



Adoção de boas práticas de insulinoaterapia na APS

Rosilei Weiss Baade

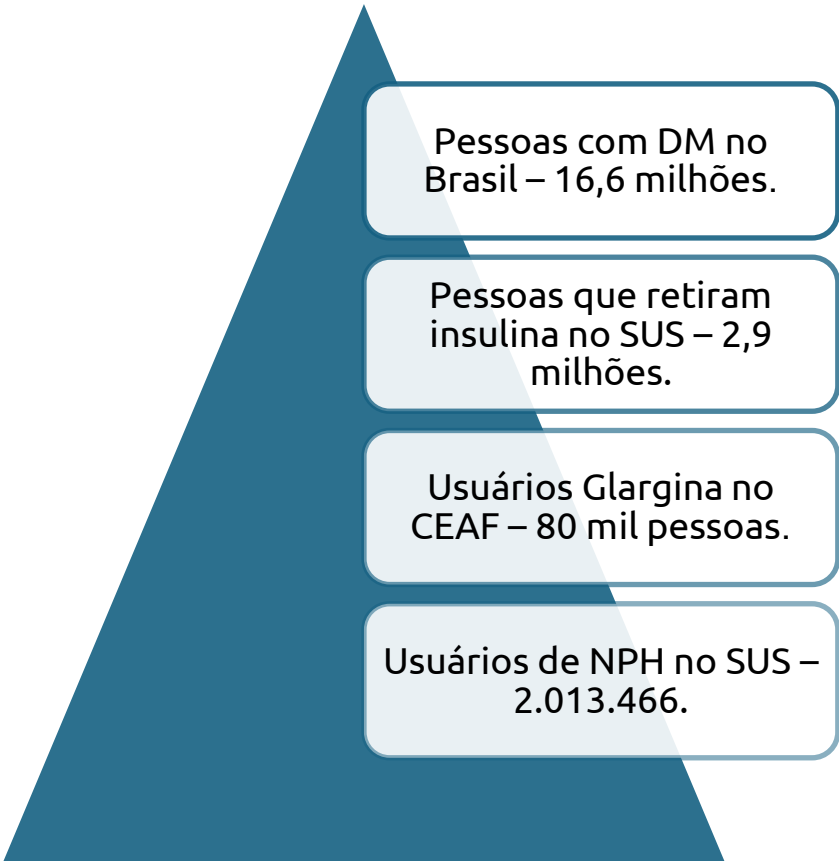
SECRETARIA DE
SAÚDE



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Contextualização

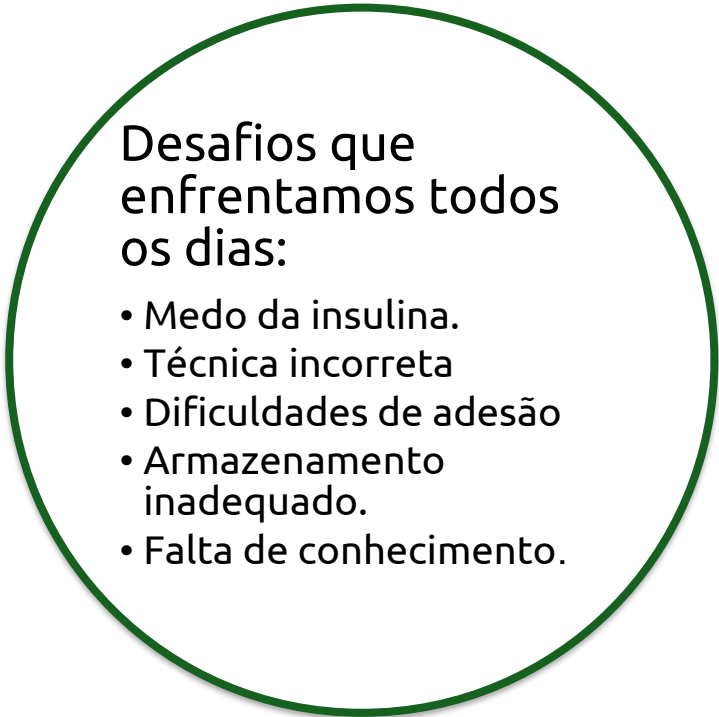


Pessoas com DM no Brasil – 16,6 milhões.

Pessoas que retiram insulina no SUS – 2,9 milhões.

Usuários Glargina no CEAF – 80 mil pessoas.

Usuários de NPH no SUS – 2.013.466.



Desafios que enfrentamos todos os dias:

- Medo da insulina.
- Técnica incorreta
- Dificuldades de adesão
- Armazenamento inadequado.
- Falta de conhecimento.

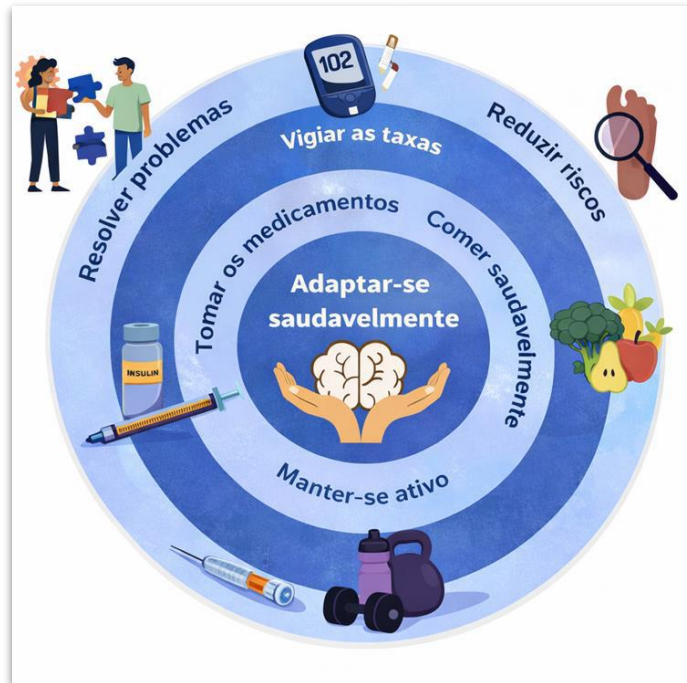


Objetivos:

Refletir sobre o uso e indicação oportuna da insulino-terapia.

Abordar principais cuidados e recomendações para insulino-terapia segura.

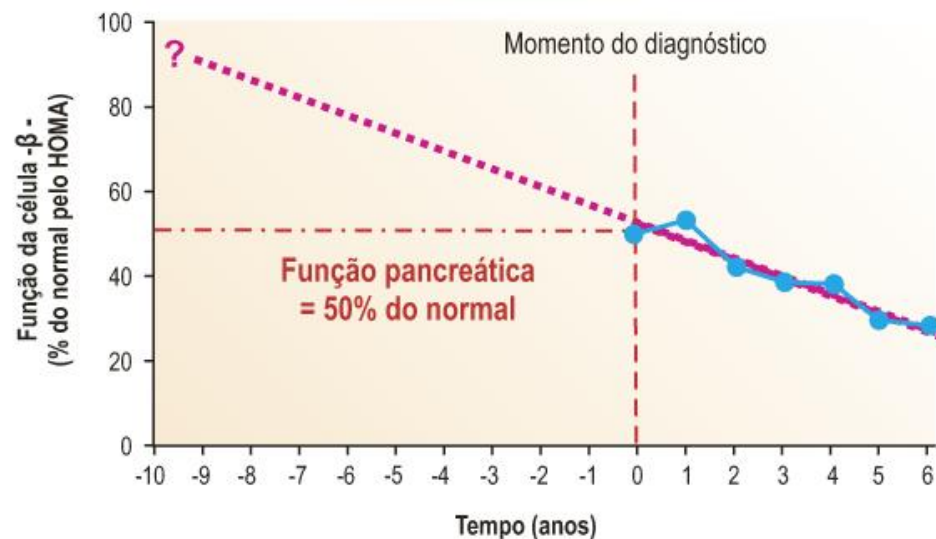
Esclarecer pontos sobre a transição da insulina humana para análogos na APS.



