HbA1c %	<7%	<7,5	<8,5	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	<7,0
Glicemias de jejum e pré-prandial	80 - 130	80 - 130	90 - 150	100 - 180	70 - 130
Glicemias 2h pós-prandial	<180	<180	<180	-	<180
Glicemias ao deitar	90 - 150	90 - 150	100 - 180	100 - 200	90 - 150
TIR 70-180 mg/dL	>70%	>70%	>50%	-	>70%
T Hipog <70 mg/dL	<4%	<4%	<1%	0	<4%
T Hipog < 54 mg/dL	<1%	<1%	0	0	<1%

Fonte: Diretrizes da SBD (Sociedades Brasileira de Diabetes) 2022.

*Saudável: poucas comorbidades, estado funcional e cognitivo preservados. Comprometido: múltiplas comorbidades crônicas, comprometimento funcional leve a moderado e cognitivo moderado. Muito comprometido: doença terminal, comprometimento funcional e cognitivo grave.

8.1 Conduta Preventiva

Apresentado no Protocolo para o Manejo da Diabetes na SES/DF.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Apresentado no Protocolo para o Manejo da Diabetes na SES/DF.

8.3 Tratamento Farmacológico

Para fins deste protocolo estão disponíveis na SES/DF as seguintes insulinas: análogas de ação ultrarrápida (Asparte/Lispro/Glulisina) e análogas de longa ação (glargina e determir).

Insulinas podem reduzir a HbA1c em até 3,0%, sendo as hipoglicemias o seu principal limitante^{5,9}. Seu uso pode estar associado a ganho de peso, hipoglicemia e lipodistrofia. No entanto, a prevenção das hipoglicemias é realizada com a adequação da dose de insulina à dieta e ao exercício **e seu fracionamento sempre que atingir > 0,5 UI/Kg/dia como insulina basal**², no Diabetes tipo 2, onde usualmente inicia-se o processo com uma aplicação ao se deitar de insulina de ação intermediária ou de ação longa. A insulina humana regular está indicada em casos de emergência, como a cetoacidose, gravidez e trabalho de parto, em combinação com insulinas de ação média ou prolongada, ou em tratamento tipo bolus antes das refeições.

As modernas insulinas análogas representam melhor controle metabólico dos pacientes, favorecendo o controle pós-prandial e promovendo redução significativa das hipoglicemias pela menor variabilidade na sua ação desprovida de picos e são consideradas assim insulinas mais estáveis.

A utilização de insulinas por meio de múltiplas doses de insulina (MDI) em esquemas basal e bolus promovem melhores resultados e melhor qualidade de vida, porque mimetizam a liberação fisiológica da insulina pelas células beta do pâncreas^{2,4,9}. O esquema MDI é o recomendado para o paciente com Diabetes tipo 1 e Diabetes tipo 2 com indicação para insulinização plena.

8.3.1 Fármaco(s)

FÁRMACO	COMPOSIÇÃO	CÓDIGO	LOCAL DE ACESSO
Análogo de insulina humana de ação ultrarrápida	Solução injetável 100 UI/mL carpule de vidro 3 mL	MS90714	Farmácia do Componente Especializado
Análogo de insulina humana de ação ultrarrápida	Solução injetável 100 UI/mL carpule de vidro 3 mL	90714	Policlínica de Planaltina, Farmácia Escola HUB, Policlínica de Taguatinga, CESMU e uso Hospitalar.
Asparte- Análogo de insulina humana de ação ultrarrápida	Solução injetável 100 UI/mL carpule de vidro 3 mL	396051	Policlínica de Planaltina, Farmácia Escola HUB,

			Policlínica de Taguatinga, CESMU e uso Hospitalar.
Insulina Determir	Solução injetável 100 UI/mL carpule de vidro 3 mL com sistema aplicador	202113	Policlínica de Planaltina, Farmácia Escola HUB, Policlínica de Taguatinga, CESMU e uso Hospitalar
Insulina Glargina	Solução injetável 100 UI/mL carpule de vidro 3 mL	18120	Policlínica de Planaltina, Farmácia Escola HUB, Policlínica de Taguatinga, CESMU e uso Hospitalar

- As informações atualizadas sobre o acesso aos medicamentos nas farmácias da Atenção Secundária (Policlínicas, CAPS e Farmácia Escola) podem ser acessadas no endereço: <https://www.saude.df.gov.br/farmacias/>, clicando sobre o link **“Farmácias da Atenção Secundária – Policlínicas, CAPS e Farmácia Escola”**.
- As informações atualizadas sobre o acesso aos medicamentos nas farmácias Farmácias do Componente Especializado (Farmácias de “Alto Custo”) podem ser acessadas no endereço: <https://www.saude.df.gov.br/farmacias/>, clicando sobre o link **“Farmácias do Componente Especializado (Farmácias de “Alto Custo”)**

8.3.2 Esquema de Administração

Na transição dos pacientes em uso de insulinas de ação intermediária – NPH para análogos de insulina glargina e detemir, recomenda-se a redução de 20% da dose para glargina e acréscimo de 40% para detemir, os horários da aplicação são ao se deitar ou uma vez ao dia, pela manhã para glargina ou uma ou duas tomadas para detemir.

