



Base Normativa

- NT 32/2026-MS (DEPROS/SAPS/DAET/SAES)
- Foco em segurança do paciente
- Coordenação pela Atenção Primária à Saúde

ESTRATÉGIA DE QUALIFICAÇÃO DA APS COM INSULINA GLARGINA

Reorganização Estrutural, Prevenção Hospitalar e Eficiência Sistêmica

“Não se trata de ampliar tecnologia, mas de qualificar o Cuidado da APS para populações de maior vulnerabilidade clínica”

COSEMS RJ



Estratégia APS

- Racionalização da Insulinoterapia Basal (Redução de sobrebasalização >0,5 UI/kg/dia)
- Redução de Hipoglicemia em Grupos Vulneráveis
- Registro obrigatório no PEC e-SUS APS

MIGRAÇÃO PARA INSULINAS ANÁLOGAS



Projeto-Piloto Nacional

- Fases em andamento: Distrito Federal, Amapá, Paraíba, Paraná
- Foco atual: Avaliar impacto clínico e testar logística CBAF

➤ CENÁRIO ATUAL

- Instabilidade na oferta de insulinas humanas
- Redução de fabricantes
- Risco ao abastecimento no SUS
- Necessidade de reorganização da política

Introdução de canetas aplicadoras

Manoel Santos

SEMANA CIB/MAIO2026

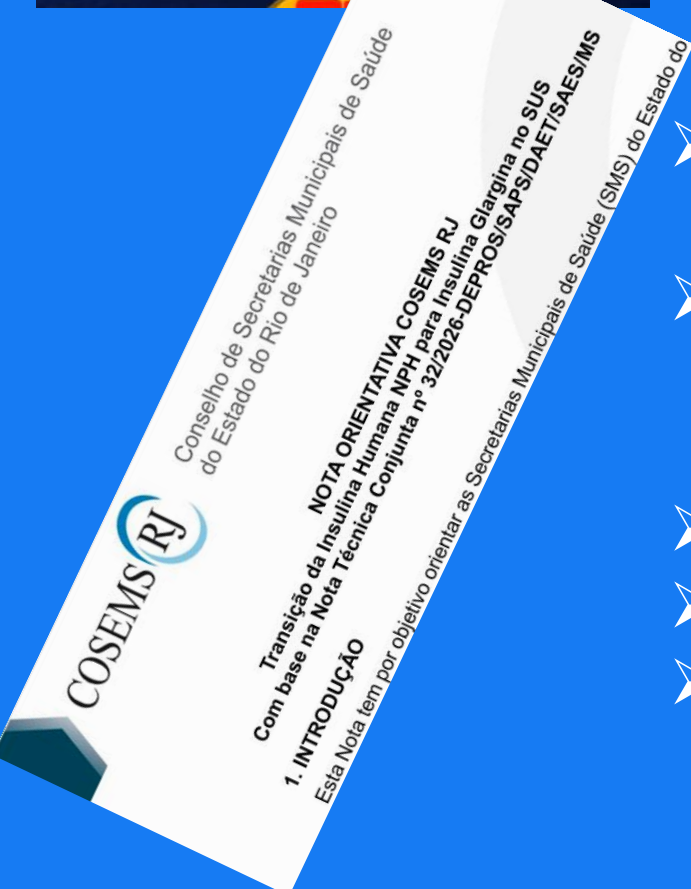


PLANO DE ARQUITETURA PARA A TRANSIÇÃO DE INSULINAS ANÁLOGAS NO SUS



Estratégia bipartite de segurança clínica, sustentabilidade orçamental e governança nos cuidados de saúde primários