7 comportamentos para o autocuidado

- Reduzir riscos
- Tomar medicamentos
- Resolver problemas
- Adaptar-se saudavelmente

Insulinoterapia – quando é indicado?



Adaptado de Holman RR. *Diabetes Res Clin Pract.* 1998;40(suppl):S21-S25
U.K. Prospective Diabetes Study Group. *Diabetes.* 1995;44:1249-1258.

DM 1: desde o início do diagnóstico.

DM 2: falha terapêutica de medicações orais.

Situações que aumentem o stress orgânico (comorbidades, cirurgias, gestação, uso de medicamentos hiperglicemiantes e outros).

Desafios na insulinoterapia

Por parte do paciente:

- Dificuldade de entender a falta de sintomas Vs a gravidade do quadro.
- Barreira psicológica e medo da dor da injeção.
- Inconveniência e medo da interferência no dia a dia.
- Medo de ganhar peso.
- Medo da hipoglicemia.
- Sensação que é o começo do fim.

Por parte do profissional:

- Preocupação pela segurança do paciente (episódios de hipoglicemia).
- Medo que o paciente com excesso de peso ganhe mais peso.
- Complexidade da decisão de iniciar insulina.
- Tempo dispendido para educação em diabetes e titulação da dose de insulina.



1. A decisão de iniciar e intensificar insulinoterapia deve se basear em:



Metas glicêmicas individuais



Perfil glicêmico detalhado



Reserva funcional pancreática



Risco de hipoglicemia



2. A progressão terapêutica deve ser:



Gradual



Segura



Baseada na
automonitorização

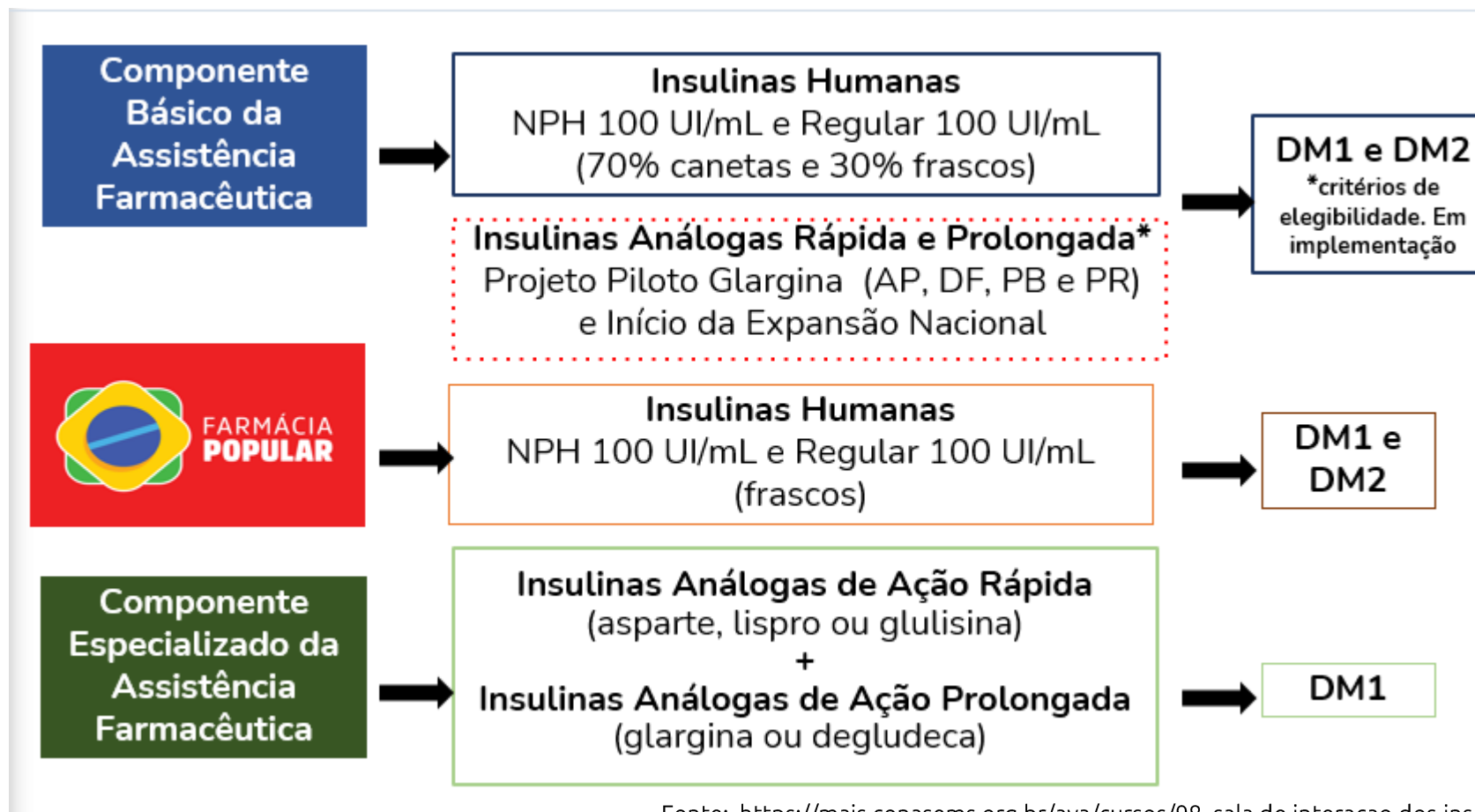


Individualizada



**3. Educação do paciente e adesão às orientações
é parte fundamental do tratamento.**

Cenário Atual do Acesso às Insulinas fornecidas pelo Ministério da Saúde



Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Evolução das insulinas no SUS

Humanas
em frasco



Humanas em
canetas descartáveis



Humanas em
canetas reutilizáveis



Análogos em
canetas reutilizáveis



Gabriela Cavicchioli
COREN: 117145

Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Boas práticas em insulinoterapia

Conservação da insulina:	Preparo:	Aplicação:	Descarte de material:	Tipo de insulina:
• Fechadas, em uso, em casa e transporte.	• Frascos – seringas com agulhas fixas, graduação, homogeneização, injetar ar dentro do frasco, cuidados com contaminação. • Canetas – descartáveis e/ou permanentes, escorva, teste do jato (gota), como segurar a caneta, visualização do seletor de dose.	• Tamanho da agulha, tempo de injeção, cuidados após a aplicação, como extravasamento de insulina, troca de agulhas e rodízio.	• Segregação, acondicionamento e recolhimento.	• Mecanismo de ação, importância dos horários de aplicação, mistura de insulinas e insulina ativa.

Conservação e transporte da insulina

* Marca Worchadt Ltda (fornecida pelo M.S.) Wosulin: na embalagem 2 a 8°C. Em bula, após aberto até 30°C por até 42 dias.

Verificar SEMPRE a bula da insulina recebida, especialmente quando trocar a marca.

Ficar atento as orientações do fabricante, especialmente frascos. Atualmente necessária conservação de 2 a 8° C mesmo insulina em uso.

Atenção a conservação da insulina aberta em locais com extremos de temperatura.

Caixa ou bolsa térmica para transporte – inclui busca da insulina na UBS.



Não deixar as insulinas em uso em locais com grande variação de temperatura.

Manter a insulina protegida da luz.

