

Contribuições da Consulta Pública sobre Insulinas análogas para diabetes tipo II - CONITEC

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
19/02/2014	Secretaria Municipal de Saúde	ATUALMENTE DISPENSAMOS MENSALMENTE: 71 AMPOLAS DE INSULINA LANTUS, 62 AMPOLAS DE INSULINA HUMALOG, 5 AMPOLAS DE INSULINA HUMALOG MIX, 22 CANETAS DE INSULINA NOVORAPID FLEX PEN, 10 AMPOLAS DE INSULINA NOVOLIN N, 5 AMPOLAS DE INSULINA LEVEMIR, 3 AMPOLAS DE INSULINA APIDRA PARA ATENDER DEMANDA JUDICIAL, NÃO OBSTANTE TODOS OS RECURSOS APRESENTADOS PELA PROCURADORIA.	
19/02/2014	Sociedade médica	A insulina NPH usada nos dias de hj e fornecida pelo SUS faz picos de ação deixando o paciente sujeito ao efeitos maléficis da hiperglicemia e hipoglicemia. Causando sérias lesões em órgão alvo .	
19/02/2014	Instituição de saúde / hospital	Relatório magnífico Um único reparo: o texto relata que: "Assim, considerando essa dose, cada paciente de insulina análoga utilizaria 1,4 refis/mês (apresentação de 3 mL - 100 UI/mL), ao passo que 1 frasco de insulina NPH (apresentação de 10 mL- 100 UI/mL) seria suficiente para um período de pelo menos 60 dias, já considerando asperdas na aplicação. " No entanto qualquer preparação de insulina , de acordo com normas de fabricação só podem ser utilizadas após abertas, por um mes.Depois deste tempo devem ser inutilizadas.Portanto o calculo economico deve ser feito para duração de NPH de 1 mesO calculo continua de todo modo bastante cauteloso, na pratica os pacientes com diabetes tipo 2 usam mmuito mais que 0,2 unidades/kg	
20/02/2014	Secretaria Municipal de Saúde	DE ACORDO COM PESQUISAS REALIZADAS, E PESSOAS QUE FAZEM USO EM NOSSO MUNICÍPIO DE INSULINAS DE ALTO CUSTO EM NOSSO MUNICÍPIO, NÃO HOUE UMA MELHORA SIGNIFICATIVA, EM RELAÇÃO A INSULINA NPH, PORTANTO SOU CONTRA A INCORPORAÇÃO DA INSULINA DE ALTO CUSTO AO SUS , PRINCIPALMENTE PELO IMPACTO FINANCEIRO QUE VAI CAUSAR.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
20/02/2014	Outra	<p>Acho que muitos pacientes beneficiam-se dos análogos, devido a meia vida e tempo de ação dos mesmos, resultando em melhor controle glicêmico, mais segurança e eficácia de tratamento.</p> <p>Acho que muitos pacientes beneficiam-se dos análogos, devido a meia vida e tempo de ação dos mesmos, resultando em melhor controle glicêmico, mais segurança e eficácia de tratamento. Acho que muitos pacientes beneficiam-se dos análogos, devido a meia vida e tempo de ação dos mesmos, resultando em melhor controle glicêmico, mais segurança e eficácia de tratamento.</p>	
20/02/2014	Associação de pacientes	<p>Eu faço uso de insulina apesar de ser DM2 e tenho duas complicações crônicas neuropatia e retinopatia as vezes tenho episodio de hipoglicemias e as análogas neste caso tem duração de 22 a 24h e precisamos de uma só aplicação. Mais confesso que há necessidade de um protocolo rígido para os pacientes que não cumpre as recomendações médicas. tem que existe regras claras e segura.</p>	
21/02/2014	Empresa	<p>Enfrento no dia a dia inúmeros casos de pacientes que não se adaptam à insulina NPH fazendo muitas hipoglicemias. Já fiz várias perícias judiciais á respeito de pacientes que entraram na justiça para ter este direito assegurado na costituição. Com esta medida se evitaria a perda de tempo do judiciário além de agilizar o tratamento adequado para muitos pacientes.</p>	
21/02/2014	Sociedade médica	<p>Devido melhor cntrole glicemico e diminuição nos episódios de hipoglicemias sugiro incorporação de análogos de longa duração para que possamos controlar melhor os pacientes diabéticos e diminuir complicações crônicas associadas a esta doença tão prevalente.</p>	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
21/02/2014	Outra	Os análogos de insulín são bem estabelecidos na prática médica diária por imitarem de forma mais fisiológica a ação da insulín produzida no pâncreas de um não diabético. O único empecilho para a utilização dos análogos é o financeiro. Os trabalhos mostram que um controle glicêmico igual ou melhor está presente nos estudos que comparam os análogos com as insulinas humanas, seja de ação rápida ou basal. O grande diferencial se relaciona à menor incidência de efeitos colaterais como hipoglicemia, ganho de peso e melhor qualidade de vida, já que os usuários de insulina não necessitam ficar tão presos à horários para se alimentar. Qualquer terapia para diabetes necessita de cuidados como atividade física e alimentação adequada, dessa forma, esses fatores devem estar presentes independentemente da terapia.	
21/02/2014	Instituição de ensino	Análogos de insulina rápida e ultrarrápida gratuitos.	
21/02/2014	Secretaria Municipal de Saúde	Os análogos de insulinas são responsáveis por algumas demandas judiciais no SUS do nosso município, Além disso, nosso serviço possui vários usuários de insulina com descontrole glicêmico e eventos de hipoglicemia noturna dificultando muito a vida deles colocando-os sob riscos evitáveis de lesão em órgãos alvos. Estamos certos de que a introdução de análogos de insulina na abordagem dos pacientes diabéticos no SUS proporcionará melhor controle glicêmico, melhor qualidade de vida, maior expectativa de vida e menores riscos de lesões em órgãos alvos para esses cidadãos.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
21/02/2014	Secretaria Municipal de Saúde	<p>Após ter lido o Material fornecido pelo Ministério da Saúde sobre inclusão de tecnologias, fiquei assustada com algumas questões como: ao passo que 1 frasco de insulina NPH (apresentação de 10 mL- 100 UI/mL) seria suficiente para um período de pelo menos 60 dias, já considerando as perdas na aplicação. Assim, teríamos anualmente uso de 6 frascos de insulina NPH para cada 17 refis de insulina análoga (glargina ou detemir). Em qualquer bula de insulina verifica-se que o tempo de conservação da Insulina NPH aberta é de 30 dias. Utilizar somente um tipo de insulina de ação "prolongada" é contestável, muitas vezes se economiza no frasco de insulina NPH, e se gasta muito mais nas salas de hemodialise e outros tratamentos que um diabético com complicações venha sofrer. A disponibilização de técnicas por parte do poder Público oferece um leque de opções para tratamentos de uma doença crônica e grave, não se pode generalizar perfil de alguns pacientes que fazem uso de determinadas insulinas, na prática o que verificamos é a falta da Educação em Diabetes com os pacientes por parte de profissionais de Saúde, essa também é uma questão a ser melhorada e cobrada do Ministério da Saúde aos Municípios. Sou a favor de novas tecnologias sim para pacientes Diabéticos, o olhar para esses precisa ser diferenciado, e associar o fornecimento da medicação com a Educação e informação aos mesmos é incontestável.</p>	
21/02/2014	Instituição de ensino	<p>A incorporação de análogos de insulina de ação lenta (glargina) é mandatória, desde que seu uso em substituição à insulina NPH permite o mesmo nível de controle glicêmico (redução da A1c), mas com menos hipoglicemia e menor ganho de peso. A redução do risco de hipoglicemia (principalmente noturna) com a glargina no lugar da NPH é importante, pois hoje os episódios de hipoglicemia induzidos por insulina NPH são comuns em pacientes com diabetes tipo 2 tratados com insulina, e são uma fonte de consultas emergenciais em pronto-socorros, pronto-atendimentos e serviços de emergência (SAMU), e grande fonte de prejuízo ao paciente (perda de trabalho, sequelas, risco de vida) e de custos para o sistema de saúde decorrentes do atendimento médico às hipoglicemias. Assim sendo, levando-se em conta o custo do atendimento às hipoglicemias, torna-se provavelmente custo-efetiva a adoção de insulina glargina em substituição à NPH, pelo menos para pacientes com diabetes tipo 2 que apresentam episódios de hipoglicemia graves e/ou recorrentes com o uso da NPH.</p>	<p>Clique aqui</p>
22/02/2014	Secretaria Municipal de Saúde	<p>Solicitação de incorporação da Insulinas análogas de longa ação Diabetes Mellitus tipo II na saúde pública, haja vista ser uma insulina de grande demanda judicial, alto custo para os município e de grande benefício para o paciente diabético por não causar crises hipoglicêmicas durante, o dia, ao paciente</p>	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
24/02/2014	Secretaria Municipal de Saúde	É imprescindível a inclusão de insulinas análogas de longa duração de uso em portadores de diabetes mellitus tipo I ou II, para possamos tratar com eficácia, para minimizar as complicações da morbidade.	
25/02/2014	Secretaria Municipal de Saúde	<p>10 REFIL Insulina Humalog Mix® 25 (Insulina lispro+ lispro protamina)(Refil de 3 ml) Heric, Maria Eterna</p> <p>12 REFIL Insulina Humalog® (Insulina Lispro) (Refil de 3ml) Gercina, Guilherme Batista, Irani V., Nubia</p> <p>30 NID. Insulina Levemir Flexpen (detemir) 100 U/ml Ascânio, Guilherme Batista</p> <p>23 REFIL Insulina Lantus® (insulina glargina) (Refil de 3 ml) Antônio C Borges, Calixto, Guilherme B., Irani V., João B Leao, Nubia, Stefania</p> <p>10 REFIL Insulina Novorapid® penfill (insulina asparte) 100 U/ml 3ML Ascânio, Cleuza Vitor, Stefania</p>	Clique aqui
04/03/2014	Associação de pacientes	k	
06/03/2014	Paciente/usuário	tenho dm tipo 2, e este tipo de insulina é muito superior as outra com menos efeitos colaterais e melhor qualidade de vida	
06/03/2014	Paciente/usuário	tenho diabetes Mellitus tipo II, depois que mudei para este tipo de insulina tenho menos efeitos colaterais e melhor qualidade de vida	
06/03/2014	Paciente/usuário	Hipoglicemias recorrentes, com convulsões , perda de consciência e sentidos, com atendimentos emergenciais em prontos socorros. Sensível melhora e adaptação a insulina Glulisina/Apidra.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
07/03/2014	Profissional de Saúde	Atualmente, sabemos q a insulina Nph não proporciona o controle ideal do diabetes. Os análogos de insulina já fazem parte da rotina p o tto intensivo do dm, mas não é acessível aos menos privilegiados por ter slto custo.	
07/03/2014	Sociedade médica	Os análogos de insulina muito contribuem para o melhor controle do diabetes melitus , tanto tipo 1 quanto tipo2. Diversos trabalhos como demonstrado no formulário para incorporação desta medicação, mostram a superioridade destas no tratamento. Além de uma óbvia comodidade posológica para o paciente portador de uma doença crônica e já com tantas complicações , o uso dos análogos de insulina ao permitirem um melhor controle metabólico diminuem o risco de complicações agudas e crônicas que têm um custo muito mais alto para o governo. Entre essas complicações podemos citar a insuficiência renal crônica dialíca, a amaurose(cegueira), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral.	
07/03/2014	Profissional de Saúde	Sou a favor da incorporação das insulinas análogas para pacientes com diabetes tipo 2 por diminuir o risco de hipoglicemias, que aumenta a mortalidade nestes pacientes, que já tem altorisco cardiovascular.	Clique aqui
07/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	Estou como coordenadora do programa de saúde que presta assistência aos portadores de DM e que diariamente tenho perdas e internações dos meus pacientes por dificuldades de um bom controle e o insuficiente rol de medicações disponíveis. Sustento a necessidade de ampliação	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
07/03/2014	Instituição de saúde / hospital	Excelente a revisão sobre o assunto, mas a conclusão é um tanto equivocada. Jamais se contestou que em resultados de curto e médio prazo o uso de análogos de longa duração não mostrou eficácia maior que a da NPH. Por outro lado, conforme descrito no documento oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes em anexo, os parâmetros que devem ser considerados seriam a redução da frequência de hipoglicemias, a idade e as condições clínicas do paciente. Especialmente os idosos e os portadores de complicações cardiovasculares, sejam eles de tipo 1 ou tipo 2, e com diabetes instável e com alta variabilidade glicêmica, esses sim se beneficiam com o uso de análogos. Somente quem não tem experiência clínica pode desprezar esse fato. No fundo, essa polêmica apenas reflete a insensibilidade do Ministério da Saúde em relação ao diabetes de forma geral, principalmente frente aos custos adicionais. Outras patologias mais "importantes" recebem sempre os recursos terapêuticos mais modernos e custosos. Em nosso Grupo de Educação e Controle do Diabetes utilizamos, sim, a NPH e temos tido bons índices de sucesso. Mas não conseguimos controlar a maioria dos pacientes com DM2 insulinizados e com grande variabilidade glicêmica. Isso mesmo contando com uma equipe interdisciplinar de 25 profissionais de saúde e com um acompanhamento intensivo do paciente durante 4 a 6 semanas após o diagnóstico	Clique aqui
07/03/2014	Familiar ou amigo de paciente/usuário	Meu filho tinha hipoa severas ficou ate sem enxergar e com consequência cardio. Mesmo usando lantus. Qdo coincidia o pico da lantus com a novorapid. Hj com bomba de infusão. Usa somente a rápida não ha mais hipos	
07/03/2014	Profissional de Saúde	COMO ENDOCRINOLOGISTA, TRATO MUITOS PACIENTES DIABÉTICOS QUE SERIAM BENEFICIADOS.	
07/03/2014	Sociedade médica	Contribuo com o desejo de melhorarmos o controle glicêmico de pessoas com diabetes tipo 1 do nosso país. A incorporação de insulina(s) análoga(s), pela CONITEC, pode significar redução dos custos para aquisição desta(s) insulina(s), disponibilizando-a(s) para um número maior de pacientes e, principalmente, aqueles assistidos pelo sistema público de saúde.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
07/03/2014	Profissional de Saúde	Melhorar o controle glicêmico da população atendida no serviço de referência do Estado , evitando o aparecimento precoce das complicações crônicas oriundo do mal controle da doença.	
07/03/2014	Profissional de Saúde	Melhor controle glicêmico. Melhor adesão ao tratamento. Menor risco de hipoglicemia.	
07/03/2014	Profissional de Saúde	Acredito que o SUS deve incorporar uma medida terapêutica já com benefícios comprovados para os pacientes portadores de diabetes tipo 1 do serviço de saúde pública. Já amplamente utilizado na rede privada os análogos de insulina, permitem melhor controle glicêmico e menor taxa de hipoglicemias, contribuindo para melhora na qualidade de vida e menor mortalidade desses pacientes.	Clique aqui
07/03/2014	Profissional de Saúde	As insulinas análogas agem de maneira mais similar ao que ocorre num indivíduo não diabético, reduzindo dessa maneira a grande variação glicêmica, tão prejudicial aos diabéticos. Por agirem de maneira mais fisiológica, os análogos de insulina, reduzem os episódios de hipoglicemia noturna, que muito receio e transtornos gera nos pacientes diabéticos idosos ou não, e seus familiares. http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-01-2011.pdf	Clique aqui
07/03/2014	Instituição de saúde / hospital	Informo que a oferta de análogo de insulina aos pacientes do SUS possibilitará melhorar o controle glicêmico nos pacientes com instabilidade e descompensação do quadro os quais serão amenizados com os análogos de insulina que são mais fisiológicas que as insulinas hoje disponibilizadas no SUS	
07/03/2014	Sociedade médica	Melhorar o controle da glicêmica em pacientes diabéticos.	Clique aqui

