



Ministério da Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº
169/2026-DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS

1. ASSUNTO

1.1. Orientações para transição da insulina humana (NPH) para insulina análoga de ação prolongada (glargina) no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1. A diabetes mellitus (DM) constitui uma doença crônica não transmissível de elevada magnitude e impacto no Sistema Único de Saúde (SUS), com crescimento progressivo da prevalência, especialmente entre pessoas idosas, além de importante carga assistencial entre crianças e adolescentes com DM tipo 1 (DM1). Estimativas internacionais indicam que mais de 589 milhões de pessoas vivem com DM no mundo, com tendência de crescimento contínuo da doença nas próximas décadas^{1,2}.

2.2. No Brasil, inquéritos populacionais apontam prevalência autorreferida entre 7,7% da população adulta, alcançando percentuais superiores a 12% nas capitais brasileiras, evidenciando elevada demanda assistencial e uso contínuo de terapias medicamentosas, incluindo insulinoterapia³.

2.3. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce papel central na coordenação do cuidado longitudinal das pessoas com DM, sendo responsável pelo acompanhamento clínico contínuo, diagnóstico oportuno, monitoramento terapêutico, prevenção de complicações e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁴.

2.4. Dessa forma, diante de um cenário de restrição global na produção de insulinas humanas, o Ministério da Saúde (MS) estruturou a estratégia de transição de insulinas humanas (neste documento, referida como NPH) para insulina análoga de ação prolongada (neste documento, referida como glargina), visando garantir o abastecimento ininterrupto e qualificar o tratamento da diabetes mellitus no SUS. Além disso, a implementação da estratégia contribui para a modernização da assistência farmacêutica no SUS, ampliando as opções terapêuticas disponíveis para o manejo da diabetes mellitus na APS.

2.5. Nos últimos meses, o MS vem conduzindo um projeto-piloto para migração gradual do fornecimento de insulina NPH para glargina em quatro unidades federativas (Amapá, Distrito Federal, Paraíba e Paraná) contemplando público elegível previamente definido, com o objetivo de avaliar aspectos operacionais, assistenciais e relacionados à organização do cuidado no território,

bem como identificar os possíveis desafios.

2.6. A definição do público elegível para a estratégia de transição terapêutica considerou aspectos clínicos e assistenciais relacionados ao manejo da diabetes mellitus, especialmente entre crianças, adolescentes e pessoas idosas. Estes grupos apresentam maior vulnerabilidade clínica, maior risco de hipoglicemia e necessidade de esquemas terapêuticos mais estáveis e seguros, com coordenação do cuidado pela APS no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵.

2.7. Reforça-se o caráter avaliativo do piloto, que tem buscado analisar o comportamento da migração em condições reais para subsidiar decisões de expansão para o território nacional com segurança e responsabilidade.

2.8. Nesse contexto, torna-se oportuno promover ajuste operacional no público elegível, visando ampliar o acesso em nível nacional, otimizar a utilização dos medicamentos disponibilizados e fortalecer a organização da assistência farmacêutica no âmbito da APS. Destaca-se que a ampliação gradual das faixas etárias elegíveis será realizada de acordo com as análises técnicas realizadas pelo MS.

3. PÚBLICO-ALVO E ORIENTAÇÕES GERAIS

3.1. No âmbito da estratégia nacional, fica elegível à dispensação de glargina o seguinte público, incluindo novos diagnósticos:

- **Crianças e adolescentes com diabetes mellitus tipo 1 (DM1), com idade igual ou superior a 2 anos e inferior a 18 anos;**
- **Pessoas com idade igual ou superior a 70 anos, com diabetes mellitus tipo 1 (DM1) ou tipo 2 (DM2).**

3.2. Os territórios participantes do projeto-piloto e os demais já ficam autorizados a ampliar o público-alvo conforme as faixas descritas acima.

3.3. As pessoas que completarem 18 anos durante a implementação da estratégia poderão permanecer com o esquema terapêutico previamente definido, sem interrupção do tratamento e do acompanhamento, garantindo a continuidade do cuidado no âmbito da atenção primária.