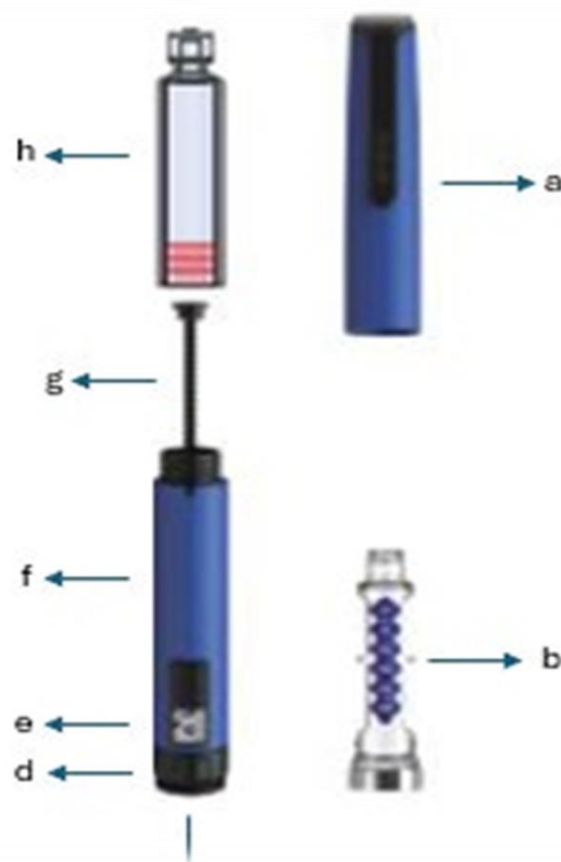
Insulina em frascos



- Seringas agulhadas.
- Graduação de 1 em 1 UI ou 1 em 2 UI
 - Tempo de injeção.
- Permite a mistura de insulinas (atenção: somente NPH e insulina rápida ou UR).
- Necessidade de pregas cutâneas em todas as aplicações.
 - Reuso.

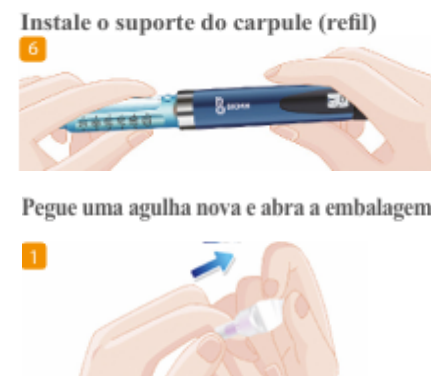
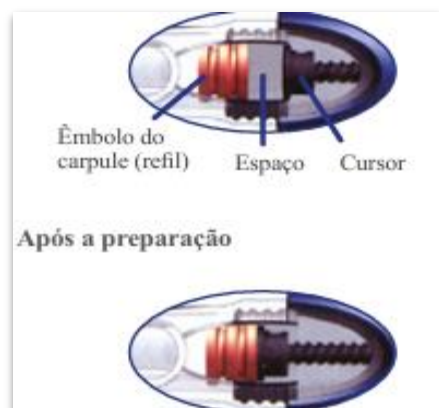
Imagem: acervo próprio – seringas BD. Valéria de Cássia Sparapani, Antônia Tayana da Franca Xavier, Márjori da Silva Marroni, Agma Leozina Viana Souza, Bárbara Shibuya Alves, Paula Maria Pascali, Rosilei Teresinha Weiss Baade, Maria Gabriela Secco Cavicchioli, Sherida Karanini Paz de Oliveira, Marcello Bertoluci, Maria das Graças Velanes de Faria. Técnicas de Aplicação de Insulina. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2025). DOI: [10.29327/5660187.2025-15](https://doi.org/10.29327/5660187.2025-15), ISBN: 978-65-5941-367-6 .

Componentes da caneta permanente



- a- Tampa da caneta
- b- Suporte do refil (carpule)
- c- Botão de injeção
- d- Botão de seleção de dose
- e- Janela de seleção
- f- Corpo da caneta
- g- Pistão
- h- Carpule (vendido separadamente)

Como preparar a caneta permanente para aplicação



Realização da escorva e cuidados na aplicação



Homogeneizar

Virar o tubete de 20 vezes (apenas para insulina NPH).



Conectar e Ajustar

Inserir agulha nova e selecionar exatas 2 unidades no visor.



Testar

Pressionar o botão com a agulha para cima até sair um jato/gota. Repetir se necessário.



Aplicar

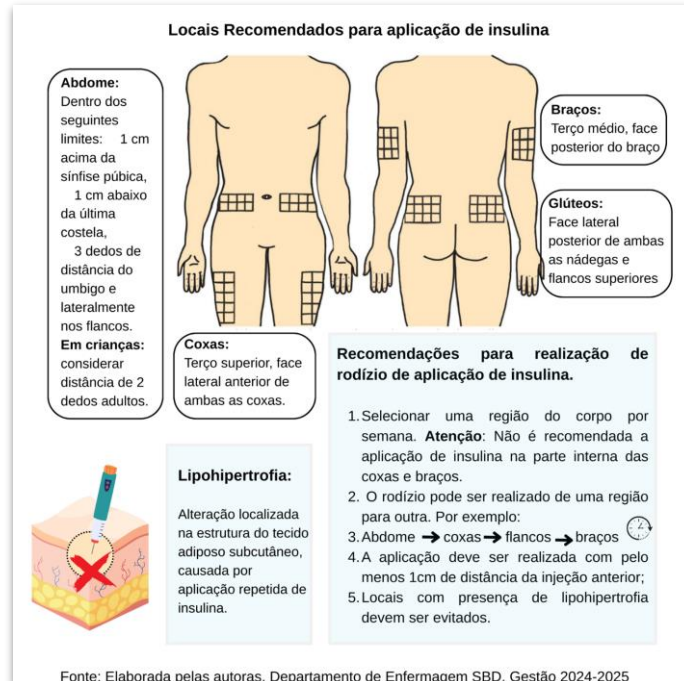
Selecionar a dose real, aplicar e aguardar 10 segundos antes de retirar da pele.

Cuidados adicionais



- Utilizar refis apenas nas canetas do mesmo fabricante.
- Atenção ao aspecto da insulina (ambas transparentes – regular e glargina).
- Não retirar o tubete da caneta até o final do uso.
- Usar um caneta para cada tipo de insulina.

Locais de aplicação, rodízio e lipohipertrofia

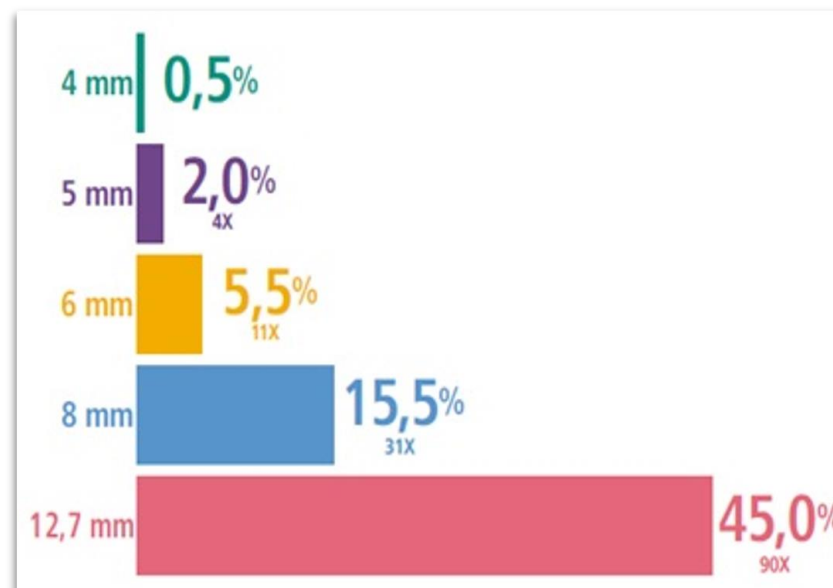
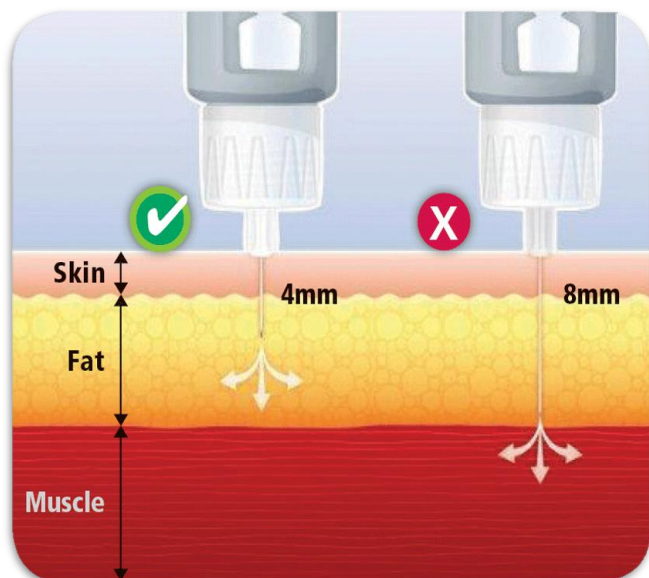