Para titulação da dose da insulina glargina, deve se aumentar 01 ou 02 UI a cada dia, ou mais, dependendo dos resultados de glicemia capilar em jejum, até atingir a meta estabelecida de acordo com a faixa etária. Para titulação da dose da insulina detemir, é recomendado aumentar ou reduzir a dose de insulina em 02 UI a 04 UI pela glicemia pré refeição (café da manhã e jantar, se em duas tomadas ao dia).

Na transição dos pacientes em uso prévio de insulina regular para análogo de insulina de ação rápida, se recomenda a redução de 20% da dose calculada para os bolus das refeições, titulação da dose de acordo com a glicemia capilar pré - contagem de CHO e aleatória no caso de urgências. Para correção das hiperglicemias de jejum ou pré - refeição, escolhe-se uma insulina basal (intermediária ou lenta), enquanto para o tratamento da hiperglicemia associada a refeição, uma insulina de ação rápida. O processo de insulinização obedece a etapas de acordo com as necessidades individuais.

No diabetes tipo 1 o tratamento é realizado sempre com insulina e de forma intensiva, que envolve a aplicação de múltiplas doses diárias, entre insulinas lentas e rápidas, por meio de seringas, canetas. Alguns tipos de canetas aplicadoras permitem realizar doses com graduação de 0,5 em 0,5 unidade de insulina.

Outro meio de uso de insulinas em diabetes é por meio do Sistema de Infusão Contínua de Insulina (SICI)²¹, que é um dispositivo pequeno e externo que libera insulina de ação rápida durante 24 horas, conectado a um tubo plástico fino que tem uma cânula flexível de teflon a ser inserida sob a pele, geralmente no abdômen ou em outras regiões (lombar, coxas e membros superiores). O kit de infusão (cânula e tubos) precisa ser substituído a cada 3 e 6 dias, respectivamente, ou conforme instruções do fabricante. O SICI deve ser desconectado do tubo (por um período de até duas horas) quando o paciente quiser nadar ou tomar banho e durante a atividade sexual. Como o SICI apenas utiliza insulina de ação rápida, após este prazo pode haver elevação da glicemia, sendo necessário a reconexão do SICI ou administração de insulina via caneta ou seringa.

No SICI recomenda-se para o cálculo da dose basal de insulina realizar a soma do total de insulina usado no dia e, posteriormente subtrair 20%, se o paciente está razoavelmente controlado e com poucas hipoglicemias, para os casos de ocorrência de muitas hipoglicemias, subtrair 30%. No caso de paciente mal controlado, utiliza-se a dose total, divide-se por dois, distribuindo-se o total obtido pelas 24 horas do dia. O ajuste da dose basal é para cada hora, de acordo com as necessidades de cada período. Em razão de menores necessidades de insulina do horário da meia noite às 4 horas da manhã, normalmente doses basais de insulina mais baixas nesse período são necessárias e maiores entre 3 e 9 horas da manhã (por causa do fenômeno do alvorecer). Outro período no qual normalmente se usam basais maiores, porém menores que as usadas ao amanhecer, é o das 16 às 19h (fenômeno do entardecer).

O tratamento da gestante com diabetes está discriminado no Protocolo para o Manejo da Diabetes na SES/DF.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Por se tratar de condição crônica, o tempo de tratamento é indeterminado, exceto para os pacientes que venham a desenvolver critérios de exclusão, ou de descontinuidade por não atendimento às normas dos programas para as tecnologias dispensadas pela SES. As normas estão definidas em cada formulário para inclusão dessas tecnologias e delimitadas no Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (ver anexos I, II e III).

Estão especificados em cada formulário (anexos I, II e III) e de acordo com as modalidades de tecnologias solicitadas. O uso de insulinas análogas e acessórios que

viabilizam a infusão de insulina e monitorização glicêmica que não pertencem ao rol da RENAME, ou são de padronização exclusiva da SES/DF, e obedecem a critérios de seleção para inclusão e continuidade.