- **PCDT Diabetes Mellitus Tipo 1** (O PCDT para o tratamento de diabetes tipo 1 - DM1 - inclui o uso de insulinas análogas de ação prolongada);
- **PCDT Diabetes Mellitus Tipo 2** (Em 2024, o Ministério da Saúde ampliou o uso de insulinas análogas no SUS para pacientes com diabetes tipo 2);
- Critérios de Elegibilidade e Acesso: **Diabetes Tipo 1** (Pacientes com diabetes tipo 1 - DM1 - são elegíveis para o tratamento com insulinas análogas de ação rápida e/ou prolongada, conforme o PCDT); **Diabetes Tipo 2** (O acesso a insulinas análogas para pacientes com diabetes tipo 2 - DM2 - foi ampliado, com prioridade para pacientes com mais de 70 anos);
- Portarias ministeriais nº 58 e nº 59, publicadas em novembro de 2024, que oficializam a **INCORPORAÇÃO DAS INSULINAS ANÁLOGAS** no Sistema Único de Saúde (SUS);
- **PORTARIA GM/MS Nº 6.685, DE 2 DE ABRIL DE 2025** (Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde);
- Portaria MS-SCTIE nº 19, de 27/03/2019 – insulina análoga de ação prolongada;
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- Dados de acesso e cobertura do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).



A dispensação da Glargina no CBAF (descritos na NT nº 26/2026 da COPAFB/CGAFB/DAF/SCTIE/MS), vem sendo motivo de divulgação pelo COSEMS RJ desde quando foi pactuado na CIT em 29/11/2018 (pactuação da insulina análoga de ação rápida para o tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 1 ao Grupo 1A de financiamento do CEAF).

“O ENVELHECIMENTO NÃO É UMA PROJEÇÃO FUTURA. É UMA REALIDADE INSTALADA QUE PRESSIONA A REDE DE URGÊNCIA”

"A afirmação configura-se como um **diagnóstico de urgência social**, revelando o descompasso entre a transição demográfica e o planejamento das redes de atenção à saúde."



⚡ Impacto Hospitalar

1,3 mi de pacientes com DM; ≈ 22.500 internamentos anuais (CID E-10 e E-14); custo hospitalar estimado: ≈R\$50mi/ano

🔗 O impacto é regionalizado, mas interdependente. Onde há maior envelhecimento, há maior pressão hospitalar

🚧 O Impacto em todas as REGIÕES DE SAÚDE: A pactuação precisa ser estadual



Metropolitana I:	~8.000 internações (Alta concentração)
Metropolitana II:	~4.500 internações (Alta concentração)
Médio Paraíba & Baixada Litorânea:	~5.000 internações combinadas (Crescimento moderado)
Norte, Serrana, Centro-Sul, Noroeste:	~5.000 internações combinadas (Crescimento proporcional acelerado)

Fundamentação Clínica: Racionalidade Terapêutica (NPH x Glargina) Perfil Farmacocinético Comparativo