- Orientação sobre todos os locais de aplicação.
 - Uso de todo o espaço disponível.
 - Planejamento do rodízio.
- Espaçamento de pelo menos 1 cm entre as aplicações (polpa de 1 dedo).
 - Gestantes.
- Realizar a inspeção (exame físico) dos locais de aplicação que a pessoa utiliza para avaliar lipohipertrofia.

Fonte: Valéria de Cássia Sparapani, Antônia Tayana da Franca Xavier, Márjori da Silva Marroni, Agma Leozina Viana Souza, Bárbara Shibuya Alves, Paula Maria Pascali, Rosilei Teresinha Weiss Baade, Maria Gabriela Secco Cavicchioli, Sherida Karanini Paz de Oliveira, Marcello Bertoluci, Maria das Graças Velanes de Faria. Técnicas de Aplicação de Insulina. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2025). DOI: [10.29327/5660187.2025-15](https://doi.org/10.29327/5660187.2025-15), ISBN: 978-65-5941-367-6 .

Tamanho de agulhas e cuidados associados

- Riscos associados a aplicação.
- Tamanho das agulhas.
- Necessidade ou não de pregas.
- Reuso.



Referência: Torii-Goto, A., Hirai, K., Inukai, Y. *et al.* Investigation of appropriate needle length considering skin thickness with the real injection posture for insulin injections in diabetic patients. *J Pharm Health Care Sci* 9, 19 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40780-023-00288-9>. Laurence J. Hirsch, Kenneth W. Strauss; The Injection Technique Factor: What You Don't Know or Teach Can Make a Difference. *Clin Diabetes* 1 July 2019; 37 (3): 227–233.. <https://doi.org/10.2337/cd18-0076>.
Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Agulhas Usadas



Descarte após o uso

Tubetes Vazios



Risco de quebra (vidro).

Descarte de resíduos

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS): RDC nº 222/2018 da ANVISA.

SEGREGAÇÃO: no momento da geração.

ACONDICIONAMENTO de perfurocortante e infectante deve ser feito em coletor apropriado, devidamente identificado, em tamanho adequado ao serviço.



Situações especiais em relação ao uso da insulina e dispositivos



- Pode usar a mesma caneta aplicadora de insulina reutilizável para diferentes tipos de insulina?
- A caneta aplicadora reutilizável pode ser compartilhada?
- Como calcular a quantidade insulina a ser fornecida pela dose prescrita? Refil – 3 ml (300 UI) e frasco 10 ml (1.000 UI).

Acessibilidade a populações especiais

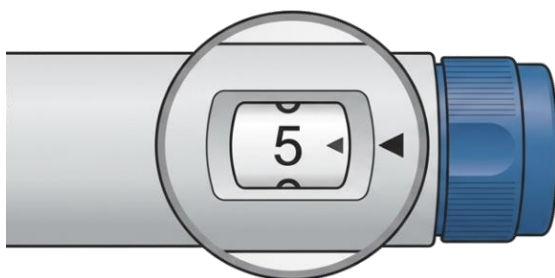


Pessoas com dificuldades visuais:

- **Adaptação Física:** Uso de fitas em relevo, elásticos ou etiquetas táteis para diferenciar fisicamente as canetas com insulinas diferentes.
- **Treinamento Tátil:** Ensinar o paciente a girar o seletor contando os "cliques" sonoros de cada unidade de dose.

Cenário – término da insulina do refil

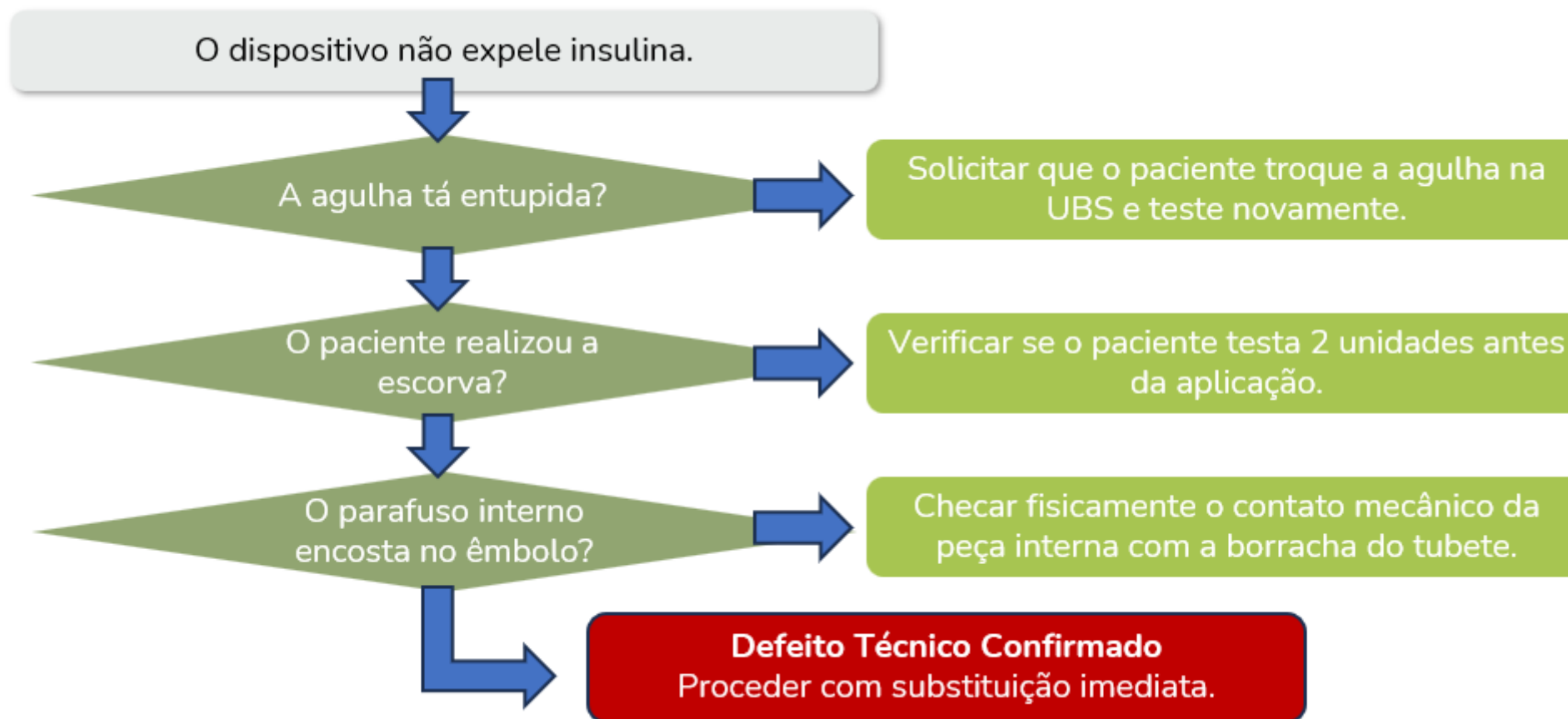
Cenário: O paciente precisa de 15 UI, mas o tubete só tem 10 UI. Comportamento: O botão não trava na seleção, mas travará durante a injeção. O visor mostrará exatamente as unidades que faltam. Ex: travará no número 5.



