

Contribuições da Consulta Pública - Diabetes Mellitus tipo 1 - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
28/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Minha irmã sempre se tratou da Diabetes Tipo I com esse tipo de cuidados	
28/08/2019	Paciente	Boa	Não		
28/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Os insumos necessários para monitorização, como lancetas, tiras reagentes devem ser incluídas no protocolo a inexistência destes torna inviável a aplicação do mesmo.0		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Sugiro embasamento teórico no https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/Diretriz-2019-ADA.pdf	
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Boa	Não	Não	
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Sim, PELA EFETIVA COMPROVAÇÃO DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO PARA O PACIENTE DM1 EXCLUIR A NECESSIDADE DE INICIO DE TRATAMENTO COM OUTRAS INSULINAS, PRINCIPALMENTE NAS CRIANÇAS QUE POSSUEM ALTERAÇÕES MAIS SIGNIFICATIVAS DE GLICEMIA EVITANDO ASSIM SUA EXPOSIÇÃO A RISCOS GRAVES DE HIPOGLICEMIA.	RECOMENDAR E ORIENTAR JUNTAMENTE NESTE PROTOCOLO A NECESSIDADE DE TERAPIA DE CONTAGEM DE CARBOIDRATOS QUE É EXTREMAMENTE IMPORTANTE PARA UM BOM CONTROLE GLICÊMICO	
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não	gostaria que tivemos sempre insumos, não faltasse, tivéssemos medicamentos melhores ofertados.	
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não	Não	
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Regular	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não	Seria um grande avanço se a saúde pública (farmácias municipais e Popular) pudessem disponibilizar aos pacientes a insulina via caneta. Tenho um filho recém diagnosticado com dm1 e estou conhecendo bem como é a "tortura" de ter que lhe medicar com seringa 2, 3 ou até quatro vezes ao dia.	
29/08/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A garantia de acesso dos diabéticos tipo I as insulinas análogas de longa duração é fundamental para o controle e diminuição das complicações agudas e internações hospitalares, o que vai gerar economia de recursos para o sus. Além de impactar positivamente no número de vagas para internação, haja vista que as complicações agudas da DM1 necessitam de internações por longa duração e muitas em leitos de uti.	
29/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Paciente	Boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Gostaria que as agulhas disponibilizadas para aplicação de insulina analoga de acao rapida fossem disponibilizadas em maior quantidade (para cada aplicação e nao uma no dia para ser reutilizada, evitando risco de infecções ou acidentes)	
29/08/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Acho muito importante a nova diretriz pois minimizará complicações agudas como hipoglicemias, diminuição do absenteísmo no trabalho e chance de melhor controle glicêmico com esquemas basal bolus.	
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
29/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
29/08/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
29/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Está também na hora de retirar do SUS a distribuição da GLIBENCLAMIDA." DROGA VELHA" E DE RISCOS AOS PACIENTES.	
30/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
30/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
30/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
30/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Certamente a qualidade de vida dos pacientes diabéticos terão substancial melhora	
30/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
30/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
30/08/2019	Interessado no tema	Boa	Não		
30/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
30/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
30/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
30/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	N	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
30/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
30/08/2019	Paciente	Muito boa	Não		
30/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A SAUDE E UM DIREITO DE TODOS E DEVER DO ESTADO. DIANTE DO NOSSO SISTEMA ECONOMICO, ATRAVES DOS IMPOSTOS E TRIBUTOS PAGOS AO ESTADO, ESTE ASSUME O DEVER DE OFERTAR SERVICOS DE SAUDE PUBLICOS DE EXCELENCIA E QUALIDADE. FACILITAR O ACESSO A ESTE TIPO DE TRATAMENTO JA E DEVER DESTE ESTADO, QUANTAS PESSOAS SEM RENDA FINANCEIRA ATUALMENTE PRECISAM DE MEDICAMENTOS ESPECIFICOS QUE FAZEM A DIFERENCA NA SUA QUALIDADE DE VIDA, POREM PARA CONSEGUI-LO TENDEM A BUSCAR ATRAVES DA JUSTICA, ALGO QUE JA LHE E DE SEU DIREITO. PARABENS PELA INICIATIVA. VAMOS LA EM DEFESA DO SUS.	
30/08/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
31/08/2019	Paciente	Boa	Não		
31/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
31/08/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
31/08/2019	Interessado no tema	Boa	Não		
01/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, O acesso em médico endocrinologista e muito difícil , a consulta para conseguir uma vaga as vezes passa dos 3 meses !!! Ou mais , o acesso a papelada e demorado e complicado.	Sim , que as insulinas sejam disponibilizadas ao tratamento em postos de saúde , para que possamos ter acesso a elas de verdade , sem ter que passar pelo desgaste emocional que passamos , eu perdi minha perna , e complicado ir atrás inúmeras vezes para preencher um papel que de pra tanto .	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Descobri que sou diabética tipo Dm1 tem um mês e quiser dias, é tudo muito difícil conseguir consulta com especialistas da área, como Endocrinologista e Nutricionista.		
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Descobri que sou diabética tipo Dm1 tem um mês e quiser dias, é tudo muito difícil conseguir consulta com especialistas da área, como Endocrinologista e Nutricionista.		
01/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, No item 6.6 as referências são antigas. As bombas modernas, especialmente aquelas com sensor de monitorização contínua de glicose e associadas a suspensão automática na hipoglicemia, ou antes dela na previsibilidade de hipoglicemia, conseguiram de fato melhorar a tempo no alvo (entre 70 a 180mg/dl) e diminuir significativamente a hipoglicemia. Deste modo, naqueles pacientes com terapia com múltiplas doses de insulina com análogo de longa ação e rápida ação otimizada, quando a hipoglicemia persiste, a indicação de terapia com bomba de infusão deve ocorrer. Não só nas crianças menores de 7 anos, que necessitam de baixas doses, mas também no paciente com DM1 que mesmo na terapia MDI otimizada, ainda persiste com hipoglicemia		Clique aqui
01/09/2019	Paciente	Boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Sim, meu médico passa mais tempo preenchendo formulários e a consulta acaba sendo prejudicada.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Como mãe de criança Dm1 tenho imensa dificuldade em realizar seu tratamento pelo SUS pois não consigo marcação de endocrinologista. No posto de saúde dizem que não tem as insulinas que minha filhas usa para dar (ela usa lispro e degludeca), não recebo nada pelo SUS. Tenho que arcar com. Seu tratamento todo particular. Canetas, agulhas, sensor libre pois ela é nefropata e precisa de acompanhamento mais frequente da glicemia. Esse cenário tem que mudar. Insulina, sensor não é luxo. É vida pra quem tem dm1		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Interessante investir e atualizar as novas tecnologias em diabetes. Tanto as crianças quanto os adultos sofrem demais com agulhas e seringas, podendo fazer uso fã bomba de insulina.	Quero abertura às regras da bomba de insulina, principalmente para os adolescentes, onde os hormônios estão em ebulição e o controle glicêmico é infernal.	
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Ir para atenção básica de saúde, pois tem muita burocracia sem necessidade.	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Ir para atenção básica de saúde, pois tem muita burocracia sem necessidade.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Ir para atenção básica de saúde, pois tem muita burocracia sem necessidade.	Vá atenção básicas	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	muita burocracia	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	papeis a cada três meses	
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	A disponibilização não somente de insulina ultra rápida mais da rápida também tem muitos pacientes que por exemplo respondem mais com o uso da novorapid e outros a apidra	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Difícil consulta com endocrino	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	poucas agulhas	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Sim. A dificuldade em conseguir consulta com o endocrinologista da rede pública. Moro em Fortaleza e tenho uma filha portadora de DM1. O posto de saúde do nosso bairro não tem endocrinologista, então ela precisa ser atendida em outro posto. Só que nunca há vaga nos outros postos porque a prioridade é pra quem é morador do bairro do posto em questão. Assim, até hoje nunca conseguimos a consulta na rede pública e por isso, ela até hoje não conseguiu se cadastrar nos programas pra ter acesso às insulinas análogas que ela utiliza.	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	exames desnecessários, infelizmente dm1 não tem cura	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Vá atenção básicas.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Ir para atenção básica de saúde, pois tem muita burocracia sem necessidade.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	muita burocracia	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Não	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	papeis a cada três meses	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Difícil consulta com endocrino	
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	poucas agulhas	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	exames desnecessários, infelizmente dm1 não tem cura	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Vá atenção básicas.	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Ir para atenção básica de saúde, pois tem muita burocracia sem necessidade.	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	muita burocracia	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Segue abaixo	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	papeis a cada três meses	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não	Acho que os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, pois todos temos direitos, somos todos pagadores de impostos, além de ser uma doença que precisa depende total dos insumos p sobreviver, e isso não ocorre nos demais programas, como dst, aids, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem. Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários. Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista. Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico. Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição. Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Difícil consulta com endocrino	
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	poucas agulhas	
01/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Muita burocracia Papéis a cada três meses Dificuldades de consulta com endocrinologista Poucas agulhas Exames desnecessários pois DM1 não tem cura	
01/09/2019	Paciente	Boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Gostaria de solicitar a implantação do HGT nós protocolos de urgencia, emergência e atenção Básica da rede de saúde.	
01/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Essa iniciativa é ótima pra os diabéticos. Pois precisamos de mais atenção a cerca de insumos que são a principal fonte de vida para quem vive a dependência deles.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Existe muita dificuldade para o tratamento adequado do DM1, dificuldade de acesso ao endocrinologista, dificuldade de acesso à insulina de ação ultra-rápida, dificuldade da insulina lenta (lantus) e também dificuldade de acesso aos tiras de glicemia. O paciente DM1 é muito mal tratado hoje com o atual PCDT com insulina NPH e rápida, tenho constantes picos de glicemia e diversas hipoglicemias, é impossível se tratar bem com estas terapias antigas.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Acho um absurdo o Estado fornecer somente 30 agulhas mensais para o diabetico sendo que ele aplicar insulina todas as refeições...e as pessoas que fornecem na farmácia pública ainda falam que é pra reutilizar as agulhas descartáveis.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Não	
01/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Apenas reforçar que os análogos de insulina, tanto os rápidos quanto os lentos são essenciais para a qualidade de vida das pessoas com diabetes e permitem um controle muito melhor, trazendo uma redução nos custos de internação e desenvolvimento de complicações pelo mal controle.	
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Um absurdo que o SUS forneça a mesma insulina ultrapassada desde 1990, data que tenho conhecimento, pois foi o ano que fiquei diabética. O acesso ao endocrinologista é escasso, assim como um tratamento de qualidade, assim como informações... No Rio de Janeiro para se ter acesso a insulinas análogas é necessário entrar com um processo na justiça, o que torna tudo mais difícil... Lamentável que nós pacientes tenhamos que passar por tantas dificuldades para ter acesso a um tratamento digno e que nossa constituição diz que é direito de todos.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	<p>Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição. Sendo que a própria fabricante de agulhas diz pra usar apenas uma vez,e não reutiliza-la .Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.</p>	
01/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Paciente	Muito boa	<p>Sim, Gostaria de expressar minha imensa decepção, estresse com toda essa situação que foi gerada com estes formulários dificultando o acesso a algo que não mantém vivo, já é triste ter uma doença mais triste ainda quando se tornam isso quase que impossível, quando nos colocam a prova de resistência e persistência. Quantas pessoas estão sem suas insulinas porque não tem como comprar, por que não conseguem doações, onde já se viu isso??? Médicos estressados por preencherem papéis 4, 5 ..6 vezes falta de respeito com ser humano...Desumano surreal uma coisa dessa!!!! Como retirar uma insulina sem antes colocar outra??? Deveriam ter retirado a Humolog somente após os papéis dos papéis já terem sido aprovados. O mínimo de sensatez... Como ter um Brasil melhor?? ???</p>	Não.	
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Paciente	Boa	Sim, 4.3 Nos critérios de exclusão, fica claro a importância de diminuição da HbA1C. Para isso é imprescindível o fornecimento de insumos (tiras, lancetas, agulhas) adequados para o controle diário da glicemia a adequação das doses de insulina Bolus. No capítulo sobre SICI indica que não há evidências de melhora no tratamento de pacientes. Porém para crianças pequenas em países desenvolvidos tem sido usada e considerada o melhor tratamento para pequenos devido a diminuição de hipoglicemias devido uso de sensor de glicemia (com canetas de insulina ou monitoramento por ponta de dedo não tem como saber se a glicemia está subindo ou descendo). Desta forma, além do SICI seria interessante acrescentar um monitoramento contínuo de glicemia para crianças. Evitando assim, complicações devido ao não cuidado adequado durante anos.	O protocolo está incompleto. Apesar de mencionar sobre os cuidados importantes sobre saúde bucal, psicológica, endocrinologista o SUS não fornece profissionais suficientes para que os pacientes diabéticos consultem a cada 3 meses nos Postos/Centros de Saúde. Também indica exames de destros antes e depois das refeições, porém a maioria das vezes o próprio SUS não fornece o material para verificação de glicemia e lancetas para que o paciente se cuide. Solicitam o preenchimento de uma descrição/anotações das glicemias para fornecimento de insulinas análogas basal e bolus, porém ao deixar de fornecer insumos/tiras/lancetas/agulhas/seringas na quantidade que cada paciente necessita (o tratamento é individual, por isso, não existe e não deveria existir uma quantidade mínima ou máxima de fornecimento de insumos), e sim ser fornecido de acordo com o tratamento medicamentoso de cada paciente/individualmente o paciente fica impossibilitado de entregar a documentação solicitada	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, O uso da bomba de insulina como opção de tratamento, junto com todos os insumos necessários.	Sim, o tratamento fornecido pelo SUS não deveria ter tantas burocracias, não deveria obrigar o paciente a usar um tipo de insulina para depois poder usar uma melhor, e todos os insumos deveriam ser fornecidos, seringa, canetas, agulhas, fitas, lancetas, glicosímetro e insulinas de acordo com a real necessidade do paciente., hoje minha filha só tem direito a fita que sempre está em falta e as insulinas, deveriam fornecer tudo.	
01/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Dificuldade de conseguir insulinas de ação rápida e ação prolongada além das regular e nph...pois essas não são tão eficientes na regulação da glicemia normal pra diabéticos tipo 1		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Muitas exigências. Diminuir a quantidade de documentos que precisam ser preenchidos e apresentados. Existe muitas exigências no preenchimento dos formulários. Não querem aceitar o documento enviado pelo médico, ficam criando dificuldade, onde o médico escreve no Laudo insulinodependente e não aceitam dizendo que tem que ser usado a nomenclatura insulinopenia. Eu acho que deveria aceitar os documentos da forma que o médico fez junto com o Laudo, Receita e exames. Isso teria que ser suficiente.	Gostaria que fossem entregues com menos burocracias, num local de fácil acesso para todos.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Que o paciente tem direito de usar e receber a insulina que mais se adaptou ..por Que cada corpo reage de uma forma a casa insulina ...então essas trocas para o paciente são ruins...	Gostaria que não houvesse essa troca de insulina com o paciente,sem que o médico tenha mudado a insulina...como no caso de agora que estão trocando lispro por asparte...se o paciente usa lispro ..deveriam continuar fornecendo sem o..não expor o paciente a esses tipos de troca sem que o mesmo queira...pois quando o paciente se adapta bem com um medicamento é muito ruim e duvidiso tervque mudar . Trocar	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Muita burocracia, com muitos papéis a cada 3 meses,Muita dificuldade para consultar médico endocrinologista,Poucas agulhas, pois é necessário fazer aplicações 4, 5 e 6 vezes ao dia!Exames demais e desnecessários pois infelizmente o Dm 1 não tem cura.Que poça ser entregues na atenção básica.	
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Inclue todos os diabéticos 1 e 2		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
01/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
02/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
02/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Não apenas contagem de carboidratos mas orientações mais completas sobre estilo de vida saudável e Fitoterapia Clínica		
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
02/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aids, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	A burocracia é exagerada.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Já que no texto está clara a necessidade do paciente dm1 efetuar consultas médicas a cada 6 meses, não há necessidade de serem apresentadas formulário e exame solicitado pelo médico a cada 3 meses. Já que como a diabetes 1, como o próprio texto diz, é uma doença crônica e incurável, não há necessidade de solicitação de constantes exames e controles glicêmicos para se ter acesso a medicação, além das demoradas esperas nos consultórios médicos, temos que enfrentar mais 3 filas para receber nossa insulina: uma fila pra triagem, outra pra conversar com outras pessoas e outra pra receber as insulinas, quando tem.Ja temos uma vida sofrida de médico em médico pra avaliar nossa saúde e ainda temos que enfrentar tanta burocracia pra receber nosso medicamento, mas se não recebermos vamos morrer.	Um treinamento adequado para os funcionários das repartições que trabalham diretamente com os "doentes" pois é um descaso e falta de atenção e respeito, nos maltratam e nos tratam como lixo.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
02/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
02/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Que a definição de "mau controle" do item-4.1.1, seja realizada por endocrinologista(Com RQE- de especialista em endocrinologia e metabologia). Porque alguns paciente que não tem boa adesão ao tratamento e não se beneficiarão destas insulinas, se o restante do tratamento for negligenciado, gerando um custo desnecessário ao Estado.	Todos os insumos entregues à diabéticos, devem ser acompanhados por endocrinologistas (Com RQE- de especialista em endocrinologia e metabologia), e devem ser suspensos , se o paciente não apresentar o benefício esperado.	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	<p>Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etc.Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tantos formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologistas que atendam pelo SUS.Exames desnecessários, em duplicidade, é absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após as refeições.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.</p>	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Coloquei assim no campo 8Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.		
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etc	
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Devido o difícil acesso das pessoas que mais precisam a buracracia esta muito grande em todos os estados .Este formulario devia ser solicitado a cada 6 seis mes ou mais .No estado de São Paulo é entregues 30 agulhas e exigem que o paciente faca 6 destrso durante o dia e que aplicam tb.Esses preencimento obrigatorio exigido pelos Secretarias Estaduais não term fundamentos e deveriam ser um unico protocolo em nivel nacional.	Gostaríamos que os protocolos quando forem elaborados tivessem a presença alem dos profissionais os representantes dos pacientes que tb são pacientes para contribuir nesta elaboração pois somos nós que entendemos da diabetes no dia a dia.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Fui diagnosticado com DM 1 aos 18 anos e desde então venho tentando receber insulinas análogas de ação ultra rápida pelo governo, sem sucesso, por cerca de 5 anos. Fui mandado para diversos órgãos, me foram pedidos infinitos exames, repetidamente, como se minha diabetes CRÔNICA precisasse de um laudo recente atestando que AINDA sou doente CRÔNICO. Não faz sentido, né? Mas é exatamente isto que vem acontecendo, sem contar na morosidade e relutância que venho enfrentando ante a máquina pública. Eu espero que esta atualização do protocolo agilize e torne eficiente o atendimento aos diabéticos dependentes de insulina como eu, para o nosso próprio bem, e principalmente para o bem da máquina pública, que terá menos trabalhos inconvenientes como este, que poderiam ter sido evitados desde o início com um pouco de bom senso e empatia.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.	
02/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	COMO SOU MEDICA DIABETOLOGA ACHO MUITO IMPORTANTE ESSE NOVO PROTOCOLO QUE VAI BENEFICIAR MUITOS PACIENTES INSULINO DEPENDENTES	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Ruim	Sim, Diminuir os formulários,(se tiver apenas uma folha com o diagnóstico) facilitaria o preenchimento, os endocrinologista ficam com dificuldade para preencher, inclusive sobre o Cid.		
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etc	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.	