01

O Problema atual NPH

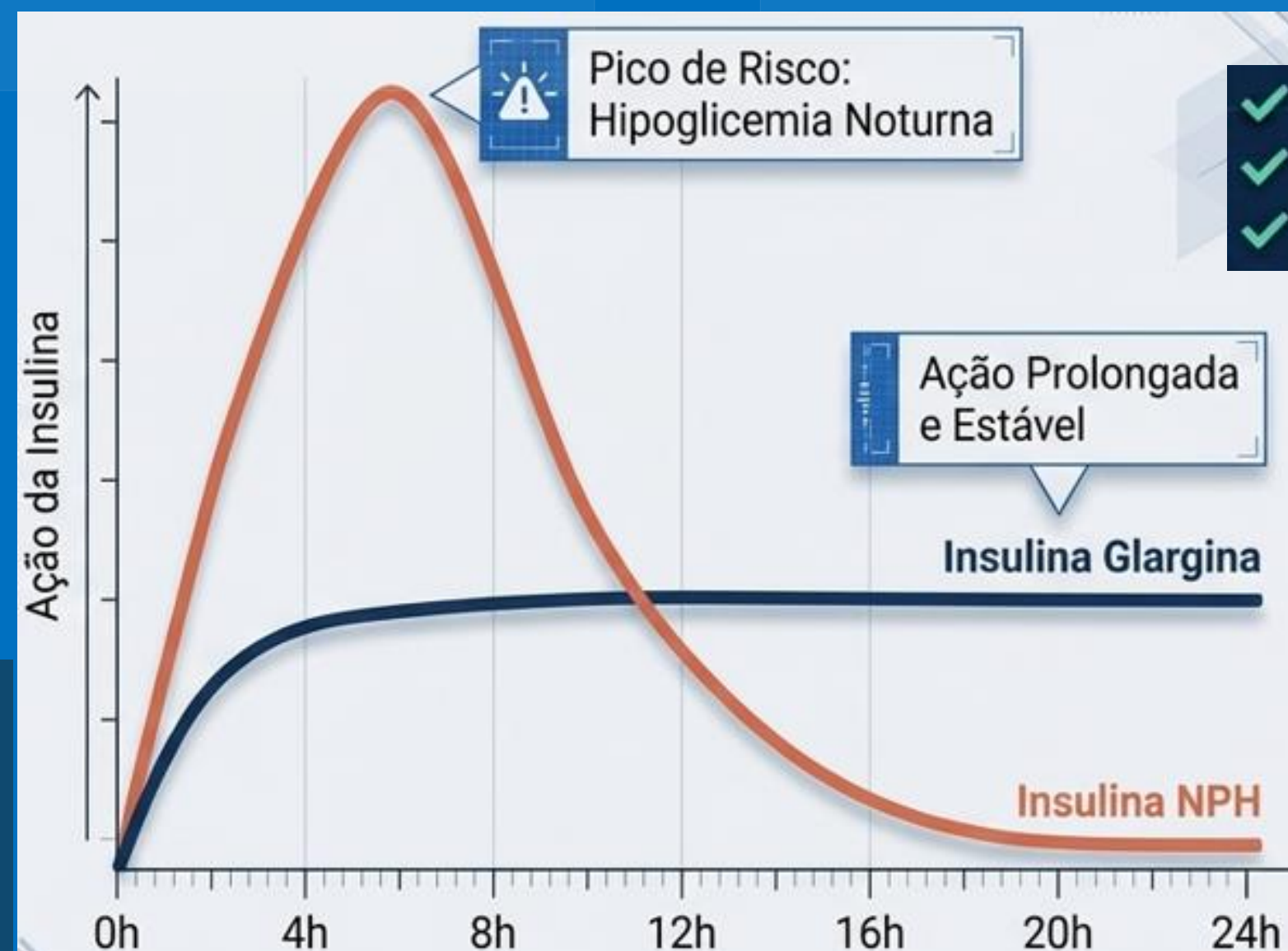
- Risco de sobrebasalização (>0,5 UI/Kg/dia para DM2)
- Maior variabilidade glicêmica
- Necessidade de múltiplas aplicações diárias

02

A Solução (Glargina)

- Redução de 20 – 30% nos eventos de hipoglicemia grave
- Aplicação única diária
- Segurança superior para idosos frágeis.

- ✗ - Pico de ação pronunciado
- ⚠ - Duração: 12-18h (1-2x/dia)
- ✗ - Alta variabilidade intraindividual



- ✓ - Perfil estável (sem pico)
- ✓ - Duração: ~24h (1x/dia)
- ✓ - Redução de hipoglicemia grave (≈ 20–30%)

A ausência de pico pronunciado reduz o risco de hipoglicemia noturna severa

Convergência clínica total com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes

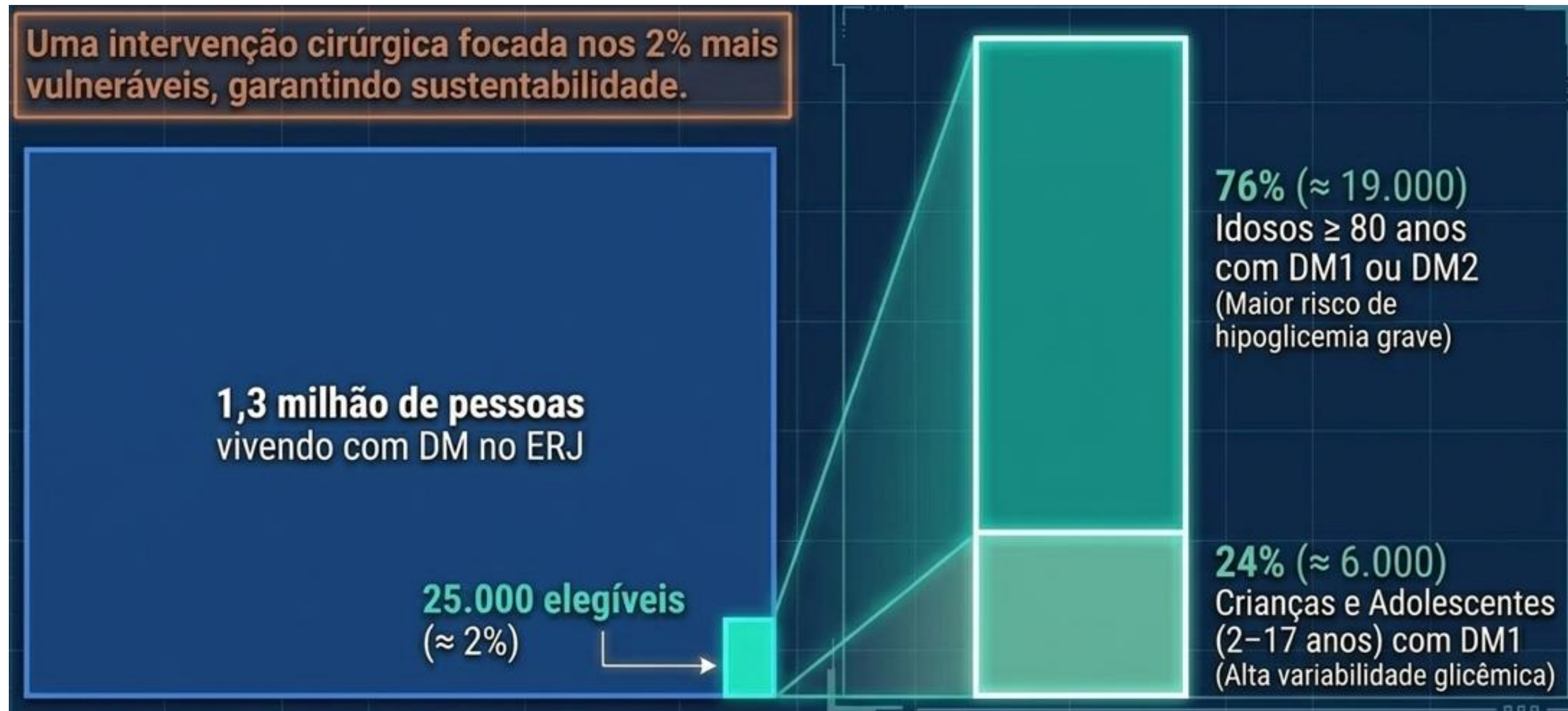
Público elegível delimitado: Intervenção focalizada

Não se trata de uma substituição universal, mas de um resgate de populações críticas



Filtro:

Critérios clínicos restritos (NT 32/2026)