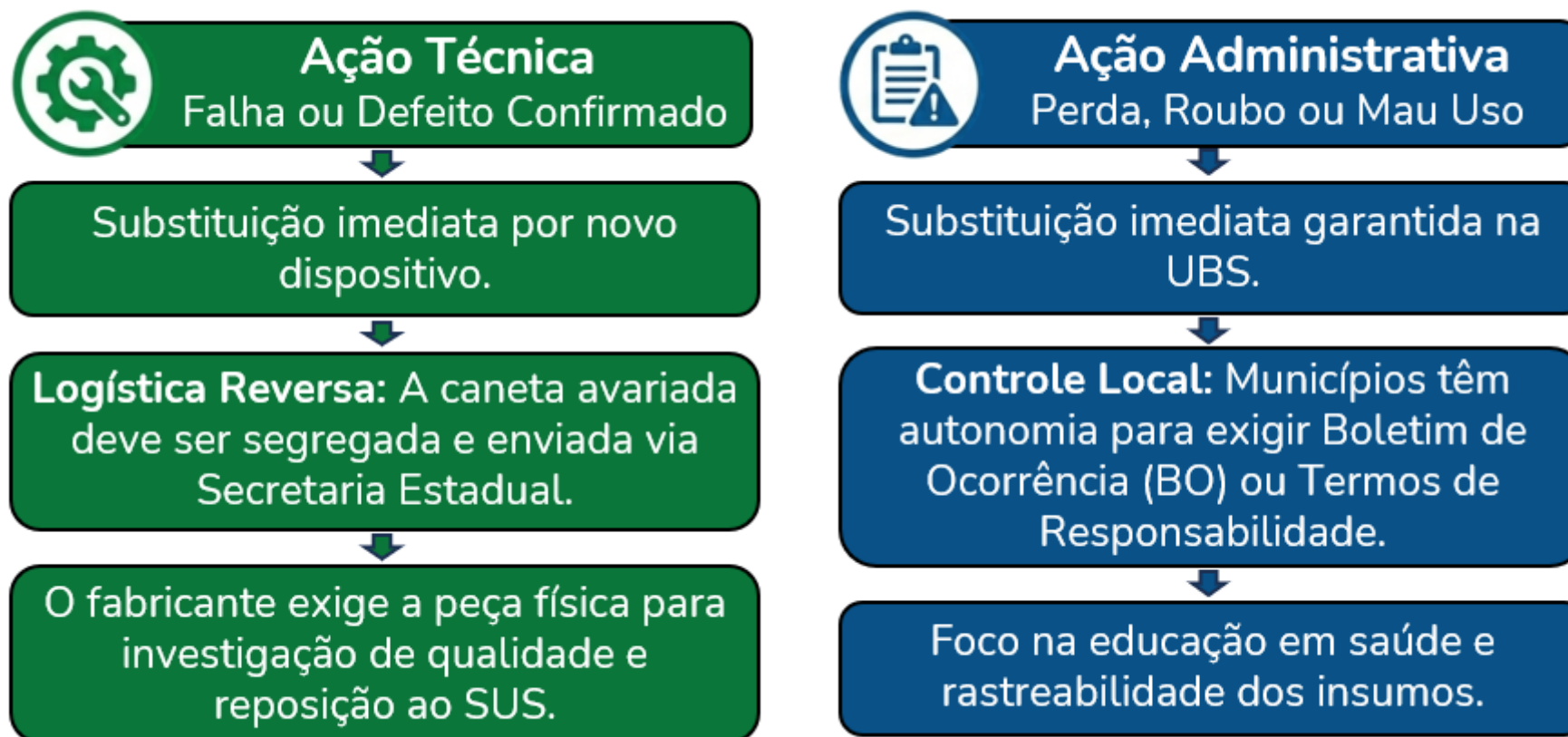
Conduta Clínica

- 1) Retirar a agulha da pele.
- 2) Trocar o tubete vazio por um novo.
- 3) Fazer a escorva (teste de 2 UI).
- 4) Ajustar no seletor o número que ficou travado no visor (5 UI) e aplicar o restante da dose para completar o tratamento.

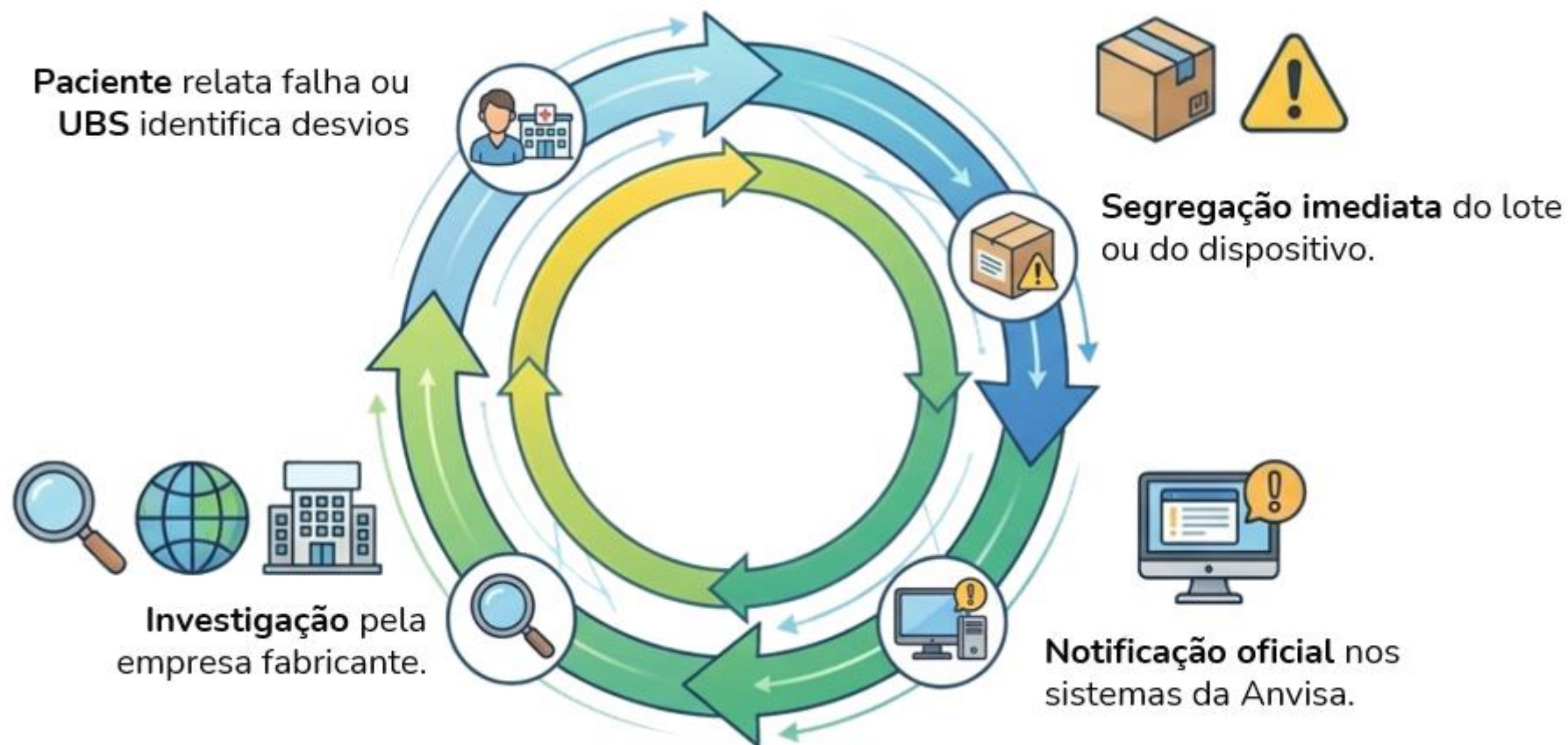
Queixas técnicas



Substituição imediata – manter o uso de insulina.