3.4. Os critérios anteriormente definidos no projeto-piloto permanecem aplicáveis à implementação nacional da estratégia, conforme segue:

- Necessidade de prescrição válida, conforme normativas locais;
- Avaliação clínica individualizada pelo profissional de saúde;
- Observância dos fluxos assistenciais estabelecidos entre APS e Atenção Especializada (AES).

3.5. As pessoas das referidas faixas etárias já em acompanhamento no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) deverão manter, neste momento, seu acompanhamento conforme as regras vigentes, assegurando o acesso e evitando duplicidade de fornecimento. A eventual transição entre os componentes, prevista a médio prazo, permanecerá sob análise do Ministério da Saúde, à luz de critérios técnicos e assistenciais.

3.6. A implementação da estratégia ocorrerá de forma gradual e programada em todo o território nacional, conforme organização local dos entes federativos e disponibilidade logística de medicamentos e insumos.

3.7. Estão dispostas, em anexo, informações detalhadas acerca dos fundamentos clínicos da insulinoterapia no diabetes mellitus, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) disponíveis para consulta, segurança do paciente na

APS, acompanhamento clínico e diretrizes operacionais.

4. JUSTIFICATIVA

4.1. Durante o projeto-piloto, observou-se a possibilidade de aumentar a quantidade de pessoas aptas a receber a insulina glargina garantindo seu cuidado integral. Tal ampliação, já prevista como etapa subsequente, foi dimensionada a partir do acompanhamento do consumo nos territórios, elemento essencial para viabilizar uma análise mais detalhada e aprofundada da demanda e da utilização do medicamento.

4.2. A ampliação considera que a população idosa representa parcela relevante das pessoas com diabetes em uso de insulinoterapia, frequentemente associada a maior complexidade clínica, risco aumentado de eventos adversos, como hipoglicemia e necessidade de esquemas terapêuticos mais estáveis. A inclusão dessa faixa etária visa contribuir para a simplificação do manejo terapêutico, melhoria da adesão ao tratamento e redução de riscos associados ao uso de insulinas humanas.

4.3. Além disso, a medida fundamenta-se na necessidade estratégica de redução da dependência de insulinas humanas, como a NPH, considerando o histórico cenário de restrição global do acesso a essas tecnologias, o que impõe desafios ao abastecimento regular da rede SUS.

5. DISTRIBUIÇÃO DA INSULINA GLARGINA

5.1. O cronograma de distribuição da insulina glargina ocorrerá concomitantemente à distribuição das demais insulinas pelo MS às Unidades Federativas (UFs), com previsão de primeira remessa para ocorrer em junho/2026.

5.2. A quantidade a ser enviada inicialmente será definida pelo MS baseado em dados da respectiva UF relacionados ao número estimado de pessoas em uso atual de NPH e que se enquadrem nos critérios de elegibilidade, na estimativa de velocidade da adesão à transição terapêutica das insulinas e na capacidade de armazenamento dos territórios frente aos estoques disponíveis de canetas aplicadoras e de insulina glargina.

5.3. Para as pessoas que atendem aos critérios para transição de insulina e atualmente utilizam insulina NPH, frente ao cenário de restrição global de insulinas humanas e seus possíveis impactos a médio prazo, recomenda-se que os profissionais prescritores realizem a substituição para glargina.

5.4. É importante salientar que, observadas a margem de segurança para o abastecimento e a taxa de incorporação da nova tecnologia, os quantitativos de insulina NPH programados e distribuídos serão ajustados progressivamente em relação aos de insulina glargina, tendo uma diminuição progressiva de forma a promover a sustentabilidade do planejamento e abastecimento a curto e médio prazo.

6. MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO

6.1. O acompanhamento e aperfeiçoamento da estratégia de migração exige o acesso a dados relacionados ao número de pessoas em uso da nova tecnologia nas UFs. Tal condição é fundamental para assegurar um planejamento assertivo e responsável, possibilitando ajustes necessários ao longo do processo.

6.2. Nesse sentido, é fundamental que as equipes da assistência farmacêutica enviem regularmente os dados de dispensação e consumo real pelos estados, Distrito Federal e municípios por meio do preenchimento do formulário para o acompanhamento da estratégia que, de forma temporária, operará com regularidade mensal durante o ano de 2026.