Perspectivas iniciais para o cenário do acesso às canetas de insulinas no SUS

DESAFIOS DA TRANSIÇÃO

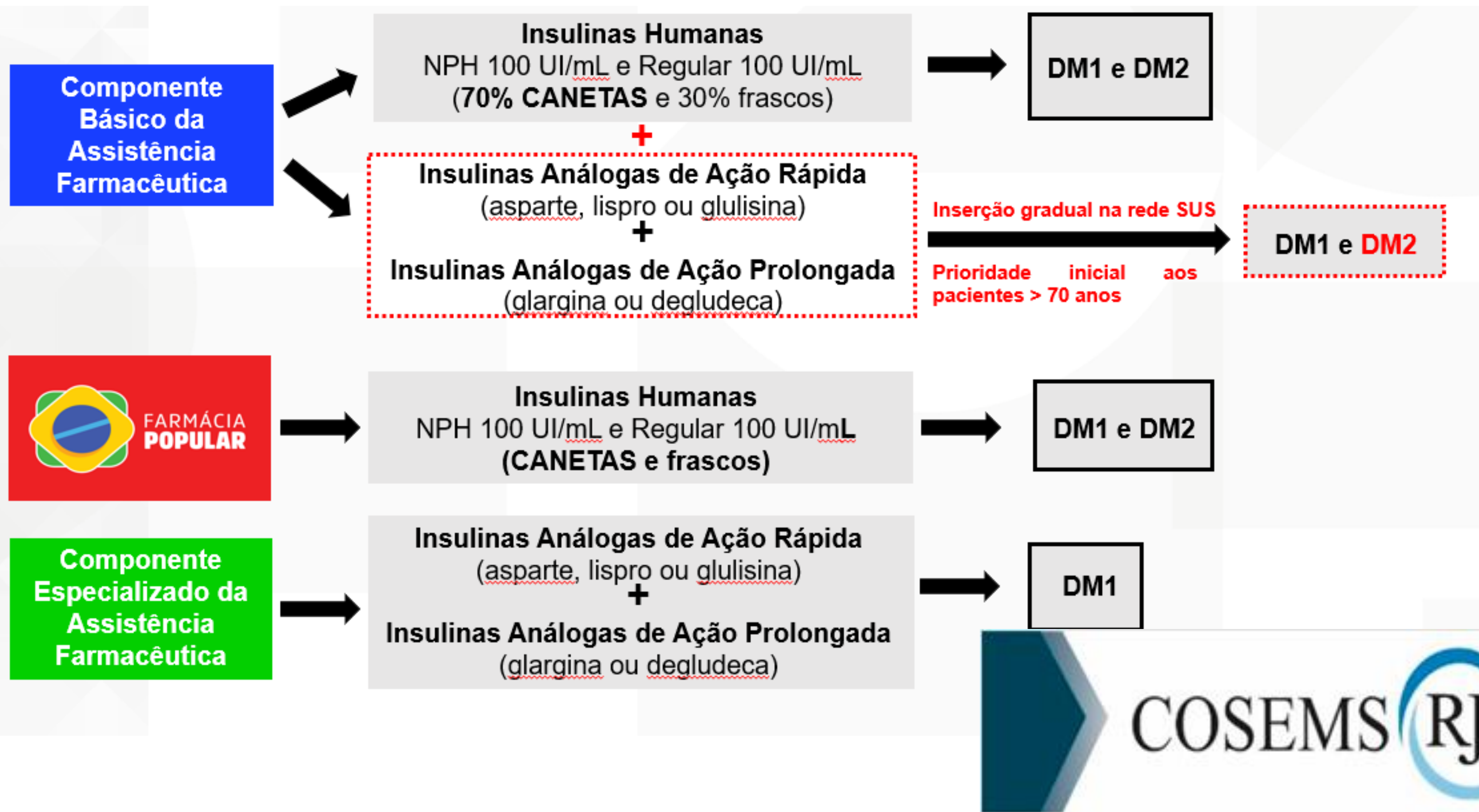
- Reorganização dos fluxos assistenciais
- Atualização de protocolos clínicos
- Capacitação das equipes
- Educação do usuários