9- Benefícios Esperados

A instituição de mudanças do estilo de vida aliado aos tratamentos com insulinas, a observação da ocorrência de complicações e as intervenções oportunas e apropriadas visam reduzir a morbimortalidade propiciando maior qualidade de vida. O uso de tecnologias no tratamento do DM tem maior potencial para se evitar desfechos relacionados às complicações com maior segurança para os pacientes mais vulneráveis.

10- Monitorização

São considerados critérios de eficácia no tratamento do DM com uso de tecnologias, o alcance de metas de controle glicêmico específicas para cada tecnologia. As reavaliações são de periodicidade semestral condicionadas ao alcance dessas metas e à verificação da aderência ao tratamento, bem como eventuais eventos adversos. Por serem consideradas tecnologias seguras não se observam eventos adversos quando obedecidas todas as normas para o bom uso. São raras as situações que envolvem a descontinuidade do uso, como reações alérgicas as insulinas, reações cutâneas associadas ao uso dos cateteres e sensores aderidos ao subcutâneo.

Para cada tecnologia dispensada estão relacionadas as condições que poderão ocasionar mau uso e não alcance das metas estabelecidas. Definidas nos anexos I, II e III..

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Todos os pacientes contemplados com as tecnologias disponibilizadas pela SES deverão manter o acompanhamento clínico para os ajustes de doses necessários com os seus médicos assistentes. A SES/DF, por meio dos programas de educação para o adequado uso das tecnologias e em horários estabelecidos de acordo com as rotinas dos ambulatórios, entrega aos pacientes os caminhos para o melhor aproveitamento desses recursos.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Definidos para cada recurso tecnológico dispensado e disponibilizados nos anexos II, IV e VI.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Na atenção especializada a dispensação de análogos de insulina para o DM2, insumos e equipamentos de SICI e sensores/leitores de glicose para MCG para o DM1 são

acompanhados por meio de listas nominais em planilhas *excel* pela equipe da RTD da Endocrinologia e Diabetes.

Toda a comunicação com os usuários é realizada por meio eletrônico para o registro das necessidades de reavaliação periódica desses pacientes.

14- Referências Bibliográficas

1. Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito Telefônico/Vigitel, 2020. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.
2. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2022. Disponível em <https://diretriz.diabetes.org.br/metas-no-tratamento-do-diabetes/.Consulta> online em 01/04/2022.
3. Nilson EAF, Andrade RDCS, de Brito DA, de Oliveira ML. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020, Apr 10; 44 e 32. doi: 10.26633/RPSP.2020.32.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Mendes, EV. Desafios do SUS. 1ª edição. Brasília-DF: CONASS; 2019
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
7. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil (FEBRASGO, SBD, OPAS/OMS, MS). FEMINA 2019;47(11):786-9.
8. Hirsch IB. Insulin analogues. N Engl J Med. 2005; 352:174-83
9. Calliari et al. Real-world flash glucose monitoring in Brazil: can sensors make a difference in diabetes management in developing countries? Diabetol Metab Syndr 12, 3 (2020).
10. Minicucci, W. Uso de bomba de infusão subcutânea de insulina e suas indicações. Arq Bras EndocrinolMetab, Mar 2008, vol.52, no.2, p.340-348.
11. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019. 57 p.: il. ISBN: 978-85-94091-12-3.

ANEXOS

ANEXO I

PROTOCOLO DE ACESSO ÀS INSULINAS ANÁLOGAS DE AÇÃO LONGA E DE AÇÃO RÁPIDA

Critérios de inclusão:

Diabetes tipo 2 ≥ 65 anos. Diabetes e gravidez. Diabetes e situações especiais.

Indicações para o Diabetes tipo 2 (apresentar resultado de exames e relatório médico):

- 1- Insuficiência Renal Crônica (IRC) pré-dialítico ou TFG CKD Epi < 45 ml/min/1.73m²
- 2- Diabetes pós transplante
- 3- DM2 ≥ 65 anos e ao menos dois dos critérios a seguir:
 - () Persistente mau controle comprovado pela análise laboratorial dos últimos seis meses: HbA1c > 8% em insulinização plena
 - () Retinopatia grave. Doença coronariana aguda ou crônica ou cardiopatia crônica. Doença arterial periférica grave (ITB < 0.5, úlcera ativa) e ou amputação, hepatopatia grave, neoplasia em tratamento e estados demenciais
 - () Hipoglicemias comprovadas por exame laboratorial e/ou aferição de glicosímetro e/ou relatório de atendimento hospitalar e/ou boletim de ocorrência: não percebidas - glicemias ≤ 54 mg/dL em mais de um episódio por semana ou moderada em mais de quatro episódios por semana, o estado neurológico está alterado, mas continua a ter o grau de alerta suficiente para se tratar, em geral com glicemia <70mg/dL, ou noturnas repetidas (definidas como mais de dois episódios por semana) caracterizadas por glicemia capilar < 70 mg/dL.