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
07/03/2014	Ministério da Saúde	A incorporação das referidas insulinas oferecerá maior qualidade de vida para os pacientes, redução da incidência de hipoglicemias, diminuição dos custos relacionados às complicações do diabetes mellitus a longo prazo e redução das internações por hipoglicemias.	
07/03/2014	Profissional de Saúde	APOIO INCLUSAO DOS MEDICAMENTOS	
07/03/2014	Profissional de Saúde	Distribuição de insulinas análogas pelo SUS	
07/03/2014	Paciente/usuário	Destaco o melhor perfil em reduzir hipoglicemias e a redução no número de aplicações (NPH = 12 em 12 horas x Glargina = 24 em 24 horas). Para uma doença crônica, que exige cuidados extremos e diários, essa redução apresenta não só uma adequação do que já é usado em outros países, mas também melhor aceitação da terapia.	
07/03/2014	Profissional de Saúde	Melhor controle do diabetes, com menos hipoglicemias e maior adesão ao tratamento;	
07/03/2014	Sociedade médica	Incorporação de análogos de longa duração para pacientes dm tipo 1 a, polis o arsenal terapêutico, aprimorando o controle glicêmico, com menor risco de hipoglicemias	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
07/03/2014	Instituição de saúde / hospital	Acho que os análogos de longa ação são muito úteis na insulinização basal de pacientes idosos, especialmente os idosos frágeis, quando apresentam hipoglicemia com a NPH ou quando têm risco elevado de hipoglicemia e pouca condição de se defenderem de uma eventual crise. Defendo a inclusão no rol de medicamentos do SUS para casos selecionados, mediante protocolos. Obrigada, Dra Ana Paula.	
07/03/2014	Profissional de Saúde	As insulinas analogas de longa duracaoTem uma variabilidade de ação muitoMenor em comparação à insulina NPH,Portanto produzem muito menos hipoglicemia, que por sua vez é responsavel por um grande percentualDe complicações cardiovasculares :Infarto agudo do miocardio, arritmiasE AVCs, com alta mortalidade e sequelasSe compararmos os custos de internaçãoSeguro desemprego, seguro invalidez,Dias de trabalho parados e até mesmoMal desempenho profissional por utilização de insulinas ultrapassadas, veremosque as insulinas analogas de longa duração ou as ultrarrapidas representam umGrande investimento e uma enorme Economia e, que simplesmente comparar preços de insulinas não é a contaMais inteligente A referencia mais recente é o estudoAccord	
07/03/2014	Sociedade médica	Melhorias no tratamento do diabetico usuario de insulina, facilitando a adesao, reduzindo o medo e o numero de hipoglicemias.	
07/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	O Governo Municipal, estadual fornecer de forma não muito burocratica a Insulina Lantus Ja tentei pelo estado e pelo municipio por mais de 6 vezes sempre com negativa nos meus documentos apesar de todos estarem devidamente preenchidos	
07/03/2014	Profissional de Saúde	Melhor controle glicêmico com menor risco de hipoglicemias Maior segurança para os pacientes	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
07/03/2014	Profissional de Saúde	Trabalho há 13 anos pelo Sistema Único de Saúde e atendo muitos pacientes idosos que apresentam graves crises de hipoglicemia com o uso das Insulinas NPH e Regular. São pacientes que não conseguem comprar as insulinas análogas pelo alto Custo. Com certeza esse paciente se beneficiaria muito mais com os análogos, evitando várias idas aos Pronto Socorros, diminuindo o Custo de internação e de atendimento de urgência do Estado. Além disso, pacientes que usam a Insulina NPH, por temerem apresentar crises de hipoglicemias diminuem muito a dose de sua medicação por conta própria, atrapalhando desta forma o tratamento, favorecendo a descompensação do Diabetes.	
07/03/2014	Profissional de Saúde	1. Falha com o uso de esquemas prévios de insulino terapia.2. Mau controle persistente nos últimos 6 meses, comprovado por 3 testes de A1C nos últimos 12 meses. Níveis máximos de A1C definidos de acordo com faixa etária.3. Hipoglicemia grave, caracterizada por glicemia <50 mg/dL, necessitando auxílio de terceiros.4. Hipoglicemia despercebida (disautonomia).5. Resistência imunológica às insulinas intermediárias.6. Outras condições clínicas especiais: início direto dos análogos apenas diante de diabetes gestacional ou diabetes tipo 1 com ou sem gestação em andamento; as demais condições especiais seguem os critérios anteriores: hepatopatia, neoplasia em tratamento químico e/ou radioterápico, nefropatia (clearance de creatinina abaixo de 30 mL/min ou macroalbuminúria ou tratamento dialítico), retinopatia com perda parcial ou total da visão, doença coronariana aguda ou crônica e doença arterial periférica graves.	Clique aqui
07/03/2014	Profissional de Saúde	Menos hipoglicemia, menor ganho de peso, melhor controle metabólico	
07/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	Bom controle glicêmico menor risco de hipoglicemia melhora de. Complicações secundária da diabetes	
07/03/2014	Instituição de saúde / hospital	Os análogos da insulina são mais fisiológicos com menos risco de hipoglicemia e, necessário em muitos pacientes idosos	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
07/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	As insulinas de longa ação, apesar de equivalentes a forma tradicional NPH em eficácia, tem o grande diferencial de otimizar a adesão do paciente pelo benefício de aplicação única diária e reduzindo o risco de hipoglicemia pelo seu padrão de absorção diferenciado, melhorando em muito a qualidade de vida do paciente tanto pela redução do número de aplicações quanto pelo menor risco de hipoglicemia sobretudo noturna.	
07/03/2014	Profissional de Saúde	Como médica endocrinologista que trabalha em rede SUS, me deparo com grande número de demandas judiciais, que poderiam ser evitadas com regras claras como as da SBD para o uso de análogos de insulina, seja de longa ou de curta ação. Não prescrevemos análogos para todos os pacientes na rede privada e muito menos no SUS, mas não é justo que muitos pacientes que precisam e não podem pagar, não tenham acesso.	
07/03/2014	Instituição de ensino	Análogos de insulina são superiores às insulinas, tendo como principal contribuinte a redução de hipoglicemias.	
08/03/2014	Profissional de Saúde	Artigo	Clique aqui
08/03/2014	Profissional de Saúde	Diabéticos de longa data com complicações crônicas não teriam benefícios do controle glicêmico intensivo segundo estudos como o ACCORD e VADT, por conta, entre outros fatores, da hipoglicemia. Ferramentas terapêuticas que trazem menor risco para hipoglicemia, como os análogos de insulina e inibidores da DPP4, devem ser a melhor escolha para este grupo. Sugiro condicionar a dispensação destas terapias para indivíduos que estejam nestas condições.	Clique aqui
08/03/2014	Profissional de Saúde	ACREDITO SER MUITO IMPORTANTE A INCORPORAÇÃO DOS ANALOGOS DE INSULINA AO ARSENAL TERAPEUTICO DOS PACIENTES COM DIABETES DO TPO 2 POR SEREM INSULINAS QUE CAUSAM MENOS HIPOGLICEMIA NOS PACIENTES, MELHORANDO A QUALIDADE DE VIDA E O CONTROLE GLICEMICO DESTES.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
08/03/2014	Profissional de Saúde	<p>Assim como para diabetes tipo 1, para idosos com diabetes tipo 2 os análogos são indiscutivelmente melhores do que usar NPH , e insulinas ultra-rápidas são melhores para crises de hiperglicemia com menos risco de hipoglicemia grave. Quem vivencia a rotina destes pacientes sabe que o melhor são os análogos. Para qualquer paciente com tipo 2, há menos risco de hipoglicemias.Custos ainda são menores...a longo prazo.</p> <p>Pharmacoeconomics. 2007;25(3):253-66.Modelling cost effectiveness of insulin glargine for the treatment of type 1 and 2 diabetes in Canada.Grima DT1, Thompson MF, Sauriol L.Author informationAbstractBACKGROUND AND OBJECTIVE:Intensive insulin therapy improves glycosylated haemoglobin (Hb(A1C)) levels and delays the onset of long-term diabetes-related complications. Current treatment guidelines recommend maintaining a glycosylated haemoglobin (Hb(A1C)) of < or = 7% in patients with type 1 and 2 diabetes mellitus. However, the risk of hypoglycaemia increases with lower Hb(A1C) levels. As such, patients often choose to settle for suboptimal glucose control in order to prevent hypoglycaemic events. At a given Hb(A1C) level, treatment with insulin glargine results in a lower risk of hypoglycaemia in type 1 and 2 diabetes compared with NPH insulin. It has been proposed that the lower hypoglycaemic risk will allow more patients to achieve target Hb(A1C) levels with insulin glargine compared with NPH insulin. The objective of this study was to assess the cost effectiveness of insulin glargine compared with NPH insulin in patients with type 1 or 2 diabetes who had inadequate glycaemic control.METHODS:A long-term, state-transition model was developed to simulate the natural history of type 1 and 2 diabetes. Risks of diabetes-related macro- and microvascular complications and mortality by Hb(A1C) levels were estimated based on the UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). Outcome measures included complication rates and associated costs, insulin costs, life years (LYs) and QALYs. The baseline analysis was conducted for patients with type 1 and 2 diabetes (aged 27 and 53 years, respectively) with Hb(A1C) levels >7%, using a 36-year time horizon and a Canadian public payer perspective. Costs and effects were discounted at 5% per annum. Univariate sensitivity analyses were performed on key model inputs. All costs were reported in \$Can (2005 values).RESULTS:The NPH insulin group had lower total costs than the insulin glargine group for patients with inadequately controlled diabetes (Hb(A1C) >7%; lifetime difference 1398 Can dollars and 1992 Can dollars, respectively, in type 1 and 2 diabetes). However, patients treated with insulin glargine had greater total and quality-adjusted life expectancy than those who received NPH insulin (incremental LY = 0.08 and QALYs = 0.07 in type 1 diabetes and incremental LY = 0.25 and QALYs = 0.23 in type 2 diabetes). The weighted incremental cost per LY gained and QALY gained were 18,661 Can dollars and 20,799 Can dollars, respectively, in type 1 diabetes and 8041 Can dollars and 8618 Can dollars, respectively, in type 2 diabetes (discounted results).CONCLUSIONS:The cost-effectiveness ratios for insulin glargine use for type 1 and 2 diabetes provide evidence for its adoption from a Canadian healthcare payer perspective.PMID: 17335310 [PubMed - indexed for MEDLINE]Publication Types, MeSH Terms, SubstancesInt J Clin Pharmacol Ther. 2011 Mar;49(3):217-30.Cost-effectiveness of insulin glargine versus NPH insulin for the treatment of Type 2 diabetes mellitus, modeling the interaction between hypoglycemia and glycemic control in Switzerland.Brändle M1, Azoulay M, Greiner RA.Author informationAbstractOBJECTIVE:The objective of this study was to evaluate the short-term and long-term clinical and economic outcomes associated with insulin</p>	<p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p>