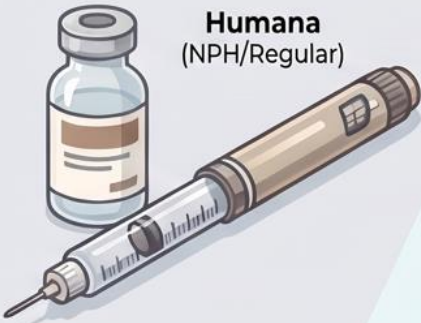


Rastreabilidade e vigilância



Transição de insulina humana para análoga no SUS

A Transição para Insulinas Análogas



Humana
(NPH/Regular)



Análoga
(Glargina/Rápida)

Troca para um tratamento mais seguro, com ação estável e aplicação mais prática.



Redução Drástica de Riscos Clínicos
Menor incidência de hipoglicemia, especialmente no período noturno, garantindo segurança ao paciente.



Resposta à Crise Global de Abastecimento
Priorização de tecnologias modernas para enfrentar a instabilidade na oferta de insulinas tradicionais.

Estratégia Nacional de Qualificação



Formação de Multiplicadores Territoriais
Profissionais indicados pelos gestores replicam o conhecimento técnico e prático em seus municípios.

Cursos autoinstrucionais e oficinas





Foco no Cuidado Integral na APS
Padronização de fluxos e orientações claras para colocar o paciente no centro das ações.

 Instrutores Nacionais 46 líderes que formam e inspiram práticas seguras.	 Oficinas Macrorregionais 128 espaços de troca e construção coletiva de soluções.	 Multiplicadores +10.000 profissionais comprometidos em transformar a prática local.
---	---	--

Critérios de elegibilidade



Válido para pacientes que já usam NPH (migração) e pacientes novos (início de tratamento), mediante prescrição médica válida.



NT nº 169/2026
DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS
/DAET/SAES/MS



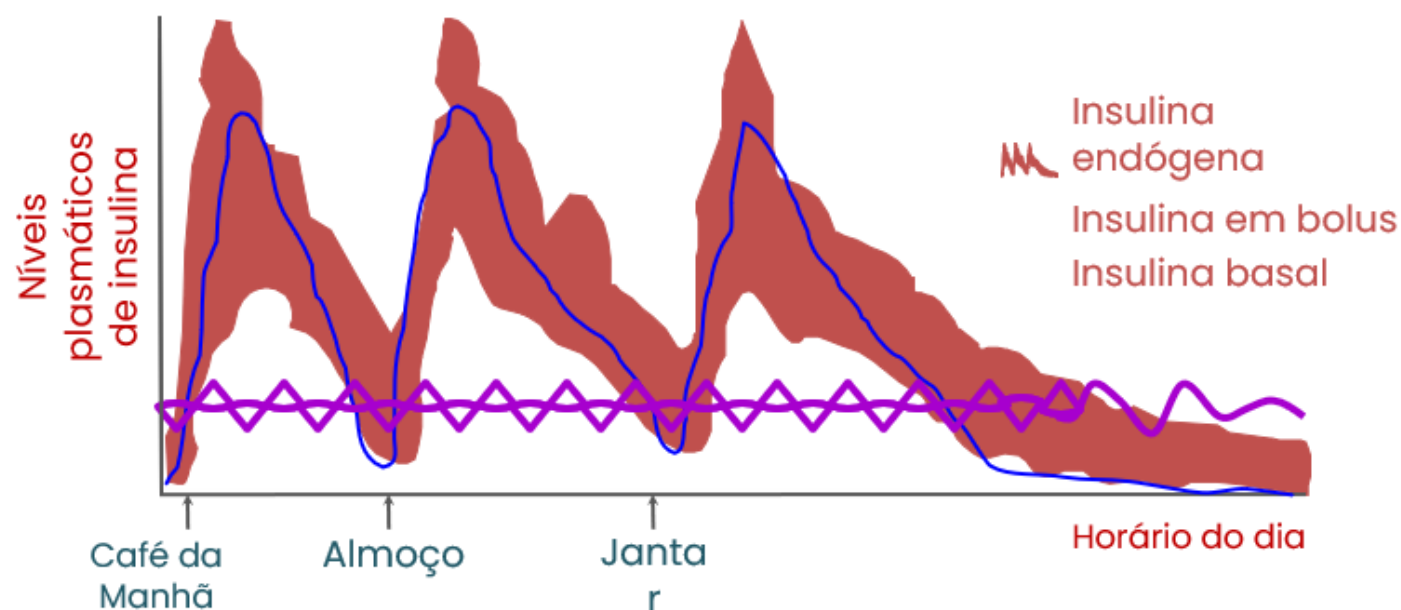
"Os **pacientes que completarem 18 anos** durante a implementação da estratégia **poderão permanecer com o esquema** terapêutico previamente definido"... (NT 26/2026).

***Obs.:** a abrangência de crianças e adolescentes leva em consideração o Estatuto da Criança e Adolescente e população abarcada em bula da Glargina - Biomm.

Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Insulinoterapia

- ✓ Simulação do padrão fisiológico de secreção de insulina pelo pâncreas.
- ✓ Basal-bolus: Insulina basal + insulina rápida.



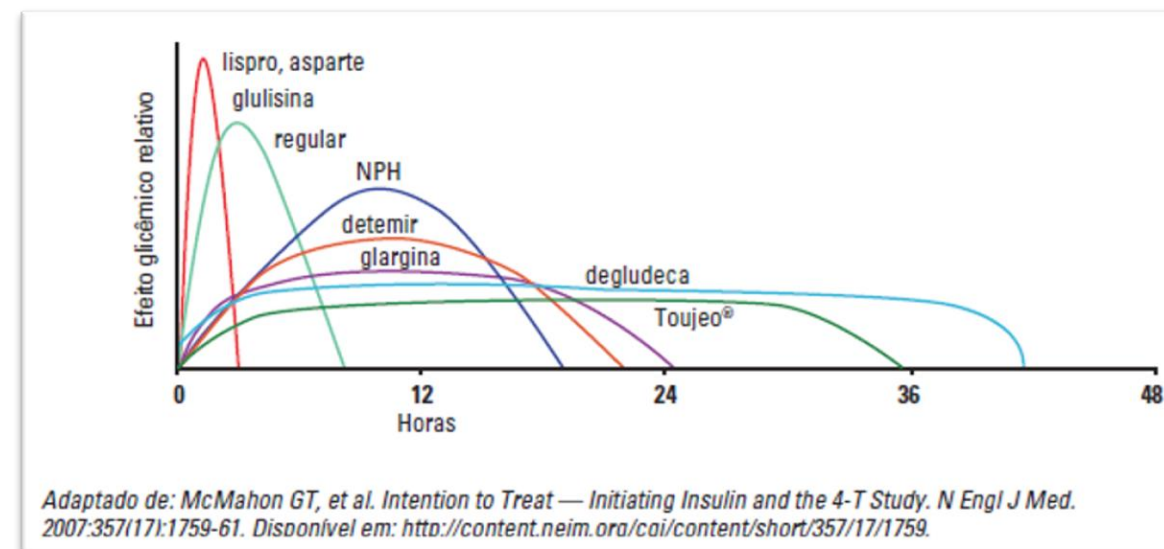
Dra. Karla Melo/SBD

Fonte: McCall AL. In: Leahy JL, et al. Insulin therapy. New York, NY: Marcel Dekker; 2002. p. 193-222. Bolli GB, et al. Diabetologia. 1999;42(10):1151-67.

Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Transição das insulinas no SUS

Insulina Humana	Insulina análoga que pode substituir a insulina humana
NPH	Análoga de Ação Prolongada (IAAP): glargina ; detemir; degludeca.
Regular	Análoga de Ação Rápida (IAAR): asparte ; lispro e glulisina.



Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Metas de tratamento

PARÂMETRO	PESSOA COM DM1 OU DM2	PESSOA IDOSA SAUDÁVEL*	PESSOA IDOSA COMPROMETIDA**	PESSOA IDOSA MUITO COMPROMETIDA***	CRIANÇA E ADOLESCENTE
 HbA1c (%)	< 7,0	< 7,5	< 8,0	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	< 7,0
 Glicemia de Jejum e Pré-prandial (mg/dL)	80-130	80-130	90-150	100-180	70-130
 Glicemia 2h pós-prandial (mg/dL)	< 180	< 180	< 180	< 180	< 180
 Glicemia ao deitar (mg/dL)	90-150	90-150	100-180	110-200	90-150



* **Idosa saudável:** sem comorbidades significativas, função cognitiva preservada e independência nas atividades de vida diária.



** **Idosa comprometida:** com comorbidades significativas e/ou comprometimento cognitivo ou funcional leve a moderado.



*** **Idosa muito comprometida:** com múltiplas comorbidades avançadas, dependência funcional importante e/ou expectativa de vida limitada.



IMPORTANTE: As metas devem ser individualizadas considerando o perfil clínico, riscos e benefícios para cada pessoa.

Fonte: Nota Técnica Conjunta nº 32/2026-DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS

Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Hipoglicemia – sinais, sintomas e condutas

Como Identificar a Hipoglicemia



SINTOMAS ADRENÉRGICOS

- Tremor, sudorese fria, palpitação, ansiedade, fome
- **"No idoso"**: Muitas vezes ausentes. Cuidado!



SINTOMAS NEUROGLICOPÊNICOS – "CÉREBRO SEM AÇÚCAR"

- Confusão, sonolência, fala arrastada, visão dupla, tontura
- **"No idoso"**: Parecem "derrame" ou "demência". Causa de queda frequente



SINAIS DE ALARME NO IDOSO ≥ 81 ANOS:*

- Mudança súbita de comportamento
- Queda sem explicação
- Desorientação ao acordar



IMPORTANTE: No idoso, os sintomas podem ser leves ou atípicos. Mantenha atenção sempre que houver mudança no comportamento.



TRATAMENTO: REGRA 15-15

1

PASSO A PASSO SE PACIENTE CONSCIENTE:
Ingerir 15g de carboidrato de absorção rápida



1 colher
sopa de
açúcar em
água
= 15g

OU



150 mL de
refrigerante
comum
= 15g

OU



3 balas
moles
= 15g

OU



1 sachê de
mel/glicose
= 15g

2



Esperar 15 minutos e medir glicemia de novo

3



Se ainda ≤ 70 mg/dL: repetir os 15g de carboidrato
(≤ 70 mg/dL no adulto • ≤ 80 mg/dL no idoso*)



IMPORTANTE: Reavaliar a glicemia após cada ciclo de 15 minutos até normalização dos sintomas e da glicemia.

*Idoso: considerar ≤ 80 mg/dL como ponto de repetição do tratamento.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2 – PORTARIA CONJUNTA SAES/SCITE/MS Nº 13, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2026. Cryer PE. Management of hypoglycemia during treatment of diabetes mellitus. UpToDate review, last updated May 15, 2014. Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines. Chapter 14: Hypoglycaemia. Can J Diabet 2013;A3.

- Explicar sobre hipoglicemia para pessoas em uso de insulinas e secretagogos, desde o primeiro uso.
- Reforçar sobre a importância de estar sempre com o glicosímetro e um kit de correção de hipoglicemia.
- Necessidade de alimentação com CHO complexos após correção.
- Investigar as causas da hipoglicemia.

Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Insulinização

Hiperinsulinização basal: na condução clínica, um erro comum é o aumento excessivo da dose de insulina basal (acima de 0,5 UI/kg/dia no DM2 ou 50% da DTDI no DM1) em tentativa de corrigir glicemias que, na verdade, exigem ajustes na insulina prandial ou na técnica de aplicação.

Pessoas com DM2

- Insulina basal > 0,5 UI/kg/dia.
- Hemoglobina glicada acima da meta com glicemia de jejum no alvo.
- Episódios de hipoglicemia, com ou sem sintomas.
- Queda da glicemia > 50 mg/dL entre o horário de dormir e o despertar.

Crianças e Adolescentes com DM1

- Insulina basal > 50% da DTDI.
- Queda noturna da glicemia > 30 mg/dL (crianças).
- Queda noturna da glicemia > 50 mg/dL (adolescentes).
- Hipoglicemia associada a grande variabilidade glicêmica.

Migração da insulina humana para análoga - basal

ETAPA DO CUIDADO	SITUAÇÃO CLÍNICA	ORIENTAÇÕES
 Regime de administração	 Uso de insulina glargina	• Administrar uma vez ao dia, em horário fixo (manhã ou noite). • Em geral, não há necessidade de segunda dose diária.
 Conversão terapêutica	 Usuários em uso de NPH uma vez ao dia	• Converter mantendo equivalência de dose (1:1). • Manter o mesmo horário de aplicação.
	 Usuários em uso de NPH duas ou mais vezes ao dia	• Reduzir aproximadamente 20% da dose total diária prévia de NPH. • Administrar glargina uma vez ao dia, preferencialmente no horário correspondente à maior dose anterior de NPH.
 Titulação da dose	 Após a transição terapêutica	• Ajustar a dose de forma individualizada, com base na glicemia de jejum. • Quando necessário, realizar titulação em intervalos de até três dias.
 Importante: A escolha do horário, ajuste de dose e acompanhamento devem considerar o perfil do paciente, aderência ao tratamento e metas glicêmicas.		

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica 169/2026. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2026/nota-tecnica-conjunta-no-169-2026-dafscie-deprossaps-daetsaes-ms.pdf/view>. https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Exemplo de prescrição com titulação da dose

Uso subcutâneo contínuo

1. Insulina humana NPH (100 UI/ML) _____ 1 caneta /mês

Aplicar 10UI às 22 horas (ao deitar)

- Monitorização Glicêmica em Jejum

Metas: 80-130 mg/dL

- A cada 3 dias, fazer a média das glicemias em jejum:

Se abaixo de 80 mg/dL: reduzir 4 UI

Se entre 80 e 130 mg/dL: manter a dose

Se acima de 130 mg/dL: aumentar 2 UI

Automonitorização glicêmica

Facilitar os ajustes da conduta terapêutica:

- Qual a informação necessária para isso?
- Uso de anotações, preferencialmente software.

Estes ajustes incluem:

- substituições das insulinas rápida e/ou NPH por análogos,
- ajustes das doses de insulina basal e prandial,
- alteração na composição de carboidratos da dieta ou exercício físico,
- alterações nas metas glicêmicas pré e pós-prandial.