Indicações e documentos necessários para Diabetes e gravidez (relatório médico):

- 1- DM1 para uso de insulina análoga de longa ação detemir, quando indicado pelo médico assistente (pode ser preferida quando a insulinização com análogos for iniciada na gestação ou por opção do médico assistente e gestante)
- 2- DM1 para uso de insulina análoga de ação rápida, caso a insulina dispensada pelo M.S. não atenda aos critérios de segurança na gestação (insulina glulisina)
- 3- Outros tipos de diabetes na gravidez (DM2 e diabetes gestacional)

Indicações e documentos necessários para Diabetes e situações especiais (relatório médico):

- 1- Crianças menores de 4 anos de idade - o médico assistente deve mencionar os benefícios que superam os riscos e registrar em prontuário o esclarecimento e a concordância do responsável pelo menor

- 2- Usuários de Sistema de Infusão Contínua de Insulina que por alguma razão não seja possível utilizar o análogo de ação rápida fornecido pelo M.S.

Critérios de exclusão:

- 1- Recusa em apresentar glicosímetros, anotações do perfil glicêmico para conferência quando solicitados ou gráficos gerados por sensores de monitorização contínua de glicose
- 2- Para insulinas de longa duração: não atingir as metas de controle glicêmico no período de seis meses avaliado pela realização da HbA1c ou da variabilidade glicêmica. Necessário anexar um resultado de HbA1c do período avaliado e ou a situação da variabilidade glicêmica pelo MCG, softwares ou outro método. A redução de pelo menos 0,5%, referente ao valor prévio da HbA1c situado até 8.5% são aceitáveis
- 3- Não realização de HbA1c para avaliação da atual condição de controle
- 4- Não adesão às medidas de AMG, contagem de carboidratos (CHO) e prevenção das complicações agudas e crônicas relatadas pela equipe interdisciplinar a que pertence o paciente
- 5- Não ter atingido a meta de bom controle no período de um ano. O médico deve apresentar as justificativas baseadas nos critérios de inclusão que fazem parte do protocolo após os seis meses iniciais de uso de análogos de insulina
- 6- Prescrição não respeitar a proporção entre insulina basal e bolus de no máximo 60% de basal da dose total diária

Nota 1: Para usuários de insulina análoga de ação rápida, o critério de hemoglobina glicada só é valorizado quando >10%, se entre >7% e 10% são encaminhados para reforço educativo e identificação dos fatores de mau controle glicêmico. Após confirmação de participação em reunião educativa realizadas nas unidades da SES/DF será autorizada a manutenção do tratamento.

Nota 2: A suspensão poderá ser temporária com a interrupção no fornecimento dos insumos por até doze meses diante da recusa de apresentação dos documentos solicitados para análise dos critérios de continuidade, ou inadequação na proporção basal/bolus presente na prescrição médica.

Nota 3: A exclusão definitiva poderá ocorrer em situações de comportamento inadequado com os servidores públicos responsáveis pela avaliação e dispensação de análogos de insulina, registrada a ocorrência com testemunhas ou não aderência às rotinas para análise dos critérios de continuidade

Nota 4: É da responsabilidade do médico assistente:

Ajustar as necessidades de insulina basal e para bolus de correção, recomenda-se seguir as orientações das principais sociedades para manutenção das metas de glicemias e de

hemoglobina glicada e glicemias pré e pós-prandiais com proporção aproximada de 40% para basal e de 60% para bolus;

Acompanhar as intercorrências médicas, com o seguimento clínico do paciente para prevenção e tratamento das complicações agudas e crônicas relacionadas ao diabetes;

Renovar os formulários e receitas para análogos de insulina.

***Para informações de acesso:**

<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/ORIENTACOESACESSO-ANALOGOS-DE-INSULINA.pdf>,

<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/Relatorio-PADRONIZADO-PROVISORIO-INSULINA-ANALOGA-6.pdf>

ANEXO II

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE USO DE ANÁLOGOS DE INSULINA

Declaro estar ciente:

1- Necessidade de participação nas reuniões de educação em diabetes para receber orientações para automonitorização (verificações de glicose para conhecimento do controle do diabetes), para contagem de carboidratos e uso de recursos para obter menor variação das glicemias durante o dia, além de recomendações para prevenção das complicações crônicas e agudas;

2- O bom controle do diabetes depende das metas (definidas e informadas pelo meu médico assistente) de glicemia de jejum e duas horas após as refeições, e devem ser realizadas para ajustes de doses de insulina. As metas de hemoglobina glicada HbA1c) devem ser alcançadas e realizadas no mínimo a cada seis meses, para averiguação do bom controle da doença, pois reflete o saldo médio das glicemias;