02/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Gostaria de alterar a parte dos Critérios de inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida (4.1.1). Penso que pacientes recém diagnosticados serão melhores beneficiados se não existisse o critério ``Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses``. O uso de análogos de insulina é mais eficaz na prevenção de glicemias noturnas, como informa o estudo a seguir: http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4911	Neste mesmo parágrafo, a palavra SUDORESE está digitada incorretamente.	Clique aqui
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, No item "5.3 Gestantes" não ficou claro, para mim, se o acesso às insulinas e aos monitores de glicemia capilar é apenas para dm1 gestante ou para pacientes que desenvolvem o diabetes na gestação (dm gestacional)		
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	O SUS deveria disponibilizar o Import Advance e o Libre Freestyle para crianças pequenas.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Acredito que pacientes recém diagnosticados serão melhores beneficiados se não existisse o critério ``Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses``. O uso de análogos de insulina é mais eficaz na prevenção de hipoglicemias noturnas do que o uso de NPH e Regular, como informa o estudo a seguir: http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4911		
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Gostaria de alterar a parte dos Critérios de inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida (4.1.1). Penso que pacientes recém diagnosticados serão melhores beneficiados se não existisse o critério ``Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses``. O uso de análogos de insulina é mais eficaz na prevenção de hipoglicemias noturnas do que o uso de NPH e Regular, como informa o estudo a seguir: http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4911		
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Gostaria de alterar a parte dos Critérios de inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida (4.1.1). Penso que pacientes recém diagnosticados serão melhores beneficiados se não existisse o critério ``Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses``. O uso de análogos de insulina é mais eficaz na prevenção de hipoglicemias noturnas do que o uso de NPH e Regular, como informa o estudo a seguir: http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4911	Sim, gostaria que pudessemos incluir também nesse novo protocolo pacientes DM2 que são usuário de insulina para ter acesso aos analogos de ação rápida ou prologada.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Paciente	Boa	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etc	
02/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Papéis a cada três mesesDifícil consulta com endócrinoPoucas agulhasExames desnecessários, infelizmente dm1 não tem curaVá atenção básicasMuita burocracia	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Abaixo	Sugiro que vá para a Atenção Básica, já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição. Sugiro que vá para a Atenção Básica urgente, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	
02/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etc	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etc	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Dificuldade de marcar consultas com endocrinoExcesso de exames para uma doença que não tem curaMuita burocracia para preencher papéisDe 3 em 3 meses médicos ter que preencher papéis p autorizarem remédiosDificultar ao máximo a vida quem já sofre tanto.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	
02/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico	
02/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
02/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico	
02/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não		
02/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
02/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Difícil consulta com endócrinoExames desnecessários, infelizmente dm1 não tem curaMuita burocraciaExames a cada três meses	
02/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, O acesso deveria ser pelos municípios, muita burocracia para os pacientes que fazem uso. Não temos acesso a endocrinologistas. A incorporação das Insulinas de ação rápida irá melhorar a vida dos Diabéticos e evitará às inúmeras sequelas, gerando assim, custos insuportáveis. Saúde se faz com prevenção. Saúde se faz com prevenção. Atualização é prevenção.		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não	Temos que fazer com as insulinas cheguem a quem precisa. Existe demanda, mas o protocolo impede o acesso. Facilitar o acesso é o básico necessário.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, As consultas são a cada 6 meses aproximadamente. Os insumos do SUS não são os prescritos ou em quantidade menor aos das receitas. Muita burocracia. Os prazos não batem.	Crianças com diagnóstico dm1 deveriam ter atendimento diferenciado.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Difícilmente consigo passar com a Endocrinologia por conta de sempre está na fila de espera, as vezes preciso de uma consulta com a doutora por conta do protocolo de insulina Asparte (NovoRapid) e prescrever uma receita pra poder pegar e uma burocracia, enfim consegui depois de 4 meses... Não é só o endócrino como Nutricionista, Oftalmologista e Dermatologista é uma demora, as vezes não tem nem agenda ou você fica na fila de espera demora mais ou menos 3 meses ou mais, sou tipo 1 a minha é bem alta no entando tomo 2 insulinas de alto custo a Tresiba (Degludeca) tenho que pegar 4 lá no Bom Retiro, é a NovoRapid (Asparte) pego 5 no Belenzinho quando não está em falta! Queremos mais tempo com cada médico, os diabéticos tenha preferência e que não fique na fila de espera, tenha paciência ao nos atender e dê tempo...	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Olha gostaria de esclarecer a dificuldade de pegar fitas reagentes se o paciente tem utilizar mais tem ficar brigando implorando pra conseguir insulinas de qualidade a dificuldade e pior ainda formulario é preenchido e sempre tem algo errado e atrasada td . E isdo deveria ser direito pq so a dm1 ja é difucil de ver	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, As insulinas sejam distribuídas na atenção básica de saúde	As insulinas sejam distribuídas na atenção básica de saúde	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, abaixo segue	entrega nos postinhos de saúde, pois fica mais rapido e facil	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, retire nph e regular do tratamento e deixe apenas análogos de insulina	Tem que deixar nos postinhos de saude as analogos de insulina, pra ficar de facil acesso para todos nos.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Desde o inicio do meu dignostico uso analogos de inuslina, pois nph e regular não deu certo, meu pancreas não produz insulina, por isso preciso dos analogos.	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Acho que talvez otimizar os programas de contemplação aos diabéticos com os insumos, dinamizar os processos nos estados, pois perde-se muito tempo com burocracias e quando contemplado os paciente não recebe o tratamento em 100%. Realidade daqui de Goiás		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Será que vcs vão mesmo aceitar o que escrevemos ou ja tem tudo validado ai ?	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia.	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, façam um protocolo nacional e envie para estados e municípios urgente.	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências,	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Que se tivessemos , mais assistencia e novas formas de cuidados da dm como um sensor , ou a insulina respiratoria poderiamos ter uma qualidade de vida melhor.	que se tivesse mais , atenção em nossa saúde , no caso de uma polineuropatia , ou de uma amputação , td vez que solicitamos um pedido pelo INSS não fossemos tratados como lixo	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aids, hanseníase, pressão alta etc	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	O uso de bombas de insulina, bem como a monitoração constante dos pacientes DM1, reduz de forma eficaz e comprovada as complicações secundárias de outros órgãos em pessoas com DM1 e assim reduz o custo governo a longo prazo para uma medicina curativa que por falta destas ferramentas para boa e perfeita manutenção da saúde, como as bombas de insulina. Vale ressaltar que as complicações crônicas pelo mau controle no DM1, acontecem em alta escala e além de tirar as perspectivas de uma vida equilibrada para o paciente, também se tornam muito oneroso para o estado.	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes. Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem. Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários. Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista. Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico. Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Sim, Todo DM1 deve iniciar seu tratamento com análogos de insulina de ação prolongada e ultrarápido. Não há mais espaço para iniciar tratamento do DM1 com insulina NPH e regular. Todas as pessoas são merecedoras de uma melhor qualidade de vida, e isso inclui DM1. Não tenho dúvida quando se compara NPH/REG com análogos de insulina, a qualidade de vida é muito melhor com os últimos independente da monitorização glicêmica. Não quero com isso afirmar que a monitorização glicêmica não seja importante, pois acredito que a mesma seja fundamental [para o controle do diabetes. Mas entre um paciente que não faz monitorização e utiliza NPH/REG, o mesmo ainda assim se beneficiará com o uso de an		
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	protocolo para todas cidades igualir para atenção básicatirar a burocracia	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia. Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	distribuído na Atenção Básica, e retire toda esta burocracia	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aids, hanseníase, pressão alta etc	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem. Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários. Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista. Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico. Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição. Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etc	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem. Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários. Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista. Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico. Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição. Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Não	
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etc	Retirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem. Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários. Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista. Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico. Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição. Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	É muita burocracia para conseguir renovar as receitas, médico têm outros pacientes pára atender, os papéis são complexos uma vírgula fora do lugar elas não aceitam. Para que tanta burocracia? Têm cura? Não, então fornece a quantidade que o paciente precisa por mês e pronto, eu não queria nunca precisar desses remédios para o tratamento da minha filha.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Não consegui até hoje adquirir insulina glargina e ultrarrapida pelo SUS, o que dificulta muito o tratamento do meu filho dm1 há um ano e três meses	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Não consegui até hoje adquirir insulina glargina e ultrarrapida pelo SUS, o que dificulta muito o tratamento do meu filho dm1 há um ano e três meses	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Que não precisássemos a cada ano ter que repetir todo o processo para que os medicamentos continuem sendo um direito nosso. A renovação deveria ser com um maior espaço de tempo, ou mais fácil e rápida.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Sobre a renovação dos pedidos de medicamentos, é muito cansativo ter que refazer a cada ano. O processo é desgastante e demorada a resposta, muitas vezes o paciente fica sem o medicamento antes da resposta chegar. A renovação deveria ser extinta e pedirem apenas uma reavaliação por meio de exame e preenchimento online.		
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, a primeira receita médica precisa ser passada em um médico endocrinologista, será q todas as pessoas conseguem ter acesso a essa especialidade no sus? a atualização da receita precisa ser a cada 3 meses, sendo que raramente é possível conseguir um atendimento no sus, imagina se será possível a cada 3 meses. Por se tratar de uma doença crônica, sem cura, e que se faz uso de medicação continuamente, pq pedir atualização da receita a cada 3 meses, em um prazo tao curto, peça então para cada 6 meses ou 1 ano. seria mesmo necessario que todos os pacientes ja em uso da medicação de ação rápida tenha que passar pelo mesmo procedimento para a ação lenta, visto que ambas as medicações são para uso em conjunto? algumas coisas nao fazem sentido quando se trata de uma doença crônica e que não tem possibilidade de cura.	se as insulinas já estão nos estoques dos postos de saúde, pq é preciso dificultar tanto o acesso a medicação para a população? são tantos formulários que precisam ser preenchidos pelos médicos, que eles não querem fazer, não sabem como fazer, e em durante a consulta é possível conseguir preencher todos os formulários, as consultas no sus são mais rápidas que o trem bala, imagine que o medico vai perder o tempo dele preenchendo todos os papeis que são repetitivos, desnecessarios, cansativos e que induzem as pessoas ao erro. não dificultem o acesso a um medicamento que já está com vcs, já está disponível, apenas sejam mais humanos e entreguem a medicação para o povo. com insulinas melhores a qualidade de vida do diabético aumenta radicalmente, pense que um paciente poderia gastar muito dinheiro internado em uma uti por conta da falta de controle, se o sus fornecer medicamento de ponta as pessoas não gastam dinheiro público e ocupam leitos de hospitais por falta de tratamento.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	<p>Boa tarde !!! Sou pai de uma criança de 11 anos , portadora de diabetes tipo 1 e muito embora ainda tenhamos condições de comprar as insulinas que ela necessita aplicar (Ultra rápida e Melium glargina) o que observei durante o processo de tentativa de acesso público a esse tipo de insulina , e que temos AINDA um altíssimo grau de burocracia!!!! O que na maioria da vezes impossibilita o acesso a estes essenciais Medicamnete e por outro sim a uma melhor qualidade de vida de nosso jovens e crianças!!!! Se nós que ainda dispomos de tempo suficiente para tentar conseguir acesso a este medicamentos pelas vias públicas acabamos desistindo por conta do alto grau de burocracia que gerou em uma frustração e desesperança é muito grande ,ficamos a imaginando e apenas posso imaginar ...o que passam as mães solteiras que tem de se desdobrar em 2 , 3 ou às vezes até mesmo em quatro turnos diários para trabalhar ,cuidar dos filhos , cuidar da casa e gerenciar de forma minimamente satisfatória a qualidade de vida de uma criança ou de um jovem com diabetes, me pareceu não somente insensato mas mais que isso , me pareceu desumano e degradante a maneira como as pessoas são tratadas ao tentar acessar esse tipo de serviço!!!! Fora a parte está questão da excessiva burocratização do acesso a esse tipo de serviço ou medicamento,gostaria de deixar a sugestão de que se crie afim de facilitar a vida dos usuários e seus parentes um sistema integrado de informação que ligue os profissionais de endocrinologia, de clínica geral, psicologia ,nutricionismo e Oftamilogia diretamente aos bancos de dados das escolas farmácias E gerenciadoras de distribuição desses tipos específicos de</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				insulinas e seus insumos... isso facilitaria de forma dantesca a vida dessas pessoas e facilitaria também a vida dos agentes públicos envolvidos porque o desgaste emocional físico e social não se atém apenas aos núcleos familiares dos deficientes mas também aos profissionais que são obrigados a lidar com esse tipo de sistema Ineficiente e caótico!!! Desde já agradeço pela atenção dispensada por vossas senhorias!!!	
03/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Ruim	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, O relatório ser preenchido por qualquer Endocrinologista.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Eu gostaria que mudasse a burocracia de ter que atualizar a receita a cada 3 meses, porque considero um período muito curto de tempo. No meu caso, meu endócrino, particular, fica a 3 cidades de distância de mim, ou seja, além de ser longe a consulta é cara, e isso é necessário porque se tivesse que esperar por uma consulta pelo SUS eu não conseguiria atualizar a receita, pois estou na fila de espera por um endócrino no SUS vai fazer 1 ano e ainda não consegui ser atendida, então imagina a cada 3 meses? Uma coisa totalmente desnecessária, levando em consideração que é o tratamento de uma doença crônica, que não seremos curados de uma noite para o dia, infelizmente, e que precisamos que pelo menos o tratamento seja mais fácil, já que mais nenhuma etapa dessa doença é. É tudo difícil, é tudo complicado. Pelo menos o tratamento tem que ser mais fácil.		
03/09/2019	Paciente	Regular	Não	Seria de extrema importância transformar esse sistema em algo menos burocrático ao não precisar que o endocrinologista do SUS precise assinar papeladas para que o paciente consiga seus medicamentos	
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, A atualização de 3 em 3 meses traz uma burocracia totalmente desnecessária e de difícil cumprimento pela dificuldade em se agendar médico endocrinologista pelo SUS, o qual é necessário para a receita e documentos necessários, além de ser uma doença crônica e sem cura, seria mais sensato essa atualização de manutenção do tratamento ser anual		
03/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Atualização da receita medica com prazo maior de minimo 6 meses		
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Menos burocracia	Não sei porque uma pessoa com doença crônica (sem cura) tem que provar que continua doente. Receita médica seria mais que suficiente para retirar o medicamentos. Menos burocracia! Tem vidas que depende desse medicamento	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Diabetes é uma doença crônica.. portanto não faz sentido fazer a renovação por período também		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Gostaria que ampliasse a discussão psicológica/terapêutica no Protocolo. Considero um assunto de suma importância para o paciente e o acompanhamento deveria ser feito inclusive com os familiares, de forma individual e coletiva. Sou diabética há mais de 20 anos e só há pouco me dei conta, através da análise, de que eu nunca aceitei minha patologia, algo que me fez desenvolver diversas complicações. E ainda passo pelo sofrimento e não aceitação dos familiares mais próximos, o que dificulta bastante o tratamento. Outro ponto a ser inserido, de maneira multidisciplinar, é a abordagem do assunto nas escolas, sobretudo havendo alunos diabéticos. A criança/adolescente precisa ser acolhido de forma ampla inclusive no ambiente escolar. Assim como o estudo de libras, o professor precisa saber lidar com os possíveis episódios da doença. O aspecto sexual, também, é muito importante e tratado de forma quase isolada pelos médicos.		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Muito boa a proposta para melhorias no SUS, menos burocracia, otimização do tempo.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, O protocolo anterior gerou transtorno e só aumentou a burocracia. Nós que convivemos com o diabético tipo 1 ficamos apreensivos com os protocolos estabelecidos.	O Ministério da Saúde tem que ser olhado de forma mais humanizado. A população é sofrida em tudo e achamos que as "coisas" iriam melhorar.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A necessidade de receita a cada 3 meses é apenas para atrapalhar, dado que as consultas quando acontecem, são de 1 em 1 ano. Aqui em Patos de Minas - MG os pacientes não recebem nem metade dos insumos necessários para do tratamento. Isso gera apenas mais gastos para o Governo, pois os pacientes não tem condições de comprar e acabam ficando doentes e tendo complicações que levam a internações, cirurgias, mais medicamentos, processos judiciais, etc Além de o governo do estado dificultar o acesso aos medicamentos mais modernos, que salvam vidas. Não aceitando processos,. Além de fornecer apenas uma parte do mínimo necessário, não fornece boa parte dos insumos, como lancetas, agulhas, seringas. Um paciente diabético sem condições financeiras não tem condições de ter uma boa saúde com 50 tiras e 1 frasco de insulina no mês.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Cada paciente é um caso diferente a ser tratado, hoje moro em minas gerais na cidade de patos de minas e aqui e um descaso total! Os pacientes aqui não recebem nem metade do que precisam para se tratar. Já fiz duas vezes o processo de requerimento de insumos e antes mesmo de se quer passar o processo para frente a moça fala que aqui em minas não vem insulina e quando vem só vem um frasco e você que se vire da um jeito de aplicar a insulina por que nem seringa tem. Atualizar a receita é um problema enorme também, as consultas pelo sus são feitas a cada 8 ou 9 meses o que torna impossível renovar a cada 3 em 3 meses a receita. Fora o mal atendimento que recebemos... Aqui a unica coisa que faz você receber todos os insumos necessários e entrar com uma ação judicial!	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, O acesso ao endocrinologista na rede publica é de difícil acesso e precisar atualizar as recebeitas de 3 em 3 meses fica inviável.	Precisar ficar provando uma doença que não cura e não muda, a insistência as vezes acaba sendo constrangedora	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Peguei insulina (humalog) durante anos (mais de 5) no posto de saúde próximo a minha casa e região e quando foi em janeiro de 2019 fui surpreendida com a notícia de que as insulinas e insumos seriam distribuídos pela farmácia do estado e que eu deveria requerer novamente. Eu pergunto, qual a necessidade disto, uma vez que tenho uma doença crônica, que já comprovei, já recebia o medicamento? Além disso há a dificuldade de localizar os formulários no site do estado de Minas Gerais e quando você lê os requisitos eles pedem pra ter comprovante de internação, hipoglicemia ou controle da glicemia com as atuais insulinas. E quem nunca precisou ser internado e nunca teve complicações, não precisa de remédio?	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Renovação do protocolo a cada 6 meses, no mínimo, pois para conseguir consulta pelo Sus a cada 3 meses com Endócrino, geralmente é impossível.		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	As insulinas precisam ser usadas, então sempre vou defender a desburocratização das diretrizes para se conseguir e se manter nessa terapia, tem que haver a facilidade para que o paciente possa fazer seu tratamento de USO CONTÍNUO sem nenhum problema ou consequência negativa em relação ao sistema único de saúde (questões de consultas médicas e falta de profissionais).	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Acho desnecessaria a atualização da receita medicas a cada 3 meses.Por se tratar de uma doença crônica, não haverá cura.O tratamento praticamente não muda e, portanto uma atualização anual estaria ótimo		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, O processo é lento e burocrático.Dificuldade em marcar endocrinologista pelo SUS.Ausencia de endocrinologista no SUS.Formulário extenso para ser preenchido pelo médico que muitas vezes não sabe ou relata não ter tempo.Aumentar para um ano o período para atualização de receita, uma vez que temos uma doença crônica que nos faz usar insulina por tempo continuo o resto da vida.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Ainda existe dificuldade no acesso às insulinas analogas rapidas. É preciso ter mais profissionais, equipe multidisciplinar. É preciso mais médicos para atender os pacientes a tempo de terem receitas atualizadas. A burocracia ainda é muito grande, e muitos pacientes sequer conseguem retirar, pois não conseguem atendimento, não conseguem os relatorios preenchidos em consultas tão rapidas!	reforço, não adianta apenas distribuir o medicamento. A logística tem que facilitar.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Sobre o prazo da troca da receita para o benefício dos insumos , somos doentes crônicos já estabelecidos portanto poderia ser a cada ano essa troca , por um período maior. Porque nossas medicações estão a vencer nos postos e com essa burocracia todos sairemos perdendo.	Fora as insulinas análogas poderiam nos conceder o libre medidor de glicemia gratuito para o controle do diabetes sem maiores problemas futuros.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Não vejo a necessidade de tanta burocracia para podermos receber um medicamento que nos mantém vivos, pois temos uma doença crônica e que o medicamento é necessário para nossa sobrevivência . Portanto acho um absurdo a necessidade de atualizações a cada 3 meses já que sabemos que não é fácil conseguir marcar consultas pelo SUS. Portanto acho que essas atualizações de cadastro deveria ser realizada 1 vez por ano.	Sim, enquanto precisamos dos medicamentos que não está sendo distribuidos por conta de tanta burocracia tem muitas pessoas por esse Brasil que estão tendo complicações severas que só quem tem sabe do que estou falando. O diabetes não é uma doença fácil até porque quando não controlamos podemos adquirir outras doenças outras complicações. Portanto vamos deixar de tanta burocracia.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Regular	Não	Sim! Acho muito importante todas essas informações, mas acredito que o que deve ser gerador avaliado, seria a demora para a liberação do medicamento. Estou há quase 8 meses, leva do papéis na farmácia, e sempre que volto lá, me pedem mais algum tipo de documento ou me dão apaeis para a médica preencher!!!! As pessoas que prestam serviço na farmácia, deveriam receber um curso para saberem o que vão precisar pedir, para que tudo seja pedido de uma única vez!!!!	
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não	Acho que faltou uma atenção aos casos de pacientes tipo1 Que como eu já possuem muitos anos de doença e a presença de complicações múltiplas.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Regular	Não	com a existencia comprovada de uma doença cronica, uma vez que o paciente ja em uso de uma insulina basal diariamente existe um equivoco no processo da insulina análoga pertinente a comprovação de todos os fatores solicitados uma vez que tais resultados de exames estão relacionados a vários fatores. Além disso há um desgaste tanto por parte dos pacientes quanto por parte dos profissionais visto que é necessário renovar o processo a cada 3 meses. Portanto conluo que tal renovação poderia ser feita a cada semestre ou até mesmo anualmente. Por fim ressalvo que geraria menos burocracia o fato de padronizar os relatório, sendo um para o processo tanto de inclusao/ renovação da insulina glargina quanto da insulina análoga, já que o tempo para o deferimento do processo é longo e as mesmas podem ser descartadas em virtude de sua validade.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	O acesso aos medicamentos deveria ser menos burocrático, para possibilitar que pessoas que dependem do SUS tenham um tratamento adequado.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Gostaria de solicitar a insulina de uma maneira que facilitase mais o nosso dia a dia, pois só poder usar a receita por mais tempo Também fornecer as agulhas para caneta de insulina		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Excluir o tratamento prévio com nph e regular pois pra dm 1 elas são pouco eficazes, menos burocracia pra o recebimento, tempo superior a seis meses para a reavaliação, fazer apenas o preenchimento de apenas um formulário para as duas insulinas basal e rápida. Permitir que outros médicos (psf e uns) possam preencher os formulários devido a dificuldade de acesso as o endocrinologista.,		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Aumentar o prazo de renovação da receita e documentação, pois se temos uma doença crônica não vejo a necessidade de renovar em tão pouco tempo, existe a dificuldade de conseguir consulta na rede pública. Esse prazo poderia aumentar pelo menos pra 6 meses.		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Acho que deveria funcionar como no sus europeu, o paciente chega na farmácia com a receita médica e pega todo medicamento com um preço tabelado, tipo 6 euros.É difícil marcar médico e exames no Sus, se consigo ir num médico particular pelo plano empresa, poderia comprar a insulina por um preço justo e popular, ou ser gratuito. Só deveria precisar da receita semestral, já que esse é o acompanhamento necessário. As fitas teste tb deveriam estar inclusas no tratamento.	Não	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Regular	Não	Gostaria que fosse facilitado o acesso de todos os portadores de diabetes tipo 1 e tipo 2 ao tratamento necessário e de qualidade, com menor burocracia, todos sofreremos com isso. A vida de todos nós depende das medicações e insumos.	
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Precisam aumentar o prazo de atualização da receita para seis meses ou um ano porque três meses é muito pouco. Uma consulta no SUS de um endocrinologista ou clínico demora em torno de 3 meses, imagina só se não conseguimos uma consulta no SUS vamos ficar sem remédio? Os medicamentos já estão disponíveis sejam mais humanos entreguem para o povo. A qualidade de vida de um diabético vai aumentar radicalmente. Precisamos delas para sobreviver, não destruam nossa esperança de um tratamento melhor.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Aumentem o prazo da atualização da receita não pode ser de três meses uma consulta no SUS demora em torno de 3 meses 4 meses ou 5 meses para ser marcada imagine só se nossos familiares nossos amigos não consegui marcar uma consulta eles vão ficar sem remédio sem remédio eles não vivem eles podem até morrer muitos já ficaram sem remédios por conta de falta que não conseguiram atualizar suas receitas e foram parar no hospital na UTI ficaram sem remédios por não ter uma consulta marcada por não ter uma receita por não ter dinheiro para um tratamento melhor precisamos dessas insulinas porque traz uma esperança para nossos filhos para o nossos amigos para nós mesmos de um tratamento melhor para podermos sobreviver vocês já estão com as insulinas distribuam para o povo distribua para nós não tire nossas esperanças de um tratamento melhor.		
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, O paciente deverá retornar com receitas e laudo dentro de um ano para que continue a receber seu medicamento.	Gostaria de falar minha opinião sobre o que é realizado hoje. A cada três meses o paciente deve entregar receita e laudo médico para continuar recebendo sua insulina , sabemos que nossa realidade hoje no SUS é altamente crítica e muitas vezes a pessoa tem se esperar quase um ano para conseguir um consulta com especialista, é sabemos também que quando conseguem a consulta, o médico mal olha para o rosto do paciente.	
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	<p>Boa tarde !!! Sou pai de uma criança de 11 anos , portadora de diabetes tipo 1 e muito embora ainda tenhamos condições de comprar as insulinas que ela necessita aplicar (Ultra rápida e Melium glargina) o que observei durante o processo de tentativa de acesso público a esse tipo de insulina , e que temos AINDA um altíssimo grau de burocracia!!!! O que na maioria da vezes impossibilita o acesso a estes essenciais Medicamnete e por outro sim a uma melhor qualidade de vida de nosso jovens e crianças!!!! Se nós que ainda dispomos de tempo suficiente para tentar conseguir acesso a este medicamentos pelas vias públicas acabamos desistindo por conta do alto grau de burocracia que gerou em uma frustração e desesperança é muito grande ,ficamos a imaginando e apenas posso imaginar ...o que passam as mães solteiras que tem de se desdobrar em 2 , 3 ou às vezes até mesmo em quatro turnos diários para trabalhar ,cuidar dos filhos , cuidar da casa e gerenciar de forma minimamente satisfatória a qualidade de vida de uma criança ou de um jovem com diabetes, me pareceu não somente insensato mas mais que isso , me pareceu desumano e degradante a maneira como as pessoas são tratadas ao tentar acessar esse tipo de serviço!!!! Fora a parte está questão da excessiva burocratização do acesso a esse tipo de serviço ou medicamento,gostaria de deixar a sugestão de que se crie afim de facilitar a vida dos usuários e seus parentes um sistema integrado de informação que ligue os profissionais de endocrinologia, de clínica geral, psicologia ,nutricionismo e Oftamilogia diretamente aos bancos de dados das escolas farmácias E gerenciadoras de distribuição desses tipos específicos de</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				insulinas e seus insumos... isso facilitaria de forma dantesca a vida dessas pessoas e facilitaria também a vida dos agentes públicos envolvidos porque o desgaste emocional físico e social não se atém apenas aos núcleos familiares dos deficientes mas também aos profissionais que são obrigados a lidar com esse tipo de sistema Ineficiente e caótico!!! Desde já agradeço pela atenção dispensada por vossas senhorias!!!	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Se temos uma doença crônica ou seja não tem cura, teremos q usar a medicação pro resto de nossas vidas, não há necessidade nenhuma de a cada 3 meses passar por toda essa burocracia, quem utiliza o sus, não consegue consulta com endocrinologista com essa facilidade,se fosse 6 meses seria razoável, 1 ano seria o ideal.		