6.3. As informações que serão coletadas por meio do formulário, neste

momento, serão simplificadas e relacionadas apenas ao número de pessoas que tiveram acesso à insulina glargina disponibilizada pelo MS no âmbito da APS.

6.4. Cumprido destacar que o referido monitoramento tem caráter **temporário**, configurando, no momento, uma ação fundamental para qualificar e garantir uma transição terapêutica segura e sustentável.

6.5. Reitera-se a importância do uso racional dos insumos e da programação baseada no consumo efetivo registrado nos sistemas oficiais de gestão, garantindo o monitoramento contínuo da segurança e efetividade da transição terapêutica.

7. CAPACITAÇÃO AOS ENTES FEDERATIVOS

7.1. A implementação desta estratégia deve ser acompanhada por ações de educação permanente destinadas às equipes da APS e da Assistência Farmacêutica locais, contemplando os aspectos clínicos, operacionais, logísticos e de segurança relacionados à nova modalidade de insulino terapia.

7.2. O Ministério da Saúde se dispõe a apoiar os processos formativos em âmbito regional e local por meio da disponibilização de materiais técnicos, escritos e audiovisuais, bem como da ação educacional “*Qualificação Nacional da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito da transição das insulinas humanas para as insulinas análogas no Sistema Único de Saúde (SUS)*” mediante convênio em parceria com o CONASEMS voltado a processos formativos no campo da insulino terapia e apoio técnico específicos.

8. CONCLUSÃO

8.1. A presente Nota Técnica atualiza as orientações às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para a transição terapêutica e a migração gradual da insulina NPH para a insulina glargina no âmbito do Cbaf, **consolidando ajustes operacionais e a ampliação do público elegível para crianças e adolescentes com idade igual ou superior a 2 anos e inferior a 18 anos com DM1 e pessoas com 70 anos ou mais com DM1 ou DM2.**

8.2. A estratégia fundamenta-se na necessidade de qualificar o cuidado às pessoas com diabetes mellitus, modernizar o tratamento e ampliar o acesso à insulina glargina e garantir a segurança do abastecimento deste medicamento frente à restrição global na produção de insulinas humanas. Reitera-se que a transição deve ser gradual, baseada em avaliação clínica individualizada, acompanhamento longitudinal e monitoramento adequado das pessoas em uso de insulino terapia, no âmbito da APS, sem a migração de pessoas usuárias do Ceaf.

8.3. A execução permanece descentralizada, cabendo aos entes subnacionais a organização da dispensação e o uso racional dos insumos, considerando as necessidades locais e a utilização efetiva pelas pessoas usuárias. Destaca-se o caráter estratégico e avaliativo da iniciativa, cuja efetividade e monitoramento contínuo são essenciais para subsidiar a consolidação da universalização da estratégia para o respectivo grupo em âmbito nacional, fortalecendo a linha de cuidado à pessoa com DM no SUS.

8.4. Desse modo, ficam revogadas a Nota Técnica nº 26/2026-COPAFB/CGAFB/DAF/SCTIE/MS e Nota Técnica Conjunta nº 32/2026-DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS.

9. REFERÊNCIAS

1 Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.

2 International Diabetes Federation. Diabetes global report 2000–2050. Brussels: IDF; 2025.

3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União; 2017.

5 American Diabetes Association. Children and adolescents: Standards of care in diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl 1): S283–S305.

6 Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da diabetes mellitus tipo 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

7 Silva Júnior WS, Gabbay M, Lamounier B. Insulinoterapia no diabetes mellitus tipo 1. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2023.

8 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024. Atualiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do diabetes mellitus tipo 2. Diário Oficial da União; 2024.

9 Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Glargilin® (insulina glargina): bula profissional. Brasília: ANVISA; s.d.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de recomendação: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do diabetes mellitus tipo 2. CONITEC; 2025.

11 Moura F, et al. O paciente idoso com diabetes. Diretriz SBD/SBGG; 2025.

12 Pititto BA, et al. Metas no tratamento do diabetes. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes; 2023.

13 Stewart-Lynch A, et al. Quantifying and characterizing insulin overbasalization. Clin Diabetes. 2024;42(2):266–273.

14 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de cuidado do diabetes mellitus adulto. Brasília: Ministério da Saúde; 2020

ANEXO

1. FUNDAMENTOS CLÍNICOS DA INSULINOTERAPIA NO DIABETES MELLITUS

No DM1, recomenda-se planejamento estruturado da insulinoterapia com o objetivo de equilibrar os componentes basal e *prandial*⁶.