3- Os análogos de insulina devem ser transportados em meio refrigerado (caixas térmicas) e armazenados em casa na geladeira, não devem ser expostos diretamente à luz e ao calor. O uso de canetas para aplicação não requer o armazenamento quando já em uso;

4- O uso de análogos de insulina em gestantes e menores de seis anos, quando indicados deve seguir as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes e que haja autorização formal por meio da assinatura deste termo;

5-De ter lido o texto explicativo referente ao tratamento do diabetes com análogos de insulina, discutidas as dúvidas e estar esclarecido quanto às vantagens e problemas relacionados ao uso destas insulinas;

6-De que o não alcance das metas do bom controle glicêmico implica em risco para a manutenção do benefício do fornecimento da medicação.

Consenti voluntariamente com as observações deste documento e a realização deste tratamento.

Paciente _____ ou _____ responsável:

Médico (a) assistente: _____ (assinatura/carimbo) Brasília-DF,
____/____/____

ANEXO III

PROTOCOLO DE ACESSO AO PROGRAMA DE MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DE GLICOSE

Critérios de inclusão: exclusivo para pacientes com diabetes tipo 1 (DM1)

- 1 Diagnóstico há no mínimo 24 meses
- 2 Em tratamento com análogo de insulina basal e rápida, em contagem de carboidratos e adequada proporção para <60%
- 3 Nos 90 dias anteriores à solicitação: comprovar automonitorização mínima de 3 vezes ao dia por glicemia capilar, ou 7 escaneamentos ao dia se por sensores de glicose
- 4 Participar de reunião de educação em diabetes
- 5 Hemoglobina glicada $\leq 8\%$ nos 6 meses mais recentes
- 6 Comprovar a expertise na promoção da automonitorização glicêmica: a- Contagem de carboidratos (o que significa a relação carboidrato/insulina e conhecer qual a prescrição atual); b- Correção de Hiperglicemia (quais são as metas, qual o fator de sensibilidade - o que significa e como utilizar); c-Correção de Hipoglicemia (conhecer os valores e sintomas que correspondem a hipoglicemia e aplicar a forma certa de correção).

Critérios de exclusão

1. Uso de insulinas humanas
2. Uso de insulinas análogas fora do esquema basal e bolus nas proporções adequadas, ou sem contagem de carboidratos
3. Outros tipos de Diabetes
4. Não comprovação de automonitorização mínima de 3 vezes ao dia por glicemia capilar, ou no mínimo 7 escaneamentos ao dia se por sensores de glicose antes da inclusão – 90 dias
5. Recusa ou retardo ao compartilhamento de dados ou documentos com a área técnica
6. Recusa ou não participação das reuniões de educação em diabetes após reagendamento

Critérios de Continuidade. Comprovação do seguimento às instruções de uso, por:

1. Realização de rastreamento médio/mínimo de 7 (sete) vezes ao dia, em horários e períodos distintos de modo que realize a cobertura das 24 horas de monitoramento
2. Devolução do leitor, quando necessário, em bom estado
3. Fornecimento completo dos dados glicêmicos por meio do sistema gerenciador de dados

4. Manutenção satisfatória do tratamento proposto (aplicação das insulinas prandiais, realização da correção das hiperglicemias e hipoglicemias)
5. Apresentar tempo no alvo acima ou igual a 70% ou melhora de no mínimo 10% no semestre, melhora mínima de 10% na frequência de hipoglicemias abaixo de 70mg/dL.

NOTA 1 A ausência dos critérios de continuidade implicará em suspensão, que poderá ser temporária. Novo processo para inclusão deverá ser iniciado após o prazo mínimo de 90 dias

NOTA 2 Os médicos endocrinologistas serão responsáveis por selecionar os usuários. A área técnica da Endocrinologia da SES/DF será a responsável pela análise para inclusão, exclusão e continuidade ou suspensão da autorização para uso, pelos critérios estabelecidos e de acordo com a disponibilidade dos itens em estoque. A duração será contínua, com a frequência de até 2 sensores por mês.

NOTA 3 Obrigatório: resposta ao questionário eletrônico com a digitalização dos documentos; comprovação do comparecimento em reunião de educação na SES/DF; abertura da conta no sistema gerenciador de dados e disponibilização de compartilhamento com a área técnica e assinatura do termo de esclarecimento e responsabilidade (TER) no momento da retirada dos sensores.

*** Orientações para acesso**

No link: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/ORIENTACOES-PARA-ACESSO-1.pdf>

O contato com o usuário será por meio eletrônico (sensordeglicose.sesdf@gmail.com).