glargine or NPH insulin in patients with Type 2 diabetes mellitus (T2DM) inadequately controlled with oral anti-diabetic drugs in Switzerland, modeling the interaction between hypoglycemia and glycemic control (HbA1c).METHODS:A validated discrete event simulation model for T2DM was used to predict incidence of short-term complications (symptomatic, nocturnal and severe hypoglycemic events) and long-term complications (microvascular and macrovascular events), life expectancy, quality-adjusted life years (QALYs) and direct medical costs in patients treated with insulin glargine or NPH insulin. The model was populated with published Swiss patient characteristics with T2DM. Baseline risks of hypoglycemic events, utility decrements of diabetes-related long-term complications and the hypoglycemia fear score were derived from the literature. Relative risk reductions of hypoglycemia adjusted for HbA1c using insulin glargine compared with NPH insulin were based on a published negative binomial meta-regression analysis. Costs of severe hypoglycemia, micro- and macrovascular events were analyzed from literature whenever possible otherwise guideline-projected resource-use estimations were valued with Swiss official prices or tariffs in 2006 CHF. Simulations were run with 1,000 patients per cohort over a time horizon of 40 years. Incremental cost effectiveness ratios (ICERs) were presented as cost per QALY and per life year gained (LYG). Future costs and clinical benefits were discounted at 3.5%. Wide-range one-way sensitivity analyses were performed.RESULTS:Insulin glargine was associated with an improvement in quality of life (0.098 QALYs per patient) and additional life expectancy (0.05 life years gained per patient) compared to NPH insulin. Incremental costs of CHF 2,578 resulted in an ICER of CHF 26,271 per QALY and CHF 51,100 per LYG. The cost per QALY was most sensitive to changes in costs, utility decrements and relative risk reductions of hypoglycemia.CONCLUSIONS:This study evaluated, for the first time, the cost effectiveness of insulin glargine versus NPH insulin for the treatment of T2DM considering the interaction between glycemic control and hypoglycemia in Switzerland. The base case and sensitivity analyses demonstrated that insulin glargine proved to be cost-effective with respect to accepted willingness to pay thresholds and therefore represents good value for money.PMID: 21329624 [PubMed - indexed for MEDLINE]Publication Types, MeSH Terms, SubstancesInt J Clin Pharmacol Ther. 2007 Apr;45(4):203-20.Cost-effectiveness and cost-utility of insulin glargine compared with NPH insulin based on a 10-year simulation of long-term complications with the Diabetes Mellitus Model in patients with type 2 diabetes in Switzerland.Brändle M1, Azoulay M, Greiner RA.Author informationAbstractOBJECTIVE:The objective of this study was to evaluate the cost-effectiveness of insulin glargine compared with NPH insulin in patients with type 2 diabetes and in whom OAD (oral anti-diabetics) had failed in Switzerland.METHODS:Long-term diabetes outcomes were simulated with the Diabetes Mellitus Model (DMM) over a period of 10 years. The incidences of long-term complications (micro- and macrovascular events) were simulated for 10,000 patients over 10 years for six different scenarios. The scenarios were based on HbA1c reductions observed in clinical trials. For insulin glargine, HbA1c reductions of 0.96% (pessimistic case) and 1.24% (optimistic case) were simulated for three different HbA1c baseline values (10, 9 and 8%). For NPH insulin the HbA1c reduction was assumed to be 0.84%. A cost model and a utility model were developed in order to use the cumulated incidences of the simulations for the calculation of cost and QALYs (quality-adjusted life years). The unit costs of micro- and macrovascular events were assessed on

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
--------------	---------------------	---------------------------	------------

the basis of published literature and guideline-projected resource-use estimations for Switzerland. Disutility values of diabetes-related long-term complications were derived from the literature. Total direct medical costs or QALYs were assessed by a combination of cumulated incidences of each event up to 10 years with the corresponding unit cost per event (in addition to the acquisition cost) or with disutility values per event, respectively. Events, total cost, and QALYs were discounted at 3%. In scenarios where no savings could be shown for insulin glargine, incremental cost-effectiveness ratios were calculated as the incremental cost per event prevented and the cost per QALY gained. RESULTS: Cost comparison demonstrated that insulin glargine is the dominant strategy for the optimistic case scenario starting at a baseline HbA1c value of 10% as savings in the management of complications exceeded the difference in acquisition costs after 8 years of treatment. Optimistic case scenarios for baseline HbA1c values of 9 and 8% achieved costs per QALY gained amounting to CHF 2,853 and CHF 5,711 and costs per event prevented amounting to CHF 2,054 and CHF 4,899, respectively. Pessimistic case scenarios for baseline HbA1c values of 10, 9 and 8% resulted in costs per QALY gained amounting to CHF 40,441, CHF 45,701 and CHF 49,468 and costs per event prevented amounting to CHF 27,742, CHF 32,451 and CHF 41,620, respectively. CONCLUSIONS: This study investigated the long-term health-economic implications of treating type 2 diabetes patients, in whom OAD had failed, with insulin glargine versus NPH insulin in Switzerland. The 10-year simulations demonstrated that the deltaHbA1c reductions of 0.4 and 0.12% achieved with insulin glargine led to a reduction of long-term complications, mortality and associated costs as well as to an improved quality of life. Insulin glargine proved to be cost-effective and represents good to excellent value for money compared to NPH insulin. PMID: 17474539 [PubMed - indexed for MEDLINE] Publication Types, MeSH Terms, Substances

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
08/03/2014	Profissional de Saúde	<p>Custos no Brasil : sem previsão do quê se economiza usando análogos mesmo em ptes com DM 2 . Internação, UTI, emergência, sai mais caro, que fazer bom tratamento com análogos. Não precisa tirar NPH e regular, mas para quem precisa e tem indicação de análogo, vou usar análogo.</p> <p>Pharmacoeconomics. 2007;25(3):253-66.Modelling cost effectiveness of insulin glargine for the treatment of type 1 and 2 diabetes in Canada.Grima DT1, Thompson MF, Sauriol L.Author informationAbstractBACKGROUND AND OBJECTIVE:Intensive insulin therapy improves glycosylated haemoglobin (Hb(A1C)) levels and delays the onset of long-term diabetes-related complications. Current treatment guidelines recommend maintaining a glycosylated haemoglobin (Hb(A1C)) of < or = 7% in patients with type 1 and 2 diabetes mellitus. However, the risk of hypoglycaemia increases with lower Hb(A1C) levels. As such, patients often choose to settle for suboptimal glucose control in order to prevent hypoglycaemic events. At a given Hb(A1C) level, treatment with insulin glargine results in a lower risk of hypoglycaemia in type 1 and 2 diabetes compared with NPH insulin. It has been proposed that the lower hypoglycaemic risk will allow more patients to achieve target Hb(A1C) levels with insulin glargine compared with NPH insulin. The objective of this study was to assess the cost effectiveness of insulin glargine compared with NPH insulin in patients with type 1 or 2 diabetes who had inadequate glycaemic control.METHODS:A long-term, state-transition model was developed to simulate the natural history of type 1 and 2 diabetes. Risks of diabetes-related macro- and microvascular complications and mortality by Hb(A1C) levels were estimated based on the UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study). Outcome measures included complication rates and associated costs, insulin costs, life years (LYs) and QALYs. The baseline analysis was conducted for patients with type 1 and 2 diabetes (aged 27 and 53 years, respectively) with Hb(A1C) levels >7%, using a 36-year time horizon and a Canadian public payer perspective. Costs and effects were discounted at 5% per annum. Univariate sensitivity analyses were performed on key model inputs. All costs were reported in \$Can (2005 values).RESULTS:The NPH insulin group had lower total costs than the insulin glargine group for patients with inadequately controlled diabetes (Hb(A1C) >7%; lifetime difference 1398 Can dollars and 1992 Can dollars, respectively, in type 1 and 2 diabetes). However, patients treated with insulin glargine had greater total and quality-adjusted life expectancy than those who received NPH insulin (incremental LY = 0.08 and QALYs = 0.07 in type 1 diabetes and incremental LY = 0.25 and QALYs = 0.23 in type 2 diabetes). The weighted incremental cost per LY gained and QALY gained were 18,661 Can dollars and 20,799 Can dollars, respectively, in type 1 diabetes and 8041 Can dollars and 8618 Can dollars, respectively, in type 2 diabetes (discounted results).CONCLUSIONS:The cost-effectiveness ratios for insulin glargine use for type 1 and 2 diabetes provide evidence for its adoption from a Canadian healthcare payer perspective.PMID: 17335310 [PubMed - indexed for MEDLINE]Publication Types, MeSH Terms, SubstancesInt J Clin Pharmacol Ther. 2011 Mar;49(3):217-30.Cost-effectiveness of insulin glargine versus NPH insulin for the treatment of Type 2 diabetes mellitus, modeling the interaction between hypoglycemia and glycemic control in Switzerland.Brändle M1, Azoulay M, Greiner RA.Author informationAbstractOBJECTIVE:The objective of this study was to evaluate the short-term and long-term clinical and economic outcomes associated with insulin glargine or NPH insulin in patients with Type 2 diabetes mellitus (T2DM) inadequately controlled with oral</p>	<p>Clique aqui</p>

anti-diabetic drugs in Switzerland, modeling the interaction between hypoglycemia and glycemic control (HbA1c).METHODS:A validated discrete event simulation model for T2DM was used to predict incidence of short-term complications (symptomatic, nocturnal and severe hypoglycemic events) and long-term complications (microvascular and macrovascular events), life expectancy, quality-adjusted life years (QALYs) and direct medical costs in patients treated with insulin glargine or NPH insulin. The model was populated with published Swiss patient characteristics with T2DM. Baseline risks of hypoglycemic events, utility decrements of diabetes-related long-term complications and the hypoglycemia fear score were derived from the literature. Relative risk reductions of hypoglycemia adjusted for HbA1c using insulin glargine compared with NPH insulin were based on a published negative binomial meta-regression analysis. Costs of severe hypoglycemia, micro- and macrovascular events were analyzed from literature whenever possible otherwise guideline-projected resource-use estimations were valued with Swiss official prices or tariffs in 2006 CHF. Simulations were run with 1,000 patients per cohort over a time horizon of 40 years. Incremental cost effectiveness ratios (ICERs) were presented as cost per QALY and per life year gained (LYG). Future costs and clinical benefits were discounted at 3.5%. Wide-range one-way sensitivity analyses were performed.RESULTS:Insulin glargine was associated with an improvement in quality of life (0.098 QALYs per patient) and additional life expectancy (0.05 life years gained per patient) compared to NPH insulin. Incremental costs of CHF 2,578 resulted in an ICER of CHF 26,271 per QALY and CHF 51,100 per LYG. The cost per QALY was most sensitive to changes in costs, utility decrements and relative risk reductions of hypoglycemia.CONCLUSIONS:This study evaluated, for the first time, the cost effectiveness of insulin glargine versus NPH insulin for the treatment of T2DM considering the interaction between glycemic control and hypoglycemia in Switzerland. The base case and sensitivity analyses demonstrated that insulin glargine proved to be cost-effective with respect to accepted willingness to pay thresholds and therefore represents good value for money.PMID: 21329624 [PubMed - indexed for MEDLINE]Publication Types, MeSH Terms, SubstancesInt J Clin Pharmacol Ther. 2007 Apr;45(4):203-20.Cost-effectiveness and cost-utility of insulin glargine compared with NPH insulin based on a 10-year simulation of long-term complications with the Diabetes Mellitus Model in patients with type 2 diabetes in Switzerland.Brändle M1, Azoulay M, Greiner RA.Author informationAbstractOBJECTIVE:The objective of this study was to evaluate the cost-effectiveness of insulin glargine compared with NPH insulin in patients with type 2 diabetes and in whom OAD (oral anti-diabetics) had failed in Switzerland.METHODS:Long-term diabetes outcomes were simulated with the Diabetes Mellitus Model (DMM) over a period of 10 years. The incidences of long-term complications (micro- and macrovascular events) were simulated for 10,000 patients over 10 years for six different scenarios. The scenarios were based on HbA1c reductions observed in clinical trials. For insulin glargine, HbA1c reductions of 0.96% (pessimistic case) and 1.24% (optimistic case) were simulated for three different HbA1c baseline values (10, 9 and 8%). For NPH insulin the HbA1c reduction was assumed to be 0.84%. A cost model and a utility model were developed in order to use the cumulated incidences of the simulations for the calculation of cost and QALYs (quality-adjusted life years). The unit costs of micro- and macrovascular events were assessed on the basis of published literature and guideline-projected resource-use estimations for Switzerland. Disutility

