DIABETE MELITO TIPO I (DM I)			
Portaria Conjunta SAS	S/SCTIE/MS n° 17, de 12/11/2019	, ,	
Critérios de Inclusão	Serão incluídos os pacientes com diagnóstico de DM1 que apresentem sinais de		
Geral para DM1	insulinopenia inequívoca acrescidos da demonstração de hiperglicemia:		
	→ Sinais de insulinopenia inequívoca: sintomas de hiperglicemia (glicemia		
	acima de 200 mg/dL necessariamente associada à poliúria, noctúria,		
	polidipsia, polifagia noctúria e perda de peso inexplicada) ou presença de		
	cetoacidose diabética.		
	→ Demonstração de hiperglicemia para diagnóstico de DM:		
		1. Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintoma:	
	polidipsia, poliúria, noctú	polidipsia, poliúria, noctúria e perda inexplicada de peso; <b>OU</b>	
	2. Glicemia em jejum maior		
	3. HbA1c maior ou igual a 6		
	4. Glicemia de 2 horas pós-s	<ol> <li>Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga ≥ 200 mg/dL.</li> </ol>	
Medicamento	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO R	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA	
	ASPARTE	LISPRO	
	Pacientes de 1 a 3 anos.	Pacientes acima de 3 anos.	
CID-10	E10.0, E10.1, E10.2, E10.3, E10.4	, E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9	
Apresentação	100 UI/mL solução injetável com	sistema de aplicação	
Inclusão	Para o uso de análogo de insulir	Para o uso de análogo de insulina de ação rápida, os pacientes deverão apresentar	
	além dos critérios de inclusão de	DM1, todas as condições descritas abaixo:	
	→ Uso prévio de insulina NP	→ Uso prévio de insulina NPH e insulina regular (por mais de 3 meses);	
	→ Pelo menos 1 dos critério	s elencados, nos últimos 6 meses:	
	<ol> <li>Hipoglicemia grave;</li> </ol>		
	2. Hipoglicemia não grave, p	or pelo menos 2x na semana;	
	3. Hipoglicemia noturna, po	r pelo menos 1x na semana;	
	4. Mau controle comprovad	o por Hba1C;	
Anexos Obrigatórios	→ Formulário Médico para	tratamento de DM 1;	
	→ LME;		
	→ Receita médica deve cont	er a dose <b>MÉDIA diária pretendida (Em ui/dia)</b> ;	
	→ Exames comprobatórios:		
	Pelo menos dois (2) dos s		
	Glicemia aleatória maior o	,	
	2. Glicemia em jejum <b>maior</b>		
	3. HbA1c maior ou igual a 6		
		obrecarga <b>maior ou igual</b> 200 mg/dL.	
Administração		m geral, a dose total diária varia de 0,5 a 1 UI/kg/dia.	
	1	plicação deve ocorrer 5 a 15 minutos antes das refeições ou imediatamente	
	após.		
Prescrição Máxima	→ 13 sistemas de aplicação	de insulina	
Mensal	+		
	→ 31 agulhas.		
Monitoramento	· ·	torização da glicemia capilar (AMG) no mínimo	
	3x/dia;		
		ar (mínimo 2x/ano) com médico e equipe	
		que possível com endocrinologista.	
Exclusão	1	rápida - <b>asparte</b> : pacientes com idade inferior a 1	
	ano e superior a 3 anos;		