ANEXO IV

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA USO DOS SENSORES PARA MONITORIZAÇÃO CONTÍNUA DE GLICOSE

O sistema flash de monitoramento de glicose é um dispositivo para avaliação da glicose de forma contínua no tecido subcutâneo. É composto por: 1- Sensor: dispositivo descartável que é colocado na pele por um aplicador incluso na embalagem do produto, tem duração de 14 dias aderido na pele e realiza medidas automaticamente a cada 2 min. No caso de hipersensibilidade ou alergia à cola do produto, o sensor deverá ser retirado. 2- Leitor: captura as informações do sensor; pode ser um equipamento específico ou um celular com tecnologia NFC. O leitor será fornecido para os usuários que não possuem celulares compatíveis. Sensores perdidos por qualquer motivo não serão substituídos. A manutenção do fornecimento dos sensores/leitores dependerá da confirmação dos critérios de continuidade. Em caso de suspensão, novo processo poderá ser solicitado para análise após o período mínimo de noventa dias. Estou ciente das informações acima e comprometo-me a: 1- Abrir conta no sistema gerenciador de dados (aplicativo), 2- Realizar no mínimo 7 (sete) leituras – escaneamentos, em horários diferentes do dia, conforme orientado, 3- Realizar a transferência dos dados do leitor para o sistema gerenciador de glicose quinzenalmente caso não utilize o celular para os escaneamentos, 4- Comparecer às reuniões de educação quando recomendado, 5- Zelar pelo bom uso do sensor e leitor.

Brasília, ___/___/___

Nome e assinatura _____

ANEXO V

PROTOCOLO DE ACESSO AO PROGRAMA DO SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA E SEUS INSUMOS

Critérios de inclusão, pacientes com DM1 e condições especificadas:

Criança menor ou igual a 3 anos de idade:

Identificação pelo médico endocrinologista com relatório médico.

Pacientes maiores de 3 anos:

Critério 1: Alergia às insulinas

De ação intermediária e/ou análogos de longa duração e/ou de ação rápida e/ou ultrarrápida.

Identificação pelo médico endocrinologista com relatório médico.

Critério 2: Persistente mau controle

Caracterizado por falha ao uso de análogos de insulina em MDI com adequada proporção basal/bolus, em uso de monitorização contínua de glicose (MCG), realizando contagem de carboidratos e em programa de educação, com a comprovação dos resultados do uso de MCG no período mínimo de seis meses.

Em caso de impossibilidade da MCG, deve se utilizar os dados de AMG, com os valores para todas as faixas etárias, participando de programa de educação, por período mínimo de seis meses:

- Tempo no alvo $\leq 60\%$ ou sem melhora de no mínimo 5% no semestre
- Coeficiente de variabilidade glicêmica $\geq 50\%$ no período dos seis meses mais recentes
- Hemoglobina glicada $\geq 8,5\%$ e $\leq 9,5\%$ em duas ocasiões nos últimos 12 meses

Identificação pelo médico endocrinologista com relatório médico e dados do gerenciamento eletrônico das glicemias no período mínimo de seis meses.

Critério 3: Hipoglicemia

Comprovada por aferição em monitorização contínua de glicose com conferência em glicosímetro e/ou relatório de atendimento hospitalar e/ou boletim de ocorrência nos seis meses mais recentes. A hipoglicemia deve ter as características:

- Nível 2 (recorrente e/ou assintomática): caracterizada por glicemias ≤ 54 mg/dL, significando mais de 1% de hipoglicemias em pelo menos 7 escaneamentos ao dia em MCG ou 4 medidas/dia se por glicemia capilar em AMG
- Nível 3 (grave) em mais de um episódio por seis meses, com auxílio de outra pessoa para a correção. Em crianças é necessário apresentar sintomas como mudança de comportamento, convulsão ou perda da consciência

Identificação pelo médico endocrinologista com relatório médico e dados do gerenciamento eletrônico das glicemias no período mínimo de seis meses.