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
		<p>values of diabetes-related long-term complications were derived from the literature. Total direct medical costs or QALYs were assessed by a combination of cumulated incidences of each event up to 10 years with the corresponding unit cost per event (in addition to the acquisition cost) or with disutility values per event, respectively. Events, total cost, and QALYs were discounted at 3%. In scenarios where no savings could be shown for insulin glargine, incremental cost-effectiveness ratios were calculated as the incremental cost per event prevented and the cost per QALY gained. RESULTS: Cost comparison demonstrated that insulin glargine is the dominant strategy for the optimistic case scenario starting at a baseline HbA1c value of 10% as savings in the management of complications exceeded the difference in acquisition costs after 8 years of treatment. Optimistic case scenarios for baseline HbA1c values of 9 and 8% achieved costs per QALY gained amounting to CHF 2,853 and CHF 5,711 and costs per event prevented amounting to CHF 2,054 and CHF 4,899, respectively. Pessimistic case scenarios for baseline HbA1c values of 10, 9 and 8% resulted in costs per QALY gained amounting to CHF 40,441, CHF 45,701 and CHF 49,468 and costs per event prevented amounting to CHF 27,742, CHF 32,451 and CHF 41,620, respectively. CONCLUSIONS: This study investigated the long-term health-economic implications of treating type 2 diabetes patients, in whom OAD had failed, with insulin glargine versus NPH insulin in Switzerland. The 10-year simulations demonstrated that the deltaHbA1c reductions of 0.4 and 0.12% achieved with insulin glargine led to a reduction of long-term complications, mortality and associated costs as well as to an improved quality of life. Insulin glargine proved to be cost-effective and represents good to excellent value for money compared to NPH insulin. PMID: 17474539 [PubMed - indexed for MEDLINE] Publication Types, MeSH Terms, Substances</p>	
08/03/2014	Profissional de Saúde	<p>A incorporação de insulinas análogas podem beneficiar a grupos específicos de pacientes que devem ser triados por médicos endocrinologistas que confirmem sua indicação e constatem o uso correto de tais armamentos terapêuticos.</p> <p>profissional habilitado com 25 de experiência em SUS</p>	Clique aqui
08/03/2014	Profissional de Saúde	<p>A incorporação de insulinas análogas podem beneficiar a grupos específicos de pacientes, que devem ser triados por médicos endocrinologistas, que confirmem sua indicação e constatem o uso correto de tais armamentos terapêuticos.</p> <p>profissional com 25 anos de experiência em Programa de Diabetes do SUS</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
08/03/2014	Profissional de Saúde	Os análogos da insulina mimetizam de forma bem satisfatória a secreção da insulina trazendo melhor controle glicêmico aos diabéticos. Sendo assim beneficiam os diabéticos, incluindo aqueles tipo 2 na fase de insulino-terapia diminuindo patologias ligadas as complicações crônicas como menos internações e até amputações.	
08/03/2014	Profissional de Saúde	Tenho centenas de pacientes portadores de Diabetes tipo II, e acredito ter uma experiência clínica robusta nessa patologia. O diabetes tipo II é uma doença complexa e multifatorial, que tem na obesidade e no sedentarismo, aliados à tendência genética, seus principais fatores causais. Simplifiquemos dizendo que o diabético tipo II tem 2 grandes problemas a serem endereçados: a resistência insulínica e a deficiência insulínica. De forma didática, pode-se afirmar que cada paciente encontra-se num ponto do amplo espectro entre essas 2 anormalidades, e o tratamento obviamente deve considerar essa individualidade. Para os que têm muita deficiência insulínica, quer seja por tempo avançado de doença ou por questões genéticas, é preciso associar algum tipo de insulina aos anti-diabéticos orais. Nesse contexto, eu, particularmente, ainda uso a insulina NPH com sucesso em boa parte dos pacientes. No entanto, nos casos em que é preciso uma insulinização plena, considero bastante difícil, como nos tipo I, obter bom controle glicêmico com NPH e Regular. Ainda, há situações em que o uso da NPH no diabético tipo II pode ser perigoso, especialmente na presença de um ou mais dos fatores listados abaixo:1 - idade avançada2- presença de coronariopatia, em que uma hipoglicemia severa pode precipitar um evento agudo.3 - presença de hipoglicemias severas e/ou assintomáticas. Desta forma, considero que os análogos de ação lenta deveriam ser oferecidos pela Rede Pública de Saúde aos diabéticos tipo II que mais necessitem deles, a partir de critérios estabelecidos com o auxílio de experts referendados pela Sociedade Brasileira de Diabetes. Quanto aos análogos de ação ultra-rápida, creio que esses devem substituir POR COMPLETO a insulina Regular, tanto no tratamento de diabéticos tipo I quanto tipo II. Isso porque a insulina regular não se presta ao efeito que se deseja dela, ou seja, não é uma insulina que age de forma a cobrir as elevações glicêmicas provenientes das refeições, tampouco não baixa eficaz e rapidamente um pico de hiperglicemia. Portanto, na minha opinião, os análogos de ação lenta deveriam substituir parcialmente a insulina NPH, enquanto que a insulina Regular deveria ser definitivamente "aposentada".	
08/03/2014	Familiar ou amigo de paciente/usuário	Tenho filho com diabetes Tipo 1 e apenas conseguimos bom controle depois de utilizar insulinas análogas. Melhora muito grande na qualidade de vida do meu filho, hoje com 7 anos de idade.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
08/03/2014	Profissional de Saúde	Há pacientes com labilidade da glicemia que poderiam se beneficiar com o uso de análogos, sem contar outros que não tem como prever exatamente a hora das refeições- os análogos podem ser feito junto as refeições, sem contar que há pacientes que fazem anticorpos com o uso de protamina da NPH. Muitos pacientes sao classificados como DM ² , mas na verdade sao outro tipo de diabetes, mas não temos recursos no sus pra diagnosticar e esses tipos podem precisar mais de insulina que o DM 2 simplesmente. Talvez essas insulinas pudessem ser liberadas via LME, para casos especiais. acredito que seu uso aumente a adesão ao tratamento e posso diminuir o número de complicações e internações por diabetes	
08/03/2014	Familiar ou amigo de paciente/usuário	O tratamento do diabetes precisa ser visto com mais cuidado. Existem grupos de pessoas que estão em risco de hipoglicemia noturna e que não alcançam o controle glicêmico com o tratamento convencional oferecido pelo sistema SUS. Assim, para estas pessoas é necessário apresentar plano terapêutico mais eficiente e adequado as suas características fisiológicas e sociais.	
08/03/2014	Associação de pacientes	Evidências científicas recentemente publicadas sugerem que análogos de insulina são uma opção vantajosa diante de outros tipos de insulina como parte de regimes de farmacoterapia para pacientes selecionados. A American Diabetes Association, organização internacional de maior impacto científico na orientação ao tratamento do diabetes, já inclui os análogos de insulina como opção segura para esquemas de tratamento do diabetes do tipo 2, alegando como uma das vantagens o menor risco de hipoglicemia em relação às insulinas NPH e Regular. Dessa forma, os análogos de insulina devem ser uma opção viável para casos específicos no rol de tratamento do diabetes no SUS.	Clique aqui Clique aqui
09/03/2014	Paciente/usuário	Melhor controle da glicemia, com redução significativa da hemoglobina glicada.Ausência de hipoglicemias severas.	
09/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	São medicamentos de grande demanda judicial.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
09/03/2014	Profissional de Saúde	Precisamos proporcionar maior diversidade de produtos para tratamento do diabetes e assim diminuirmos as complicações, barateando o custo destas para o Estado e por conseguinte para a sociedade.	
09/03/2014	Profissional de Saúde	Como médica atuante na área do diabetes há 21 anos presenciei a mudança no tratamento do diabetes tipo 2 quando deixamos de usar a NPH e a insulina regular substituindo por analogos: que são mais seguros e eficientes no controle da glicemia e assim fornecem uma melhor qualidade de vida ao paciente, menor número de complicações agudas como coma hiperosmolar e hipoglicemias, como crônicas (amputações, infartos, amaurose, insuficiência renal, entre outras). A opção terapeutica quanto ao tipo de insulina se baseia na condição financeira do paciente, porque não há dúvidas para nós especialistas da superioridade dos analogos. Basta ver o que é prescrito em países como EUA ou países da Europa.	
09/03/2014	Profissional de Saúde	Experiência clínica atendimento ao paciente diabetico	
09/03/2014	Profissional de Saúde	Frequentemente encontramos pacientes com Diabetes Tipo 2 que se comportam como os DM Tipo 1, ou seja, pacientes com DM2 com formas insulinoopenicas e longo tempo de duração de doença, que necessitam de tratamento insulínico intensivo e nos quais o uso de insulina NPH limita o alcance do bom controle glicêmico, em decorrência das hipoglicemias frequentes. Da mesma forma, pacientes com DM2 com insuficiência renal crônica avançada também apresentam muitas hipoglicemias com a insulina NPH, pela modificação do perfil farmacocinético desta insulina nestas condições. Portanto, certos tipos de pacientes com DM2 se beneficiam e muito do uso de análogos de longa duração glargina e levemir, quando apresentam muitas hipoglicemias com insulina NPH e com o tratamento insulínico intensivo, devendo, a meu ver, também terem direito à dispensação destas medicações pelo SUS através de um protocolo bem elaborado para fornecimento.	
09/03/2014	Ministério da Saúde	Uso insulina lantus e novo rapid há mais de 8 anos e controlo minha gli-cemia com essas 2 insulinas muito bem.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
09/03/2014	Familiar ou amigo de paciente/usuário	Melhora a qualidade de vida dos pacientes.	
09/03/2014	Sociedade médica	maior controle glicemico consequentemente menor numero de complicacoes.	
10/03/2014	Profissional de Saúde	A insulina de longa ação é mais estável e tem menos hipoglicemia que a NPH. Menos aplicações por dia...	Clique aqui
10/03/2014	Profissional de Saúde	A incorporação dos análogos de insulina ao protocolo do SUS em diabetes eliminará boa parte das ações judiciais – e dos respectivos custos. Com um protocolo específico o uso dos análogos de insulina seria melhor controlado, porque com as ações judiciais acabamos fornecendo a todos os usuários. Além de uma compra centralizada diminuiria o custo da insulina. Os casos analisados comprovaram a diminuição das hipoglicemias noturnas, que podem implicar em risco de morte. Segundo dados divulgada no Congresso da Sociedade Brasileira de Diabetes realizado em outubro de ano de 2013, 60% dos diabéticos insulino-dependentes estão descontrolados no Brasil, o que comprova a ausência de efetividade das insulinas fornecidas pelo Estado no controle glicêmico e ainda na prevenção de complicações da doença. Com um controle maior diminuiriam os números das internações hospitalares e tratamentos das complicações do diabetes, bem como dos gastos com aquisição de medicamentos por ordens judiciais, além dos custos processuais para o Estado.	Clique aqui
10/03/2014	Profissional de Saúde	"A literatura internacional mostra que o uso de análogos de insulina proporciona resultados mais significativos em termos de controle dos episódios de hipoglicemia. O impacto sobre o controle glicêmico é de menor escala e resulta principalmente da maior estabilidade dos níveis glicêmicos por meio do controle das hipoglicemias. Portanto, dentre os critérios de inclusão aqui mencionados, os itens relativos ao controle da hipoglicemia devem ser priorizados, tanto do ponto de vista de segurança de uso como de promoção de melhor controle glicêmico. A utilização de níveis máximos de A1C de acordo com a faixa etária proporciona um ganho de qualidade na avaliação da qualificação para o uso de análogos de insulina."	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
10/03/2014	Outra	Deveria ser fornecido todos os tipos de insulinas nas farmácias dos municípios para os portadores das diabetes Mellitus.	
10/03/2014	Profissional de Saúde	melhora no controle e das complicações crônicas do diabetico	
10/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1- Relatamos que o uso sistematizado sugerindo a incorporação da tecnologia de aplicação na forma de “canetas”. Os pacientes relatam um maior conforto, menor dor, maior mobilidade, menor constrangimento (exemplo de crianças estigmatizadas pelo uso de seringas e frascos em comparação a uso de drogas) e maior estabilidade com diminuição de perdas. O que indiscutivelmente aumenta a Adesão ao tratamento;2- Temos levantamento, arquivo anexo, da evolução de tratamento contrapondo os custos de agravos relatados em literatura.3 - Comprovadamente o uso de insulinas ultrarápidas oferecem não só uma melhor qualidade de vida, bem como segurança para o usuário.</p> <p>1- Primeiramente salientamos que temos Protocolo estabelecido desde 2007 para indicação de uso para Análogos de Insulina;</p>	<p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p>
10/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	Acredito que um protocolo que possibilite o uso de análogos de insuliana de longa duração para DM II auxiliaria no tto de pacientes que possuem hipoglicemias frequentes, pp idosos com hipoglicemias na madrugada, pacientes cegos ou incapacitados com dificuldade de manipular múltiplas doses.	
10/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	Médica	
10/03/2014	Outra	Argumentos práticos e jurídicos para a incorporação dos análogos de insulina para o tratamento de diabetes tipo 2 pelo SUS, ainda que o fornecimento seja destinado apenas a casos específicos.	Clique aqui