A insulina basal é responsável pelo controle glicêmico entre as refeições e durante o período noturno, enquanto a insulina *prandial* atua predominantemente no controle da glicemia pós-refeição.

Dose Total Diária de Insulina (DTDI)

A Dose Total Diária de Insulina (DTDI) corresponde ao somatório das doses de insulina basal e prandial, sendo calculada em Unidades Internacionais (UI) por quilograma de peso corporal por dia (UI/kg/dia) ⁶.

A estimativa adequada da DTDI constitui elemento central para a segurança do tratamento e para a prevenção de eventos adversos, especialmente hipoglicemia. Os parâmetros de referência para o cálculo da DTDI no DM1 estão apresentados nos Quadros 1 e 2⁶.

Quadro 1. Cálculo da Dose Total Diária de Insulina (DTDI) no Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) – Crianças e adolescentes.

FAIXA ETÁRIA	DOSE TOTAL DIÁRIA DE INSULINA (UI/KG/DIA)	DOSE DE INSULINA BASAL (UI/KG/DIA)
Lactentes	0,2 a 0,4	0,1 a 0,2
Pré-púberes	0,5 a 0,8	0,2 a 0,4
Púberes	0,8 a 2,0	0,4 a 1,0

Fonte: BRASIL, 2020.

Quadro 2. Cálculo da Dose Diária de Insulina (DTDI) no Diabetes mellitus tipo 1 (DM1) - Adultos.

SITUAÇÃO CLÍNICA	DOSE TOTAL DIÁRIA DE INSULINA (UI/KG/DIA)	DOSE DE INSULINA BASAL (UI/KG/DIA)
Diagnóstico recente	< 0,5	< 0,25
Após remissão parcial da cetoacidose diabética	0,7 a 1,0	0,3 a 0,5

Fonte: BRASIL, 2020.

Da DTDI estimada, apenas uma fração corresponde à insulina basal. Em geral, recomenda-se que a insulina basal represente entre 30% e 50% da DTDI, sendo o restante destinado à insulina prandial, dividida antes das refeições. Em lactentes, deve-se manter a dose de insulina basal em torno de 30% da DTDI, em razão da grande irregularidade no ritmo de alimentação e gasto energético. Em adolescentes, a necessidade de insulina basal pode corresponder a 50% a 55% da DTDI⁷.

Princípios gerais da transição (DM1 e DM2)^{8,9,10}

- A insulina glargina deve ser administrada uma vez ao dia, em horário fixo (manhã ou noite);
- Em geral, não há necessidade de segunda dose diária;
- A substituição da insulina basal não implica troca automática da insulina prandial;
- O ajuste de dose deve ser individualizado, com base na glicemia de jejum;
- Recomenda-se monitoramento glicêmico e reavaliações mais frequentes, especialmente nas semanas iniciais após a transição.

O Quadro 3, a seguir, compila orientações para a transição terapêutica da insulina NPH para insulina glargina.

Quadro 3. Orientações para a transição da insulina humana NPH para a insulina glargina.

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 horário de aplicação.
Conversão terapêutica	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.

Fonte: BRASIL, 2025; ANVISA, s.d. Adaptado.

Exemplo prático de cálculo da dose na transição terapêutica

10,11

O exemplo a seguir tem caráter ilustrativo e visa apoiar a compreensão do processo de cálculo, não devendo ser interpretado como prescrição padronizada.

Situação Clínica

Pessoa adulta com DM2, 70kg, em uso de insulina NPH duas vezes ao dia:

- NPH manhã: 20 UI
- NPH noite: 10 UI
- Dose total diária de NPH: 30 UI

Cálculo para transição

Redução aproximada de 20% da dose total diária:
 $30 \text{ UI} \times 0,8 = 24 \text{ UI}$

Conduta inicial

Insulina glargina 24 UI, **uma vez ao dia**, em horário fixo, preferencialmente no horário correspondente à maior dose prévia de NPH.
Ressalta-se que a dose inicial deve ser ajustada conforme glicemia de jejum e resposta clínica.