JUSTIFICATIVAS DO PROJETO

- Mudança na prática cotidiana das equipes
- Necessidades de atualização técnica
- Fortalecimento da segurança terapêutica
- Apoio ao autocuidado

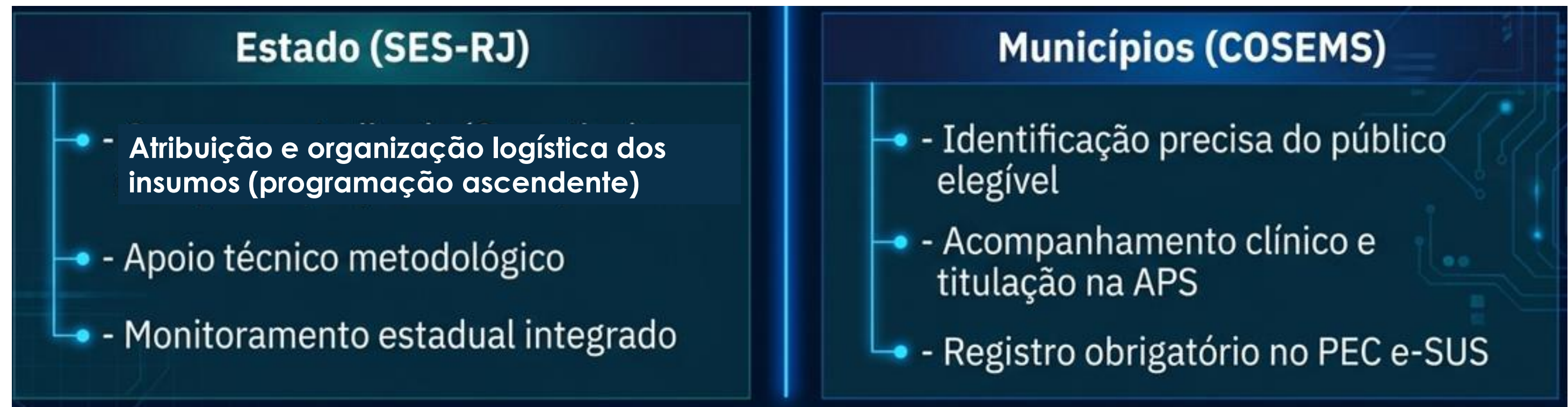


Implantar com monitoramento é fundamentalmente diferente de expandir sem controle



Encaminhamento Deliberativo à CIB: Proposta de Pactuação Bipartite

- **Pactuar é transformar uma demanda judicial fragmentada em uma política pública organizada**
Pactuar responsabilidades claras partilhadas Evita a sobrecarga unilateral e garante previsibilidade.



Proposta de instituição de Grupo Técnico Bipartite para avaliação orçamentária e emissão de relatório semestral.

25 e 26/05
Prédio da SEMS RJ
Rua México 128

A Oficina Macrorregional, prevista, é uma iniciativa estratégica articulada entre o COSEMS RJ e o CONASEMS para apoiar as equipes locais em diversas frentes técnicas e organizacionais.

as oficinas possuem caráter estritamente técnico e formativo. O público-alvo das oficinas são **EXCLUSIVAMENTE** os 2 (dois) profissionais indicados pelos gestores municipais, conforme critérios estabelecidos na Nota Técnica, sendo:

1 (um) FARMACÊUTICO obrigatoriamente; e

1 (um) MÉDICO ou ENFERMEIRO.

Para participação, os gestores municipais deverão realizar a adesão no sistema e-Gestor e efetuar a indicação dos profissionais até o dia 15 de maio de 2026.



Qualificação Técnica e Manejo Seguro

O objetivo principal é qualificar os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para o manejo seguro da insulinoterapia, especificamente no contexto da transição para insulinas análogas.



Fortalecimento da Organização do Cuidado

A oficina visa preparar as equipes para organizar o processo de transição de forma estruturada, garantindo que a APS atue como coordenadora do cuidado e reduza riscos clínicos, como a hipoglicemia.