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
10/03/2014	Sociedade médica	DEFENDO O USO DOS ANÁLOGOS DE INSULINA NO DM TIPO I, PARA MELHORAR O CONTROLE GLICÊMICO	
10/03/2014	Profissional de Saúde	Os análogos de insulina de longa ação são essenciais para os pacientes portadores de DM2 em fase insulinopenica que em uso da insulina NPH apresentam hipoglicemias graves e sem ela evoluem com hiperglicemia persistente. Esses análogos possibilitam nesses pacientes maior estabilidade glicemica com menor risco de hipoglicemias noturnas graves, características essenciais p diabéticos idosos c comodidades graves (insuficiência renal grave, coronariopatas).	
10/03/2014	Profissional de Saúde	Existem varios paciente diabeticos tipo 2 insulinizados , que apresentam hipoglicemias, dificuldade no ajuste de insulina , hipoglicemias sem sinal entre outro que se beneficiariam do uso do analogo. Sao inumeros pacientes mau compensados evoluindo para complicação secundaria que se em uso de analogo teriam uma chance de maior compensação, nao que seja necessario para todos os paciente mas com certeza existe o padrao de maciente que se beneficiaria muito do uso	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
10/03/2014	Empresa	<p>Contribuição da Empresa Eli Lilly do BrasilA empresa Eli Lilly do Brasil Ltda. vem por meio desta contribuir para a consulta pública acima especificada. Ref: Pagina 2: Item Contexto... “Para o tratamento farmacológico, atualmente está disponível no SUS as insulinas de ação intermediária (insulina NPH) e de ação rápida (insulina regular), além de medicamentos hipoglicemiantes (biguanidas, derivados da ureia, sulfonamidas). Além das insulinas disponibilizadas pelo SUS, atualmente também se encontram disponíveis para o cuidado em diabetes as insulinas análogas de ação ultra-rápida (asparte, lispro e glusilina), longa ação (detemir e glargina), além de pré-misturas que contenham associações entre estas diversas opções. O presente relatório objetiva a avaliação de eficácia e custo das insulinas análogas de longa ação disponíveis no mercado brasileiro (insulina detemir e insulina glargina) frente à insulina NPH, para portadores de diabetes mellitus tipo 2”Contribuição Eli Lilly do BrasilO diabetes tipo 2 (DM2) é uma doença de evolução crônica com aspecto fisiopatológico complexo1, acreditamos que vale a pena considerarmos também para incorporação não apenas a avaliação de eficácia de custo das insulinas análogas de longa ação mas, também as insulinas análogas e humanas pré-misturas disponíveis no mercado brasileiro, já que muitos pacientes se beneficiam dessa estratégia de insulinização para atingir um controle adequado de sua glicemia2-5. De acordo com as orientações e protocolos de diversas sociedades o sucesso para o tratamento do paciente diabético está nas opções de tratamentos para que os médicos consigam customizar o tratamento para o perfil de cada paciente2-5, isso apenas será possível no sistema público se oferecermos acesso de outras opções terapêuticas que apesar de estarem registradas no país ainda não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). Solicitamos a possibilidade de incluir outras insulinas já disponíveis no mercado brasileiro para incorporação junto ao sistema público de saúde. A Eli Lilly do Brasil apresenta como sugestão suas insulinas pré-misturas: A) Humalog Mix 25 - é uma suspensão de cor branca constituída de 25% de solução de insulina lispro e 75% de suspensão de insulina lispro protamina (NPL), em uma concentração de 100 unidades/mL (U-100) de insulina lispro (derivada de ADN* recombinante). Registrada no Brasil desde 2006, pela ELI LILLY DO BRASIL LTDA, Indústria Brasileira, CNPJ 43.940.618/0001-44. Fabricada por LILLY FRANCE S.A.S.,Fegersheim, França. Indicação para controle da hiperglicemia por diabéticos adultos (acima de 18 anos). Apresentação: refil de 3ml e canetas pré-preenchidas de 3ml. c) Humalog mix50 - é uma suspensão de cor branca constituída de 50% de solução de insulina lispro e 50% de suspensão de insulina lispro protamina (NPL), em uma concentração de 100 unidades/mL (U-100) de insulina lispro (derivada de ADN* recombinante). Registrada no Brasil desde 2009, pela ELI LILLY DO BRASIL LTDA, Indústria Brasileira, CNPJ 43.940.618/0001-44. Fabricada por LILLY FRANCE S.A.S. Fegersheim, França. Indicação para controle da hiperglicemia por diabéticos adultos (acima de 18 anos). Apresentação: refil de 3ml e canetas pré-preenchidas de 3ml.Ref. Pagina 2: Item Pergunta: “ As insulinas análogas de longa ação (insulina detemir e insulina glargina) são mais eficazes no controle do diabetes em relação à insulina NPH? Evidências científicas: A evidência atualmente disponível sobre eficácia e segurança das insulinas análogas de longa ação (glargina e detemir) no tratamento do diabetes mellitus tipo 2 não se mostrou superior à insulina NPH em relação ao controle glicêmico, medido pela hemoglobina glicosilada (HbA1c), glicemia em jejum, redução da hipoglicemia severa e presença de efeitos adversos. No que diz respeito à menor ocorrência de hipoglicemia noturna, os resultados favorecem</p>	<p>Clique aqui</p>

as insulinas análogas, mas deve-se avaliar o real benefício clínico frente à diferença aferida nos estudos. Deve-se, também, considerar as limitações metodológicas dos estudos, como a avaliação subjetiva e as diferentes definições para o episódio de hipoglicemia, o desenho aberto dos estudos, o potencial conflito de interesse de alguns autores e estudos patrocinados pelo produtor farmacêutico. Além disso, o curto período de seguimento impede a mensuração de efeitos primordiais (morbidade, mortalidade, complicações em longo prazo), impossibilitando a medida da real relevância clínica das insulinas análogas de longa ação em relação ao tratamento convencional (insulina NPH)". Contribuição Eli Lilly do Brasil: Considerando os estudos comparativos com diferentes tipos de insulina: insulinas análogas versus insulinas humanas. Gostaríamos de ressaltar que ambas possuem características semelhantes no que diz respeito ao seu poder redutor da glicemia de jejum, desta forma 1 U de insulina análogas ou humanas tem o mesmo poder em reduzir a taxa de glicose sanguínea 6,7. Essa medida facilita a posologia para o paciente, bem como minimiza erros de titulação e mudanças terapêuticas, proporcionando maior comodidade e segurança para o paciente. Frente à semelhança na capacidade redutora da glicose o diferencial das insulinas análogas pré-mistura vs a insulinas análogas são:

- Reduzir a glicemia pós prandial 8,9;
- Reduzir Hemoglobina glicada (HbA1c) 10-14;
- Demonstram custo efetividade vs. Insulinas análogas 8,16-17.

Ref. Pagina 3: item Discussão: "As insulinas análogas (detemir e glargina) parecem não ser inferiores à insulina humana NPH, mas não está claro se apresentariam alguma superioridade em benefício clínico". Ref. Pagina 5: item Tratamento: "No tratamento do diabetes tipo 2, é recomendado um plano terapêutico que vise o controle glicêmico e a prevenção de complicações crônicas decorrentes da doença." Ref. Pagina 5: item Tratamento: "Em relação ao tratamento farmacológico, atualmente está disponível no SUS para o tratamento da DM2 as insulinas de ação intermediária (insulina NPH) e de ação rápida (insulina regular), além de medicamentos hipoglicemiantes (biguanidas, derivados da uréia, sulfonamidas)". Ref. Pagina 6: item Tratamento: "A Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2011, divulgou um novo algoritmo¹³ para o tratamento da diabetes tipo 2, considerando as diversas condutas iniciais de acordo com as manifestações do pacientes e parâmetros laboratoriais. Os manejos iniciais geralmente envolvem mudança de hábitos de vida e antidiabéticos orais, iniciando insulino terapia somente quando há manifestações severas já no diagnóstico ou situações especiais. Segundo este mesmo documento, na maior parte das vezes a permanência da insulino terapia só é indicada no DM2 quando não se consegue as metas laboratoriais adequadas com os agentes orais e/ou agonistas de GPL1 (peptídeo semelhante ao glucagon) e também, com hiperglicemia sintomática, fundamentalmente o emagrecimento¹³. Dentro do processo de insulinização no DM2, há diversas etapas, desde aquelas em que a insulina é associada aos antidiabéticos orais a fim de melhorar a glicemia, até a insulinização plena, em que uma ou duas doses de insulina intermediária ou de longa ação (insulina basal) é associada a três doses de insulina ou de análogo de curta duração (para cobertura prandial)¹³". Ref. Pagina 6: item Tratamento: "O presente relatório objetiva a avaliação de eficácia das insulinas análogas de longa ação disponíveis no mercado brasileiro (insulina detemir e insulina glargina) frente à insulina NPH, para portadores de diabetes mellitus tipo 2". Contribuição Eli Lilly do Brasil: No que tange a terapia farmacológica para o paciente diabético é consenso atual no tratamento que o primeiro objetivo é a meta glicêmica, apropriada para o

paciente, sempre levando em conta a redução do risco de desenvolvimento de doenças crônicas resultantes da hiperglicemia e do risco eminente de hipoglicemia, o que leva o médico a definir diferentes abordagens terapêuticas dependendo da apresentação clínica do diabetes²⁻⁵. A insulino-terapia apesar de ser a terapia farmacológica de maior poder de redução da HbA_{1c}¹⁸, tem uma desvantagem devido ao fato de ser injetável, e também poder causar um maior risco de hipoglicemia, sendo considerada apenas em alguns momentos oportunos para a população de DM2 que são elas 4: • Não obtenção de metas laboratoriais adequadas com agentes orais e ou agonistas do GLP-1; • Hiperglicemia persistente sintomática; • Presença de emagrecimento. Detalhes na (Figura 1). Figura 1- Esquema de insulinização fornecido pela SBD 20114: Fonte: Algoritmo de atualização do tratamento do Diabetes tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento oficial n3. Julho 20114. A Insulinização pode vir acompanhada de um tratamento com medicamentos orais, no qual em geral faz-se o uso de insulina para controle das taxas glicêmicas de basal, ou podemos encontrar associação de medicação oral com insulina basal e insulina prandial de 1 até 3 vezes ao dia (caso denominado insulinização plena). Existe ainda a possibilidade do uso de insulinas pré-misturas, apresentações comerciais que incluem na mesma solução duas insulinas com tempo de ação diferente, que são aplicadas numa mesma injeção. As pré-misturas podem ser aplicadas também de 1 até 3 vezes ao dia, sendo em geral utilizados por pacientes que não conseguem aderir adequadamente ao esquema com múltiplas aplicações²⁻⁴. A SBD orienta a insulinização por etapas que vão do uso exclusivo da insulinização basal até o esquema intensivo, com insulinização plena ou basal/ bolus (Figura 2). Figura 2: Etapas da Insulinização preconizadas pela SBD4: Fonte: Algoritmo de atualização do tratamento do Diabetes tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Posicionamento oficial n3. Julho 20114 Além disto, a SBD4 preconiza que alguns pacientes em insulinização plena podem beneficiar-se da insulinização com pré-misturas, de duas a três vezes ao dia, antes das refeições, principalmente para pacientes com doses de insulina mais constantes sem variações diárias da rotina e com dificuldade de aderir a esquemas terapêuticos mais complexos. A ADA², por sua vez recomenda que as insulinas pré-misturas podem ser utilizadas para o início da insulinização, porém tudo vai depender das características do paciente. Em pacientes que necessitam de mais de uma injeção diária de insulina ou que HbA_{1c}(>9%) as insulinas pre-misturas estão indicadas para aplicação duas vezes ao dia ou nesses casos recomenda-se o tratamento com insulina análoga ultrarrápida conjuntamente com a insulina análoga basal. Tanto a ADA como SBD ressaltam que uma vez iniciado o tratamento para DM2 é importante a titulação correta da insulina para atingir as metas glicêmicas e isso deve ser conseguido com a automonitorização do paciente logo, educação que aborde automonitorização da glicemia, dieta, exercício físico e manejo das hipoglicemias são fundamentais para qualquer paciente que está em terapia insulínica²⁻⁴. Para atender os pacientes que não estão controlados com a insulina basal conforme exposto acima, as insulinas pré-misturas análogas podem ser consideradas. Há estudos randomizados, duplo cegos⁹⁻¹⁵ que confirmam a eficácia e segurança do produto quando comparado as Insulinas análogas (glargina), insulina humana e medicação oral. (Anexo 1- Estudos de submissão de Lispro Mix 25 e lispro Mix 50). Segundo a própria SBD em sua REVISÃO SOBRE ANÁLOGOS DE INSULINA: INDICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES PARA A DISPONIBILIZAÇÃO PELOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE, de 2011¹⁹-“Em