Para subsidiar a prática clínica, o acompanhamento longitudinal e a tomada de decisão pelas equipes de saúde, encontram-se disponíveis para consulta os seguintes Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ^{5,7,13}.

- [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da diabetes Mellitus tipo 1 \(PCDT DM1\);](#)
- [Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da diabetes Mellitus tipo 2 \(PCDT DM2\);](#)
- [Linha de Cuidado da Pessoa com Diabetes Mellitus tipo 2 no Adulto;](#)
- [Protocolos e Diretrizes Terapêuticas disponibilizados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS \(CONITEC\).](#)

3. SEGURANÇA DO PACIENTE NA APS E ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

A transição terapêutica da insulina humana NPH para a insulina glargina deve ocorrer com atenção aos aspectos relacionados à segurança do paciente, especialmente durante os períodos iniciais de ajuste posológico, considerando o risco de hipoglicemia e a necessidade de monitoramento adequado da insulinoterapia basal⁸. Nesse contexto, recomenda-se que o processo seja acompanhado de orientações explícitas a o usuário, aos familiares e cuidadores, reforçando aspectos como:

- Importância do horário fixo da aplicação;
- Técnica correta de preparo e aplicação da insulina;
- Reconhecimento precoce dos sinais de hipoglicemia;
- Condutas frente à hipoglicemia leve, moderada e grave;
- Necessidade de monitorização glicêmica, especialmente nas semanas iniciais.

A adoção de critérios clínicos e o acompanhamento longitudinal das pessoas em uso de insulinoterapia auxiliam na identificação precoce de situações de risco e favorecem a reavaliação oportuna do esquema terapêutico, conforme avaliação clínica individualizada e diretrizes vigentes.

Ressalta-se que a condução terapêutica deve considerar as características clínicas, o contexto assistencial e as necessidades de cada pessoa, especialmente diante de situações sugestivas de inadequação da dose basal ou ocorrência de hipoglicemia.

Quadro 4. Critério de alerta para excesso de insulina basa¹³.

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.

Fonte: adaptado de Stewart-Lynch et al (2024).

Observação: Nessas situações, recomenda-se reavaliar o esquema terapêutico, evitando o aumento adicional da insulina basal e, quando necessário, realizar o cuidado compartilhado com a Atenção Especializada.

Metas Terapêuticas

As metas terapêuticas devem ser individualizadas, considerando idade, comorbidades, risco de hipoglicemia, expectativa de vida e contexto clínico, sendo monitoradas por meio da glicemia capilar e da hemoglobina glicada:

Quadro 5. Metas individualizadas em diferentes situações no DM2 7,11,12.

	HbA1c (%)	Glicemia de jejum e pré-prandial (mg/dL)	Glicemia 2h pós-prandial (mg/dL)	Glicemia ao deitar (mg/dL)
Pessoa com DM1 ou DM2	<7,0	80-130	<180	90-150
Pessoa idosa saudável¹	<7,5	80-130	<180	90-150
Pessoa idosa comprometida²	<8,0	90-150	<180	100-180
Pessoa idosa muito comprometida³	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	100-180	<180	110-200
Criança e adolescente	<7,0	70-130	<180	90-150

	HbA1c (%)	Glicemia de jejum e pré-prandial (mg/dL)	Glicemia 2h pós-prandial (mg/dL)	Glicemia ao deitar (mg/dL)
Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2023; 2025. Legenda: ¹Pessoa idosa saudável: expectativa de vida compatível com a média etária; sem limitações nas atividades diárias; sem comorbidades limitantes; força muscular preservada; sarcopenia mínima ou ausente; sem propensão à hipoglicemia; sem alterações cognitivas, sem doença cardiovascular; ²Pessoa idosa comprometida/frágil: expectativa de vida reduzida; limitação funcional; limitações de autocuidado; força muscular reduzida; sarcopenia ou desnutrição; propensão à hipoglicemia; alterações cognitivas; risco de queda; ³Pessoa idosa muito comprometida: expectativa de vida significativamente reduzida, câncer com metástases, cuidados paliativos, doença crônica irreversível grave, demência grave, paciente terminal.				