03/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, Deviam incluir os hipoglicimeantes que São caros.	Fazer tudo igual para a DM 2.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Não consigo pegar pelo estado a insulina Humalog, nem seringa para caneta , fitas, agulhas e lancetas em quantidade menor para o mês.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Minha filha não consegue pegar a insulina Humalog nem fitas , seringas e lancetas com a quantidade certa para o mês. E agulhas para caneta ela nunca conseguiu.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Regular	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Minha namorada não consegue pegar insulina Humalog tem 5 meses. Também não consegue pegar fitas, lancetas e seringas com a quantidade certa para um mês e seringa para caneta nunca conseguiu pegar.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Que a renovação das receitas seja, pelo menos semestral, uma vez que se trata de uma condição crônica		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Por ser uma doença crônica não pode haver tanta burocracia, tenho pai, irmã e meu filho de 7 anos todos diabéticos, que precisam de medicamento, mas devido a dificuldade de se ter os remédios temos que acabar comprando no particular, sendo que temos o direito de receber no governo.	
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Regular	Não	Na minha opinião esse processo de renovar a receita a cada 3 meses deveria ser a cada 6 meses ou em 1 ano devido a dificuldade que o paciente tem em marcar a consulta com um endocrinologista	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Pra que tanta burocracia ? Não precisamos de renovar a cada 3 meses não pois nossa doença é Crônica e não tem cura ! Colocar renovação a cada 6 meses então !		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Gostaria que o tempo de validade da atualização de cadastro fosse de 6 meses, pois fica muito difícil de conseguir consulta via SUS com Endocrinologista a cada 3 meses.	Desburocratizar o acesso a este medicamento que é fundamental para os diabéticos tipo 1, pois a grande maioria infelizmente não tem acesso.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Na questão de atualizar a cada 3 meses a receita é muitos formulários eu que sou diabética tipo 1 jamais terei cura e nosso tratamento é de uso contínuo e os que nos deixa vivos é a insulina.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito ruim	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito ruim	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	Se esse novo protocolo não for colocado em prática, diabéticos continuarão morrendo por falta de insulina.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Sabemos que o diabetes é uma doença crônica, e os pacientes tem que ter um tratamento contínuo, é muita burocracia pra quem precisa de acesso a essa medicação.	Acho um absurdo tanta burocracia, preferem manter os medicamentos vencerem a entregar a quem necessita pra. Ter um tratamento digno	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Nos que somos diabetes tipo 2 não temos direito nem ao aparelho de medir a glicose temos que comprar Tudo do nosso bolso enfim o sus poderia liberar pra todos não só tipo 1.Obrigada	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não	A demora na consulta de especialistas, é muito tempo esperando por uma consulta.	
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Uma pessoa com doença crônica que não tem cura, acho desnecessário se consultar a cada 3 meses, para poder pegar seu remédio.	É muito difícil conseguir uma consulta com um endocrinologista pelo SUS. E bem improvável que ele queira preencher um formulário enorme para seus pacientes.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Eu não acho necessário a repetição de exames e essa enorme burocracia para conseguirmos aquilo que é nosso direito, e sempre na hora da entrega, dão apenas metade ou até menos do que é pedido na receita médica...		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Gostaria que o processo fosse renovado a cada 12 meses, ou antes, se houver mudança na dose prescrita pelo médico. Pois a renovação a cada três meses tem dificultado pegar as insulinas nos postos		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, - se é uma doença crônica e sem cura, qual a necessidade de se renovar a receita de 3/3 meses ? - pq só vale receituário de médico do SUS ? Se é de um endocrinologista ???	Eu sou mãe de uma adolescente -13 anos/ 8 anos diabética tipo 1 , eu nunca consegui pegar 1 agulha pelo SUS, algo de direto da minha filha. Pago tudo do meu dinheiro. Se tem muita burocracia para uma doença crônica e sem cura .	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Receita atualizada de pelo menos 6 meses. A dificuldade de marcar uma consulta na rede pública é imensa. Eu particularmente só consigo de 6 em 6 meses. Até 7 meses. Se possível 1 ano. Até porque é uso contínuo, estamos tratando de uma doença crônica.		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Não vejo necessidade de um Endocrinologista fazer a receita e toda a papelada para a liberação, pois 3m meu município por exemplo não tem endócrino e mesmo sem a fila de espera é de no mínimo 6 meses, outro aspecto é a receita pôr que ter que levar uma receita nova a cada 3 meses, diabetes é uma doença crônica sem cura, não existe lógica nisso, fora que como conseguir consulta pelo sus a cada 3 meses é impossível.		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, acredito que a insulina deve ser liberada aos diabéticos pelo SUS.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
03/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, O tratamento já deveria iniciar com insulinas de longa duração e ultra rápidas, respectivamente.		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Sobre as medicações que os Estados e Municípios oferecem para pacientes que precisam.	
03/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
03/09/2019	Paciente	Boa	Não		
03/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
03/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Gostaria de alterar a parte dos Critérios de inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida!Penso que pacientes recém diagnosticados serão melhores beneficiados se não existisse o critério ``Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses``. O uso de análogos de insulina é mais eficaz na prevenção de hipoglicemias noturnas do que o uso de NPH e Regular! E também sobre à burocracia que nós temos que passar pra ter acesso as insulinas, nem todos conseguem consultas com endocrinologista pois o município muita das vezes nem fornece e se fornece é em outra cidade !	É sobre à burocracia que nós temos que passar pra ter acesso as insulinas, nem todos conseguem consultas com endocrinologista pois o município muita das vezes nem fornece e se fornece é em outra cidade ! Tudo é bem mais complicado!	
04/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Inserir novos tratamentos no sus: freestyle libre, bomba de infusão de insulina! Tratar a saúde do diabético e não tratar as complicações	Só quem é diabético sabe como é difícil manter glicemia equilibrada! Vcs pedem HbA1C de 7,5 pra menos? E acham q isso é simples? Falta insulinas no Sus, falta fitas para dextro... só de pensar nisso a glicemia ja sobe! Pq vcs não aderem a uma prática de saúde q vise tratar o indivíduo com as melhores medicações ao invés de tratar as complicações? Sai mto mais caro pagar hemodiálise, amputação, aposentadoria por invalidez do que permitir tratamento eficiente e eficaz! Chega a ser desumano a falta de empatia e de bom tratamentos disponíveis para os diabéticos! Estamos lutando pq queremos saúde e não complicações! Reduzir impostos sobre insumos diets, alimentos... direito de ter prioridade nas filas, direito de sermos ouvidos! Por favor, permitam q tenhamos os melhores tratamentos!!!O freestyle libre , a bomba de infusão de insulina... precisamos disso no sus tb!	
04/09/2019	Paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Está muito rígida o regulamento para conseguir a insulina, pois diabetes é uma doença crônica, e fazemos o uso constate do medicamento		
04/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Diabetes é uma doença crônica, e necessita do uso da insulina frequentemente. Não vejo a necessidade de ser tão rígido para consegui-lo.	
04/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Gostaria que a atualização da os exames ,papeladas fossem a cada ano . Já que, q medicação é de uso continuo e a enfermidade/doença é crônica		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não		
04/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, FACILITAR O PROCESSO PARA A DISPENSACAO DAS INSULINAS DIFICULTA PARA O MEDICO E PARA O PACIENTE QUE NEM SEMPRE TEM ACESSO AO MEDICO PARA PREENCHER A TEMPO DA RENOVACAO		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Menos burocracia para conseguir a insulina nos UBSs		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Não há sentido exigir um documento emitido pelo médico a cada 3 meses para Diabetes Tipo 1, pois a doença não tem cura, é para vida toda	Diminuir a burocracia para dar acesso mais pratico à população que necessita do medicamento	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Em diversos países com sistema universal há a discussão e implementação da bomba de infusão contínua de insulina. O Brasil ainda investe pouco e fornece com dificuldades as insulinas análogas. O impacto desse custo com certeza será revertido em qualidade e expectativa de vida. Saúde para a população, o que evita afastamento de funções laborais. E redução de gastos com internação e procedimentos de custo ainda maior em centros especializados e hospitais de alta complexidade.		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Nós portadores da doença crônica Diabetes tipo 1 precisamos de acesso aos médicos endocrinologistas para disponibilizarem os formulários, papéis e receitas para conseguir as insulinas, tanto análogas quanto as insulinas lentas. Pelo Sus infelizmente esse processo é custoso, demora muito, por isso se faz justo e necessário que os órgãos que fazem a dispensação das insulinas aceitem também as receitas de médicos que não são pelo sus, pois isso se trata de uma emergência e nem sempre os médicos do sus se encontram disponíveis com facilidade, com isso nosso tratamento não pode parar. Gostaria também que o tempo de atualização para recebimento das insulinas fosse a cada ano, ou 6 meses pois a cada 3 meses fica muito complicado para nós mais uma vez conseguirmos ter acesso aos médicos seja pelo sus ou com consulta particular, vejo que se são medicamentos de uso contínuo, então não há a necessidade de colocar um prazo tão curto para fazer a atualização dos mesmos.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não	
04/09/2019	Paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Nós diabéticos seremos grandemente beneficiados com o fornecedor de insulinas análogas pelo SUS, já há 10 anos faço uso desse tipo de medicamento que possibilitou expressiva melhora em meu tratamento.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	não	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Achoi muita burocracia, uma vez q se tem uma doença crônica, sem cura, a pessoa ter que atualizar a a receita de 3/3 meses, sendo que para conseguir uma consulta via SUS leva mais de meses para se conseguir. Contraditório isso!	Na minha opinião deveria prorrogar o tempo para realizar a atualização da receita médica para pelo menos de 6/6 meses, pois não é realidade de quem utiliza o SUS Conseguir se consultar com um endocrinologista assim facilmente e muito menos ter condições de pagar uma consulta particular para conseguir uma receita nova a cada 3 meses.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Nós diabeticos temos uma doença sem cura e caríssima, o governo deveria nos ajudar e não dificultar mais nossas vidas	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, A Secretaria devera rever insumos para o paciente que não é suficiente para o tratamento adequado.	Dificuldade em obter atendimento na categoria infantil q não há em meu município, como endocrinologista pediatra.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Boa	Não	Não acho necessária a renovação da receita a cada 3 meses, não condiz com o tempo que preciso para marcar uma consulta com endocrinologista. E o excesso de burocracia deveria ser reduzido facilitando o acesso ao medicamento.	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não é necessário.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, A revisão é muito importante para melhoria do tratamento fornecido pela rede SUS, quantidade de insumo para o tratamento e ampliação do atendimento para outros municípios		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Atendimento e melhoria na Rede para melhor o tratamento.		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Todos os diabéticos merecem o tratamento adequado, muitos não seguem o tratamento pois não tem condições para prosseguir com dignidade. Precisamos que respeitem nossas condições e nos forneçam ao mínimo o direito de ter os cuidados adequados.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Tenho muita dificuldade com a falta de insumos e atendimento escasso em Uberlândia.	Eu, Paula Carneiro Pereira, DM1, desde o ano de 2009, venho através deste expor as dificuldades: demora para ser atendida, falta de leitos, demora para transferir para UTI, demora nos exames, falta de tiras (problema recorrente em Uberlândia, inclusive neste momento). falta de insulina. BUROCRACIA DE PREENCHER PAPEL PARA A LANTUS E PARA A INSULINA DE AÇÃO RÁPIDA A "ASPARTE", tem que pegar ficha para levar os papéis da Lantus na farmácia do Estado. E da asparte em outro. Eu uso basaglar e novorapid, pagando as duas, porque é o que me ajuda na regulação, e devido dificuldade, não consegui gratuidade.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Não	Sou médica endocrinologista e atuo nas cidades de Itajai, Itapema, Navegantes e Balneario Camboriu. Realizei o pedido da insulina ultra-rápida para vários pacientes, mas percebi um dificuldade muito grande da disponibilização das mesmas. Os documentos voltavam várias vezes, em pacientes que já vinham em uso dessas insulinas previamente, não conseguiram por essa justificativa. E pacientes que nunca usaram regular vieram com negativa, eu sei que consta como pre requisito mas acredito ser um direito desses pacientes e eu não acho cabível expor eles a uso de insulinas com mais efeitos adversos para conseguir fazer uso de insulinas que já usavam, com melhor adaptação. Acho que o texto do protocolo foi bem redigido, mas falta treinamento dos profissionais de saúde nas secretarias de saúde a fim de diminuir essa burocracia para efetivamente ajudarmos nossos pacientes. Conversando com colegas da area, vejo que a dificuldade é a mesma em vários lugares.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não	Não. Obrigada	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, No meu município consegui a insulina ultra rápida, porém, o protocolo de renovação é muito burocrático, devendo ser renovado a cada três meses, para uma doença crônica, poderia ser maior esse intervalo, uma vez que o paciente não deixará de usar a insulina. Estamos em falta de insulina glargina há mais de 6 meses também.		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Interessado no tema	Boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Diabetes é uma doença auto imune e que afeta a vida do paciente e familiares tanto na rotina como no financeiro. O Estado deve oferecer o melhor tratamento para esses pacientes para minimizar os impactos e também prevenir os males da doença. A constituição brasileira prevê isso é deve oferecer aos seus cidadãos.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Seguir a risca o pedido solicitado pelo médico (a).	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Boa	<p>Sim, Gostaria que fosse incluso no texto que a necessidade de um diabetico tipo 1 será pro resto da vida dele, e qual seria a resposta para a necessidade de laudo e receitas atualizadas num período curtíssimo de 3 meses, gostaria que fosse incluso no texto a dificuldade para se conseguir uma consulta com especialista pelo SUS.... E que o paciente tem a necessidade da medicação com urgência.. o texto teria inclusão também sobre tal burocracia , não precisamos de tantos papéis pra provar que precisamos da medicação para poder sobreviver com qualidade de vida. Lembrando que diabetes tipo 1 não foi adquirida por maus hábitos de vida e sim uma condição autoimune e não existe reversão para isso... A condição de atualizar laudos e receitas a cada 3 meses seria aceita se tivéssemos um tratamento endócrino, nutricional e psicológico sem ter que esperar por tantos meses e até anos , já que se sabe o valor de um bom acompanhamento médico para a redução de tantas complicações causadas pela doença.</p>	<p>Espero e anseio por melhoras no atendimento para pessoas diabéticas no nosso país, estamos no caminho certo... A melhoria para a vida de um diabético é fundamental, consultas regulares com um grupo de especialista para que possamos ter as orientações corretas e saber se estamos no caminho certo é fundamental.... um diabetes descontrolado nos trás tantas complicações e sabemos que podemos ter um caminho de paz com a ajuda de médicos que nos mostre as informações e aprendizados que realmente precisamos.... falar sobre diabetes parece simples, todo mundo tem uma solução para melhora a condição de vida de uma pessoa diabética, mais somente quem convive com a doença e com a falta de atendimento médico com um grupo de especialista e com a falta de clareza para o acesso ao melhor tratamento , só quem passa por isso saberá dá valor as melhorias que vocês podem fazer por nós ...eu aguardo uma melhora hoje na burocracia para a atualização dos laudos e receitas por que estou desde o começo do ano angustiado e correndo loucamente para conseguir as consultas a cada 3 meses com especialista pelo SUS..</p>	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Sabemos que no Brasil temos um déficit de endocrinologista em relação a quantidade de diabéticos. E pior do que isso é a quantidade deles que atende pelo SUS. O que dificulta mante o posicionamento desse protocolo. Sugiro que o primeiro pedido ou receita para o uso contínuo das insulinas seja feito por um endócrino e depois possa ser refeito por um clínico, se o protocolo mantiver o período de renovação a cada 3 meses. Ou ser feito apenas por endocrinologista anualmente ou semestralmente. Além disso, os papéis a serem preenchidos pelo médico devem ser padronizado para todo o país e mais simples. Contendo apenas as informações necessárias. Facilitando a o preenchimento e evitando perder tempo de consulta para preenchimento. Uma vez que estar com seu paciente oferecendo informações de qualidade é melhor para o tratamento.	As insulinas compradas estão paradas devido as burocracias criadas pelo PCDT. O tempo de validade está correndo por falta de tempo para preenchimento ou falta de tempo organizacional. Sim, a mudança traz desordem, mas nesse caso existe um tempo de validade. Não deixem que nosso dinheiro vá para o lixo, tendo tantas pessoas precisando desse medicamento. Ele é muito importante, minha vida está nesse fraquinho. Outras coisas a serem analisadas, tipo de insulina, as marcas pode fazer diferença no tratamento. Além disso a dosagem de meia unidade é algo bastante importante. Deve haver uma alternativa para as pessoas que não se adaptarem a marca que venceu a licitação ssimckko para as pessoas que usam graduação de meia unidade.	
04/09/2019	Interessado no tema	Boa	Não		
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Gostaria que o presidente imbecil que nós temos passasse menos tempo nas redes sociais e mais tempo governando.	
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Interessado no tema	Boa	Não	A rapidez e desburocratização no atendimento ao paciente são essenciais para um tratamento eficaz.	
04/09/2019	Paciente	Boa	Sim, É importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, *Crianças menores de 10 anos devem ter acompanhamento por profissional capacitado em período escolar (em escolas municipais e estaduais), visto ser uma doença perigosa, principalmente em caso de hipoglicemia. *O Diabetes deve ser discutido em escolas.* Crianças menores de 10 anos não conseguem fazer o auto controle, o Estado ou município deveria fornecer gratuitamente o FREESTYLE LIBRE, assim, o controle a qualquer momento seria muito mais fácil, tanto para o paciente, como para os cuidadores e principalmente em período escolar!!!	Minha filha tem 3 anos e seis meses, foi diagnosticada com diabetes com 2 anos e um mês, desde então, tive que parar de trabalhar para cuidar dela em tempo integral. Acho que nesse caso, deveria haver um salário para que possamos cuidar sem que o orçamento familiar fosse prejudicado, uma vez que o tratamento é caro, visto que o tratamento fornecido pelo município não ser	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Alterar a necessidade de renovação a cada três meses.pois trata-se de uma doença crônica, sem cura e o uso da insulina é contínuo. Sendo possível uma renovação anual.		
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, 7) Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? SimÉ importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, É importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, É importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto? : A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Como o diabetes mellitus tipo 1 é uma doença crônica, não tem cura, nós diabéticos não temos esperança e nem expectativa de vida a não ser através do tratamento feito com as Insulinas e medições glicemicas diariamente. Para que isto aconteça é preciso acompanhamento médico regular e tratamento frequente, sendo assim, porque é preciso trocar as receitas a cada 3/4 meses sendo que pro resto de nossas vidas teremos que usar esses medicamentos? Não concordo com essa troca de receitas em tão pouco tempo porque na nossa realidade as receitas não mudam constantemente, é praticamente a mesma quantidade de insulinas que tomamos sempre. Acredito que uma mudança de receita a cada 12 meses ou 6 meses, seria o suficiente!	Aí, a gente passa por todo esse processo, extremamente estressante e demorado, com consultas, exames em dia, correria pra conseguir as papeladas e conseguir os carimbos e assinaturas, e quando chegamos nas farmácias especializadas para pegar as Insulinas NÃO TEM, ESTÃO EM FALTA! Depois de tudo que a gente faz e sofre não há nada que nos assegure de ter as Insulinas tido mês! Isso é constrangedor, uma falta de respeito com os diabéticos que DEPENDEM disso para sobreviver!	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, É importante que o governo Brasileiro saiba, que uma pessoa com diabetes principalmente o tipo 1, gasta por mês mais de \$1.000 (um mil reais) mensalmente, seja criança ou adulto, onde o governo não oferece condições de qualidade de vida aos diabéticos, não existe um auxílio para pacientes nem muito menos cuidadores, o Governo Brasileiro deveria cuidar dos diabéticos antes de acontecer qualquer complicação sobre a vida do mesmo, depois que amputa um dos membros o governo oferece aposentadoria por causa de complicações referente a doença crônica chamada diabetes. Isto é inadmissível, onde deveria cuidar antes de acontecer qualquer tipo de complicação. vamos acordar e ver a quantidade de diabéticos existentes no Brasil e cuidar mais da saúde deles. Sem mais para o momento, votos de estima e apreço.		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, É importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Interessado no tema	Boa	Sim, Desburocratização do processo, tanto para conseguir consultas no SUS com endocrinologista, como a necessidade de renovação a cada 3 meses da receita. A diabetes tipo não tem cura, o medicamento é de uso contínuo .	Pessoas com menor acesso à educação tem seu acesso a insulina de acao rapuda dificultado por conta da BUROCRATIZACAO do processo.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, É importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Facilitação para acessibilidades ao medicamento (isulinas basal e rapida)		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, É importante que o processo seja desburocratizado. São meses para conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Que o sistema deveria facilitar a vida das pessoas que dependem do remédio da Fusam pq a doença já é algo triste e ainda sofremos com tanta burocracia pra pegar os medicamentos etc	Que os profissionais que trabalham pra o Governo e tratam com doentes, idosos, pessoas limitadamente qualquer tipo, esse profissional deveria fazer um curso pra atender bem e ter paciência, é necessário é justo com a sociedade, o Bom Atendimento	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/09/2019	Interessado no tema	Boa	Sim, É importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto? : A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Estou sem receber a insulina por motivo de que o medico não colocou insulina de ação rapida	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Meu filho esta sem receber insulina pq o medico não escreveu insulina de ação rapida	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Como diabética sinto na pele e dia a dia a diferença no uso de insulinas análogas e acho essencial para nossa qualidade de tratamento e vida o uso destas e distribuição pelo sus é nossa salvação!	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Não	Muito difícil ter que atualizar esse cadastro a cada três meses. Nem consigo marcar consulta com endocrinologista. No meu município nem endocrinologista tem. Quando faço exame em minha filha tenho que pagar e em outro estado	
04/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Acho que poderia ser menos burocrático e um periodo maior para atualização, já que é meio óbvio como doença crônica que usa-se o medicamento continuamente		
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Não	Muito difícil, pago 360 reais na consulta com endocrinologista, pois meu município não tem endocrinologista, o SUS não disponibiliza e tenho que sair pra outro estado pra levar minha filha pra consulta, e nem todo médico tem disponibilidade para preencher esses papéis	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Diminuir a burocracia para a distribuição das análogas de ultrarrápida. Conseguir a receita com o especialista demora muito tempo, pelo SUS. Seria interessante o preenchimento por qualquer médico (por exemplo, o médico de saúde da família)	Facilitar o acesso à insulina	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Está difícil conseguir pegar insulina Novorapid, muita burocracia e demora na documentação		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Dificuldade na renovação das receitas médicas poderiam ser anuais ,e entrega em um só lugar é na mesma época.Para as insulinas ASPARTE e glargina	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Nós diabéticos não temos acesso facilitado na área da saúde uma simples consulta com o endocrinologista é muito demorado, as vezes precisamos somente renovar a receita pois se a mesma vence não nos entregam a medicação.Procurem facilitar nossa vida	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Acesso a tratamentos melhores em uma doença grave como está é essencial ao futuro dessas pessoas, grande maioria jovens, para que possamos melhorar a qualidade de vida e mantê-los ativos, diminuir as chances de complicações que oneram tanto nosso sistema de saúde, economia e previdência.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A constante falta de medicamentos e insumos para os diabéticos	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	A necessidade de incorporar o fornecimento de novos medicamentos para o tratamento da diabetes no SUS é patente, a grande quantidade de demandas judiciais em que o Estado é condenado ao fornecimento dos medicamentos mais eficazes demonstra isso com clareza. O gasto do erário público em litígios individuais deveria ser redirecionado para a compra de tais medicamento em favor da grande massa que deles necessita, inclusive em razão da necessidade de que as compras sejam feitas através de processos de licitação, sendo de conhecimento geral que a compra em maior número implica em melhor preço. Contudo a ineficácia do Estado em fornecer a medicação com a brevidade determinada nas demandas judiciais traz ainda mais prejuízo ao erário, ante a aplicação de multas por descumprimento do prazo de fornecimento das medicações. As listas deveriam ser atualizadas e com a utilização de estudos e pesquisas sobre a eficácia dos medicamentos que geram tantas condenações do estado na máquina do judiciária, dando maior importância aos desdobramentos da "farmalização" do Poder Judiciária, aplicando os dados obtidos em políticas públicas em benefício de toda a população, e não somente àquela pequena parcela que busca seus direitos interpondo demais judiciais.	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Profissional de saúde	Muito ruim	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		É fundamental que os pacientes possam ter acesso gratuito à esse tipo de insulina
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Acho que a receita deveria ser renovada menos vezes. Que pudessem ser fornecidas por qualquer endocrinologista, seja ele do SUS ou não. Que não fossem necessários tantos formulários.		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		Não
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Adequar o tempo de atualização para obter a insulina seja de 06 (seis) meses a 01(hum) ano uma vez que a situação do paciente DM1 não ira mudar durante seis mesese ou um ano.		