pacientes com controle glicêmico estável e com necessidades insulínicas diárias razoavelmente constantes, sem necessidade de ajustes frequentes das doses e tipos de insulina, os análogos bifásicos podem ser uma opção de tratamento mais cômoda, principalmente para pacientes portadores de DM2, através de esquemas terapêuticos que incluem duas ou três aplicações por dia. Também podem ser de utilidade para pacientes com dificuldades visuais para os acertos de doses, bem como para pacientes idosos ou com dificuldades motoras que possam comprometer sua capacidade de efetuar misturas corretas dos dois tipos de insulina (ultrarrápida e intermediária).” (Observação- Insulinas bifásicas é uma denominação comum para as insulinas pré-misturas) A SBD ainda ressalta neste posicionamento que 19: “De qualquer forma, a mensagem talvez mais importante deste documento é a de que qualquer intervenção farmacológica isolada nos esforços de controle do diabetes estará certamente destinada ao fracasso, caso não seja acompanhada de intervenções de monitorização glicêmica adequada e de intervenções educacionais efetivas e de natureza continuada. A experiência mundial tem demonstrado que o bom controle glicêmico não se sustenta quando a tríplice intervenção de monitorização adequada + educação continuada + intervenção farmacológica efetiva não for implementada com sucesso.” Por isso, acreditamos que as insulinas pré-misturas análogas são uma opção a ser considerada para o tratamento do diabético tipo 2, que necessita de insulinização intensiva, por tratar-se de uma forma mais simples de ser compreendida o uso da insulina pelo paciente, com menor necessidade de monitorização, o que significa menor esforço do sistema em educação e poder aumentar a adesão do paciente ao tratamento^{20,21}. Principalmente em um país no qual a baixa condição de desenvolvimento da população é considerada um fator associado ao mau controle glicêmico²¹. Desta forma, detectamos que a consulta pública atual apenas considera os pacientes em insulinização basal e não contempla aqueles pacientes que necessitam de insulinização plena, ou seja, insulina basal e prandial ou bolus. Sabe-se que dos pacientes em tratamento com insulina basal, apenas uma pequena parcela encontra-se com a glicemia controlada²¹. Por isso, o posicionamento da Eli Lilly do Brasil para considerar as pré-misturas conforme acima exposto. Ref. Pagina 7: item A Tecnologia: “Revisão Cochrane de Swinnen et al., em 2011¹⁵, demonstrou não haver diferença clinicamente relevante na eficácia e segurança entre as insulinas detemir e glargina. Não foram encontradas diferenças no controle glicêmico (Hb1Ac), ocorrência de hipoglicemia e variabilidade da glicemia de jejum. Não houve dados para avaliação de desfechos em qualidade de vida, custos ou mortalidade.” Contribuição Eli Lilly do Brasil: Assim como a revisão Cochrane de Swinnen que avaliou estudos de insulina análogas em diabetes tipo 2 em uso de glargina e detemir, a revisão de Qayyum R e cols⁸, é uma meta-análise sistemática, a qual evidenciou que insulinas pré-misturas análogas (Lispro 75/25 e Lispro 50/50 e Asparte mix 70/30) são mais efetivas em reduzir a glicemia pós prandial (GPP) que as pré-misturas humanas (GPP: -19,2 mg/dL; IC, -25,9 -12.5 mg/dL); e foram semelhantes na redução de HbA1c (-0.05% [CI, -0.14% to 0.04%]). A insulina asparte 70/30 demonstrou inferioridade na redução da glicemia de jejum quando comparada a insulina Lispro 75/25 e Lispro 50/50. Quanto aos eventos hipoglicêmicos e ganho de peso, a insulina análoga pré-misturas foi semelhante à insulina humana pré-mistura. Quando as pré-misturas análogas foram comparadas com insulinas análogas basal (glargina e detemir) demonstrou-se superioridade na diminuição da GPP e nos valores de HbA1c, respectivamente, (-27.9 mg/dL; CI, -34.3 to -21.5

mg/dL) e -0.39% (CI, -0.5% to -0.3%). Individualmente as insulinas pré-misturas também foram superiores aos análogos basais de longa duração. Nenhum dos autores declarou qualquer conflito de interesse com a indústria farmacêutica. Giugliano e cols 22 também publicaram uma meta-análise que avaliou as estratégias de insulinização e o percentual de pacientes com HbA1c < 7,0%: consideraram 16 ensaios clínicos randomizados, num total de 7.759 pacientes. Avaliaram 4 diferentes estratégias de Insulinização:(a) Insulinização com pré-mistura análogas, incluindo- Lispro 25/75, Lispro 50/50, asparte 30/70 e asparte 50/50;(b) Insulinização basal com análogos de longa duração- glargina, detemir e lispro protamina em suspensão (ILPS);(c) Regime prandial- incluindo insulinização com análogo ultrarrápido- Lispro, Asparte e Glulisina;(d) Regime basal/bolus com qualquer combinação de insulinas análogas prandiais e basais. Uma maior proporção dos pacientes atingiram a meta de HbA1c <7% com ambas insulinas pré-mistura (odds ratio 1,88 [IC 95% 1,38- 2,55]) e insulina prandial (2,07 [1,16-3,69]) em comparação com a insulina basal. Notou-se, entretanto um maior número de hipoglicemia (evento/paciente/30 dias, diferença média, 0,34 [variação 0-0,69]) e ganho de peso (1,0 kg [0,28-1,73]) associado ao uso de insulina pré-mistura. Em comparação com a insulina pré-mistura, o regime basal-bolus foi associado a uma maior chance de alcançar a meta de HbA1c (odds ratio 1,75 [IC de 95% 1,11-2,77]), sem maior hipoglicemia ou ganho de peso. Não foi possível avaliar o efeito dos análogos de insulina em complicações do diabetes em longo prazo. Nenhum dos autores declarou qualquer conflito de interesse com a indústria farmacêutica. Conclui-se, portanto, com base nessas duas meta-análises que as pré-misturas trazem maiores benefícios para controle glicêmico frente à glargina e detemir, e insulinas humanas pré-misturas. Ref. Pagina 9 até 13: item Evidências Científicas e Considerações: Das referências científicas apresentadas para justificar o uso de insulina basal de longa duração vs. Insulina humanas- os estudos apresentados pela CONITEC: Frier et al., 2013 ; Waught et al., 2010; Monami et al., 2008; Horvath et al., 2007, conclui-se que: “Os análogos de longa ação não demonstraram melhoras significativas na hemoglobina glicada em relação à insulina NPH...” e que “Ambas insulinas análogas foram associadas a um risco reduzido de hipoglicemia sintomática e hipoglicemia noturna (OR: 0.46[0.38–0.55] e 0.69[0.60–0.80]; com p<0.01), mas em relação à hipoglicemia total não houve diferença estatística entre os tratamentos. Os estudos da revisão foram, em sua maioria, patrocinados pelos produtores dos medicamentos.”...tomado como conclusões que: “Foi destacado também em todas as revisões, a heterogeneidade e baixa qualidade dos estudos, as diferentes populações ou associações de tratamento no mesmo braço do estudo (ex: pacientes que já haviam feito uso prévio de insulina ou não, insulina análoga de longa ação + antidiabéticos orais, insulina análoga de longa ação + insulina rápida), as diferentes definições para o episódio de hipoglicemia, o patrocínio dos estudos e revisões pelo produtor dos medicamentos e a declaração de conflito de interesse de autores. Assim, a literatura científica internacional aponta na direção de que não há evidências robustas que as insulinas análogas trazem melhoras significativas nas condições de saúde dos pacientes. Além disso, existe divergência na literatura médico-científica quanto à maior efetividade do tratamento com insulinas análogas. Alguns deles defendem que a maior conveniência das insulinas análogas, levaria a uma maior comodidade ao paciente e conseqüentemente a maior adesão, diminuindo a incidência de hipoglicemia e poupando recursos do sistema de saúde com eventos adversos

relacionados ao diabetes^{44,45}. Frente a tantas incertezas em relação ao real acréscimo de benefício das insulinas análogas de longa-ação em relação à insulina NPH, e considerando que as insulinas análogas de longa duração são muito mais custosas que a insulina humana NPH, deve-se analisar criteriosamente a relevância de sua incorporação num sistema público de recursos limitados.”. Contribuição Eli Lilly do Brasil: No último algoritmo de tratamento para diabetes tipo 2 a SBD4 determina as etapas no processo de insulinização, por isso, a necessidade de inclusão de alternativa a insulina humana para os pacientes diabéticos do Brasil. A Eli Lilly é a precursora em oferecer tratamento aos pacientes com diabetes há mais de 90 anos e preocupa-se, não apenas com o tratamento medicamentoso, mas também em melhorar a qualidade de vida destes pacientes, pois entende que o paciente diabético deve ter como objetivo de tratamento o bom controle glicêmico que é um processo complexo e trabalhoso^{2,4-5}, sendo a insulinoterapia um tratamento com muitos desafios a serem vencidos tanto pela classe médica como pelo paciente^{23,24}. No Brasil está registrado os análogos de pré-mistura e com base nas evidências científicas^{8-18,22,25}, recomendamos que esta consulta pública considere todos os dados científicos das pré-misturas como alternativa de tratamento para os pacientes DM2. Ref. Pagina 15: item Impacto Orçamentário: Além disso, sabe-se que grande parte dos pacientes DM2 é obesa, e, portanto, utilizam doses maiores de insulina para um bom controle metabólico. Assim, para estimar o impacto orçamentário com a introdução das insulinas análogas de longa ação foi considerado o melhor cenário, onde um paciente adulto (70 kg) utiliza uma dose padrão de 0,2UI/Kg ao dia, ou seja 14 UI/dia, tanto para as insulinas análogas (detemir e glargina), quanto para a insulina NPH. Assim, considerando essa dose, cada paciente de insulina análoga utilizaria 1,4 refis/mês (apresentação de 3 mL - 100 UI/mL), ao passo que 1 frasco de insulina NPH (apresentação de 10 mL - 100 UI/mL) seria suficiente para um período de pelo menos 60 dias, já considerando as perdas na aplicação. Assim, teríamos anualmente uso de 6 frascos de insulina NPH para cada 17 refis de insulina análoga (glargina ou detemir). Considerando os preços médios obtidos no Banco de Preços em Saúde (BPS)⁵² para as insulinas, conforme se segue: • Preço médio da insulina glargina pelo BPS: R\$ 64,08 • Preço médio da insulina detemir pelo BPS: R\$ 56,54 • Preço médio da insulina NPH pelo BPS: R\$ 12,03 Erro! Indicador não definido. Ref. Pagina 16: item Impacto Orçamentário: “Consideram-se como principais limitações nesta avaliação de impacto orçamentário a imprecisão de dados de prevalência e incidência da doença no país e a falta de uma estimativa nacional do número de pacientes DM2 que utilizam insulina em seu tratamento. A estimativa utilizada para o cálculo referente ao número de pacientes DM2 que utilizam insulina no seu tratamento (30%) pode estar superestimada, pois provém de dados de países desenvolvidos, onde o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e ao acompanhamento da doença pode ser diferenciado. Também não existem dados locais de quantos pacientes acometidos pela DM2, e que atualmente fazem uso de insulina NPH, necessitariam de uma opção ao tratamento então disponibilizado pelo SUS, por razões diversas.” Contribuição Eli Lilly do Brasil: A ADA/ESAD², determina que é prática comum iniciar a insulina terapia com doses baixas (ex. 0,1-0,2U/kg/dia), portanto a dose acima mencionada (0,2UI/Kg) não é padrão. Porque muitas vezes quantidades maiores (0,3-0,5U/Kg/dia) são razoavelmente atingidas em busca de controle de hiperglicemias mais graves. Diferente do racional encontrado no texto, que explica que a dose de