Capacitação de equipes multiprofissionais

O treinamento é direcionado para a capacitação rápida de equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes multiprofissionais (eMulti), focando na atualização de protocolos municipais e na orientação estruturada ao paciente sobre técnicas de aplicação.



Melhoria na Assistência Direta

Busca-se gerar um impacto direto e positivo na assistência às pessoas com diabetes no SUS, promovendo o uso racional das insulinas e garantindo maior estabilidade glicêmica aos pacientes.

MINUTA DE DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº XXX / 2026

Aprova a Estratégia Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) para a Transição da Insulina Humana NPH para Insulina Gargina no âmbito do SUS no Estado do Rio de Janeiro.

A COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais e considerando:

A pactuação da incorporação das insulinas análogas na CIT em 29/11/2018;

A Nota Técnica Conjunta nº 32/2026-DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS, que define as diretrizes para a estratégia orientadora de qualificação do cuidado e segurança do paciente;

As Portarias GM/MS nº 58 e nº 59 de novembro de 2024, que dispõem sobre a incorporação das insulinas análogas no SUS;

A necessidade de enfrentar o cenário epidemiológico de envelhecimento acelerado no Estado, visando a redução das cerca de 22.500 internações anuais por Diabetes Mellitus no ERJ;

O compromisso do COSEMS RJ com a equidade e qualificação da Assistência Farmacêutica, ratificado no webinar de 04/06/2025.

DELIBERA:

Art. 1º – Fica aprovada a Estratégia de Transição para a Insulina Gargina no Rio de Janeiro, focada na qualificação do cuidado na APS e na redução de episódios de hipoglicemia grave em grupos vulneráveis.

Art. 2º – O público elegível para a transição inicial compreende:

Pessoas idosas com 80 anos ou mais (DM1 ou DM2);

Crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos com DM1;

Novos casos que atendam aos critérios clínicos definidos nos PCDTs nacionais.

Art. 3º – A operacionalização da estratégia observará as seguintes responsabilidades compartilhadas:

À Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ): Realizará a programação de insumos de forma ascendente, prestar apoio técnico às regiões e monitorar os desfechos estaduais;

Às Secretarias Municipais de Saúde (SMS): Identificar o público elegível, realizar o acompanhamento clínico longitudinal, garantir a titulação segura da dose e o registro obrigatório no PEC e-SUS APS.

Art. 4º – A implementação dar-se-á de forma gradual, em três fases:

Fase 1 (0-6 meses): Implantação focalizada e monitoramento mensal de segurança clínica;

Fase 2 (6-12 meses): Avaliação de resultados orçamentários e expansão regional;

Fase 3 (>12 meses): Consolidação da política estadual estruturada.

Art. 5º – Fica instituído o Grupo Técnico Bipartite de Monitoramento da Insulinoterapia, composto por representantes da SES-RJ e COSEMS RJ, com o objetivo de avaliar semestralmente os indicadores de hipoglicemia, internações evitadas e sustentabilidade financeira da estratégia.

Art. 6º – Esta Deliberação entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, XX de maio de 2026.

CONTRIBUIÇÕES DO COSEMS RJ



PROTOCOLO RESUMIDO PARA EQUIPES DE APS: TRANSIÇÃO NPH → GLARGINA NO SUS

Objetivo: Orientar equipes da APS na transição segura e organizada da insulina NPH para a insulina glargina, agora disponível no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF).