04/09/2019	Paciente	Regular	Sim, É necessário o acompanhamento médico de 6 em 6 meses.		
04/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		Não.

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, É importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	A atualização é algo necessário porém deveria haver uma unificação . Estamos nos locomovendo para longe sendo que cada insumo esta sendo entregue numa localidade. Ah também muitas indas e vindas, conheço pessoas que tiveram pedido negado devido a falta de orientação no preenchimento dos documentos pelo médico. Cada municipio poderia aliviar esta demanda com atendimento em suas secretarias como também grandes cidades sendo divididas por setores como e feito na educação.	
04/09/2019	Paciente	Regular	Sim, sobre a distribuição deveria ser no básico e não no alto custo e cada coisa num lugar , nem tenho dinheiro pra ir num . nem pra ficar indo e vindo já que o medico escreve uma coisa e pedem outra	Muito complexo, não recebo desde 2017 a troca de insulina lenta sal glardina para degludeca; mesmo com ação judicial. Minha dra quer me mudar pra SP porém não tenho nem dinheiro pra me locomover qto mais pra buscar cada item e cada insulina basal e ultrarapida em lugares diferentes. Queria receber exatamente o que me esta prescrito e que o supremo tribunal liberase meu processo em analise desde 2015.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Dificil médico e locais de entrega (protocolo) não estão falando a mesma língua	Tenho pai é irmão DM. Acho que deveria ser medicamento de fácil acesso. Já que é de sobrevida pra ambos. Meu irmão não recebe a atual basal por burocracia é meu pai mesmo com retinopatia e neuropatia não queriam efetuar troca de tratamento onde agora mudaram mas se negam preencher papelada por ser DM2 mesmo usando glardina e aspartame esta dependendo de doações para realizar o tratamento. Se nem meu irmão que é DM1 recebe a troca de glardina para degludeca quem dira um DM2	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Como a diabetes é uma doença crônica e que ainda não existe cura, a receita deveria ser renovada, em no mínimo 6 meses, a consulta com um endocrinologista na rede pública é muito difícil e as vezes pode demorar meses e meses para conseguir marcar e ter o retorno.	As insulinas estão paradas e logo vão perder a validade, perdendo um lote e deixando várias pessoas sem o direito a saúde, sem o medicamento adequado.	
04/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Excluir como critério de inclusão o Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses. importante que o processo seja desburocratizado. Demora meses pra conseguir Consultas via SUS para endocrinologia. Diabetes tipo 1 não tem cura, insulina é medicamento de uso contínuo e não há necessidade de troca de receita a cada três meses.	A burocratização do processo impede e/ou dificulta que pessoas menos instruídas tenham acesso as insulinas análogas de ação rápida.	
04/09/2019	Paciente	Boa	Não	Gostaria que houvesse mudança na questão burocrática para conseguir pegar a insulina, pois como o diabetes se trata de uma doença crônica sem cura, a renovação da receita a cada 3 meses se faz desnecessária. E também a obrigatoriedade da receita e formulário serem de um endocrinologista do SUS, pois as vezes é muito difícil conseguir consultas com esse especialista de forma gratuita.	
04/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Os protocolos para o processo de acesso é longo, não oferece equidade nacional, cada município funciona de uma forma, profissionais especialistas em Diabetes são poucos, para processos novos, renovação à espera média é de 4 meses na fila de espera. Para o paciente diabético ter que esperar por meses significa complicações irreversíveis, existe a necessidade de processos bem organizados, paciente de rede pública está com comorbidades do Diabetes por falta de conhecimento e informações e os profissionais que o atendem também.	Insulina significa viver para o Diabetes, e os números de mal controle em DM1 chegam a 90%, maior gasto público com amputação, hemodiálise, cegueira e aposentadorias associadas às complicações irreversíveis do Diabetes, ou se discute políticas de prevenção efetivas, com medicações efetivas associadas a burocracias inteligentes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Solicitar receita de médico da rede pública a cada 3 meses não condiz com a realidade, sendo que muitas vezes é bem difícil conseguir consulta nesse prazo e disposição dos médicos para preencher toda aquela papelada. O acesso a esse medicamento deveria ser desburocratizado, pois se trata de uma doença crônica e sem cura. Qual o sentido dessa exigência?		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Muita burocracia, com muitos documentos e exames desnecessários me causando muito desconforto pois já passo por auditoria na prefeitura para o mesmo fim; toda vez o laboratório erra minhas veias me causando dores e me furando 4 a 5 vezes. muito difícil conseguir um médico endocrinologista pelo sus. além de tudo me entregam poucas agulhas para aplicação pois se tenho que aplicar várias vezes ao dia e tenho que trocar a agulha em cada aplicação porque entrega uma agulha por dia? E além de tudo me pedem tantos exames, sendo que pelo que meu médico me disse até o momento infelizmente dm1 não tem cura.	
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	O kit de insumos vem em menos quantidade que o recomendado pelo médico.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Minha filha não consegue pegar a insulina Humalog através do do IEDE no Janeiro de Janeiro. Tiras, seringas e lancetas, não são entregues na quantidade suficiente para as necessidades do mes. E a a seringa para a caneta, nunca lhe foi fornecido.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Que jamais falte especialista endócrino para crianças, adolescentes, adultos e idosos. Que jamais falte insulina e demais insumos aos pacientes portadores de diabetes, tais como: agulhas, fitas para medir glicemia. Que as burocracias para renovação de insulinas seja menos burocráticas. Que as fitas sejam substituídas por tecnologias novas como o Libre.		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Que todos os diabéticos tenham seus insumos mensais sem tanta burocracia. Que cada um possa escolher o melhor tratamento para si.	
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Pessoas com diabetes precisam de atenção, um atendimento prioritário, tanto em hospitais quanto em consultas que por vezes são demoradas para marcar, faltam insumos, falta muito conhecimento	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
04/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, Diminuir quantidade de exames para renovação de processo de insulinas e insumos		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Um cadastro único com carteira e validade de 10 anos onde com está carteira o paciente pode pegar em qualquer lugar sem filas os medicamentos necessários . Tem que estar disponível todos os tipos de insulinas e acessório	Um cadastro único com carteira e validade de 10 anos onde com está carteira o paciente pode pegar em qualquer lugar sem filas os medicamentos necessários . Tem que estar disponível todos os tipos de insulinas e acessório	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não	Dificuldade em preencher os relatórios médicos; muito burocrático o processo de inclusão e renovação para a retirada das insulinas.	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Gostaria de ressaltar a dificuldade de acesso via Município/Estado das insulinas análogas de ação lenta e ultra-rápida. Os processos são extremamente burocráticos. Os médicos têm dificuldade clara no preenchimento o que nos leva a idas e vindas na tentativa de protocolar o pedido. Outra dificuldade é encontrar endócrinos que realmente entendem do diabetes tipo 1. Já passamos por 4 na nossa jornada. Moramos no interior e o tto é na capital BH.	Gastamos muito na manutenção do tratamento, devido as dificuldades apresentadas acima. Sem mesmo ter os recursos para tal.	
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Acho desnecessario essa atualização pois ninguem toma insulina pq quer. Poderia acabar com essa burocracia.	Formulários complicados até para os médico. Os usuários tem q ficar anexando vários documentos e ainda correndo atrás para corrigir falhas.	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	É interessante haver um documento que identifique a pessoa com diabetes padrão.Uma carteira Nacional, com detalhes do tratamento, nomes e doses de Insulina, e o tipo	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não	Vejo a necessidade de desburocratização urgente !	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não	Vejo a necessidade de desburocratização urgente !	
05/09/2019	Paciente	Boa	Sim, EU gostaria de Incluir a receita medica para um prazo maior do que 3 meses porque nos que fazemos acompanhamento com os nossos endocrinologistas pelo SUS fica muito dificil as vezes nos voltarmos a cada 3 meses nelesE também gostaria de incluir também sobre a liberação das insulinas anagolas pelo município ou ate mesmo estadual que as vezes o município o estado tem para fornecer e não fornece nada a gente e a gente temos que tirar do nosso próprio bolso para comprar ou quando tem eles não querem fornecer nada a gente quer que a gente abre um monte de processoss vias judiciais ou adm e não liberam nada para a gente que precisam		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria de relatar minha indignação com a falta de comprometimento do SUS com os pacientes sua to a demora e burocracia para se adquirir as canetas de insulinas Lantus e Lispro. O paciente que faz o uso das insulinas necessita carregar suas insulinas onde forem, sendo necessário o uso dessas canetas pela condição do armazenamento. Para se entrar com o processo para adquirir pelo Sistema Único de Saúde, há uma burocracia e tempo que o diabético tipo 1 não pode passar, devido ao risco que se tem em deixar o controle glicêmico de lado. Creio que um laudo médico, com os exames comprobatórios, já seria o suficiente para o Sistema Único de Saúde se importar mais com os pacientes diabéticos tipo 1 e também os DM2 que hoje em dia é um dos maiores de causadores de doenças cardiovasculares.	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Dificuldade no acesso ao tratamento pelo SUS, dificuldade e burocracia para receber insumos e análogos insulinas quando tem pois falta constantemente, dificuldade dos profissionais da área da saude para fazer o dignostico que muitas vezes so é dignosticado quando ja esta em estado grave de cetoacidose.		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria de saber informações sobre demais tratamentos para DM1, os demais tratamentos mais avançados que já estão disponíveis em outros países.	
05/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, A alimentação é um aspecto do tratamento que precisa ter um padrão mais uniforme entre os profissionais da saúde, uma hipótese da baixa adesão a esse tratamento é a restrição alimentar ainda prática por vários profissionais da saúde,.o que dificulta a adesão, especialmente em adolescentes,		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não	Dificuldade de pegar antibiótico,ou remédio prescrito pelo médico. Sempre alegam que não tem o remédio.Não vou ao médico no sus,porém tenho família que vai e demora muito,exames,raio x, consultas. Tudo demorado. Se a pessoas estiver bem ruim,tem que pagar médico,pois a fila e a demora são muito	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Garantia de um tratamento seja realizado de forma que atenda a todos, com um acesso mais fácil aos insumos, medicamentos e atendimento especializado.	Atualmente no Rio Grande do Norte não temos acesso às insulinas de ação rápida (glulisina, aspart, listro) e prolongada (glargina) e os insumos. Há uma dificuldade no acesso ao atendimento especializado.	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	nao	
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Que a dispensação do medicamentos seja feita pela Unidade de saúde e não pela Atenção Básica	E o formulário muito complicado acha um endocrinologista para preencher dificultando muito para poder ter o medicamento	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não	O Estado precisa cuidar muito melhor de quem tem uma doença crônica. Com tanta falta dos produtos para o tratamento básico na saúde pública, fica ainda mais difícil manter o controle adequado.	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Regular	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Incluir menos burocracia!	Precisamos desburocratização urgente! O SUS não tem como disponibilizar endocrinologista para a atualização do cadastro!	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Não esquecer do tipo 2	Não	
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Vejo a dificuldade de obtenção dos insumos por pessoas que não podem comprar e as graves consequências para a saúde delas, trazendo danos muitas vezes irreversíveis.	
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2019	Paciente	Boa	Não	Muito demorada quando resolvido Judicialmente	
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	As entidades públicas deveriam contribuir mais para a melhoria do tratamento dos diabéticos , pois deixa muito a desejar e muitas pessoas passam dificuldades para ter os medicamentos .	
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não	
05/09/2019	Paciente	Boa	Não	Brejo Santo, Ceará. Assistência médica e insumos pelo SUS escassos.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
05/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Incluir protocolos o acesso a profissionais capacitados exemplo endocrinologista principalmente endocrinologista pediátricos, nutricionistas, Oftomologista ogistas, podólogos, psicólogos e outros profissionais.		
05/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Sou advogado e familiar de paciente com dm1, tenho ingressado com ações judiciais para forçar o estado a fornecer os medicamentos para tratamento da dm1, e mesmo os clientes conseguindo a liminar o estado vem negando fornecer o medicamento. Sempre está em falta, isto sem contar com a burocracia que o cidadão encontra.	Clique aqui
05/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
05/09/2019	Paciente	Boa	Não		
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		Não.
05/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		Insulina e insumos São vida do diabético, deveria ter mais respeito por parte dos governantes.
05/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		Gostaria que as insulinas análogas , fitas de glicemia,agulhas,seringas,fossem disponibilizadas pelos SUS, para termo uma qualidade de vida melhor com respeito a nossa saúde,que tenham médicos atualizados e humanizados q tenham como compromisso ajudar os pacientes DMS com melhor tratamento possível.
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		Falta de insumos

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Sim, horrível...feito apenas pra dificultar nosso acesso as insulinas..Meu filho tem 7 anos, e na primeira vez que o médico assinou colocou um número errado, meu filho ficará um mês sem receber o medicamento...Isso é super errado, pq ele já pegava antes a insulina...ou eles poderiam mandar a quantidade anterior, ou pedir pra corrigir a receita e mandarem em seguida pra ser fornecida..estou super chateada c isso...e outra coisa, um absurdo ter que provar que a criança tem diabetes de 3 em 3 meses...como se fosse se curar do nada.... absurdo e muito descaso da saúde pública...meu nome e Bárbara scarlat sou a mãe do Rhuan..diagnosticado com diabetes mellitus desde 1 ano e 3 meses...	
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Focar nas crianças	
06/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
06/09/2019	Paciente	Boa	Não		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Esta sendo muito difícil pegar a insulina pro meu filho diabetes tipo 1 burocrático uma renovação altamente desnecessária teve mês que veio a menos e não sabem me dar informação nenhuma não vem agulha o suficiente não consigo todos os insumos necessários A falta de informação dos profissionais que disponibilizam para entrega do mesmo é precária ou inexistente	É preciso informação principalmente nos UPAs e hospitais uma doença tão antiga e as enfermeiras não sabem sequer o local certo de furar o dedo de um paciente pra não machucar não sabem o que deve ser feito pra ajudar.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, [10:00, 06/09/2019] +55 14 99612-2826: Pessoal, peço que respondam e façam com atenção para melhorarmos o nosso acesso às insulinas, sendo aprovado este protocolo, dm1 ter a acesso às insulina análogas rápidas (novorapid) e de ação lenta (provavelmente basaglar ou lantus)... esse é nosso momento de expor os problemas[10:00, 06/09/2019] +55 14 99612-2826: É bem simples de responder, só precisar escrever no item 7[10:00, 06/09/2019] +55 14 99612-2826: Sugestão de resposta[10:00, 06/09/2019] +55 14 99612-2826: 7) Você Penso que pacientes recém diagnosticados serão melhores beneficiados se não existisse o critério ``Uso prévio de insulina NPH e insulina Regular por pelo menos três meses``. O uso de análogos de insulina é mais eficaz na prevenção de hipoglicemias noturnas do que o uso de NPH e Regular, como informa o estudo a seguir: http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/4911		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
06/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Desburocratizar o processo de recebimento das insulinas. Revisão do período para renovação de receitas e laudos, uma vez que diabetes não tem cura até o momento, não há necessidade de apresentar receitas e exames num prazo tão curto. Além disso, o SUS não oferece consultas com endocrinologista em tempo hábil. Protocolos muito extensos e complexos para preenchimento dos médicos. Isso tudo acaba inviabilizando o recebimento das insulinas e as mesmas estão perdendo a validade nos depósitos das farmácias do SUS.		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Muitas pessoas não tem condições de compra as insulinas , então o governo deva fornece para as pessoas .	
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
06/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Acredito que os pacientes que utilizam insulina terão melhor controle no tratamento com insulina análogas de ação rápida e prolongada, evitando picos de ação da insulina e correções de hiperglicemia mais precisas. Com o teste com nph prévio a introdução das análogas, pode retardar um tratamento mais adequado.		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, TEM QUE DIMINUIR A BUROCRACIA PARA TER ACESSO AS INSULINAS. NAO ADIANTA ESTAR DISPONIVEL NO SUS SE ELA NAO CHEGA A QUEM PRECISA. INFELIZMENTE DIABETES TIPO 1 NAO TEM CURA E PARA VIVER PRECISAM DA INSULINA ENTAO SE COMPROVADO UMA VEZ A NECESSIDADE DE USO, PRA QUE TER QUE RENOVAR A DOCUMENTAÇÃO EM CADA TRES MESES. SOU MAE DE UMA DIABETICA E DESDE QUE MUDOU O PROCESSO EU NAO CONSEGUI MAIS PEGAR A INSULINA QUE TENHO DIREITO. PORQUE? POR PAPELADA! PORQUE ELA ESTRAVIA!	PELO AMOR DE DEUS MUDEM ESSE METODO	
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Bomba de insulina, acredito que atualmente muitos	não	
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		Clique aqui
06/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Há uma demora na entrega das insulinas devido a burocracia, muitos papeis para preencher, e o prazo , a cada três meses. Sugiro criar um aplicativo com o cadastro do paciente, gerar uma senha de acesso , e nele atualizar as informações necessárias para a renovação desse processo.	Modernizar as farmácias, dando mais agilidade no atendimento, você vai em um estabelecimento comercial comum, escolhe o medicamento, o insumo, vai até um balcão , faz o registro e vai embora. Na pública fica uma eternidade na fila de entrega, tem que mudar o modelo.	
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Incluir:-Que a pessoa com diabetes precisa de uma alimentação saudável, o que NÃO inclui os alimentos diet`s. Sabemos que os alimentos diet`s são prejudiciais a saúde e com a contagem de carboidratos correta não é necessário ingerir esses tipos de alimentos.Sempre vemos pessoas com diabetes ou com filhos diabéticos encher o carrinho com péssimos alimentos achando que não tem problema porque são diet`s. Pois, na realidade, sabemos que costumam ter a mesma quantidade de carboidratos e altos níveis de gordura, e só interfere na curva glicêmica, o que podemos ajustar com o momento de aplicar a insulina.As pessoas devem saber o que é uma alimentação saudável e que diabético não precisa comer alimentos diet`s!!!- Se a criança tiver bons índices de glicada quando criança, contribui para uma vida adulta melhor!	Gostaria de solicitar ao Ministério da Saúde que intervisse nos preços dos insumos para o tratamento do diabetes (não sei se o imposto que é o problema...) As insulinas e as fitas são caríssimas. O Libre da Abbott também! E nem estou falando de bomba!Além disso, se o libre (medidor de glicose) fosse doado, seriam usadas menos fitas, o que para o atendimento público acabaria ficando mais barato. E evitaria muitos problemas futuros. Pois o libre mede de minuto em minuto.Quando faltam fitas para o glicosímetro nos postos de saúde, as pessoas economizam picadas ou não fazem, o que só prejudica e pode levar a cetoacidose, culminando em internação.	
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
06/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, SOLICITAR a inclusão das crianças DM1 menor de 2 anos de idade no documento acima citado, Ressalto que crianças diabéticas dessa faixa etária já fazem uso dessas medicações, Entretanto solicito que a partir dessa data as mesmas passem a receber de forma gratuita como manda a lei as insulinas LANTUS E APIDRA,entre outras, assim como todos os insumos apropriados para seu tratamento.	Sou mãe de uma criança diabética Dm1 gostaria que ela recebesse de forma gratuita sem demora as insulinas e insumos e o atendimento medico necessário.	
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, O governo precisa olhar mais para as pessoas com dm1 principalmente as nossas crianças tenho filho de 14 anos e com 11 anos descobriu a diabetes , não aqui em Uberlândia direto não tem fitas para o controle do destro. É mto difícil comprar .		
06/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	É de extrema urgência para o bem estar do diabético.mais facilidades e menos burocracia quanto ao preenchimento de formulários.a dificuldade de consultas por parte do sus.que é muito morosa .faz com que não consigamos tais formulários em tempo .pela demora nas marcações pelo susPela indisponibilidade por parte dos médicos em preencher tais papéis.causam muitos transtornos é falta frequente das insulinas	
06/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, inserir controle glicemico não apenas por meta de hba1c, mas por tempo no alvo. entre outras observações relatadas em documento anexo	documento anexo	Clique aqui
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Chegou no Brasil um dispositivo para cuidar de pessoas que tem Diabetes tipo 1, principalmente as crianças, esse produto se chama Import Advance, reduz bastante o número de picadas para aplicar insulina. Minha ideia era SUS disponibilizar esse produto urgentemente para tratar as crianças pequenas.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Com a distribuição gratuita de todos os insumos que são de direito dos portadores de DM1, o controle será melhor e uma vida digna com a doença controlada.		
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Tem que ir para atenção básica urgente.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Paciente	Ruim	Sim, Diminuir burocracia e repetir exames para pegar insulinas.	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
07/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aids, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Gostaria que a distribuição fosse para atenção básica e com menos burocracia.		
07/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	As insulinas disponíveis ao tratamento do DM1 pelo SUS possuem altas taxas de hipoglicemia moderada ou grave dificultando a adesão ao tratamento por conta de eventos adversos. Apesar de estudos randomizados mostrarem que a eficácia de insulinas humanas e basais análogas são semelhantes, na prática a incidência de hipoglicemia faz com que o paciente apresente eventos graves de hipoglicemia gerando internações agudas e comprometendo a adesão ao tratamento. Pensando em longo prazo, grande parte dos pacientes DM1 em uso de insulina humana tem um controle glicêmico insuficiente que resultará em desfechos crônicos micro e macrovasculares comprometendo a qualidade de vida dos pacientes, bem como impacto financeiro negativo ao SUS que arcará com o tratamento destes desfechos.	
07/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
07/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Em Brasília, não consigo consulta com endocrinologista. Muita burocracia pra pegar a insulina.	
07/09/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Em todos os itens		Clique aqui
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Muita burocracia Dificuldade de médicos para atender os pacientes Dificuldades em atualizar consulta de 3 em 3 meses! Exames desnecessários Liberação de apenas 30 agulhas, totalmente sem nexos, precisamos de mais agulhas.	
07/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Em São Luís, estamos muito triste, por terem acabado o centro de referência do diabético "CEMESP" muito difícil conseguir consulta com um endocrinologista.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Importância é não dificultar a distribuição de insumos a nós DM1, facilitando até sua distribuição e cadastro único e não se tem a necessidade de extensas de vários exames pedidos que se tornam indispensáveis ao DM1 e se tornam ao mesmo tempo evazivos e prejudiciais aos mesmos.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
07/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Que diminua a burocracia. Diabetes tipo 1 não tem cura, não tem porque ficar atualizando receita a cada 03 ou 06 meses. E que não seja negado o fornecimento porque o nome não está de acordo. A gente só quer a insulina (de ação rápida, seja Apidra, ou Lispro) e a de ação lenta.	Uma hora dizem que na receita não pode ter o nome comercial da insulina. Tem que levar outra receita. Aí, um dia você leva a receita com o nome genérico da insulina e te negam porque "além do nome genérico tem que ter /Apidra". É difícil de entender. Diabético tipo 1 não pode ficar sem insulina. Tem que desburocratizar.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Gostaria que não fosse necessário haver auditoria, e formulários médicos para pacientes diabético tipo 1, pois não a cura para essa doença, todos sabem da necessidade de controle.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Gostaria que não fosse necessário haver auditoria, e formulários médicos para pacientes diabético tipo 1, pois não a cura para essa doença, todos sabem da necessidade de controle.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Gostaria que aprofundadas mais os estudos sobre o diabetes mellitus tipo 1 B.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Não	Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.	