Critérios de exclusão:

- 1-Pacientes DM2
- 2-Apresentar critérios de contraindicação: doença psiquiátrica no usuário ou responsável que coloque em risco a segurança e o uso adequado do sistema
- 3-Não comprovação de compreensão mínima para manuseio do equipamento, transferência dos dados para análise e operação das trocas de cânulas e cateteres recomendadas

Critérios de continuidade, apresentar a comprovação de todos os itens abaixo:

- 1- Realização das trocas das cânulas e cateteres a cada 3 dias, em média
- 2- Fornecimento completo dos dados da infusão de insulina e da AMG (mínimo de 4 vezes ao dia) ou MCG (mínimo de sete rastreios ao dia) por meio do sistema gerenciador de dados compatível com o equipamento em uso
- 3- Boa aderência às rotinas do programa evidenciados por comprovação do autocuidado adequado, acompanhamento regular com o seu médico assistente, realização periódica da avaliação do fundo de olho, relação albumina creatinina na urina, avaliação para neuropatia, prevenção do risco de ulceração nos pés e avaliação cardiovascular – ECG, Ecocardiograma e ITB.
- 4- Nos pacientes incluídos por mau controle: a) apresentar redução de 0,5% na hemoglobina glicada comparada com o semestre anterior, ou HbA1c na meta <7% (adultos) ou < 7,5% (crianças e adolescentes); b) melhora do coeficiente de variação, com o mínimo valor $\leq 50\%$ segundo registros em glicosímetro ou MCG com redução progressiva no período dos seis meses mais recentes, na ausência de doenças concomitantes; c) se em uso de MCG, apresentar o tempo no alvo acima de 70% ou melhora de no mínimo 10% no semestre.
- 5- Nos pacientes incluídos por hipoglicemia: a) alcançar as metas do item 4; b) melhora das hipoglicemias nível 2 e/ou nível 3 em 50% nos seis meses mais recentes.

Os itens elencados a seguir implicarão **em suspensão**, que poderá ser temporária por no mínimo seis meses, ou **em exclusão definitiva**.

- 1- Recusa em apresentar os registros da AMG ou MCG do período e o registro do diário alimentar por três dias antes da avaliação
- 2- Baixa aderência às rotinas do programa, acompanhamento não regular com o seu médico (mínimo de 3 consultas/ano), sem comprovação na programação do sistema ou realização dos exames de rotina anuais para rastreio das complicações crônicas
- 3- Uso inadequado ou insuficiente da tecnologia com frequência elevada de desconexão do sistema por mais de seis dias ao mês, dano ao equipamento ou troca insatisfatória dos cateteres
- 4- Dois ou mais episódios de cetoacidose diabética sem explicação médica, ou hipoglicemia nível 3 mais frequente que no MDI.

- 5- Não alcançar diminuição sustentada da taxa de episódios de hipoglicemia em alvos apropriados definidos caso a caso pelo médico e relatados nos formulários para renovação quadrimestral.
- 6- Aumento significativo de HbA1c (>1,5 %) ao longo da terapêutica, após 12 meses de uso do sistema nos pacientes incluídos por mau controle
- 7- Relutância do paciente ao uso do SICI e desejo de interromper o tratamento.
- 8- Não comparecimento para renovação de insumos em período superior a doze meses
- 9- Desenvolver critérios de contraindicação para uso de SICI

NOTA 1- Em caso de suspensão temporária, novo processo para inclusão deverá ser iniciado após seis meses. A exclusão definitiva poderá ocorrer em situações de comportamento inadequado com os servidores públicos responsáveis pela avaliação e dispensação de SICI e insumos, registrada a ocorrência com testemunhas, ou não aderência às rotinas para análise dos critérios de continuidade.

NOTA 2- A definição do modelo a ser fornecido estará vinculada a disponibilidade em estoque e as peculiaridades da faixa etária. No fornecimento do SICI, apesar dos avanços tecnológicos, não haverá a obrigatoriedade de aquisição de itens mais modernos, que deverão ser substituídos pelos fabricantes quando houver descontinuidade de fabricação por parte da empresa responsável.

NOTA 3- É da responsabilidade do médico que indicou o uso de SICI:

- Ajustar a programação das necessidades de insulina basal e para bolus de correções, recomenda-se seguir as orientações das principais sociedades para manutenção das metas de glicemias, de hemoglobina glicada e glicemias pré/pós-prandiais com proporção em 40% ou menos para basal e 60% ou mais para bolus.
- Acompanhar as intercorrências médicas, com o seguimento clínico do paciente para prevenção e tratamento das complicações agudas e crônicas relacionadas ao diabetes.
- Renovar os formulários e receitas para análogos de insulina e demais insumos.
- Emitir os relatórios de acompanhamento médico a cada seis meses.
- Assinar o termo de compromisso, juntamente com o paciente e guardar o original assinado. Pacientes de qualquer faixa de idade que possuem o equipamento e solicitam inclusão para a manutenção no fornecimento dos insumos
- Comprovar a necessidade de indicação para uso de SICI por relatório médico com a inclusão de documentos de comprovação do bom uso da tecnologia nos 12 meses mais recentes, de acordo com os critérios de continuidade citados neste protocolo. A solicitação será analisada por equipe multiprofissional dos ambulatórios de SICI da SES/DF.