0,2 é a média usada pelo pacientes em geral, isso não é uma verdade na referência citada pela consulta pública (2 e 51). O que faz interpretar que o valor do custo de tratamento está subestimado e não superestimado. O estudo brasileiro de Viena²¹ e colaboradores publicou dados no qual aborda o tratamento dos pacientes DM2 no sistema único de saúde, este estudo apontou que 35% dos pacientes estavam em uso de insulina, e desses 33% usavam insulina uma vez ao dia; 58% usavam insulina duas vezes ao dia e 9% 3 vezes ao dia ou mais, logo vemos que a estimativa de 30% utilizada para os pacientes em uso de insulina, restando que esse dado reforça que o calculo apresentado realmente pode estar subestimado. O estudo Viena 21 avaliou 14 centros de atendimento ao diabético pelo sistema publico de saúde, nas cinco regiões do país: Norte, Sul, Sudeste, Centro Oeste e Nordeste. Inclui 5.750 pacientes, e a média de HbA1c foi de 8,6% \pm 2,2, e Hba1c < 7%, a meta ideal preconizada pela SBD, foi encontrada em apenas 26% dos pacientes²¹. No mesmo estudo encontra-se análise do controle por regiões, e os fatores associados com o pior controle glicêmico: •Duração do diabetes, •Uso de insulina, •Morar na região nordeste. Desta forma, se imaginarmos que um paciente use 0,3 u/kg dia- teríamos 21 u/dia para uso de insulina, podemos considerar também que neste 0,3 unidades por quilo estamos considerando as unidades que o paciente utiliza para teste da perfusão do sistema de injeção²⁶⁻³¹. As bulas das apresentações das insulinas, humanas e análogas, em frasco aprovadas no Brasil estabelecem que após aberto o prazo de validade do frasco é de um mês^{30, 32, 33}. Considerando que esta consulta pública utilizou como preço médio das insulinas o banco de preço em saúde para calculo do impacto orçamentário, verificamos que o mesmo não é reproduzível devido as diferentes variações do preço médio, portanto reproduzimos o calculo levando em consideração o exposto acima quanto à dose e a referencia de preço da CMED³⁴ – CAP de 21,92% vigente em 2014. Reproduzimos os cálculos com a mesma base populacional e também os dados do modelo do 1º ao 5º ano de tratamento, conforme abaixo: Tabela 1: população em tratamento nos próximos 5 anos. Tabela 2: Racional do Custo do Tratamento para as Insulinas Análogas e Humanas Ref. Pagina 15 e 16: item Impacto Orçamentário: “A projeção ilustrada representa um custo adicional de mais de 14 bilhões de reais com a incorporação das insulinas análogas, em relação ao tratamento convencional já disponibilizado.” Contribuição Eli Lilly do Brasil: Enfatizando que com o atual tratamento disponível no SUS com insulinas humanas, estima-se que 80%²¹ dos pacientes insulinizados estão fora de controle adequado das taxas de glicemia, causando consequências a outros custos relacionados com o não tratamento adequado, como por exemplo: hemodiálise, cardiopatias, cegueira, absenteísmo, internações e outras complicações associadas ao diabetes. Conforme tabela 3 abaixo, o Humalog Mix é uma alternativa de tratamento com insulina análoga, que proporciona benefícios clínicos a estes pacientes. Além disso, representa o menor incremento aos custos atuais do governo levando-se em consideração a insulina humana. Com o uso da pré-mistura (Humalog Mix) o incremento será de aproximadamente 5 bilhões de reais, enquanto a insulina glargina traz um incremento de aproximadamente 18 bilhões de reais e a insulina detemir de 12 bilhões. Tendo em vista que o Humalog Mix traz redução superior no controle glicêmico, com perfil de segurança semelhante aos análogos basais (detemir e glargina) entre outros benefícios clínicos e de comodidade posológica recomendamos a inclusão do Humalog Mix na lista de medicamentos do SUS. Tabela 3: Racional do Impacto Orçamentário Ref. Pagina 16: item

considerações finais: “A evidência atualmente disponível sobre eficácia e segurança das insulinas análogas de longa ação (glargina e detemir) no tratamento do diabetes mellitus tipo 2 não se mostrou superior à insulina NPH em relação ao controle glicêmico, medido pela hemoglobina glicosilada (HbA1c), glicemia em jejum, redução da hipoglicemia severa e presença de efeitos adversos (segurança).” “As insulinas análogas de longa ação (detemir e glargina) parecem não ser inferiores à insulina humana NPH, mas também não está claro se apresentariam alguma superioridade em benefício clínico.” Contribuição Eli Lilly do Brasil: Importante ressaltar que no UKPDS35 (United Kingdom Prospective Diabetes Study) demonstrou-se que a cada 1% de redução de HbA1c já apresentamos uma redução de 21% de modo significativo no número de mortes relacionados ao diabetes ($p < 0,0001$); 37% redução de complicações microvasculares ($p < 0,0001$; doença renal e cegueira); 14% de redução de infarto do miocárdio ($p < 0,0001$); 14% de redução de doença vascular periférica e amputação de membros inferiores ($p < 0,0001$); redução em 12% de acidente vascular encefálico ($p < 0,035$). Num estudo de 30 semanas para avaliar a manutenção dos pacientes na meta de glicemia $< 7\%$, em uso de insulina glargina, uma vez ao dia, associado à medicação oral ou em uso de Insulina Humalog mix 25, duas vezes ao dia associado à medicação oral, notamos que os pacientes em uso de LisproMix 25 mantiveram-se na meta de HbA1c $< 7\%$ por em média 16,8 meses, o que foi significativamente maior do que o grupo em uso de glargina que foi em média 14,4 meses ($p < 0,040$)³⁶. Diante do exposto acima se conclui que os benefícios clínicos e uso de pré-misturas trazem as seguintes vantagens relevantes e importantes para o tratamento da DM2:

- Quando paciente irá realizar menos mudança do esquema terapêutico, isso também facilita o nível educacional tanto para aplicação de insulina, quanto para programação da atividade física e dieta.
- Quando insulinização intensiva o uso de pré-misturas apresenta menor número de aplicações, resultando no menor gasto com agulhas, maior comodidade para o paciente e requer menor número de monitorização, o que facilita a adesão ao tratamento. A consulta pública abordou muito o controle glicêmico, entretanto os benefícios das insulinas análogas além de alcançar o controle glicêmico, estão relacionados ao seu perfil de ação, que por ser mais fisiológico minimiza o risco de hipoglicemias e o impacto na rotina diária do paciente será menor, portanto, o Humalog Mix deve ser considerado para esse perfil de pacientes. Ref. Pagina 17: item considerações finais: “O impacto orçamentário também se apresentou como um obstáculo na incorporação destas insulinas análogas, quando consideramos o grande aporte de recursos necessários para a sua introdução e o seu benefício clínico incerto frente à insulina NPH. Em um sistema de saúde com restrições orçamentárias, é de essencial importância a alocação de recursos de forma a maximizar o tratamento da população que recorre ao sistema.” Ref. Pagina 17: item considerações finais: “Hoje não existe no país nenhuma estimativa de quantos pacientes com DM2 fazem parte deste subgrupo com hipoglicemia recorrente ou mal controlada. Contudo, é certo que qualquer intervenção farmacêutica isolada para o controle do diabetes não será bem sucedida caso não seja acompanhada de intervenções educacionais contínuas e monitoramento glicêmico adequado. Essa relação entre acompanhamento do tratamento, educação continuada e melhores resultados clínicos tem sido mais bem estudada com resultados importantes publicados 53,54,55, mostrando uma melhora sustentada do controle glicêmico e redução do risco de hipoglicemia nos grupos submetidos a esse seguimento.” Contribuições finais Eli Lilly do

BrasilEntendemos o esforço do Ministério da Saúde frente a várias ações como, por exemplo, a implantação do sistema de cadastramento e acompanhamento Hiperdia, a portaria no. 2.583, de 10/10/07 que aborda o cuidado integral do diabetes (prevenção, tratamento adequado, prevenção das complicações e melhora da qualidade de vida) e o Programa de Saúde Não tem Preço na Farmácia Popular com a inclusão de insulina humana, demonstrando a preocupação do governo em melhor atender e garantir o acesso ao tratamento do diabetes. Dando continuidade a estas ações, o presente posicionamento da Eli Lilly do Brasil reforça os aspectos clínicos e econômicos da pré-mistura análogas lispro/lisproprotaminada (Humalog Mix), com o intuito de permitir a avaliação para inclusão da mesma no elenco de medicamentos disponibilizados pelo SUS aos usuários portadores de diabetes mellitus do tipo 2. A insulina lispro/lisproprotamina tem a farmacocinética representativa das propriedades individuais dos dois componentes. A lispro tem menor tendência para auto agregação no local de aplicação subcutânea, é absorvida mais rapidamente que a insulina humana regular, e melhor mimetiza o perfil fisiológico da insulina em resposta a uma refeição. Como resultado, ela tem um início de ação rápido (15 minutos), atinge um pico de ação mais precocemente (1 hora) e possui uma duração de ação mais curta (4 horas) em relação à insulina regular. A porção de insulina lispro protamina tem farmacocinética é consistente com a de uma insulina de ação intermediária. Menores valores glicêmicos pós-prandiais reduzem a incidência de complicações cardiovasculares em diabetes tipo 2. Um melhor controle glicêmico promove reduções de custo no tratamento das complicações do diabetes conforme resultados de alguns modelos de custo⁴⁷. As insulinas pré-mistura vem então atender a parcela de pacientes diabéticos que não encontram a meta com a insulinização basal, o que no Brasil esta em torno de 80% dos pacientes que estão já insulinizados²¹ e estão dispostos a aplicar a insulina imediatamente antes da refeição, ou suscetíveis a hipoglicemia com insulina basal, e ou com marcante elevação da glicemia pós prandial³⁸. Com base no impacto orçamentário apresentado nas contribuições da Eli Lilly do Brasil para esta consulta publica, estima-se que o impacto orçamentário da inclusão da pré-mistura Humalog Mix no Ministério da Saúde é aceitável e pouco significativo tendo em vista a prioridade do SUS em atender o paciente diabético dependente de insulina que atualmente não têm acesso a esta opção já estabelecida e recomendada pelas principais Sociedades médicas de Referência na área. Entre muitos de nossos projetos está a educação dos pacientes em suas patologias. Sabemos e acreditamos que a melhora da adesão ao tratamento do diabético esta ligada também a um melhor entendimento do paciente em relação à doença e seu tratamento. Na área de diabetes desde 2008 temos uma parceria com a IDF, fazemos a divulgação da Ferramenta educacional do Mapa de Conversação, que busca aprimorar o conhecimento da doença a partir de discussões em grupos. No Brasil desde 2008, a Lilly já capacitou mais de 300 serviços públicos e privados para utilização dessa ferramenta educacional. Todo paciente diabético independente de seu tratamento pode ser educado através deste mapa. Possuímos também um serviço de Suporte ao Paciente Diabético, no qual todos os pacientes em uso de insulinas análogas do laboratório podem participar mediante autorização do médico. Este programa objetiva auxiliar os pacientes diabéticos a iniciar a insulino terapia prandial, fornecemos orientações tanto quanto a aplicação correta, manuseio de seringas, frascos ou canetas de aplicação, transporte e armazenamento adequado do medicamento, educação geral sobre diabetes, e até