07/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
08/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerdade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)Fvisto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicídio C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerdade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)A visto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	Menas burocracia, e que vá para a tenção básica de saude, para que todos tenham acesso.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerdade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)A visto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicídio C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	Sugestão de ir para atenção basica para todos terem acesso.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerdade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)A visto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	Ir para atenção básica.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerperdade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)A visto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27		
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Ajudaria mt se os processos p conseguir a insulina fossem menos burocraticos.Poderia simplificar a papelada de entrada nos processos, mt papel e alguns médicos nem conseguem entender ou preencher corretamente. Ja aconteceu comigo, tive q voltar ao posto de saude umas 3 vezes p corrigir o preenchimento.A demora em atender as solicitações, isso deveria ser mais rapido tb.	
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
08/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Precisamos facilitar o acesso das insulinas, análogas ou não e aumentar a formação ata parentes, cuidadores e pacientes diabéticos.	A política bde dispensação de insumos não atende as necessidades dos diabéticos hoje.	
08/09/2019	Paciente	Boa	Não		
08/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
08/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual, com exame de hemoglobina glicada (mais rápido, barato, fácil e sem riscos) e oscilações de glicemia ao longo do dia. REVER PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam a glargina não necessitam retornar a NPH e só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor número de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas dúvidas.3) “Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;” sugiro metas gradativas. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, com ajustes bruscos na atv física, alimentação e monitoramento. A intenção é a educação em diabetes, não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pag. 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina. REVER página 135) No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 136) Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180</p>	gostaria que revessem os pontos que pontuei, sou mae de DM1 de 2 anos não temos como manter essa medicação em dia porque o custo e alto.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197) Item medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218) Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia. REVER PAGINA 229) “visto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610) “Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes. REVER PAGINA 2711) “A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27 também que libere inclua a lantus e Apidra e as agulhas e os insumo para crianças menores de 2 anos .q</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Monitoramento da neuropatia diabetica na prevencao de amputacoes de extremidade de membros inferiores		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não	<p>Certamente é necessário a participação efetiva de pessoas com diabetes e de seus familiares para recomendar e propor sugestões que realmente sejam reais e significativas no âmbito de Políticas Públicas voltadas para atender e tratar com humanidade o paciente diabético de forma a alcançar a todos por igual, com Segurança de Tratamento e Assistência Terapêutica com Inclusão de Tecnologias em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Para isso, fundamentando o presente texto na nossa realidade cotidiana que a mais de 11(onze) anos, estamos em busca de apoio, orientações e respeito, vemos como necessidade urgente a humanização de muitos médicos e outros profissionais que atuam na área da saúde principalmente os que atendem no setor público. Porque muitos desses profissionais atendem muito mal, o médico prescreve medicação que é disponibilizada pelo SUS, sem se importar se o medicamento prescrito vem suprir a necessidade de cuidar do paciente. Talvez, essa ação seja norma do sistema de saúde e/ou pode ser que o médico acredita que se prescrever um medicamento que não está na agenda do SUS ele pode vir a ser demitido. Na intenção de explicar essa assertiva sintetizo um pouco do nosso sofrimento em busca de amparo médico pelo SUS para segurança de tratamento da diabetes. Minha filha com apenas 5(cinco) anos de idade de uma hora para outra tem o diagnóstico de DM1 diabetes Mellitus Tipo 1. Foi uma virada de 360º (trezentos e sessenta graus nas nossas vidas). vale ressaltar que quando se recebe uma notícia dessa. tudo dentro da gente congela, e quando começamos a ingerir o fato é extremamente doloroso. Quem convive e</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>muito menos quem tem diabetes conseguem descrever o que passa diariamente. Precisei deixar o trabalho para cuidar da minha menina. Destaco ainda que para conseguir os insumos fornecido pelo Sistema Único de Saúde aqui no município precisamos acionar a justiça foi através de processo judicial. visto que, os insumos fornecidos pelo estavam maltratando a minha filha as agulhas enormes e grossas, pensa o sofrimento várias vezes por dia? “doí na alma”. Por isso, precisamos entrar com processo judicial para conseguirmos agulhas adequadas ao tratamento. Foram muitas idas e vidas no Ministério Público, Fórum e secretaria de saúde municipal. Passei a estudar muito por conta própria, buscar conhecimentos (só não temos o diploma de médica) mas, graças a Deus eu e a minha filha aprendemos muito juntas. Atualmente ela está com 16 (dezesesseis) anos. Ainda assim, na busca incessante por ajuda e sem condições financeiras para custear os gastos. enviei E-mail para a Associação Nacional de Atenção ao Diabético – ANAD pedindo ajuda, socorro. já havia tentado de tudo através do município. era muito doloroso presenciar enfermeiras despreparadas furando todo o braço da minha filha para conseguir pegar uma veia deixando-a toda roxa e o quadro glicêmico totalmente descontrolado com muitas oscilações. Felizmente temos o sistema único de saúde para ajudar. muitas das propostas e leis existentes são excelentes mas infelizmente em muitas cidades os direitos a saúde encontram-se apenas no papel. ANAD consegui contato com o centro de Diabetes e Endrocnología da Bahia – CEDEBA e lá fomos nós para o referido centro. que já estamos a quase 6(seis) anos enfrentando uma viagem cansativa,</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>desconfortável e tortuosa (bate e volta) 8h dentro de um micro-ônibus sem espaço para se mexer e 5h da tarde tem que está no ponto para mais 8h horas de retorno. Vale salientar que essa ação é chamada de TFD - Tratamento Fora do Domicílio. Mas que tratamento é esse???Passamos o dia todo no hospital descabelada, sem dinheiro para uma alimentação decente direito sem um lugar descente para descansar. saímos do nosso município as 20h e chegamos em salvador as 4h da madrugada. correndo inúmeros riscos, vamos direto para o CEDEBA. cansadas ficamos na fila aguardando o centro abrir as 7h (sem um lugar para nos recompor a aparência de quase 8 horas viajando). ficamos 3h aguardando na fila em um local sem acolhimento físico e humano. O CEDEBA atende pessoas da capital e de todo interior, pessoas que sofrem situações visíveis de vulnerabilidades que saem de lugares ainda mais distante. pessoas com vários tipos de deficiências. situações que nos deixam mais doentes ainda em ver tanto sofrimento. Nenhum ser humano merece viver tanto sofrimento.Retomando a fala anterior fundamentando o presente texto na nossa realidade cotidiana que a mais de 11(onze) anos, estamos em busca de apoio, orientações e respeito, vemos como necessidade urgente a humanização de muitos médicos e outros profissionais que atuam na área da saúde principalmente os que atendem no setor público. Porque muitos desses profissionais atendem muito mal, o médico prescreve medicação que é disponibilizada pelo SUS, sem se importar se o medicamento prescrito vem suprir a necessidade de cuidar do paciente.A minha filha durante todo esse tempo de CEDEBA não conseguia controle glicêmico. a médica</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>resistia em não mudar a insulina. ao invés disso ela aumentava as dosagens o que estava fazendo com que a minha filha inchasse, retendo líquido e engordando descontroladamente, adquirindo resistência a insulina. Diante dessa situação, mais uma vez, precisei pedir socorro. recorri a familiares e procuramos um endocrinologista particular que imediatamente analisou todos os exames já feitos, solicitou novos exames e constatou a urgência de mudar a insulina para uma mais eficaz que é também fornecida pelo SUS mais parece que por ter um custo um pouco maior o médico do SUS precisa deixar a paciente necessitar em último caso. Assim, precisei recorrer a justiça mais outra vez para receber a insulina. Visivelmente percebe-se uma grande mudança no tratamento. Por fim, percebemos que as leis de direitos a saúde foram criadas e existem no papel, muitos investimentos são ofertados pelo governo. E este está sempre divulgando esses investimentos Mas, infelizmente as pessoas que deveriam fazer esses benefícios cheguem a quem necessitam burocratizam, dificultam e até ocultam. O paciente com diabetes apresenta uma doença crônica. Ainda não encontraram a cura. Mas, muitos avanços, cuidados e tratamentos vem sendo criados. Porém o Sistema Único de Saúde ainda está bastante defasado com relação a esses benefícios. É preciso reavaliar, fiscalizar a Seguridade de Tratamento e Assistência Terapêutica com Inclusão de Tecnologias em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.</p>	
08/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Tenho dificuldade na hora de pegar insumos, pois as vezes estão em falta	
09/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
09/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
09/09/2019	Paciente	Boa	Não		
09/09/2019	Paciente	Regular	Sim, É muita burocracia pra conseguir pegar a insulina ultra rápida, muito lento o processos ter quantidade máxima de 5 Refis é um absurdo.		
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Não consegui insumos ainda pelo SUS. E já são 2 meses do diagnóstico	É muito difícil e burocrático o acesso aos insumos pelo gdf.	
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Não consigo mais pegar a insulina no hospital para o meu Filho. Tenho que comprar todo mês pois não dá pra ficar sem.	Burocracia desnecessária.	
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Acredito que a inclusão de insulinas análogas sem testes prévios evitará complicações no controle glicêmico dos pacientes.		
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Burocracia na entrega dos insumos. A insulina com agulhas são essenciais para o controle dos portadores de Dm1. O tratamento é muito caro e muitas vezes os pacientes não tem condições nenhuma de comprar os insumos. Sem a insulina, agulhas para aplicação, as fitas para medir a glicose o paciente pode ter graves consequências podendo chegar ao obito. Portanto, é essencial a entrega dos insumos logo após a prescrição médica.	Os dm1 aplicam insulina e medem a glicose no mínimo 6 vezes por dia. A minha filha às vezes é necessário medir mais vezes e aplicar insulina mais vezes.	
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não	A dificuldade em marcar consultas, os relatórios médicos que sempre vem faltando alguma coisa, a demora do atendimento, a falta de resposta do protocolo, já tem 6 meses que não consigo pegar as insulinas do meu filho.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
09/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Nao	
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Não	
09/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
09/09/2019	Interessado no tema	Boa	Não		
09/09/2019	Interessado no tema	Boa	Não	Gostaria de saber neste estudo qual a proporção de população negra afetada pelo DM e como vc estão tratando a questão da saúde da população negra e esclarecendo sobre este tema.	Clique aqui
09/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
09/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria de saber onde posso receber alguns insumos para o meu tratamento no meu estado, exemplo a insulina ultra rápida disponibilizada recentemente pelo SUS.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/09/2019	Paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoadicose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	<p>Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerpaldade. REVER página 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)A visto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/09/2019	Paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	<p>Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerpaldade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)Fvisto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27		
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, O acesso as insulinas análoga de ação rápida, e a basal de longa duração deveria ser para todos os pacientes DM1, com acesso mais fáceis para inclusão no programa e retirada dos insumos. os exames de retinopatia deveria ser incluídos após cinco anos de diagnóstico.	O critério da renda não poderia ser excludente, como acontece em alguns municípios como o de Anápolis.	
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Que os protocolos de saúde fossem mais modernos e acompanhassem a evolução das pesquisas científicas, com relação aos novos medicamentos e tecnologias. Para a cura e tratamentos terapêuticos.	
09/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	O USO DA BOMBA É MUITO EFICAZ SIM, POIS, DIMINUI MUITO A CHANCE DE HIPLOGLICEMIA, QUE É O MAIOR RISCO IMEDIATO PARA OS PORTADORES DE DM1	
09/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Critérios de Inclusão: solicitação de autoanticorpos específicos e peptídeo C compulsoriamente para pacientes adultos sem histórico de DM1 na infância/adolescência.	Se não houver critérios rigorosos para a diferenciação de um paciente com DM1 e outros tipos, os pacientes com CID E10 que já recebem análogos de insulina prolongada poderão ser facilmente incluídos como portadores de DM1. Na prática há muita confusão com o atual PCDT para o uso de análogo de insulina de ação rápida.	
09/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, documento em anexo	não	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
09/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, documento em anexo		Clique aqui
09/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, documento em anexo		Clique aqui
09/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, documento em anexo		Clique aqui
09/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, documento em anexo		Clique aqui
09/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Uso Free Style Libre , muito necessário ao meu dia a dia.		
09/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, SUS passar a disponibilizar Bomba de infusão de insulina		
09/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Não acho necessário o paciente necessitar estar usando a insulina NPH para passar a receber/utilizar as insulinas rápidas (novas), como a levemir. Já utilizo está insulina há cerca de 4 anos.		
09/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
09/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não		
10/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Paciente	Muito ruim	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Não		
10/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Regular	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Gostaria muito que fosse mais acessível para pegar porque hoje em dia aqui em Brasília eles colocam um monte de dificuldades , por exemplo em Águas Claras não tem posto então ninguém sabe informar onde pode pegar as fitinhas ou as insulina . Eles ficam te mandando de um posto para outro e nunca dão o que está na receita sempre a menos ou não tem .	
10/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não		
10/09/2019	Paciente	Regular	Sim, O item -11 - MONITORIZAÇÃO , deveria ser incluído a monitorização através do sistema continuo atualmente conhecido como FREESTYLE LIBRE do Laboratório Abbot, o sistema de saúde poderia e deveria incluir o fornecimento dos sensores deste sistema, pois, para DM1 50% do tratamento está atrelado ao conhecimento de como sua glicose se comporta.		
10/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/09/2019	Paciente	Regular	Não	Acredito que todos os diabeticos insulino dependentes deveriam ter acesso a melhores tratamentos, como as insulinas análogas, bombas de insulina e sensores de monitorização contínua da glicemia, mesmo não se enquadrando nos critérios pré estabelecidos.	
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Sou mãe de um jovem DM1	
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Paciente	Boa	Não		
10/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não	Facilitar a monitorização glicêmica melhora a qualidade de vida do indivíduo, além de melhorar o controle e reduzir assim as complicações do diabetes.	
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	sugiro considerar o monitoramento com sistema Libre, que promove um controle/monitoramento bastante mais acurado que a ponta de dedo.uma vez que o estado ja fornece as tiras para medição, a outra opção seriam os sensores	
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Não		
10/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Existem pessoas que não aderem ao tratamento e desperdicam medicamentos, insumos e tempo, comem e bebem muito e acham que é suficiente medir a glicose, por mais que o profissional oriente, não aceitam. Deveria haver mecanismo para que esses indivíduos fizessem o tratamento, como o acs fazer visita surpresa e inspecionar os alimentos.	Paciente deveria assinar termo de compromisso, assumindo os riscos da não adesão ao tratamento.	
10/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Gostaria que o libre fosse acessível para todos os brasileiros com diabetes, desfrutando do direito a ter qualidade de vida. Imprescindível para auto-estima de um cidadão com doença crônica.		
10/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Acredito que seria interessante facilitar o acesso de adultos ao uso da bomba de insulina pelo SUS, mesmo que ele não tenha complicações, pois quanto mais tivermos mantendo nossa saúde, menos gastamos em atendimento, internações e tratamento. E tem ainda o melhoramento da saúde emocional pois podemos ter mais disposição e saúde pra trabalhar e desenvolver nossa vida normalmente.	Facilitação de acesso a consulta com outros especialistas ligados a manutenção de nossa saúde.	
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	NÃO	
10/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
10/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
10/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
10/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Incluir o libre para os pacientes		
11/09/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Que este protocolo também possa ser cumprido pela Rede de Atenção Básica, pois é frequente a dificuldade e a demora de se iniciar o tratamento através da atenção especializada.	Não sei em relação aos outros estados, como se faz a distribuição das insulinas e insumos necessários. Mas aqui em Duque de Caxias, no Estado do Rio de Janeiro, onde atuo como enfermeiro em um programa de diabetes que atende a clientela infanto juvenil deste município de quase 1 milhão de habitantes, as dificuldades encontradas para aquisição das insulinas análogas vão além dos critérios estabelecidos no atual protocolo. Parece haver, deliberadamente, uma orientação para se dificultar ainda mais a distribuição, como por exemplo, uma pequena alteração na letra do médico, obriga o paciente ou seu responsável a remarcar uma nova consulta com o endocrinologista, para correção de alguma pequena falha no preenchimento das requisições ou prescrições. Se considerarmos que frequentemente há demora na agenda do médico, e que a distribuição é centralizada em um determinado local, quase sempre muito longe da residência do paciente, isso provoca variadas reações no usuário, especialmente psicológica, levando a uma baixa auto estima. Sem contar, a necessidade de ficar trocando de tipos diferentes das insulinas, o que também compromete o tratamento. Pois, quando é negada a insulina, por uma pequena falha, que poderia ser corrigida no local da distribuição, dependendo do local de tratamento do paciente, pode-se levar mais de 90 dias para se resolver novamente a documentação, de acordo com o que foi	
11/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
11/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Bom dia gostaria que o Brasil investisse em transplante de ilhotas pancreáticas, como é feito no reino unido, pois, a vida de uma criança dm1 é muito difícil além de ser um gasto praticamente eterno para o Estado. Acredito que um o investimento em transplante de ilhotas irá ajudar os pacientes e o estado a ter uma enorme economia em seus cofres.	
11/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
11/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Está excelente e é extremamente necessária para os pacientes.	
11/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
11/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	<p>Sou endocrinologista e trabalho no SUS, mas precisamente nos Ambulatórios de Especialidades da prefeitura de São Paulo. Vejo a necessidade de centros de referência, como sugerido no texto "acientes com DM1 devem ser atendidos e educados, preferencialmente, em CR ou SR pormédico especialista (endocrinologista) e equipe de saúde multiprofissional", já´quem muitas vezes os outros profissionais da equipe multidisciplinar não existem na unidade básica de saúde. A introdução dos análogos de ação rápida de insulina acrescentou ao tratamento do diabetes tipo 1, mas precisa-se também da disponibilidade de análogos de insulina de ação lenta. No início do protocolo de alto custo para que o paciente pegue a insulina, houve várias dificuldades na dispensação por parte das farmácias responsáveis. O preenchimento do formulário de alto custo toma bastante tempo do profissional que já tem pouco tempo para consulta. Desta forma, sugiro que o processo seja simplificado, de preferencia, retirando as insulinas análogas das farmácias de alto custo e as disponibilizando nas diversasa farmácias da rede que ja têm a insulina humana, com possibilidade de pegar com um receituário simples, mesmo que seja restrito à prescrição pelo endocrinologista. Essa seria uma forma para facilitar a prescrição, acesso e dispensação da insulina e também priorizar a prescrição pelo especialista médico ista mais capacitado para conduzir esses casos.</p>	
11/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
11/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
11/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
11/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	A burocracia para a retirada das insulinas análogas (tanto rápida quanto lenta) é muito grande, complica o acesso da população diabética ao medicamento.	
11/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
11/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
11/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
11/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Despreparo da equipe médica quanto ao preenchimento do formulário, a equipe responsável pelo recebimento da documentação do paciente por não saber ao certo o que deve ser cobrado ou não fazendo com que seja indeferido por falta de documentação. E por último a demora para sair o deferimento ou indeferimento da documentação		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
11/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não	<p>GOSTARÍAMOS DE PARABENIZAR A SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SDB, PELA GRANDE CONQUISTA. ESPERAMOS QUE ESSA GRANDIOSIDADE CHEGUE VERDADEIRAMENTE PARA O TRATAMENTO DE TODAS AS PESSOAS COM DIABETES NO BRASIL.TENDO EM VISTA, QUE VIVER DE ESPERANÇA É A REALIDADE QUE SUSTENTA O BRASILEIRO. UMA VEZ QUE, DIANTE DE TODAS AS NOSSAS LUTAS PODEMOS DIZER COMPROVADAMENTE QUE TODOS OS MÉDICOS QUE NOS ATENDEU PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. TIVERAM RESISTÊNCIA EM PRESCREVER UMA INSULINA MELHOR PARA O TRATAMENTO DA NOSSA FILHA. DIANTE DESSE FATO TEMOS UMA DÚVIDA: O MÉDICO QUE ATENDE PELO SUS É PROIBIDO DE PRESCREVER OUTRO TIPO DE INSULINA QUE NÃO SEJA NPH E REGULAR?DEVIDO AS CONSTANTES OSCILAÇÕES GLICÊMICAS, AO INVÉS DE MUDAR A INSULINA QUE NÃO ESTAVA DANDO BONS RESULTADOS ELES AUMENTAVAM A DOSE. OCASIONANDO ASSIM, CONSEQUÊNCIAS GRAVES.TIVEMOS QUE PEDIR AJUDA A FAMILIARES E PAGAR UM MÉDICO PARTICULAR. ALÉM DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO, O MÉDICO PARTICULAR PERCEBEU QUE SERIA NECESSÁRIO COM URGÊNCIA A MUDANÇA DA INSULINA. E A INSULINA PRESCRITA É FORNECIDA PELO SUS, MAS, PARA CONSEGUIRMOS TIVEMOS QUE RECORRER A JUSTIÇA. SÓ CONSEGUIMOS POR MEIO DE PROCESSO JUDICIAL. ISSO É TRISTE. VALE DESTACAR QUE PARA TUDO QUE RECEBEMOS PELO SUS, FOI PRECISO RECORRER A INTERVENÇÃO JUDICIAL. O QUE NOS DEIXA TRISTE E PREOCUPADOS É SABER QUE EXISTEM PESSOAS QUE NÃO TEM CONDIÇÕES E NEM SABEM COMO FAZER PARA</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
11/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	<p>CONSEGUIR. TENHO PRESENCIADO TANTAS SITUAÇÕES DE PARTIR O CORAÇÃO. FALTA O MINIMO ACOLHIMENTO, PESSOAS HUMANIZADAS E PREPARADAS PARA SOCORRER ADEQUADAMENTE. SE FAZ NECESSÁRIO E URGENTE MAIS CONSIDERAÇÃO E RESPEITO COM A PESSOA COM DIABETES. NÃO É SÓ FORNECER OS INSUMOS É SOBRETUDO, PROCURAR FORNECER MATERIAL QUE DIMINUA O SOFRIMENTO DE PESSOAS QUE PRECISA SE FURAR VÁRIAS VEZES POR DIA. FELIZMENTE JÁ EXISTEM INOVAÇÕES RELEVANTES, PORÉM SÓ PARA QUEM PODE PAGAR OBRIGADA PELA OPORTUNIDADE. QUE AS INOVAÇÕES CHEGUEM VERDADEIRAMENTE A TODOS QUE PRECISAM AMENIZADO OS SOFRIMENTOS.</p>	
12/09/2019	Paciente	Regular	<p>Sim, A questão da receita médica válida apenas por 3 meses, doença crônica na qual o medicamento é de uso contínuo e as consultas médicas acontecem a cada 6 meses, quando se tem vaga, isso dificulta a retirada do medicamento na farmácia do estado ou município. É necessário rever o tempo de uso da receita médica. Indico validade de 1 ano.</p>	<p>O uso de NPH por pelo menos 3 meses antes de usar as análogas, já foi comprovado que essa não é adequada para o tratamento da DM1. Como já indicado em parecer técnico do MS</p>	<p>Clique aqui</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/09/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Não concordo com a condição 1 para inclusão no processo de análogo de ação rápida: ter que usar insulina regular por 3 meses. Motivo: visto que é comprovado superioridade desempenho da ultra rápida para controle da glicada e estamos falando de uma população onde cerca de 80% está fora da meta como o próprio documento cita. Segundo Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes:Um aspecto a ser considerado quando se utiliza insulina regular é que ela demora em torno de 30 minutos para começar a agir, mas os pacientes tendem a aplicá-la na hora da refeição. Isso contribui para hiperglicemias pós-prandiais e hipoglicemias no período entre as refeições, pois a regular atingirá seu pico no horário em que a alimentação já foi metabolizada. Além disso, revisão baseada em evidências avaliou o uso da insulina aspartate em pacientes diabéticos e demonstrou o melhor controle glicêmico, sem aumento do risco de hipoglicemia e com maior flexibilidade na administração, quando comparando-a com insulina regular humana	Gostaria de sugerir que a distribuição das insulinas fosse realizada em farmácias junto aos ambulatórios onde o paciente já acompanha, pois isto facilitaria o acesso do paciente e reduziria parte da burocracia existente, permitindo melhora do tratamento.	