Recomenda-se que decisões, ajustes de dose, eventos adversos e orientações sejam registradas no Prontuário Eletrônico da Estratégia e-SUS APS, assegurando continuidade do cuidado e segurança do usuário.

Acompanhamento clínico e articulação com a Atenção Especializada

O acompanhamento das pessoas em transição terapêutica deve ocorrer prioritariamente na APS, de forma longitudinal, com participação das equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP) e equipes Multiprofissionais (eMulti). O compartilhamento do cuidado com a AES deve ser realizado nos casos de maior complexidade clínica ou dificuldade de controle glicêmico.

Destaca-se que o compartilhamento do cuidado com a Atenção Especializada mostra-se especialmente importante nos casos em que a pessoa apresente complicações crônicas secundárias ao diabetes, tais como nefropatia, retinopatia ou neuropatia diabética, bem como doença renal crônica avançada ou necessidade de insulinoaterapia mais complexa, situações que demandam acompanhamento especializado e monitoramento clínico mais rigoroso.

Prescrições provenientes da AES, quando vigentes e clinicamente adequadas, podem ser renovadas na APS, assegurando a continuidade do cuidado.

4. DIRETRIZES OPERACIONAIS

A ampliação do público elegível para os estados participantes do projeto-piloto e da estratégia nacional não altera o modelo de execução da migração, permanecendo:

- Coordenação pelo Ministério da Saúde;
- Execução descentralizada por estados e municípios;
- Dispensação no âmbito da APS, conforme organização local.

Cada usuário(a) deve receber:

- Caneta reutilizável (Biopemm): Bem durável com validade de 3 anos ou 5.000 aplicações.

- Carpules/tubetes: insulina glargina 100 UI/mL (3,66 carpules/mês por pessoa em média).
- Agulhas 4mm: uma agulha por dia (por tipo de insulina).

Recomenda-se que as Secretarias de Saúde estruturem e mantenham atualizados os cadastros das pessoas elegíveis à migração terapêutica, de modo a subsidiar o planejamento da implementação da estratégia em seus territórios.

A transição terapêutica deverá ser realizada de forma gradual, com base em avaliação clínica individualizada. Os dados de acompanhamento das pessoas e do consumo dos medicamentos deverão subsidiar o redimensionamento progressivo das solicitações de insulina humana NPH e insulina glargina, compatibilizando o abastecimento com a demanda assistencial e com a capacidade de armazenamento da rede.

Deve-se assegurar a integração entre prescrição, dispensação e acompanhamento das pessoas, fortalecendo o cuidado longitudinal no âmbito da APS, portanto o fortalecimento da articulação entre a Assistência Farmacêutica e as equipes da Atenção Primária (APS), se faz necessário.

- Armazenamento: carpules fechados devem ser mantidos em geladeira (2°C a 8°C). Após abertos, podem permanecer em temperatura ambiente (até 30°C) por no máximo 28 dias.
- Recomenda-se a dispensação qualificada: o profissional farmacêutico deve realizar demonstração prática da montagem do carpule e orientar a execução do teste de escorva (fluxo) antes de cada aplicação, em ambiente reservado ou em consultório farmacêutico para resguardar a privacidade e promover o vínculo terapêutico
- Substituição de avarias: o dispositivo avariado deve ser recolhido no estojo original para análise técnica.
- Notificação: queixas técnicas de canetas devem ser registradas no e-Notivisa; eventos adversos do medicamento, no VigiMed.

5. MEMÓRIA DE CÁLCULO RELACIONADA À DEFINIÇÃO DAS FAIXAS ETÁRIAS

O dimensionamento inicial dos quantitativos da insulina glargina foi realizado com base no consumo da insulina NPH, conforme o Quadro 6, a seguir. Por se tratar de estimativa, ajustes poderão ser realizados ao longo do processo de migração.

Quadro 6. Memória de cálculo para dimensionamento inicial dos quantitativos da insulina glargina.