Pacientes de qualquer faixa de idade que possuem o equipamento e solicitam inclusão para a manutenção no fornecimento dos insumos

Comprovar a necessidade de indicação para uso de SICI por relatório médico com a inclusão de documentos de comprovação do bom uso da tecnologia nos 12 meses mais recentes, de acordo com os critérios de continuidade citados neste protocolo. A solicitação será analisada por equipe multiprofissional dos ambulatórios de SICI da SES/DF.

***Para informações de acesso:**

O SICI e insumos são dispensados na SES/DF após análise da solicitação pela equipe técnica da RTD da Endocrinologia da SES/DF. Os formulários e rotinas estão disponíveis no *link*: <https://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/02/RENOVACAO-DE-SICI.pdf>

ANEXO VI

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA USO DE SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUO DE INSULINA – SICI E INSUMOS

A utilização de sistema de infusão contínua de insulina (SICI) no tratamento do diabetes em insulino terapia plena obedece a critérios clínicos estabelecidos em base científica. Segundo o Posicionamento Oficial da SBD de fevereiro de 2011: “... **o uso de opções terapêuticas de custo mais alto para o controle do diabetes só se justifica quando os resultados terapêuticos efetivamente obtidos justificarem o custo adicional dos novos tratamentos**”. O tratamento envolve equipe interdisciplinar que inclui consultas: médica, de enfermagem, nutrição e assistência social. A promoção de educação tem como objetivos orientar para adequada automonitorização glicêmica, com contagem de carboidratos (CHO) para o alcance de metas do bom controle glicêmico e menor variabilidade glicêmica. Os principais benefícios do tratamento com SICI são: melhora no controle metabólico do paciente, redução das hipoglicemias noturnas e graves, melhora da qualidade de vida (autorrelatada ou avaliada por questionários específicos), manutenção de glicemias estáveis com menor variabilidade, conseqüente redução na frequência de admissão em serviços de emergência para correção das descompensações agudas e menor incidência de complicações crônicas em longo prazo. Estou ciente e seguirei as orientações da equipe dos ambulatórios de SICI da SES/DF:, quanto 1- a obrigatoriedade de participação nas reuniões de educação, que poderão ser em grupos, individuais, presenciais ou a distância, com a periodicidade estabelecida pela necessidade individual; 2- seguir as metas de glicemia em jejum e pós-prandiais, hemoglobina glicada, tempo no alvo, tempo abaixo do alvo, coeficiente de variabilidade, frequência de glicemia capilar ou rastreios de glicose nos sensores; 3- fornecer os dados do perfil glicêmico registrado em glicosímetros, leitores dos sensores, ou disponibilizados em nuvem; 4- disponibilizar os dados do gerenciamento das aplicações de insulinas dos equipamentos; 5- as insulinas utilizadas são os análogos de ação rápida: asparte, lispro, glulisina e de ação ultrarrápida – asparte fast, que tiverem estoque disponível; 6- a necessidade da troca correta das cânulas, cateteres e outros itens; 7- a necessidade de se alcançar as metas do bom controle glicêmico, e o bom uso da tecnologia para continuidade no fornecimento dos itens de manutenção; 8- autorizar a equipe ambulatorial do SICI a utilizar meus dados clínicos durante o período em que eu estiver vinculado (a) ao programa para exclusiva elaboração de relatos científicos futuros; 9- ao meu seguimento clínico por médico do setor privado, de que esse deverá emitir relatórios periódicos das minhas condições clínicas em uso de SICI, para monitoramento.

Confirmo que observarei as seguintes proposições de habilidades quanto:

- Aprender a operar adequadamente o SICI.
- Monitorar a glicemia: número mínimo de 4 vezes ao dia, ou 7 rastreios ao dia, se em uso de sensores de glicose.
- Utilizar os resultados da monitorização para a correção das doses de insulina. Inserir, conectar e trocar a cânula e o cateter como recomendado.
- Aderir à orientação para alterações dos locais de aplicação e dos kits de infusão.
- Proporcionar os cuidados necessários ao bom funcionamento do SICI.
- Comparecer às consultas programadas pelo médico ou pela equipe de apoio.
- Contar carboidratos.
- Calcular a relação insulina/carboidrato.
- Calcular as doses dos bolus de correção.

Assumo o compromisso de devolver o SICI (equipamento) entregue em caráter de empréstimo por prazo indeterminado após inclusão no programa de SICI da SES/DF, a qualquer momento, quando solicitado pelos setores responsáveis desta Secretaria.

Brasília, _____ de _____ de 20_____

Paciente ou responsável

Testemunha

Médico (assinatura e carimbo com CRM)