12/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
12/09/2019	Paciente	Boa	Não		
12/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/09/2019	Paciente	Boa	Sim, NÃO USAR INSULINA REGULAR NEM NPH NOS TRÊS PRIMEIROS MESES DE TRATAMENTO, E SIM, USO DE INSULINA ULTRARÁPIDA E ULTRALENTA.	Disponibilidade maior e mais fácil de bomba de insulina	
12/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/09/2019	Paciente	Muito boa	<p>Sim, Falando como Conselheiro Estadual de Saúde e principalmente como paciente de Diabetes Mellitus Tipo 1, há 43 anos, desde 1976, que já passou por todos os tratamentos de Diabetes disponíveis desde aquele ano, e que hoje sou de complicações severas como Retinopatia Diabética, Polineuropatia, Transplante Renal, Miocardiopatia Isquêmica Revascularizada, Necrose Óssea, e Osteoporose severa, porém de mente e razão lúcidas, julgo necessárias as seguintes considerações abaixo:1 - No item que se inicia à página 11 do PCDT, 4.1.1 - Critérios de inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida – sobre a obrigatoriedade do uso das insulinas NPH e Regular: devido as características farmacocinéticas da Insulina Regular em relação ao seu início, pico de ação e tempo de efeito, obrigam a aplicação com pelo menos 30 minutos de antecedência em esquema Basal/Bolus envolvendo contagem de Carboidratos. Nos tempos atuais com as condições de vida contemporâneas, é praticamente impossível tal procedimento. Sem contar o alto risco de hipoglicemias graves por conta da dificuldade de se combinar com as características farmacocinéticas da NPH, igualmente à anteriormente mencionada, quanto ao seu início, pico de ação e tempo de efeito, além da necessidade absoluta das múltiplas aplicações diárias, sendo o mínimo indicado o fracionamento em 3 aplicações/dia, devendo assim considerar o uso da Insulina Análoga de Ação Rápida como primeiro tratamento ao invés da Regular, principalmente no tocante às crianças e jovens em fase de desenvolvimento.2 – Novamente no item que se inicia à página 11 do PCDT, 4.1.1 - Critérios de inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida – Sobre Hipoglicemias Graves: Alguns pais/responsáveis tem o conhecimento das ações para a reversão das Hipoglicemias Graves, quer seja com o uso de Carboidratos de Ação Rápida, como açúcar ou mel, quer seja com o uso de Glucagen injetável, e não encontram a necessidade de se dirigir à emergência médica para o tratamento, ou talvez nem tenham tempo devido a distância física versus o risco de um possível coma</p>	<p>MUITO IMPORTANTE ESTE ITEM EM FALTA NO PCDT DISPENSAÇÃO não definição de uma regra legará a cada unidade da Federação a organização da forma de dispensação deste medicamento na atenção especializada.Isto além de dificultar e gerar desigualdades nas regras de acesso em cada estado, isto poderá obrigar o mesmo paciente deslocar-se pelo menos 02 vezes em datas até distintas, aumentando as dificuldades de acesso no que diz respeito a obrigar o paciente ausentar-se de suas atividades diárias para receber as insulinas em um local e o kit AMG em outro.Desta forma seria interessante padronizar a dispensação nas Unidades de Atenção Básica a exemplo do que ocorre hoje com as NPH e RegularTambém seria bastante importante que os formulários para dispensação das Insulinas fossem renovados a cada 06 meses ao invés de 03 meses, e isto eu digo pelo Estado de São Paulo de onde conheço o processo, Porque como disse anteriormente, não é todo município que têm Endocrinologista, e segundo porque, exceto pela rede particular/convênio não se consegue agendar consulta pública em tempo inferior a 6 meses, isso sem contar os cancelamentos de agendamentos que são bastante comuns.Ainda considero importante que exceto pelo primeiro formulário preenchido, todos os demais pudessem ser realizados por Clínicos Gerais, e não por Especialistas em Endocrinologia.Se houver interesse, estou a total disposição para explicar mais sobre os comentários, e para ajudar no que for necessário!</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>hipoglicêmico. Há inúmeros relatos desse tipo nas redes sociais. Quanto aos registros em softwares nem todos os usuários dispõem de computadores (muitos usam apenas celulares para acessar a Internet, além de não comportarem o download de glicosímetros), ou em muitos casos o Fabricante não disponibiliza softwares, e em outros casos ainda apenas as unidades básicas possuem o software específico que não é vendido ou disponibilizado ao usuários finais, e mesmo assim muitas não contam com esse recurso, por motivos diversos, colocando em forte condição de desigualdade os pacientes deste país continental em relação ao acesso ao tratamento. Assim, é necessário incluir como possibilidade de comprovação das hipoglicemias graves o que já está previsto no PCDT em relação ao item 11 – Monitorização, à página 36, permitindo a apresentação de registros das glicemias em tabelas como documento apto a comprovar a presença de hipoglicemia grave. Esta mesma sugestão vale para a comprovação de hipoglicemia grave como critério de inclusão para tratamento com análogo de ação prolongada à página 12.3 – No item 5.1. - Pacientes em uso prévio com insulina análoga à página 14, deveria haver um complemento bastante importante na seguinte forma: “Os pacientes que já fazem uso de insulina análoga, para serem incluídos neste protocolo para o tratamento com insulina análoga de ação rápida ou prolongada, deverão cumprir os critérios de manutenção do tratamento. [SEM A OBRIGATORIEDADE DE APRESENTAR RESULTADOS DE CONTROLE COMO HbA1c IGUAL OU MENOR AO RESULTADO ANTERIOR], pois principalmente a HbA1c é uma média dos últimos 90-120 dias, sofrendo forte influência dos resultados das glicemias reais dos últimos 30 Dias (50% do valor) [http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v45n1/07.pdf página 34 do artigo original, ou página 4 do PDF apresentado], e são consideráveis os fatores de alteração das glicemias e conseqüentemente da HbA1c, conforme descritos no site da SBD em [https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/hiperglicemia], que podem provocar desequilíbrio metabólico de</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>difícil controle, desqualificando o paciente a prosseguir o tratamento através do SUS, como se verifica amplamente não só em Unidades de Atenção Especializadas como em diversos relatos nos vários grupos de pacientes com Diabetes no Facebook. Sendo que o entendimento em parte dessas unidades é que “os resultados dos exames NÃO devem ser piorados”.4 – No item 5 - CASOS ESPECIAIS, com início à página 14, deveria ser incluso um item com a abordagem a possível condição de HIPERSENSIBILIDADE a algum tipo de insulina análoga. Apesar de não serem comuns é possível o desenvolvimento de reação a um ou outro tipo de insulina análoga, reduzindo ou eliminando o efeito esperado. Aqui deveria haver a possibilidade de substituição do análogo para além do apenas citado no item 4.3 - Critérios de Exclusão, à página 14. Na bula de todas as insulinas é possível ler referências a problemas de hipersensibilidade como no caso deste exemplo da bula da NovoRapid (Asparte) da Novo Nordisk publicada pela ANVISA no link [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=3820612014&pIdAnexo=2055451] à página 4 de 10 do documento no Item 8.5 – No item 6.2 Tratamento não farmacológico, à página 20 onde abre o parágrafo com: “As recomendações nutricionais (...)” seria um complemento importante acrescentar também acrescentar a publicação do Ministério da Saúde http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf, que trata da diversidade e disponibilidade dos alimentos ao longo território brasileiro, oferecendo deste modo o cuidado alimentar para o tratamento do diabetes e promoção da saúde para o conjunto social que envolve o paciente.6 – O item 9 - TEMPO DE TRATAMENTO - CRITÉRIOS DE INTERRUPÇÃO, me causa extrema preocupação.O PCDT em sua íntegra chama a atenção de que a o paciente deve participar da escolha e opção por determinada terapia de tratamento, conforme as peculiaridades de cada caso, e cito aqui o comentário que o renomado Endocrinologista Dr. Antonio Roberto Chacra faz que</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>“Diabetes Mellitus Tipo 1 caracteriza uma doença específica em que o sistema imunológico destrói as células produtoras de insulina, provocando consequentemente elevação da concentração de glicose no sangue..., mas que na verdade deveria se chamar Diabetes Tipo Carlos, Tipo João, Tipo Ana, Tipo Maria,..., tal a peculiaridade de cada organismo, e de cada pessoa como um todo.Temo que a redação deste item em particular não tenha sido elaborada por quem converse diariamente com pais de crianças e jovens, tão pouco diretamente com os jovens que sentem verdadeira revolta pela condição do diabetes, pelas dificuldades impostas pelo tratamento diário constante, pela exclusão social que muitos sofrem em grupos de amigos, escolas, pelo preconceito no ambiente de trabalho que muitas vezes negam oportunidade ao saberem do diagnóstico. Não há 01 dia sequer que não converse com alguém que lamenta profundamente a condição de sofrer com Diabetes, ou com alguma mãe ou pai que não sabe o que fazer para “colocar juízo” na cabeça dos filhos.À simples ameaça de retirar a terapia com análogos e “condenar” ao retrocesso do tratamento para a terapia com as Insulinas NPH e Regular, muitos certamente darão de ombros minando totalmente a possibilidade de um dia retomar o controle de suas vidas.Seria comparável a dizer que se a pessoa foi julgada e condenada à pena máxima brasileira, por conta do custo da manutenção desse recluso, é melhor destiná-lo à injeção letal. Sei que não temos pena de morte no Brasil.O que abordo aqui, é que em um país onde a educação básica é tão precária, mas tão precária que a grande maioria das escolas e livros estão sucateados, e as gerações que estão se tornando pais e mães agora na mais baixa das idades passaram pelo sistema de aprovação automática nas escolas, O QUE ESPERAR DA EFETIVIDADE DA EDUCAÇÃO EM DIABETES, onde você escuta uma pessoa que trabalha em uma Unidade Básica de Saúde dizer que o paciente DM1 jovem e extremamente obeso* aplica insulina demais e vai morrer com aquilo, vc se pergunta: “Quem estará preparado para orientar, multiplicar e reciclar os</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>profissionais de saúde que atendem o grosso da população, para preparar essa mesma população com Diabetes para se tratar corretamente?” É de conhecimento deste órgão, que neste estado de São Paulo, há vários municípios que sequer possuem endocrinologistas?!! Isto porque falamos de São Paulo, investiguem outros estados. Em alguns certamente será mais simples e rápido contar quantos municípios têm Endocrinologistas. Por que antes de impor um TEMPO DE TRATAMENTO, não há uma preocupação com o preparo dos profissionais de saúde? Por que não se consulta a ADJ – Diabetes Brasil, Associação de Diabetes ativa desde 1980 e experiente no tema Educação para isso? Eu mesmo evolui meu tratamento de Diabetes desde as Insulinas NPH bovinas, passando inclusive por todas as insulinas da nossa Biobrás, até as atuais NPH Humanas Sintéticas, por todas as espécies de Insulinas Análogas Lentas e Rápidas, da Detemir, das Insulinas Mix, da Glargina, da Degludeca, sem que nenhuma me oferecesse controle satisfatório me levando a todas as complicações relatadas no parágrafo de abertura deste relato. Minhas HbA1c, desde que o método de análise foi desenvolvido, nunca foram inferiores a 8%. Apenas consegui estabilizar meus controles e ganhar qualidade de vida após aderir a terapia de tratamento com bomba de infusão contínua de insulina. Desde 2016 quando iniciei, a variação de minha HbA1c varia entre 5,9% e 6,5%, não mais do que isso. Se eu houvesse participado desta regra que está sendo colocada sob Consulta Pública, certamente eu não a estaria respondendo, e assim como eu há uma infinidade de casos. *Após o meu atendimento chamei o “garoto obeso” de nome Adriano, 16 anos acompanhado de sua mãe, de origem humilde, conversei com eles, expliquei melhor a situação e dei o endereço do Centro de Diabetes, pedindo que fossem a UBS Santa Cruz solicitar a Inscrição no Centro de Diabetes da UNIFESP através do sistema CROSS.7 - No Apêndice 3 - ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA à página 77, em COMO PREPARAR INSULINA, é fundamental ACRESCENTAR um esquema similar, com o uso de uma CANETA DE INSULINA, que será a forma de dispensação</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			das análogas.		
12/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Eu como mãe de uma adolescente com DM1 relato as inúmeras dificuldades que venho enfrentando ao longo de 11 anos de tratamento.Falta de médico especialistaFalta de insumos e insulinasExcesso de burocracia com formulário que são sempre devolvidosSentenças Judiciais que não são cumpridasDificuldade de em conseguir relatório médico para processos judiciais.Risco de vida por tratamento interrompido devido falta de insumos e insulinas	Este formulário para conseguir as insulinas de ação rápida e Glargina tem que ser fornecida de uma outra maneira mais acessível. O processo tem que ser modificado pois muitos estão sendo prejudicados.	
12/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/09/2019	Paciente	Ruim	Sim, Gostaria que a realização do processo para adquirir as insulinas e insumos para o tratamento, fosse menos burocrática e mais acessível à população carente. Pessoas sem instruções básicas de estudo, não conseguem ter acesso à educação ao diabetes e não conseguem realizar um tratamento correto, devido a falta de instruções.	Todos os diabéticos deveriam ter acesso aos novas tecnologias e avanços para melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Essas novas tecnologias estão cada dia mais longe do alcance das pessoas carentes!	
12/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria que fosse retirada a exigência de uso de insulina NPH/regular por 3 meses. Dependendo do caso, nós médicos não indicamos o uso destas insulinas devido ao risco de hipoglicemia, gostaríamos de já poder iniciar o tratamento com insulinas análogas (principalmente em crianças menores).Sugiro flexibilizar mais os critérios de manutenção, com uma hemoglobins glicada menos baixa, algumas crianças só conseguiriam atingir tal meta às custas de muitas hipoglicemias, o que seria perigoso para elas.		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Sugiro liberação de análogos desde o início do diagnóstico para todos os pacientes diabéticos		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Boa	Sim, A atualização do protocolo para inclusão das insulinas análogas foi de grande importância e utilidade a todos que possuem diabetes melitus tipo 1 como eu, pois elas tem uma ação mais fisiológica e o resultado no controle glicêmico é muito palpável. Como uso das insulinas anteriores, eu e muitas pessoas que conheço, tinham picos de glicemia, inclusive apresentei por várias vezes hipoglicemias graves em função da ação dessas insulinas, então a mudança no protocolo foi de grande benefício à população diabética bem como a saúde pública. Porém apesar de aprovada a insulina análoga de ação rápida, novorapid, ela ainda não está chegando até nós pacientes pois o processo está muito centralizado e burocrático. Eu gostaria de poder retirar essas insulinas no mesmo posto de saúde próximo a minha casa no qual recebo as fitas de medição da glicose. Isso facilitaria muito o acesso.	Sim. O procedimento de precisar requerer que o médico preencha o formulário de dispensação a cada 3 meses é também um fator muito limitante pois o tratamento do diabetes tipo 1 é contínuo e a necessidade de insumo e da insulina não muda nesse tempo e não é uma necessidade ir ao médico a cada 3 meses. Tenho diabetes tipo 1 há 26 anos e acredito que esse poderia ser um protocolo anual, no máximo semestral. Outro ponto de inclusão ao protocolo de diretrizes do dm1, é o tempo no alvo versus hemoglobina glicada. Muitos estudos hoje mostram que o tempo no alvo (podendo ser obtido através de sensores de glicose), é a métrica mais segura para evitar complicações futuras.	
13/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Havendo a possibilidade de utilizar insulina ultrarrápida em crianças, a insulina regular deve ser evitada pelo alto risco de hipoglicemia.		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Ótima iniciativa. melhora sobretudo a qualidade de vida de pessoas com DM 1.	
13/09/2019	Paciente	Boa	Não	Aqui na cidade não consigo receber nada, dei entrada na Dires solicitando ao Cedeba as insulinas e até o momento nada, já avisaram que não receberei as agulhas apenas as canetas se receber. Será ótimo quando funcionar realmente essa distribuição.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	<p>Sim, 1. A penalidade para o paciente que não se cuida é deixar de receber da insulina. Porém o governo constantemente deixa de fornecer insumos como tiras, seringas, insulinas, lancetas, medicamentos antidiabeticos, entre outros insumos inclusive os judiciais. Sem medicamentos ou insumos o paciente não consegue cuidar e manter sua saude. Alem disso, pacientes diabeticos tem a imunidade comprometida ficando maia suctiveis a outras doencas e isto leva a alteração glicemia e resultados de Glicada alterados. O SUS não fornece médico especialista a cada três meses por não ter vaga para todos. Não tem vaga de dentista especializado, oftalmologista especialista em retina, nutricionista, entre outros profissionais capacitados para acompanhar os pacientes. Inclusive com capacitação e cursos técnicos para educar e ensinar a população se cuidar. A dificuldade criada para o acesso à insulina análogas também dificulta o autocuidado. Médicos não conseguem preencher a documentação, o governo não consegue atender a todos a tempo hábil. Este protocolo apesar de ter vários aspectos positivos como a inclusão das insulinas análogas tanto a bolus como a basal na apresentação de canetas descartaveis, assim como agulhas para aplicação das insulinas. Em relação a inclusão de novas tecnologias para medição e acompanhamento da glicemia também poderiam ser analisados. Como a SICI e o Freestyle Libre. Para pacientes que não se adaptaram com uso de seringas ou canetas e aferição da glicemia mais constantes o uso da SICI e do Freestyle Libre auxiliam muito. Principalmente porque o Freestyle Libre permite a observação da seta tendência glicemia que os glicosímetros atuais não mostram.</p>	Inclusão da SICI e outras tecnologias que permitam a monitorização constante da glicemia como o Freestyle Libre. Consultas com especialistas mais vezes, nutricionistas, oftalmologista especialista em retina, cardiologista, entre outros profissionais que o paciente necessita consulta e não consegue em tempo hábil!	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Secretaria Estadual de Saúde	Muito boa	<p>Sim, pág 11 item 4.1.1 - critério de inclusão para tratamento com insulina análoga de ação rápida: incluir a exceção: " uso prévio de insulina NPH e regular por pelo menos 3 meses, exceto em crianças (até 12 anos e 11 meses e 29 dias) e pacientes usuários prévios de insulinas análogas em programas vinculados ao SUS (entrando nos casos especiais)pag 12 item 4.1.2 critério de inclusão para tratamento com insulina análoga de prolongada: incluir a exceção: " uso prévio de insulina NPH e análogo ultrarrápido por pelo menos 3 meses, exceto em crianças (até 12 anos e 11 meses e 29 dias) e pacientes usuários prévios de insulinas análogas em programas vinculados ao SUS. (entrando nos casos especiais)pag 13 item 4.2 - critérios de manutenção do tratamento com insulina análoga de ação rápida e prolongada: exigir que a quantidade de refis da insulina prolongada não seja superior a 60% da quantidade total de refis de insulinas análogas (prolongada + rápida), respeitando a relação basal/bolus recomendada.pag 14 item 5.2: Adultos com diagnóstico de diabetes auto-imune (LADA): incluir anti GAD (anti descarboxilase do ácido glutâmico) como possibilidade de exame.pag 17 item 5.4: Lactantes e Lactentes: O item corresponde somente à lactantes e aos lactentes filhos de mães com DM1. Sugerimos um item somente para Lactentes com Diabetes pelas suas peculiaridades.Pag 36 item 11 - incluir monitorização contínua de glicose (sistema flash).Pag 50 - Sintetizar o termo de esclarecimento e responsabilidade para que a impressão seja em folha única ou substituí-lo pelo certificado de participação de grupo educativo em insulinas análogas em serviço de referência.</p>	<p>Sim, sugerimos incluir no programa de dispensação a opção de refis, uma vez que existem pacientes que necessitam de dose de 0,5UI e, dessa forma, possibilitaria o uso em canetas com essa graduação. Outro aspecto é que consideramos insuficiente, para um número considerável de pacientes, o limite máximo de 5 refis de análogo de ação rápida.</p>	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria de falar que acho um absurdo limitar a entrega das canetas de insulina por faixa etária de idade, pois todos somos dependentes do mesmo médico e compartilhamos da mesma angústia e preocupação para um tratamento melhor. No meu município eu Não sou capaz de receber pois N tenho menos que 15 anos e nem mais que 60,sendo que a maioria dos diabéticos que conhece também não fazem parte dessa faixa etária e por isso é um absurdo, pois todos deveriam receber	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Gostaria além de poder retirar medicações no posto mais próximo a mim de também não sofrer mais com faltas de insulinas e tudo mais e também com relação ao aparelho Injex fornecido pelo governo, pois recebi a informação que o mesmo foi bloqueado pela Anvisa, gostaria então de uma regularização urgente.		
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Análogos no posto de saúde poderiam ter evitado minha perda de visão e aposentadoria		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Excluir a necessidade de refeição de exames a cada 3 meses para continuar a retirada de insulina no SUS, levando em conta que o Diabetes Mellitus 1 é uma doença crônica, sem cura, que acompanhará o paciente durante toda a vida.	Facilitar os processos para diminuir a burocracia e dar acesso mais rápido ao medicamento é um ponto importante.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Se os medicamentos fossem disponibilizados nos postos de saúde, seria de muita ajuda, pois a vida de um diabético já é difícil. Fazendo isso pode-se melhorar alguns sintomas de ansiedade nos pacientes.	