Tempo de	<ul> <li>→ Insulina análoga de ação rápida - lispro: pacientes com idade inferior a 3 anos;</li> <li>→ Pacientes com Diabete Melito tipo 2;</li> <li>→ Pacientes com hipersensibilidade à insulina;</li> <li>→ Pacientes que não atendem aos critérios inclusão e manutenção do tratamento.</li> </ul> Indeterminado.		
Tratamento			
Medicamento	INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO PROLONGADA		
		DEGLUDECA	
		Pacientes de 1 a 2 anos.	
CID-10		E10.5, E10.6, E10.7, E10.8, E10.9	
Apresentação	100 UI/mL solução injetável com		
Inclusão	Para o uso de análogo de insulina de ação prolongada, os pacientes deverão apresentar além dos critérios de inclusão de DM1, todas as condições descritas abaixo:		
	<ul> <li>→ Uso prévio de insulina NPH associada a insulina análoga de ação rápida (por mais de 3 meses);</li> <li>→ Pelo menos 1 dos critérios elencados, nos últimos 6 meses:         <ol> <li>Hipoglicemia grave;</li> <li>Hipoglicemia não grave, por pelo menos 2x na semana;</li> <li>Hipoglicemia noturna, por pelo menos 1x na semana;</li> <li>Mau controle comprovado por Hba1C.</li> </ol> </li> </ul>		
Anexos Obrigatórios			
<b>3</b>	<ul> <li>→ Formulário Médico para tratamento de DM 1;</li> <li>→ LME;</li> <li>→ Receita médica deve conter a dose MÉDIA diária pretendida (em ui/dia) (integrada ao formulário);</li> <li>→ Exames comprobatórios:         pelo menos 2 dos seguintes exames:</li> <li>1. Glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL; OU</li> <li>2. Glicemia em jejum maior ou igual a 126 mg/dL; OU</li> <li>3. HbA1c maior ou igual a 6,5%; OU</li> <li>4. Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga maior ou igual 200 mg/dL.</li> </ul>		
Administração	Em geral a dose total diária varia de 0,5 a 1 UI/kg/dia.		
	A aplicação deve ocorrer 1 a 2 x ao dia, no mesmo horário		
Prescrição Máxima Mensal	<ul> <li>→ 11 sistemas de aplicação d</li> <li>+</li> <li>→ 31 agulhas.</li> </ul>	ZZIZTELICIG	
Monitoramento	<ul> <li>→ Realização de automonito</li> <li>3x/dia;</li> <li>→ Acompanhamento regula</li> </ul>	orização da glicemia capilar (AMG) no mínimo ar (mínimo 2x/ano) com médico e equipe que possível com endocrinologista.	
Critérios de Exclusão	<ul> <li>inferior a 1 ano e superior</li> <li>→ Insulina análoga de ação r anos;</li> <li>→ Pacientes com Diabete Me</li> <li>→ Pacientes com hipersensib</li> </ul>	ápida - <b>glargina</b> : pacientes com idade inferior a 2 lito tipo 2;	
	tratamento.		

Tempo de	Indeterminado.	
Tratamento		
Validade dos Exames	Glicemia aleatória; glicemia em jejum; HbA1c; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga:	
	6 meses.	
Especialidade		→ Endocrinologista (preferencialmente);
Médica	Novas solicitações	→ Médico clínico com experiência no
		tratamento de DM.
	Ponovação o	→ Endocrinologista (preferencialmente);
	Renovação e Adequação	→ Médico clínico com experiência no
		tratamento de DM.

#### **CASOS ESPECIAIS:**

# 1. Diabetes Latente Autoimune em adultos (Latent Autoimmune Diabetes in Adults - LADA):

Para a Diabetes LADA é obrigatório apresentar:

- → Diagnóstico de DM1 (critérios de inclusão) E
- → Dosagem de peptídeo C <u>E</u>
- → Pelo menos 1 dos marcadores de autoimunidade (pesquisa e titulação) abaixo:
- Anti-ICA ou Anticorpo Anti-ilhota de Langerhans,
- Anti IAA ou Anticorpo Anti-Insulina ou

### 2. Gestante:

- → Os análogos de insulina de ação rápida:
- Asparte (categoria A) pode ser usada na gestação,
- Lispro (categoria B) pode ser usada com cautela e a
- Glulisina deve ser evitada (categoria C).
- → Os análogos de insulina de ação prolongada:
- Detemir (categoria B) pode ser considerado durante a gravidez.
- Glargina (categoria C) não conta com estudo clínico controlado envolvendo mulheres grávidas.

### 3. Lactante:

Considerando que a glicemia materna pode variar muito neste período, faz-se necessária uma monitorização mais frequente da glicemia capilar e correções de doses de insulina e de alimentação antes e após a amamentação. Não foram encontrados estudos randomizados que avaliaram a melhor forma para estes ajustes ou se há tipo preferencial de insulina, devendo-se individualizar os casos.

# CID-10:

- **E10.0** Diabetes mellitus insulino-dependente com coma
- **E10.1** Diabetes mellitus insulino-dependente com cetoacidose
- E10.2 Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações renais
- **E10.3** Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações oftálmicas
- E10.4 Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações neurológicas
- E10.5 Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
- E10.6 Diabetes mellitus insulino-dependente com outras complicações especificadas
- **E10.7** Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações múltiplas
- E10.8 Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações não especificadas
- E10.9 Diabetes mellitus insulino-dependente sem complicações