A. Critérios Gerais para Considerar a Troca

A troca deve ser avaliada pelo profissional responsável, especialmente em pacientes com:

Hipoglicemias frequentes, principalmente noturnas
Variabilidade glicêmica importante
Dificuldade de aderir a horários rígidos
Uso de NPH em dose única com controle inadequado
Idosos ou pessoas com risco aumentado de hipoglicemia
Necessidade de maior previsibilidade glicêmica

B. Avaliação Inicial

Antes da troca:
Revisar esquema atual de insulina
Avaliar rotina alimentar e horários
Verificar técnica de aplicação
Checar glicemias recentes
Orientar sobre diferenças entre NPH e glargina
Planejar monitorização mais próxima nas primeiras semanas

C. Transição NPH → Glargina

Sem definir doses específicas (que dependem do profissional responsável), mas reforçando princípios gerais:

A glargina **não tem pico** e age de forma mais estável
A dose **não é necessariamente equivalente** à da NPH
A troca exige **monitorização intensificada** nos primeiros 7–14 dias
Ajustes devem ser feitos conforme glicemias e avaliação clínica

D. Monitorização Recomendada

Nas primeiras semanas:
Glicemia de jejum diária
Glicemia antes do jantar ou ao deitar, conforme orientação clínica
Registrar hipoglicemias
Retorno programado em 7–14 dias

E. Papel da Equipe Multiprofissional

Médico(a): avaliação clínica, indicação, ajustes
Enfermagem: técnica de aplicação, armazenamento, sinais de alerta
Farmácia: dispensação, cadeia de frio, orientação sobre insumos
ACS: reforço educativo, identificação de dificuldades

F. Dispensação e Logística

Garantir disponibilidade de canetas ou frascos conforme padronização local
Verificar validade e integridade
Orientar sobre armazenamento:
Fechada: refrigerada
Em uso: pode ficar fora da geladeira por tempo limitado (conforme bula)
Não misturar glargina com outras insulinas

G. Sinais de Alerta

Encaminhar para avaliação imediata se houver:
Hipoglicemias repetidas
Hiperglicemias persistentes
Dificuldade de manuseio da caneta/seringa
Confusão entre tipos de insulina

H. Indicadores para Monitoramento Local

Número de pacientes em uso de glargina
Frequência de hipoglicemias relatadas
Adesão ao tratamento
Regularidade da dispensação
Internações por descompensação glicêmica

MATERIAL EDUCATIVO PARA PACIENTES: ENTENDENDO A TROCA DA NPH PELA GLARGINA

O que está mudando?

Agora o SUS oferece a insulina glargina, que substitui a NPH em muitos casos. Ela ajuda a controlar a glicose de forma mais estável e com menor risco de hipoglicemia (para crianças e adolescentes até 17 anos e idosos acima de 80 anos).

O que é a insulina glargina?

É uma insulina de ação lenta e contínua, que dura cerca de 24 horas e não tem pico. Isso significa menos oscilações e mais segurança.

Principais benefícios

Menor risco de hipoglicemia, especialmente à noite
Ação mais previsível
Geralmente aplicada **uma vez ao dia**
Pode facilitar sua rotina

O que você precisa saber ao começar?

A dose pode ser diferente da NPH
Continue medindo sua glicemia conforme orientação
Não mude a dose por conta própria
A glargina **não substitui** a insulina rápida/regular usada nas refeições
Não misture glargina com outras insulinas na mesma seringa

Como armazenar?

Antes de abrir: manter na geladeira
Depois de aberta: pode ficar fora da geladeira por tempo limitado (conforme orientação da unidade)
Nunca congelar

Como aplicar?

Use a técnica ensinada pela equipe de saúde
Troque a agulha a cada aplicação
Aplique sempre no mesmo horário
Alterne os locais de aplicação para evitar endurecimento da pele

Quando procurar a unidade de saúde

Hipoglicemias frequentes
Glicemias muito altas
Dúvidas sobre a dose
Dificuldade com a caneta ou seringa
Qualquer mudança importante na rotina ou alimentação

Você não está sozinho

A equipe da unidade está disponível para ajudar na adaptação, tirar dúvidas e acompanhar sua evolução. A transição é feita com cuidado para garantir mais segurança e qualidade de vida.