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	O uso de bomba de Insulina pode melhorar a adesão ao tratamento e poderia ser incluído no PCDT em algumas situações específicas como crianças muito pequenas, fenômeno do amanhecer, trabalhadores de turno dentre outras	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Embora o fornecimento esteja ocorrendo, muitos pacientes têm dificuldades de conseguir receita médica a cada 03 meses para retirada de novos insumos. Deve se criar algum outro mecanismo de distribuição que não prejudique quem não tem acesso fácil a novas consultas.E tem muito médico que não preenche corretamente toda documentação que acaba por impedir novas retiradas.		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	SOU DM TIPO LADA - NÓS PRECISAMOS MUITO DE INFORMAÇÃO E DE MAIS AUXÍLIO NO TRATAMENTO QUANTO À AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS. PRINCIPALMENTE QUEM TOMA INSULINA.	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Muito boa	<p>Sim, O protocolo atualizado está muito bem feito. Mas ele precisa ajudar as Secretarias de Saúde em alguns aspectos. Primeiro de tudo, padronizar o LME, formulário de preenchimento para que as pessoas tenham acesso aos medicamentos. Este LME precisa ser menos burocrático e mais rápido de ser preenchido. Este protocolo deve orientar as Secretarias de Saúde para que não obriguem as pessoas a atualizarem a receita a cada três meses. As pessoas não têm como ir aos médicos a cada três meses para atualizar a receita. É inviável. Por isso, o Ministério precisa orientar as Secretarias a pedir a receita nova a cada seis meses. Outro aspecto importante, durante reunião com o Departamento de Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo, os colaboradores da Secretaria de Saúde disseram que não há endocrinologistas em todos os municípios brasileiros. Como podemos resolver esta questão? O Ministério da Saúde vai obrigar todos os municípios a terem um endocrinologista ao menos? Ou vai deixar que as pessoas tenham acesso às insulinas na Atenção Básica? Outro dado importante, sabemos que em muitos municípios há uma fila de espera para ser atendido por um endocrinologista que passa de três meses. Como resolver esta questão? Precisamos ajudar as pessoas a terem acesso às insulinas análogas rápidas e depois às insulinas análogas prolongadas para que diminuam a incidência de complicações do diabetes. Facilidade de acesso é o principal fator para ajudar as pessoas a terem o tratamento adequado.</p>	<p>Com relação à monitorização, a Sociedade Brasileira de Diabetes publicou sua manifestação sobre o tempo no alvo que a pessoa com diabetes precisa ter para não resultar em complicações do diabetes! O que é Tempo no Alvo? Geralmente é definido pelo médico entre 70 mg/dL e 180 mg/dL. Os resultados abaixo desse intervalo são considerados hipoglicemia, e os resultados acima são considerados hiperglicemia. Manter sua glicose sempre dentro desse intervalo é fundamental, pois garante o melhor controle glicêmico para o seu tratamento. Estudos comprovam que quanto mais tempo dentro do alvo, as chances de complicações no diabetes, como doenças renais ou oculares, diminuem significativamente. Além disso, um aumento de 10% no tempo dentro do alvo pode resultar na diminuição de aproximadamente 0,5% no índice de hemoglobina glicada. Veja o posicionamento da SBD aqui: https://www.diabetes.org.br/publico/palavra-da-presidente/1950-sbd-chancela-o-consenso-de-tempo-no-alvo-time-in-range-tir</p>	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	<p>Sim, CONTRIBUIÇÃO À CONSULTA PÚBLICA N º 51ADJ Diabetes BrasilEste documento é a contribuição à Consulta Pública nº 51 da CONITEC (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Tipo da Associação ADJ – Diabetes Brasil). As contribuições estão descritas abaixo de acordo com o relatório de recomendação da CONITEC publicado em 28/08/2019.Como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos, que visam garantir o melhor cuidado de saúde e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde, o nosso interesse é em melhorar a qualidade de vida das pessoas com diabetes e garantir o direito ao melhor controle glicêmico das pessoas com diabetes tipo 1 e que permita a melhor utilização dos recursos disponíveis e a capacitação dos profissionais da saúde pública.O diabetes é uma doença que afeta 16 milhões de pessoas com diabetes no Brasil (Dados da Organização Mundial a Saúde), provocando mais de 54.877 mortes em 2010 e chegando a 61.398 no ano de 2016, havendo um crescimento de 12%, segundo os dados do Ministério da Saúde de 2018. De acordo com um estudo da Universidade de São Paulo de 2014, 77% das pessoas com diabetes tipo 2 não aderem ao tratamento, por inúmeras razões, entre elas falta de acesso aos medicamentos e insumos adequados, dificuldade de atendimento a profissionais de saúde capacitados em diabetes, falta de acesso a educação em diabetes e de motivação para realização do tratamento. O tratamento da pessoa com diabetes tipo 1 inclui a educação dos pacientes e familiares para o autocuidado, envolvendo processos de educação sobre: alimentação saudável, contagem de carboidratos, prática de exercícios, identificação e tratamento da hipoglicemia, administração de insulina, insulinoterapia intensiva e automonitorização da glicemia.Com base no relatório, publicado pela Conitec, com a atualização do protocolo de diabetes tipo 1, a ADJ aprova, mas faz algumas ressalvas importantes. As associações de diabetes brasileiras, vinculadas à ADJ, têm ouvido de seus associados muitas reclamações a respeito da dificuldade de acesso às insulinas análogas de ação rápida,</p>	<p>A ADJ indica leitura do Consenso da Glicemia de Tempo no Alvo, para o não desenvolvimento de complicações do diabetes. Foi publicado pela Sociedade Brasileira de Diabetes. Acesse: https://www.diabetes.org.br/publico/palavra-da-presidente/1950-sbd-chancela-o-consenso-de-tempo-no-alvo-time-in-range-tirIndicamos inserir este consenso no Protocolo.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Minha filha precisa de insulina	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	As demandas judiciais só aumentam. Se ha medicamentos mais eficazes para o controle da doença mão há razão para não incorporação. Haveria uma diminuição nas complicações da doença e, conseqüentemente menos custos para o atendimento na area da saude	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	<p>Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerdade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)A visto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	<p>Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerpaldade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)Fvisto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	<p>Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatoria anteriormente antes de entrar na puperdade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item especifico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)Avisto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves”. A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	<p>Sim, 1) Pacientes dm1 não devem realizar o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG). Corre o grande risco de cetoacidose ou coma desnecessário, pois o dm1 pode ser comprovado com um glicosímetro individual e oscilações de glicemia ao longo do dia, ou exame de hemoglobina glicada ou exame pepicid C, . Revisar PAGINA 9, primeiro parágrafo.2) Critérios de inclusão para o tratamento, tanto a insulina prolongada quanto a UR, deveria ser inserido um critério para os pacientes que já estão em uso do medicamento nos últimos 6 meses, permanecer com este tratamento. (deixar claro que pacientes que já utilizam análogos de insulina ação prolongada não necessitam retornar a NPH para só depois de atender aos critérios, migrar para a insulina de ação prolongada). Cuidado para não haver dúvidas, principalmente para Estados e municípios mais distantes ou com menor numero de endócrino que possa refazer laudos ou sanar essas duvidas.3) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c;" sugiro metas gradativas conforme exame de hemoglobina glicada. Caso o paciente esteja perto da meta, atingir a redução de 0,5% se torna muito mais difícil, e inviável, ja que ele está proximo de sua meta. A intenção é a educação em diabetes, e não a exclusão dos pacientes ao tratamento. Saliento ainda que na pag. 25 o texto informa que um estudo apresentou leve melhora de 0,1%. Na pagina 30 mostrou que o uso de SICI se associou com redução discreta na HbA1c (em torno de 0,3%). Logo, não podemos engessar para 0,5% em 6 meses. E em casos do não atingimento das metas glicemicas, este paciente entre numa revisão geral do seu tratamento com equipe multidisciplinar para identificar onde pode estar havendo o problema e buscar a solução e não exclusão do paciente. REVER PAGINA 134) Sugiro acrescentar um critério mais brando para os pacientes que estão entrando na puberdade. Os picos hormonais fazem alterações glicêmicas que podem ocasionar aumentos de hemoglobina, além do que nesta fase na grande maioria dos casos o fator psicologico do adolescente interfere muito, causando em alguns casos aumento da glicada e</p>	<p>Os protocolos devem ser repassados aos Estados e municípios para não haver divergências, pois aqui em nosso município temos a inconstitucionalidade de entrega de insulina em relação a renda familiar, o que não ocorre nos demais programas, como dst, aidis, hanseníase, pressão alta etcRetirar a insulina Nph e regular para DM 1, pois já sabemos que o pâncreas não produz insulina, então necessita de estabilidade glicêmica o que estas duas insulinas não fornecem.Hoje a Burocracia para dar entrada e continuar é gigante, não há necessidade de tanto formulários.Consultas a cada três meses honera o sistema além da dificuldade do médico preencher e encontrar endocrinologista.Exames desnecessários, em duplicidade, e absurdo fazer exame de curva glicêmica, a não ser no início do diagnóstico.Poucas agulhas, para a quantidade de aplicação, pois tenho que tomar insulina sempre após qualquer refeição.Sugiro que vá para a Atenção Básica, e retire toda esta burocracia, nós DM 1 já sabemos da importância do controle da Diabetes.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>neste mesmo caso pode-se rever que o paciente tinha uma glicada satisfatória anteriormente antes de entrar na puerdade. REVER pagina 135)No item 4.2 “Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas” deve ser descrito um item específico para adolescentes. REVER página 13 6)Na Tabela 1: Objetivos glicêmicos para pessoas com DM1, sugiro revisão pois pacientes sem uso de medidores contínuos não realizam diversas pontas de dedo ao longo do dia. Uma glicemia pos prandial em 180 que dure ate a próxima refeição causara uma hemoglobina glicada superior a 7,5% REVER PAGINA 197)Em medicamentos... medicamentos hipoglicemiantes orais não são recomendados”. Rever os artigos mais atuais e é sabido que médicos vem utilizando associação de medicamentos para casos específicos. REVER PAGINA 218)Terceiro paragrafo, pag. 22: com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias, (é consenso que quanto mais correções, melhores controles glicêmicos – desde que se conheça a insulina ativa momentânea). Assim sugiro rever e não definir 3 a 4, pois as doses podem ser as vezes bem mais do que 4 aplicações ao longo do dia, pois como sabemos dm1 deve tomar insulina sempre após a ingestão de qualquer alimento. REVER PAGINA 229)A visto a similaridade de efeitos entre a lispro, asparte e glulisina identificada nos estudos relatados”, não foi apresentado estudo desta similitude. No paragrafo anterior foi comparada as 3 insulinas quanto ao potencial imunogenicidade, em substituição ao uso da insulina regular. Não foi apresentado artigo comprovando a similaridade no controle glicêmico, resistência insulínica, etc. assim, essa afirmação tornou-se errônea. REVER PAGINA 2610)Para a comparação de insulina glargina versus detemir foram consideradas três RS, nas quais não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa na redução dos níveis de HbA1c”. atualmente é sabido que o bom tratamento não consiste apenas em numero da HBA1c, mas tempo no alvo. Assim, essa afirmação torna-se ultrapassada, sendo necessário incorporar estudos mais recentes.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			REVER PAGINA 2711)A taxa de eventos adversos graves foi menor para insulina degludeca do que para glargina, mas não houve diferença entre as insulinas em relação ao risco de mortalidade total e de eventos cardiovasculares graves". A afirmação de que não houve risco de mortalidade e eventos cardiovasculares não deve ser devido ao curto período da pesquisa? A afirmação anterior menor eventos adversos não seria uma indicação para acrescentar essa insulina ao protocolo? Rever pagina 27		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Muito bom poder contar com insulinas mais atualizada para que tenhamos melhor controle e ter mais chance de um futuro! Entretanto seria bom que pudéssemos pregar essas insulinas nos postos de saúde assim como as tiras de verificar a glicemia!		
13/09/2019	Paciente	Boa	Não	Hoje na minha cidade não tem a distribuição das insulinas análogas ultrarapida e de longa duração. Desta maneira dependo de ajuda familiar para consegui um melhor tratamento. Deveria ser disponibilizado a todos, além de ser feito um melhor acompanhamento dos pacientes para evitar danos.	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, A dificuldade para renovar cadastro a cada 3 meses como se diabetes fosse uma gripe que logo passa. Temos filhos dm1 e até onde eu saiba, não tem cura.	A quantidade de canetas que são limitadas por pessoa, ou seja, aqui o máximo de canetas são de 5 unid por pessoa. No caso minha filha é usuária de bomba de infusão..5 canetas não dar para o mês. Se quisermos manter nossos filhos vivos e saudáveis temos que comprar ou pedir doações. Outra questão é a exigência da hemoglobina glicada abaixo de 8.0. Explique como podemos oferecer um tratamento adequado a um diabético, se não temos recursos, nem suporte da secretaria de saúde, que só piora com tantas burocracias?	
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Quanto ao ponto de corte para recebimento dos insumos em relação ao valor da Hemoglobina glicada. Tenho diabetes tipo 1 há 47 anos e acho como paciente que a dinâmica da doença precisa de ajustes constantes, de um olhar atencioso tanto do paciente quanto dos profissionais que lhe dão assistência e quando os resultados estão fora da meta o maior prejudicado é o paciente pelas possíveis complicações que podem surgir então cabe a equipe por todos os meios fazer retornar o paciente a meta e não punindo-o retirando o tratamento que pode ajudá-lo a ter um futuro com qualidade de vida.	Eu compro meus medicamentos, uso inclusive o sensor FreeStyle Libre que é uma das tecnologias que junto com o tratamento medicamentoso necessário e a educação em diabetes contribuem para um futuro sem complicações.	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Na minha opinião, acho que o diabético deveria ser tratado com mais respeito e seriedade. Uma vez que burocratizam tanto o acesso ao tratamento só pioram a situação.		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que as insulinas análogas fossem dsitribuidas nos postos de saúde, que, geralmente, ficam mais perto da residência de cada um.	Que sejam incorporadas as insulinas análogas lentas.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Sim quero manifestar o difícil de conseguir a insulina e o caro que fica o tratamento e a dificuldade que temos para continuarlo	O atendimento é muito precário para os pacientes diabéticos , nos posts e hospitais as pessoas têm pouco conhecimento das gravidades que um errado diagnóstico que pode colocarmos em risco de morte ou causarnos sequelas muito graves	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	A melhor maneira de distribuição dessa insulina é pela unidade de atendimento básico de saúde	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Interessado no tema	Boa	Não	A insulina deveria ser disponibilizada na unidade de saúde básica. Isso facilitaria muito a vida dos dependentes e seus responsáveis, por conta da acessibilidade.	
13/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Como mãe de uma criança DM1, sei da importância da atualização do protocolo de atendimento e da inclusão das insulinas análogas no SUS. Precisamos melhorar o protocolo de distribuição pois está sendo muito complicada a retirada pela Rio Farmes. Precisamos disponibilizar dentro do próprio município para facilitar o acesso	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Precisamos receber essas insulinas de modo mais SIMPLES, como por exemplo retirar na farmácia popular e a INCLUSÃO da insulina análoga lenta	Sim há mais de um ano só consigo NPH, meu filho esta tendo MUITA hipoglicemia, preciso da insulina lenta GLARGINA ou similar, a análoga rápida eu compro desde janeiro, pois até agora nem por processo e nem por laudo consigo receber, o processo para receber precisa ser mais simples, gastamos muito com passagens e chegamos no local NÃO tem os insumos.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso.	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, "A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso."	vai ajudar muitas pessoas a terem um tratamento digno e de melhor qualidade	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso.	
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Quero manifestar minha indignação pois quem não tem dinheiro para comprar as insulinas tem que parar o tratamento e isto só vem a agravar a condição do diabetico	Sim a falta de conscientização dos governos pois a prevenção dos problemas e sequelas é melhor e mais barato para eles pois se fazendo um tratamento sério e profissionalmente amparado o diabetico estabiliza sem vir a ter amputações e mortes seriam muito raras e os tratamentos das sequelas sdiminuiriam muito e por lo consiguiente seus custod	
13/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso.	
13/09/2019	Interessado no tema	Boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Infelizmente os que mais necessitam receber estas insulinas, pela burocracia, são os que não recebem, pessoas muito doentes, pessoas muito pobres; quem tem boa saúde, educação, recursos financeiros, consegue ir várias vezes na farmácia, consegue pagar advogados e conseguir judicial. Depois da Insulina Biossimilar, que reduziu muito o valor destes medicamentos, na minha opinião, deve ser mais acessível ao todos os cidadãos brasileiros. Obrigada.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Tem que melhorar muito a logística de entrega. Já tem um tempo que utilizo insulinas análogas, e foi o que me ajudou no tratamento do Diabetes.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	As insulinas análogas sendo distribuídas automaticamente, facilita e muito para quem usa....minha filha é dm1 há 9 anos e a briga p distribuição das mm é longa.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Meu filho é dm1 a 5 anos e não recebo nada dos órgãos públicos. Não estou conseguindo fazer o cadastro, colocam todo tipo de dificuldade para não termos acesso às insulinas. Já é difícil conseguir ir ao médico imagine ficar pedindo constantemente pra fazer auterações absurdas.	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Precisamos que os profissionais da saúde saibam sobre diabetes e como a terapêutica evoluiu, que diabetes não é apenas não comer doce e esperar o dia de amputar o pé. Tem tratamento, tem controle, mas para isso precisamos ter consulta semestrais com endocrinologista, nutricionista, as insulinas análogas de ação rápida ou lenta, devem ser disponibilizadas e os pacientes terem conhecimento dessa possibilidade de tratamento.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Insumos para tratamento com preço mais acessível. Agulhas, iport, libre..	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Que chegue logo	
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Insulina análoga é vida para dm. É necessário a desburocratização da dispersão.		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Que as insulinas análogas também fossem distribuídas nos postos de Saúde.		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, - burocracia excessiva para fornecimento das insulinas Lantus e Asparte / falta de tiras e de insulinas mesmo possuindo processo administrativo / demora excessiva tanto para atendimentos quanto para marcação de consultas e exames	Acesso aos tratamentos (conservadores ou contemporâneos) não são conforto, melhora o quadro clínico do paciente e evita complicações. É literalmente VIDA e com qualidade para todo DM.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Incluir sistema de monitoramento contínuo de glicemia	Manter insulinas análogas de ação prolongada e ação ultra rápida de dispensação do sus	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Regular	<p>Sim, - O PCDT apresenta muitas responsabilidades e deveres que devem ser assumidos pelos portadores de diabetes tipo 1 e familiares. Vale lembrar que a maior parte das recomendações também geram obrigações para o SUS. É certo que, muitas vezes, o próprio SUS é resultado de gestões individuais, especialmente em um país plural e gigantesco como o Brasil. Por exemplo, é possível ver educação em diabetes em algumas UBS e muito descaso e omissão em outras. Portanto, é preciso ir além das recomendações. O próprio SUS deve instruir e fiscalizar ações em todos os pilares do tratamento: Educação em diabetes (desenvolvimento de um programa contínuo), insulino terapia (manejo com agulhas, seringas, descarte do lixo gerado, aplicação, armazenamento), automonitoramento (acesso a glicosímetros, insumos, orientação para interpretação de dados), orientação nutricional (a exemplo da contagem de carboidrato), orientação para a atividade física, acesso facilitado aos muitos especialistas (como o próprio endocrinologista), acesso facilitado aos medicamentos da segunda linha de tratamento e inclusão de todas as tecnologias que podem ser recomendadas em vários momentos do tratamento do DM1. Portanto, paralelo ao PCDT, é preciso fazer uma reforma das políticas públicas vigentes para que possam estar alinhadas ao protocolo.- A página 12 apresenta os critérios de uso das insulinas, a partir da NPH, gerando uma espécie de “hierarquia”. É de conhecimento de todas as pessoas que fazem uso da NPH, a vigilância em relação aos picos associados às hipoglicemias recorrentes. Crianças no começo da vida, bebês ainda, correm mais riscos ainda. Recomendo uma reavaliação criando experiências de uso a partir da idade. Especialmente no começo do diagnóstico, bebês DM1 são ainda mais vulneráveis aos picos das NPH.- A página 19 diz que na adolescência, o portador de diabetes “tem pior controle glicêmico”, mas não apresenta nenhum tópico especial destinado a este público que merece uma assistência maior, especialmente pelas questões emocionais e hormonais. - Os critérios de manutenção do tratamento com insulina de ação prolongada</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>simplesmente não incluem fatores que podem desregular o controle glicêmico, como o estado emocional e as variações hormonais. É preciso rever este tópico, pois nem toda descompensação é fisiológica ou é gerada a partir de uma conduta inadequada.- É preciso investir em programas de educação em diabetes e na construção de Centros de Referência em todo o país. Espaços especializados tendem a fortalecer a adesão ao tratamento pelo leque de serviços/atendimentos disponíveis em um único lugar. - É comum as mães-pâncreas da ADIP, assim como adultos com diabetes, relatarem as diferentes formas de ação das insulinas análogas de ação rápida: asparte, lispro, glulisina. Atualmente em meu estado (Piauí), os DM1 assistidos pela segunda linha de cuidado, contam mais com a asparte, hoje fornecida pelo Ministério da Saúde. Isso gera muito desconforto para alguns. Acredito que é preciso rever este nivelamento de resultados de ação das três insulinas, já quem muitas pessoas hoje comprovam, com os resultados de suas glicemias, que se adaptam mais a um determinado tipo. Também é preciso rever em cada estado a forma de como essas insulinas são dispensadas, pois os protocolos para o recebimento dos fármacos exigem muito mais do que o SUS tem a oferecer. A renovação da documentação, como a solicitação da medicação por um endocrinologista e a apresentação de 3 exames, tornam-se grande barreira em um país com baixo acesso a muitas especialidades. No Piauí, por exemplo, são cerca de 45 médicos endocrinologistas para 3 milhões de habitantes. Isso quer dizer que muitos DM1 vão deixar de receber a insulina mais indicada por conta da burocracia incoerente. Outro problema é a concentração da dispensação da insulina asparte por uma farmácia de componente especializado. Resumindo: toda demanda no Piauí fica oprimida em um único espaço da capital do Estado, desassistindo assim os portadores de diabetes dos outros 223 municípios do estado.- A pagina 35 recomenda que o tratamento do DM1 deve ser revisto e ajustado de acordo com a indicação médica, seguindo orientações</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>do protocolo. Portanto, pela dificuldade de acesso a médicos, exames e tratamentos variados, é fácil constatar que poucos DM1 no país são conduzidos conforme este protocolo. É preciso mais uma vez solicitar uma revisão das políticas públicas vigentes. Por exemplo, a lei 11.357, promulgada em 2006, já garantia o acesso ao tratamento do portador de diabetes acompanhando as tecnologias, inclusão de novas drogas... Sabemos, como entidade que representa os diabéticos, o quanto já difícil o acesso ao básico. É preciso aplicar esta lei federal e rever tantas outras que se encontram “natimortas”.- O “tempo no alvo” é a mais nova ferramenta para aferir o controle glicêmico, sendo hoje considerado pelos estudiosos como mais eficiente que o exame de hemoglobina glicada, que muitas vezes não revela as bruscas variações glicêmicas. Portanto, solicito que incorporem o “Tempo no Alvo” ao PCDT , considerando a possibilidade de disponibilizar sensores para aferição de glicemias ou outros recursos tecnológicos a pessoas com difícil controle. - O Brasil tem avançado muito pouco no que diz respeito ao rastreamento de complicações. No Piauí, 75% das amputações não traumáticas acontecem em pacientes com diabetes. Um mínimo exame de avaliação do pé diabético, com o uso de monofilamentos, não é feito nas UBS. Há, ainda, um profundo desconhecimento sobre o tratamento das úlceras, o que tem aumentado o número de amputados em nosso estado. Ou seja, a qualificação dos profissionais deve fazer parte da rotina do SUS. Difícil, também, é conseguir realizar o mapeamento de retina. - O PCDT aponta a Contagem de Carboidrato como uma terapia nutricional que pode ser utilizada por todo paciente com DM1, mas sabe-se o quanto é difícil encontrar nutricionistas aptas a conduzir esta terapia junto ao endocrinologista, trabalhando com recursos adequados para as pessoas com limitações intelectuais e cognitivas.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Maior qualidade de vida aos paciente, investir e trazer ao paciente sus insulinas analogas vai contribuir p maior controle glicemico e diminuir risco de hipoglicemias, quantidade de fita tbm, pq sabemos q o diabetico Tipo 1 necessita de muitos testes ao longo do dia, assim tbm consulta c equipe mutidisciplinar vai ajudar no tto desse paciente.	Mais	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Os pacientes diabeticos ficam sem terapia minima, sem respaldo nos centros de saúde para realizar o tratamento preconizado com muito eficiente para sua doença. Assim, desenvolve quadros agudos que oneram muito mais o sistema de saude (internacoes em CTI, por exemplo) do que se recebesse gratuotamente o tratamento padrao ouro.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Entrei com pedido da insulina treziba p minha filha que ficou diabética a 1 ano, ela tem 8 anos, e até agora o estado não enviou. Fiz o pedido em novembro de 2018	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	A melhor forma de distribuição é o atendimento basico	
13/09/2019	Paciente	Boa	Não	Na cidade onde eu moro tem sido muito burocratico o processo, cheguei a ir mais de seis vezes com os documentos e sempre faltava algum. Acho que poderia dewburocratizar um pouco.	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Nao	
13/09/2019	Paciente	Regular	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Sobre as insulinas de ação lenta e rápida nem sempre o medico esta disposto a fazer laudo prescrevendo e fica difícil no caso minha filha tem 4 anos e no município pega insulina de 10 ml sendo que para o tamanho dela seria adequado o de 3 ml refil ou caneta que dá menos trauma	
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Desnecessário atualizar os relatórios medicos/exames em curto intervalo, haja vista que é uma doença crônica. no meu caso dei entrada para receber a insulina rápida pelo Município mas para receber a basal tenho que ir muito longe no Ame Maria Zélia e perder praticamente o dia poderia ser tudo concentrado no município.		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Necessitamos de acesso aos medicamentos	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, "A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso."		