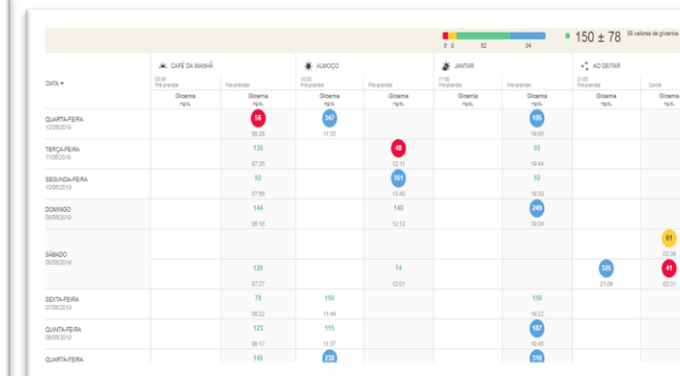
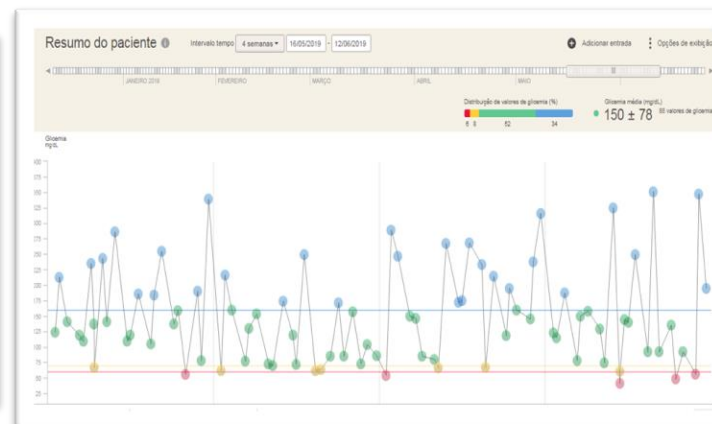
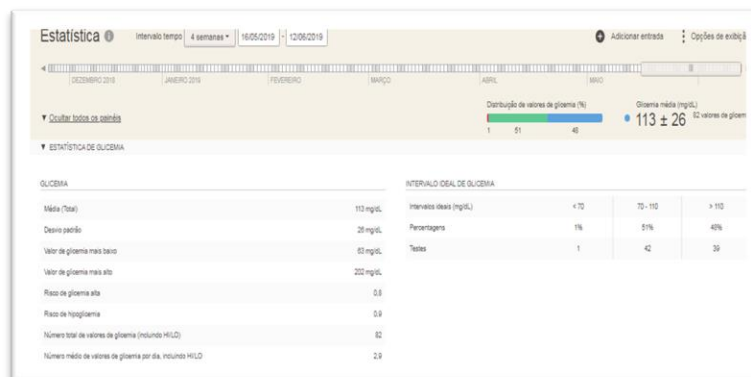
Monitoramento de condições especiais como:

- diabetes gestacional,
- diabetes em crianças e
- pacientes em UTI.

Diagnóstico e prevenção da hipoglicemia:

- assintomática,
- noturna e
- pós-prandial.

Automonitorização glicêmica - software



Fonte: Imagens de acervo da autora.

Indicação clínica:

- Variabilidade glicêmica.
- Registro de hipoglicemias e correção.
- Adesão ao tratamento.
- Conhecer a rotina da pessoa.

Indicação administrativa:

- Registro real dos resultados.
- Conferência do insumo entregue e efetivamente utilizado.
- Acessível sem custo adicional pela maior parte das marcas.

Promoção do autocuidado e orientações



Aplicação em horário fixo.



Técnica correta de preparo e aplicação.



Reconhecimento precoce da hipoglicemia.



Conduta frente à hipoglicemia.



Monitorização nas semanas iniciais.



Promoção da adoção de modos de vida saudável.



Fatores associados a adesão ao tratamento a serem avaliados pela equipe de saúde



Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Curso de aprimoramento em insulinoterapia na APS

13 disciplinas organizadas em 3 módulos progressivos · AVA CONASEMS · 80 horas

 MÓD. I Fundamentos básicos para o manejo da insulinoterapia	 MÓD. II Estratégias integradas em insulinoterapia	 MÓD. III Práticas seguras e cuidado integrado em insulinoterapia
● D1 · Introdução ao Diabetes Mellitus ● D2 · Panorama das insulinas no SUS ● D3 · Implementação da insulinoterapia na APS ● D4 · Dispositivos injetores: as canetas ● D5 · Preparação e técnica de aplicação	● D6 · O Diabetes: gestão clínica de condição crônica ● D7 · Migração de insulinas humanas para análogos e monitoramento ● D8 · A importância do letramento em saúde ● D9 · Práticas seguras e orientações em casos especiais	● D10 · Gestão da Assistência Farmacêutica ● D11 · Cuidado farmacêutico ● D12 · Atuação do enfermeiro no cuidado à pessoa com DM ● D13 · Atualização para os prescritores na insulinoterapia

Suporte especializado durante todo o curso: Médicos · Enfermeiros · Farmacêuticos — disponíveis para tirar dúvidas e apoiar a prática clínica. <https://mais.conasems.org.br/>

Fonte: https://mais.conasems.org.br/ava/cursos/98_sala-de-interacao-dos-instrutores-insulinoterapia

Boas práticas para qualificação da insulinoterapia na APS

Integrar APS, farmácia e atenção especializada.

Modelo logístico de dispensação: garantia de acesso oportuno, acondicionamento e orientação adequada.

Identificar necessidade de formação dos profissionais de saúde.

Demonstração do processo de insulinização: prática com frascos, canetas, automonitorização glicêmica e outros insumos.

Suporte multiprofissional de orientação para a pessoa com DM e para a equipe de saúde.

Boas práticas para qualificação da insulinoterapia na APS

Orientação sobre sinais de alerta (hipoglicemia/hiperglicemia).

Materiais educativos acessíveis e compreensíveis.

Acompanhamento singular das pessoas.

Planejar fluxos de dispensação nítidos e divulgá-los.

Manejo clínico e ajuste terapêutico oportuno.

Avaliar o uso correto dos insumos, automonitoramento, entendimento do tratamento, periodicamente.



Boas práticas integradas promovem acesso, qualidade e continuidade do cuidado, gerando **mais saúde e melhores resultados** para a população.



Planejar



Executar



Acompanhar



Melhorar

Diretrizes terapêuticas e Linha de Cuidado

MINISTÉRIO DA SAÚDE



PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO DIABETES MELLITUS TIPO 1 DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO ADULTO (PRIMEIRA VERSÃO)

Brasília - DF
2020

INSTRUMENTOS VIGENTES

-  **PNAB**
Política Nacional de Atenção Básica
-  **PNPS**
Política Nacional de Promoção da Saúde
-  **Plano DANT 2021-2030**
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil
-  **Outras normativas e protocolos**
Diretrizes, manuais e portarias vigentes do MS



Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus Tipo 2 (MS) https://linhasdecuidado.saude.gov.br/porta1/diabetes-mellitus-tipo-2-(DM2)-no-adulto/
Linha de Cuidado do Diabetes de Santa Catarina. (SES) https://saude.sc.gov.br/index.php/pt/atencao-primaria-a-saude/linhas-de-cuidado/linhas-de-cuidado-documentos/linha-de-cuidado-a-pessoa-com-diabetes-mellitus
PCDT Diabetes Mellitus Tipo 1 (MS/CONITEC) https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_diabetesmellitus_tipoi_isbn_19-08-2020.pdf
PCDT Diabetes Mellitus Tipo 2 (MS/CONITEC) https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/2026/pcdt-diabete-melito-tipo-2

Material complementar



<https://diabetes.org.br/enfermagem/materiaiseducativos>

Gratidão pela oportunidade.

-  Contatos:
-  Instagram: [rosileiweissbaade](#).
-  E-mail: cronicos@saobentodosul.sc.gov.br.



Imagem: Acervo pessoal.



Adoção de boas práticas de insulinoaterapia na APS

Rosilei Weiss Baade

SECRETARIA DE
SAÚDE



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