Estimativa do número de pacientes em uso de insulina NPH:

$(\text{CMM da insulina NPH}^1 \times 12) \div 50 \text{ tubetes}^2 = \text{Número de pacientes}$

Definição do público-alvo (faixa com idade igual ou superior a 2 anos e inferior a 18 anos):

$\text{Número de pacientes} \times 27,8\%^3 = \text{Público-alvo}$

Estimativa do quantitativo anual de tubetes de insulina glargina:

$\text{Público-alvo} \times 44 \text{ tubetes}^4 = \text{Número de tubetes anuais de glargina}$

Legenda:

¹CMM em 100% de tubetes. Para calcular o CMM de NPH (100% em tubetes), some o CMM de NPH em tubetes + (CMM de NPH em frascos x 3,33). Destaca-se que, cada frasco de insulina (10 mL) equivale a 3,33 canetas/tubete (3mL cada), conforme a Nota Técnica nº 169/2022-CGAFB/DAF/SCTIE/MS.

²Considera-se que um paciente utiliza, em média, 50 tubetes de 3mL/ano de Insulina Humana NPH, conforme a Nota Técnica nº 169/2022-CGAFB/DAF/SCTIE/MS.

³O percentual aproximado de 27,8% refere-se à estimativa de pacientes com idade igual ou superior a 2 anos e inferior a 18 anos e com 70 anos ou mais em uso de insulina NPH, com base em dados do Sistema Hórus, além dos formulários aplicados às capitais estaduais.

⁴Considera-se que um paciente utiliza, em média, 44 tubetes de 3mL/ano de insulina glargina, conforme a Nota Técnica nº 26/2026-COPAFB/CGAFB/DAF/SCTIE/MS.



Documento assinado eletronicamente por **Karina Moura Boaviagem, Coordenador(a)-Geral de Assistência Farmacêutica Básica**, em 12/06/2026, às 10:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Daniel Emilio da Silva Almeida, Coordenador(a) de Planejamento Aquisitivo e Logístico de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica**, em 12/06/2026, às 10:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 12/06/2026, às 14:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nélio Cezar de Aquino, Diretor(a) do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**, em 12/06/2026, às 17:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arthur Lobato Barreto Mello, Diretor(a) do Departamento de Atenção Especializada e Temática**, em 12/06/2026, às 18:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Danielle Moreira de Castro Lima, Coordenador(a)-Geral de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**, em 12/06/2026, às 19:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Angela Fernandes Leal da Silva, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde**, em 15/06/2026, às 07:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda De Negri, Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**, em 15/06/2026, às 22:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0055942643** e o código CRC **A99E9185**.

Referência: Processo nº 25000.143987/2025-43

SEI nº 0055942643

Coordenação-Geral de Assistência Farmacêutica Básica - CGAFB
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br



Ministério da Saúde
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
Gabinete
Coordenação de Gestão Técnica e Administrativa

OFÍCIO CIRCULAR Nº 77/2026/SCTIE/COGAD/SCTIE/GAB/SCTIE/MS

Brasília, 15 de junho de 2026.

ÀS SECRETARIAS DE ESTADO DE SAÚDE E SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Assunto: Nota Técnica Conjunta contendo orientações e informações sobre a transição de insulina humana (NPH) para insulina análoga de ação prolongada (glargina) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Observação: Em caso de resposta, fazer referência expressa ao processo n.º 25000.143987/2025-43.

Prezados (as) Senhores (as),

Encaminha-se, para conhecimento e disseminação, a Nota Técnica Conjunta nº 169 2026-DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS (0055942643) que versa sobre as orientações para transição da insulina humana (NPH) para insulina análoga de ação prolongada (glargina) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Ministério da Saúde elaborou o referido documento contendo as orientações às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e às áreas técnicas envolvidas no cuidado da pessoa com diabetes mellitus sobre a migração do fornecimento da insulina humanas (NPH) para o análogo de insulina de ação prolongada (glargina).

Atenciosamente,

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda De Negri, Secretário de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde**, em 15/06/2026, às 22:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 16/06/2026, às 03:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0056056641** e o código CRC **98C03110**.

Referência: Processo nº 25000.143987/2025-43

SEI nº 0056056641

Anexo:

Nota Técnica Conjunta 169/2026-DAF/SCTIE/DEPROS/SAPS/DAET/SAES/MS (0055942643).

Coordenação de Gestão Técnica e Administrativa - COGAD/SCTIE
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br