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
		<p>orientação nutricional quando solicitada pelo médico. O número de pacientes assistidos pelo programa de janeiro de 2012 até fevereiro de 2014 foi de 7.805 pacientes diabéticos, dos quais 59% (4.612) foram pacientes DM2. Outra iniciativa da Eli Lilly do Brasil foi o lançamento do programa Parceria Lilly de Doenças Não Comunicáveis, uma iniciativa global que promoverá o engajamento de pacientes e familiares, e os estimulará a conhecer mais sobre o diabetes por meio da informação, orientação e, principalmente, prevenção. A inclusão do Brasil entre os quatro países escolhidos para receber o projeto reforça não só o nosso comprometimento com o País, mas comprova nosso cuidado em estar sempre atentos a questões de saúde pública. Para esse projeto foram selecionados: o Instituto da Criança com Diabetes e a Fundação Médica do Rio Grande do Sul, junto com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Hospital de Clínicas. Com o primeiro parceiro, o objetivo é desenvolver um modelo educacional em diabetes para auxiliar equipes multidisciplinares de profissionais de saúde a educar crianças e famílias com portadores de diabetes Tipo 1 em comunidades mais distantes e carentes de informação. Com o segundo, uma intervenção do estilo de vida de mulheres com diabetes gestacional visa prevenir o desenvolvimento de diabetes Tipo 2. Acreditamos que com essa parceria podemos promover transformações capazes de mudar vidas. Colocamo-nos a disposição caso esta comissão necessite de maiores dados ou informações. Atenciosamente, Eli Lilly do Brasil Ltda.</p> <p style="text-align: center;">Katia Wendt Gerente de Acesso e Farmacoeconomia</p> <p>Carolina Piras de Oliveira Gerente Médica</p>	
10/03/2014	Paciente/usuário	<p>Sou diabética tipo I de difícil controle há 25 anos em uso de insulina Humalog de acordo com a contagem de carboidratos e Lantus 40UI/dia. Também faço medição de glicemia 5 vezes ao dia com fitas do aparelho Accu-check Performa. Faço acompanhamento com a Dra. Solange Travassos (ENDOCRINOLOGISTA). Soube dessas informações ontem e por isso não tive tempo de separar nenhuma documentação para o envio, mas se necessário entrem em contato que estarei enviando amanhã sem falta. Atenciosamente, Sylvia</p>	
10/03/2014	Paciente/usuário	<p>Sou diabética tipo II, tenho 55 anos e faço uso de insulina regularmente com a seguinte prescrição médica: Lantus 50UI/dia e Humalog de acordo com a contagem de carboidratos. Não consegui juntar os documentos para enviá-los hoje. Gostaria de saber como poderia estar enviando a documentação amanhã? Obrigada, Graça</p>	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
10/03/2014	Profissional de Saúde	Sou médica endocrinologista do Município de Fortaleza e médica assistente do ambulatório de diabetes, dislipidemia e sd metabólica do Hospital Universitário Walter Cantídio de UFC	
10/03/2014	Profissional de Saúde	Insulina LisproInsulina Asparte	
10/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	SBEM	
10/03/2014	Profissional de Saúde	É de evidente interesse a inclusão de insulinas mais sofisticadas na lista de medicamentos públicos, devendo apenas existir diretrizes claras e um protocolo de inclusão, prevenindo o abuso de prescrição.	
11/03/2014	Profissional de Saúde	Muitos pacientes não conseguem controle adequado ou têm muita hipoglicemia com as insulinas NPH e regular	
12/03/2014	Profissional de Saúde	As insulinas análogas de longa duração já são usadas no tratamento do DM1, em combinação às insulinas análogas ultra-rápidas, dando um aporte mais fisiológico ao paciente e contribuindo para um melhor controle da doença.	
12/03/2014	Familiar ou amigo de paciente/usuário	Para diabéticos, os análogos de insulina são comprovadamente mais eficazes para evitar a hipoglicemia noturna, que atrapalha o sono e o descanso do portador de diabetes. Assim, o Ministério da Saúde deve incorporar os análogos ao SUS, para garantir aos diabéticos o descanso tão necessário à manutenção de sua saúde.	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
12/03/2014	Profissional de Saúde	Pois é muito importante para o manejo clínico dos pacientes com DM	
12/03/2014	Secretaria Municipal de Saúde	A incorporação das insulinas análogas tanto para o diabetes tipo II como para o tipo I é de suma importância para qualidade de vida dos pacientes que necessitam das mesmas. A doença citada causa tanto dificuldades e complicações para o paciente como gastos mais altos para os municípios e posteriormente estados. O ideal seria conseguir um convênio com os laboratórios farmacêuticos a fim de baixar custos, ou até mesmo criar um centro de pesquisa e quem sabe um laboratório governamental (público) para a produção das mesmas.	
12/03/2014	Familiar ou amigo de paciente/usuário	Pacientes diabéticos a maioria frágeis e tem dificuldade de adquirir o produto. Podendo significar redução dos custos para aquisição desta(s) insulina(s), disponibilizando-a(s) para um número maior de pacientes e, principalmente, aqueles assistidos pelo sistema público de saúde.	
12/03/2014	Profissional de Saúde	Os análogos de insulina de longa ação são fundamentais no controle glicêmico adequado de diabéticos tipo 2 com longo período de doença e falência pancreática principalmente naqueles com insuficiência renal crônica que tem maior risco de hipoglicemia.	
12/03/2014	Profissional de Saúde	<p>As insulinas análogas e pré-misturas são fundamentais para pacientes diabéticos tipo 2, especialmente em casos de diabetes instável (hiper e hipoglicemias), dificuldade de controle glicêmico, hipoglicemias recorrentes, dificuldade visual (especialmente as pré-misturas), renais crônicos em que a meia-vida das insulinas são prolongadas aumentando o risco de hipoglicemias.</p> <p>As insulinas análogas são fundamentais para pacientes diabéticos tipo 2, especialmente em casos de diabetes instável (hiper e hipoglicemias), dificuldade de controle glicêmico, hipoglicemias recorrentes, dificuldade visual (especialmente as pré-misturas), renais crônicos em que a meia-vida das insulinas são prolongadas aumentando o risco de hipoglicemias.</p>	<p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p>

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
12/03/2014	Sociedade médica	<p>O Diabetes Mellitus é uma doença crônica que acarreta inúmeras complicações. O descontrole glicêmico é a base para a ocorrência de complicações agudas e crônicas. Dentre as crônicas, destacam-se a retinopatia (cegueira) , neuropatia (amputações) e nefropatia (insuficiência renal crônica), as coronariopatias (Infarto agudo do miocárdio) e as doenças cerebrovasculares (AVC), que podem levar a quadros de incapacidade, aposentadoria precoce, dependência, deficiência. Dentre as agudas, a hipoglicemia é a mais temida, visto que pode levar à morte imediata. O uso de análogos de insulina reduz esse risco pois não ocorrem picos sanguíneos de insulina(como com a NPH) e, conseqüentemente, há redução dos eventos hipoglicêmicos graves. Como Endocrinologista do SUS, acredito que as pessoas mais necessitadas devem ter acesso a esse tratamento. Muitas vezes ficamos de mão atadas frente a um paciente com controle difícil, hiperlabilidade glicêmica.</p>	
13/03/2014	Paciente/usuário	<p>Usei NPH por muitos anos, pelo menos por uns 15 anos. Qdo comecei a usar era uma insulina de ponta, tendo em vista que antes dela eu usava a suína que dava muitas reações. Durante todos esses anos eu vivia em uma gangorra glicêmica, não conseguia me estabilizar, pois uma hora estava com hipoglicemia e em outras com hiperglicemia. Isso tudo me causava muito cansaço, não conseguia me concentrar, nem estudar direito, me deprimia, pois achava que o problema era comigo. Até que um dia deixei de usá-las para usar a Lantus com a Humalog, insulinas que agora são as de ponta, aí eu vi como eu não sabia o que era me sentir bem durante um dia inteiro, que eu conseguia me concentrar e fazer tudo que qualquer outra pessoa faz. Em suma, minha vida se divide em Pré e pós NPH + Regular. Todo diabético deveria ter o direito a ter um tratamento digno, que permita com que ele leve uma vida normal, sem o mal-estar horrível q a NPH proporciona.</p>	
13/03/2014	Paciente/usuário	Sou usuária do SUS e portadora de diabetes tipo II	
13/03/2014	Paciente/usuário	Sou usuária do SUS e portadora de diabetes tipo II	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
13/03/2014	Paciente/usuário	O uso das insulinas nph +rápida me trouxe inúmeros casos de hipoglicemias severas. O pico de ação e diferentes das insulinas aumenta os casos das hipos. Triste é saber que ainda precisemos nos submeter aos picos da nph e rápida quando já temos insulina sem picos de ação. Só quem hipos frequentes sabe o transtorno causado nas nossas vidas.	
13/03/2014	Ministério da Saúde	Necessidade da disponibilidade de insulina análogas para tratamento de diabetes e não somente NPH e Regular. Insulina ultrapassadas.	
13/03/2014	Ministério da Saúde	Medico endocrinologista concursado do Ministerio da Saude e Fundação Saude do Estado do Rio de Janeiro	
13/03/2014	Paciente/usuário	Insulina NPH não serve p/ bom tratamento	
13/03/2014	Paciente/usuário	Muito difícil ter um controle decente com NPH e com R, muito menos.NPH (picos entre 4h e 6h), horrível e nos intervalos, como o organismo fica protegido. Outras do mercado atuam de forma quase linear trazendo um melhor controle e benefício para o usuário, minimizando complicações futuras. A R então piorou, início em 30 min com pico entre 2 e 3h. As análogas começam em 15min e progressão constante até 4h. Conclusão NPH e R servirão muito bem a humanidade, mas devemos evoluir, pois, as complicações da diabetes aumentam toda hora no SUS e diminuem no particular, por que será? Obrigado.	
13/03/2014	Profissional de Saúde	melhora da qualidade de vida e controle glicemico	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
14/03/2014	Profissional de Saúde	as insulinas análogas propiciam mlhor controle com menos hipoglicemia, gerando menos complicações alem de menos ganho de peso o que é de suma importânica para estes pacientes. A acolhida desta terapêutica propiciará menos riscos de internações	
16/03/2014	Profissional de Saúde	O uso dessa insulina melhora adesão tratamento, minimizando efeitos adversos das insulinas habituais em pacientes que precisam de controle estrito dos seus níveis glicêmicos e, em última análise, diminui os gastos com pacientes e complicações correlatas (i.e hemodiálise).	
17/03/2014	Instituição de ensino	Tomo insulina.	
17/03/2014	Instituição de ensino	É extremamente importante a incorporação das insulinas análogas de longa ação para o tratamento da diabetes Mellitus tipo 2. por ser grande o numero de pacientes que não respondem ao tratamento com drogas orais e não respondem e apresentam complicações com uso das insulinas NPH e regular disponiveis no sistema público e não tem condições financeiras de adquirir os analogos pelo alto custo.	
18/03/2014	Profissional de Saúde	O uso das insulinas análogas favorecem o controle glicemico para os pacientes DM da rede pública	

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
19/03/2014	Profissional de Saúde	O advento dos análogos de insulina trouxe grande benefício para o tratamento do DM2 que necessita do uso de insulina; sabe-se que o paciente tem grande dificuldade de fazer seu tratamento corretamente pelo numero alto de injeções com insulinas humanas (NPH) associado com as picadas de insulinas rápidas e de glicemia capilar, a necessidade de manutenção da insulina NPH em ambiente refrigerado mesmo depois de aberta e o preconceito imposto pela própria sociedade; os análogos de insulina basais trazem comodidade ao paciente, 1-2 picadas ao dia, menor risco de hipoglicemia (principalmente noturna), menor taxa de complicações pelos episódios de hipoglicemia, sem necessidade de manutenção da caneta de insulina em refrigeração, menor problema de aceitação com a sociedade e maior comodidade ao paciente o que gera maior adesão ao tratamento e menores taxas de complicações devido ao mau controle glicêmico	
19/03/2014	Profissional de Saúde	Na prática clínica observamos que há melhor adesão ao tratamento com os análogos de insulina visto necessitarem de menos aplicação ao dia, além de proporcionar melhor controle glicêmico, estimulando o paciente a manter o tratamento e evitando complicações devido ao diabetes descontrolado como nefropatia, retinopatia, doença cardiovascular.	Clique aqui
19/03/2014	Profissional de Saúde	Geralmente, na prática clínica, observo menor ocorrência de episódios hipoglicêmicos em pacientes insulino-dependentes quando em uso das Insulinas análogas de longa duração. Assim, costumo utilizá-las em TODOS os pacientes IDOSOS diabético tipo II, frente aos riscos dos episódios de hipoglicemia neste grupo etário (desde o risco de não reconhecimento dos sintomas da hipoglicemia neste grupo, e principalmente, considerando que hipoglicemia é determinante de morte cardiovascular neste grupo etário). Assim, defendo a liberação destas insulinas no diabéticos tipo II que são idosos	
23/03/2014	Profissional de Saúde	Análogos garantem menor variabilidade glicêmica e menos risco de hipoglicemias, principalmente para pacientes idosos.	Clique aqui
25/03/2014	Paciente/usuário	Paciente Paciente diabetes tipo 1	Clique aqui

Dt. contrib.	Tipo de instituição	Descrição da contribuição	Referência
25/03/2014	Ministério da Saúde	<p>Concordo com o desfecho e recomendação do estudo, entretanto, entendo que o número estimado de portador de DM que utiliza insulina NPH pelo SUS está superestimado. Responsável pela programação e distribuição desse medicamento no MS durante cerca de 9 anos (meados de 2004 a meados de 2013), e considerando o montante distribuído pelo MS ano a ano, observamos que em média, cada paciente consome cerca de 19,2 frascos de 10 ml de insulina/ano, e com base no consumo anual na rede pública, estima-se que o número de usuários desse medicamento no SUS é de cerca de 1.041.000 pacientes. Conforme dados levantados em minha dissertação de mestrado, em situação de normalidade de abastecimento, como em 2011, p.ex, o SUS foi responsável por disponibilizar cerca de 89% da insulina NPH consumida no país naquele ano. Assim, como o número estimado está superestimado, o valor do impacto financeiro também pode estar superestimado.</p>	
25/03/2014	Paciente/usuário	<p>Insulinas análogas de longa ação Desejo participar programas de experiências de novas técnicas</p>	
25/03/2014	Associação de pacientes	<p>Sou a favor da inclusão de insulinas análogos lentos e ultra rápidos para os pacientes diabéticos.</p>	
25/03/2014	Profissional de Saúde	<p>Acredito que o uso de insulinas análogas proporcionem um melhor controle na hiperglicemia de pacientes dm1 e dm2, pois trazem menos eventos de hipoglicemia severa, e tem um efeito mais efetivo no controle da glicemia do paciente, já que utilizando muitas vezes glargina, determir, e bifásicos, o paciente fica coberto por até 24 horas, e com a insulina NPH até 18 horas, ocasionando menos picos de hiperglicemia.</p>	