13/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Em Viamão raramente conseguimos insulina nem fitas para medição. As seringas não são apropriadas. O prefeito e o secretário da saúde mentem dizendo que está tudo normal.		
13/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Em Viamão raramente conseguimos insulina nem fitas para medição. As seringas não são apropriadas. O prefeito e o secretário da saúde mentem dizendo que está tudo normal.		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso.		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Incluir maiores atividades no SUS de esclarecimento sobre não só precenir como cuidar da doença, garantindo cobertura total de suas necessidades com DM1		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Incluir uma vez por ano relatório e receita para renovação de insulinas análogas rápida e lenta.		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Os avanços do protocolo são muito bem-vindos. Precisamos de opções de terapias melhores. Mas muitas pessoas estão enfrentando dificuldade para pegar está insulina análoga rápida no SUS.		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Os avanços do protocolo são muito bem-vindos. Precisamos de opções de terapias melhores. Mas muitas pessoas estão enfrentando dificuldade para pegar está insulina análoga rápida no SUS.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Não	<p>"Precisamos nos manifestar com relação à dificuldade de acesso à insulina análoga de ação rápida! não consigo retirar as insulinas nas Unidades Dispensadoras, pois não tenho acesso à consulta com endocrinologista, não conseguem atualizar a receita médica a cada três meses, os médicos não têm paciência para preencher os documentos todos, dentre outros! Com relação à monitorização, você ficou satisfeito? A SBD publicou sua manifestação sobre o tempo no alvo que a pessoa com diabetes precisa ter para não resultar em complicações do diabetes! O que é Tempo no Alvo? Geralmente é definido pelo médico entre 70 mg/dL e 180 mg/dL. Os resultados abaixo desse intervalo são considerados hipoglicemia, e os resultados acima são considerados hiperglicemia. Manter sua glicose sempre dentro desse intervalo é fundamental, pois garante o melhor controle glicêmico para o seu tratamento. Estudos comprovam que quanto mais tempo dentro do alvo, as chances de complicações no diabetes, como doenças renais ou oculares, diminuem significativamente. Além disso, um aumento de 10% no tempo dentro do alvo pode resultar na diminuição de aproximadamente 0,5% no índice de hemoglobina glicada. Por isso pedimos que insira sugestões para aprimorar o protocolo! Faça sua manifestação até segunda!</p>	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	<p>Sim, Excluir a necessidade utilização de inulina NPH e regular por 3 meses antes de iniciar o tratamento com os análogos, facilitando a adequação do paciente no período inicial de tratamento. O fato de utilizar insulinas mais antigas, que necessitam de mais doses diárias causaria estranhamento dos pacientes e responsáveis legais, o que poderia afastar o mesmo do tratamento.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Importância dos insumos necessários para que os pacientes tenham dignidade par acompanhar e tratar de forma adqueda a situação a qual se encontram.Não temos condições para arcar com custo alto dos insumos a qual temos direito, porque através dos impostos pagos por todos pela saúde, e não sabemos porque lutar tanto pelo que é do nosso direito.		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Sugiro rever definição de LADA (Latent e não Late Autoimmune Diabetes in Adults). O diagnóstico de LADA implica em um período inicial de fácil controle sem a necessidade de insulina, geralmente acima de 6 meses. Adultos também podem abrir diabetes tipo 1 clássico e com cetoacidose.A maioria dos casos de DM1 se inicia com hiperglicemia importante e necessidade de insulinização imediata. Me preocupa incluir no protocolo a necessidade de confirmação de diagnóstico com Glicemia de jejum, TOTG e HbA1c. Infelizmente, é comum o paciente ser atendido na emergência com hiperglicemia inequívoca, com poliúria, emagrecimento e polidipsia, ser tratado com insulina e a seguir receber alta sem prescrição de insulina e com encaminhamento para o endocrinologista para confirmar diagnóstico e iniciar tratamento. Acho essa confirmação mais adequada no DM2. A hiperglicemia transitória, observada em situação de stress, é muito mais comum no DM2. Tenho visto a solicitação de teste de tolerância a glicose em pacientes com DM1 já diagnosticado ou suspeito. A administração de 75g de glicose anidra nestes pacientes, pode facilmente precipitar cetoacidose diabética, expondo o paciente a riscos desnecessários. É extremamente rara a necessidade de se realizar um TOTG para confirmação do diagnóstico no Tipo 1. Achei muito importante e fiquei feliz com a valorização da educação em diabetes no protocolo.Sugiro diferenciar os análogos de insulina de ação prolongada (Glargina U-100 e Detemir) dos ultra prolongados (Glargina U-300 e degludeca), pois possuem perfis de ação, risco de hipoglicemia e custo diversos. O paciente que não responder aos análogos de ação prolongada, poderia se beneficiar dos análogos ultra prolongada, mas seu custo é bem superior.	Outro ponto importante é sobre a dispensação das insulina e insumos. A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência. Sou professora convidada na Universidade do Rio de Janeiro e os pacientes tratados no ambulatório de endocrinologia do Hospital Universitário Gaffree e Guinle recebiam sua insulina, seringas, agulhas, aparelhos para a realização da glicemia capilar e fitas no próprio hospital. Entretanto, a distribuição passou a ser feita pela atenção básica e muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo1. Peço encarecidamente que mantenham as distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes. Parabéns pelo documento, representa um grande avanço no tratamento do diabetes tipo 1. Torço para que consiga assistir de forma homogênea pacientes em situação de risco em todo o país.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	6	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	<p>Sim, A exigência de que a pessoa tenha usado a insulina Regular por pelo menos 3 meses é um absurdo uma vez que a ciência avança e não podemos receber o diagnóstico do diabetes e ter que correr risco de hipos severas ou precisar esperar pelo menos 30 minutos para se alimentar enquanto temos um outro medicamento, outra insulina que não causa estes problemas. A questão é...o diabetes não é como aprender a andar. Não podemos andar de bicicleta antes de dirigir um carro pois o risco de acidentes e de danos ao paciente é muito maior. Tenho diabetes há 34 anos e vivi com a insulina Regular e a insulina NPH por vários anos. Foram as que me fizeram chegar até aqui porem nunca consegui a hemoglobina glicada que consegui hoje usando as insulinas análogas que foram cientificamente modificadas para melhorarem seu efeito no tratamento da pessoa com diabetes tipo 1 e tipo 2 também. Se pudermos tirar esta exigência seria um grande benefício principalmente para as crianças e jovens recém diagnosticados. Os endocrinologistas da rede particular não passam mais estas insulinas oferecidas pelo SUS. entendo sobre o custo mas acredito que a prevenção de acidentes, a qualidade vida do paciente e o controle da glicada a ongo prazo só trará mais saúde para o paciente, mais tranquilidade para a família e menos despesa para o Estado uma vez que as complicação serão evitadas.</p>	<p>Estamos enfrentando muita dificuldade no acesso à insulina análoga de ação rápida no Rio de Janeiro. Mas percebo que em outros estados o cenário é o mesmo. Colocaram a insulina no Rol de Medicamentos Excepcionais com a exigência de preenchimento completo e sem rasuras do LME. Muitos hospitais como o IEDE que é um Centro Estadual de Diabetes não tem computadores. Os médicos lá não estão indicando para que os paciente retirem a insulina análoga na Rio Farmes (que é a farmácia do Estado do RJ) e preferem continuar gastando recurso do Estado com a compra da insulina pois acreditam que os médicos não terão tempo para preencher o Formulário. Além disso, está sendo exigido vários exames que não são indicados para os diabéticos como o Teste de Tolerância à Glicose. Há também falta de informação para os profissionais de saúde da Atenção Básica e, embora tenhamos incorporado a insulina, corremos o risco da não prescrição por falta de conhecimento da incorporação. Outro problema é a falta de acesso à consulta com endocrinologista, daí não conseguem atualizar a receita médica a cada três meses.</p>	
13/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	Não. A proposta de atualização do protocolo é satisfatória.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Nao	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Eu consigo tirar todos os meses com apresentação da receita os insumos para o tratamento do Diabetes Tipo1, porém acho o processo para retirada poderia ser melhor.Certo que para maior controle é necessário que o paciente renove suas receitas de 6 em 6 meses, facilitaria muito se houvesse a possibilidade de pegar a quantidade valida pela tempo da receita se o paciente vier a óbito por algum motivo a familia devolve os mesmos não utilizados.no ato da retirada o paciente assina um temo de responsabilidade se comprometendo que mediante a algum problema tudo será devolvido.Para controle mensalmente o paciente poderia acessar uma plataforma online deixando algum tipo de confirmação que o tratamento está OKEnfim além de melhorar a forma de ter acesso aos medicamentos poderia também melhorar a qualidade das insulinas fornecidas e seringas.*Seringas no meu caso as fornecidas são bem grotescas e como uso todos os dias sinto minha pele machucada muitas vezes, mesmo aplicando em vários lugares.Eu mesmo já tive vontade de trocar porém ainda tenho que ter algum tipo de comprovação que é necessário trocar. (Tem que abrir processo)Gostaria de ter acesso as Ultrarapida de caneta para melhorar o conforto nas correções que são necessárias fazer.A Saúde do nosso país é muito burocrática.		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Entrega de insulina na cidade de São João da boa Vista não está sendo entregue. Tenho medida judicial e a funcionária se nega a entregar as insulinas referentes aos prazos estabelecidos em juízo.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Aqui em Salvador onde p go o insulinadiabete tipo 1 caneta glargina e çantus a caneta azul tá em falta não estou recebendo.estou comprando pra não piorar sou transplantado renal. Não posso deixar de controlar a glicose	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, distribuição de agulhas bd ultra fine 4mm		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Os critérios para inclusão ao tratamento de insulinas análogas, tanto de ação rápida quanto prologada deve-se ser observado de caso à caso, entretanto seguindo os padrões impostos para que ocorra o seu funcionamento devido. É de suma importância que cada caso seja avaliado separadamente, e que como um todo englobe os necessitados deste tratamento de forma que atinja a devida qualidade de saúde almejada pelo ideal do SUS.		
13/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, O avanço que a monitorização continua por sensor promove no entendimento de médicos e pacientes sobre o controle glicêmico		
13/09/2019	Paciente	Regular	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Se faz necessário a atualização de medicamentos e o fácil acesso		
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Gostaria de ter sido perguntada se consigo pegar insulina na farmácia popular com regularidade. Em Ilhéus, isso só é possível através de medida judicial. Ainda não tive condições de entrar na justiça, portanto estou comprando insulina para minha filha , portadora de DM1.	Na minha cidade, as pessoas que não têm plano de saúde e possuem diabetes ficam desamparadas, já que se consultam no posto com o especialista de plantão, independente da especialidade . No meu entender deveriam ter o direito a uma equipe multidisciplinar sob orientação de um endocrinologista. Estou tentando uma consulta para uma colega de trabalho, mas estou tendo muita dificuldade. Infelizmente, não posso arcar com os custos por conta da despesa com minha filha, portadora de DM 1.	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, distribuição da agulha bd ultra fine 4mm		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Minha preocupação é com a falta de insumos sabendo que a vida está em risco sem eles.	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Existe um burocracia muito grande, para entrega desses medicamentos para o paciente, varios formularios e exames (que muitas vezes os medicos nao sabem e nao querem preencher), fazendo com que o quadro do paciente se agrave pela demora da entrega		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Insulina análoga para dm ,é 100% vida.	Nao	
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Insulina lantus , humalog , apidra, tresiba	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/09/2019	Paciente	Boa	Não		
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Gostaria que em cada município tivesse um posto de atendimento especializado em diabetes mellitus tipo 1	
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Os diabéticos tipo 1 precisa urgente de tratamento melhor e de qualidade.	
14/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Acho que a exigência sobre o valor de glicada estar sempre abaixo de 7 (na minha faixa etaria) e que se caso o resultado do exame não for esse a pessoa perder o direito à medicação é completamente errado pelo fato de que somente o médico sabe e pode fazer alterações nos medicamentos. Muitas vezes quem depende de atendimento pelo SUS e tem uma consulta a 4 ou até mesmo 6 meses, num descontrole por uma doença ou fator hormonal acaba tendo um valor mais alto nesse exame justamente por falta de apoio médico correto.	Precisamos de orientação sobre contagem de carboidratos, educação em diabetes em todos os postos de saúde. Para ser cobrado de nós um controle bom, precisamos ter apoio e informação pra saber lidar com a nossa condição.	
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	É muito importante a inclusão dessas insulinas no SUS, para melhoria do tratamento de centenas de pessoas, inclusive meu filho.	
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
14/09/2019	Paciente	Boa	Não		
14/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Distribuição descentralizada.	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
14/09/2019	Paciente	Ruim	Não	É inviável a cada três meses levar exames de hemoglobina glicada, sendo que consigo consulta a cada oito meses (aproximadamente).	
14/09/2019	Paciente	Regular	Não		
14/09/2019	Paciente	Boa	Não		
14/09/2019	Paciente	Boa	Não		
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Gostaria que fosse adotado pelo SUS o uso do aferidor de glicemia permanente, comumente chamado de Freestyle Livre, bem como da Bomba de Insulina, que já demonstra resultados extraordinário, além de melhorar a autoestima, praticidade e qualidade de vida ao paciente Diabético!		
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, O tratamento de diabetes disponível na rede pública não é apropriado para crianças, existem bebês com diabetes tipo 1 e as agulhas, lancetas, tipo de insulina não servem para crianças. Isso deve ser adaptado, tratamento infantil do adulto.	Fica mais acessível se o tratamento for distribuído nas clínicas da família ou postos de saúde, assim cada um consegue o tratamento no posto mais próximo à sua residência.	
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Diferenciar o tratamento para crianças com medicações e insumos adequados para essa idade, do tratamento para adulto.	As novas insulinas sejam entregues pelas clínicas da família ou postos de saúde, facilitando assim para que os pacientes possam buscar próximo de sua casa, no posto onde são cadastrados.	
14/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Incluir métodos de monitorização contínua de glicose .		
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Sou paciente DM 1 há mais de 30 anos. Tive uma melhora grande quando passei a usar as insulinas análogas. Melhoras nos resultados E na qualidade de vida. Infelizmente, ainda não consegui ter acesso a elas pelo SUS. Espero que esse novo protocolo auxilie também no acesso (na prática). Sou profissional de saúde e vejo como falta a todas informações atualizadas sobre DM1	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Que o protocolo aceite a receita e a assinatura de qualquer endocrinologista na autorização para apanhar os insumos pelo Sus. Muitas vezes a maior dificuldade é conseguir uma consulta na rede pública a tempo de renovar o pedido.		
14/09/2019	Paciente	Boa	Não		
14/09/2019	Paciente	Regular	Não	Deveria facilitar a liberação de insulinas e insumos, pois se temos muitos anos de diagnóstico, não é necessário ficar provando que temos diabetes o tempo todo.	
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Na minha cidade tudo é pago, nunca tem estoque grátis, o descaso com os diabéticos é gigantesco, temos que ir a fóruns, nós humilhar pra conseguir o que é nosso por direito e por dignidade.	
14/09/2019	Paciente	Regular	Não	Realmente as insulinas fossem distribuídas em dia. Principalmente outros insumos.	
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não.	
14/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	Distribuição da insulina no SUS	
14/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	A MELHOR MANEIRA DE DISTRIBUIÇÃO DESSAS INSULINAS É ATRAVÉS DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO BÁSICO, PORQUE ASSIM QUEM DEPENDE DO MEDICAMENTO TERÁ MAIOR ACESSO.	
14/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Absolutamente todos os pacientes DM1 devem ter acesso às insulinas análogas de ação prolongada e insulina análoga de ação rápida. Não deveria ser somente para alguns.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	“A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso.”	
14/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Novos medicamentos e novas tecnologias significam mais qualidades de vida para pessoas com Diabetes Melitus.	
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Acho a atualização de extrema relevância visto que a Diabettes Tipo 1 é uma das doenças crônicas prevalentes em nossa população.	
14/09/2019	Empresa	Regular	Sim, Por favor, verificar documento anexado a este formulário.	Por favor, verificar documento anexado a este formulário.	Clique aqui
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Paciente	Regular	Sim, As doses de insulina basal recomendadas na tabela estão exageradas		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Já é muito difícil pra nós diabéticos conviver com essa doença, ainda temos que passar por tanta burocracia pra conseguir nossos tratamento pelo SUS.		
14/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria de receber meus insumos e insulina no psf da minha residência	
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
14/09/2019	Paciente	Boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Boa	Não	N	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	A melhor maneira para distribuição dessas insulinas, é a Unidade de Atendimento Básico. Porque assim toda a população que depende desse medicamento terá acesso.	
15/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Que as insulinas fossem disponibilizadas em postos de saúdes mais próximos.	Que a burocracia junto aos médicos diminua dando acesso mais rápido ao paciente retirar o medicamento em postos de saúde.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Paciente	Regular	Não	<p>Eu acho um abuso! Pois medicações que são necessárias para uma vida toda, são de uso contínuo só tem quando acham que devem ter. Tem mês que tem todas as medicações, tem mês que só tem um tipo de insulina, tem mês que não tem agulha, tem mês que não tem fita para medir a glicose. Como é isso? Um tratamento que precisa desse apoio todo mês ter só algumas coisas!? E não basta a falta dos insumos para o tratamento, ainda tem uma grande dificuldade com o processo de análise dos documentos, a demora para a análise que é uma coisa que não pode estar em tão constante mudanças que nem todos tem disponibilidade e condições de estar indo atrás de resolver dificuldades desnecessárias que colocam para as pessoas resolverem, como se fosse bem simples de resolver, dificuldades como disponibilidade do médico para fazer o relatório, disponibilidade de horário para receber o paciente, as coisas só podem acontecer no tempo que os médicos querem, não pensam nas pessoas que trabalham para tentar manter o tratamento do filho e que muitas e muitas vezes param o tratamento pois não tem condições de comprar os insumos. Não tem apoio e ainda quer exigir de um paciente que passa dificuldades, não tem condições financeiras para manter o tratamento, com isso o psicológico já fica afetado e quer que o paciente tenha uma hemoglobina clicada de 6.0!? Pela misericórdia! Vamos dá o devido apoio para depois exigir tantas coisas que muitas vezes não são necessárias.</p>	
15/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	<p>A inclusão das insulinas análogas de ação lenta trará um tratamento mais seguro principalmente para as crianças dm1, trará mais tranquilidade para as famílias e certamente irá melhorar a adesão.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Como pai de duas crianças dm1 me sinto mais tranquilo, insulina análoga de ação lenta nos dá mais segurança e eficiência, além disso vai melhorar os exames e adesão deles, diminuindo as hipoglicemias noturnas.	
15/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Na minha região mesmo com a liberação da insulina rápida para os pacientes, não esta sendo disponibilizado, no qual tenho que comprar uma coisa que é minha por direito.	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Ruim	Sim, Os medicamentos tem q estar disponível nos postos e tbm em Qq rede de apoio.	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Boa	Não	Sim, não se generaliza o tratamento cada paciente se adapta melhor a um tipo de tratamento.	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Acho que portadores de dm1 teriam que ter uma ajuda de custo.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
15/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Com relação à disponibilidade de insumos e boas práticas de custo-benefício: Disponibilidade de tiras e lancetas nos CRs e SRs como estoque regulador para necessidades imediatas como crianças com diagnóstico recente ou gestantes com necessidade de início imediato de educação em diabetes pela equipe multi. 2) Colocação do treinamento para download dos glucosímetros (software) e uso dos aparelhos no EDITAL OBRIGATORIAMENTE, contraturalizando a empresa fornecedora pelo treinamento em UBS, SRs ou CRs (fara formação de multiplicadores do uso do glucosímetro e operação do software de gerenciamento das glicemias). 3) Política de fornecimento de sistemas de infusão contínua fornecidas pelo poder público com auditoria por SRs e CRs locais 4) Formação de uma rede de SRs e CRs com diálogo entre elas para otimização de informações úteis a todos os centros em um país continental como o nosso 5) fornecimento de sistemas de infusão contínua por "empréstimo" a gestantes com DM1 que estiverem em acompanhamento em SRs ou CRs. Obrigado.	
15/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Eu acredito ser interessante a insulina análoga de ação prolongada. Eu consigo pegar todos insumos e insulinas do meu filho na rede básica de saúde.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Muito boa	<p>Sim, O PCDT representa sem dúvida um grande avanço no Tratamento do Diabetes Tipo 1 em nosso País. Teremos agora opções terapêuticas que certamente farão muita diferença na qualidade de vida do paciente e na sua perspectiva com menos complicações. A incorporação da análoga rápida só não foi perfeita pela demora no processo licitatório e no esquecimento das agulhas no processo de compra. E também, agora, quando o Ministério da Saúde delega para os Estados a responsabilidade pela sua distribuição. Infelizmente a responsabilidade compartilhada entre os poderes (federal, estadual e municipal) sobre a saúde da população não é assumida por todos os entes de forma eficaz e inteligente. Temos hoje o tratamento parado nas farmácias estaduais. Não há movimento dos Estados para facilitar o acesso dos pacientes à nova terapia. Parece que apostam no fracasso desta incorporação. Nós, como associações de pacientes, atuamos dia e noite para que não tenhamos retrocesso nestes avanços. Precisamos ampliar a atuação do SUS voltado para o apoio aos pilares do tratamento, utilizando as próprias associações de pacientes como: Educação em Diabetes (desenvolvimento de um programa contínuo e com acompanhamento), insulino terapia (manejo com agulhas, seringas, descarte do lixo, aplicação, correto armazenamento), automonitoramento (acesso a glicosímetros, insumos, orientação para interpretação de dados), orientação nutricional (adoção da terapia de contagem de carboidratos para todos os DMs), orientação para a atividade física (programas que envolvam até mesmo compulsoriamente para acessar os medicamentos fornecidos pela rede pública), acesso à equipe multidisciplinar com período menor (muitos pacientes demoram mais de 6 meses para uma consulta com nutricionista ou oftalmologista. Neste tempo, como o paciente sobrevive sem informação e tratamento?) acesso facilitado aos medicamentos da segunda linha de tratamento e inclusão de novas tecnologias que viabilizam o tratamento do DM1 para uma vida sem complicações. - Somos contrários a exigência do uso da NPH por pelo menos 4 meses antes da prescrição da</p>	<p>- Os critérios de manutenção do tratamento com insulina de ação prolongada devem também considerar o estado emocional do paciente e as variações hormonais dele em sua fase da vida. É preciso rever este tópico, pois nem toda descompensação do diabetes é fisiológica ou gerada a partir de uma conduta inadequada. Quando culpamos demasiadamente o paciente, estamos dificultando seu processo de aceitação e de conduta adequada para viver melhor com a condição e para evitar as complicações. - É preciso investir em programas de educação em diabetes e na construção de Centros de Referência em todo o país. Espaços especializados tendem a fortalecer a adesão ao tratamento pelo leque de serviços/atendimentos disponíveis em um único lugar. - Também é preciso rever a forma como estas insulinas serão dispensadas em seus estados. A renovação da documentação, como a solicitação da medicação por um endocrinologista e a apresentação de 3 exames, tornam-se grande barreira em um país com baixo acesso a muitas especialidades. O excesso de exames, o curto prazo CE renovação da receita, o uso do LME que é um formulário "odiado" pelos médicos e que exige toda a atenção para não ter rasuras ou qualquer dado incorreto ou incompleto vem causando uma série de transtornos no acesso à Insulina Análoga Rápida no Estado do Rio de Janeiro por exemplo. A centralização da dispensação em 3 locas de dispensação da insulina aspartate pela RIOFARMES, farmácia de componente especializado prejudica o acesso e deixa vários diabéticos desassistidos nos 89 municípios do Estado.- A pagina 35 recomenda que o tratamento do DM1 deve ser revisto e ajustado de acordo com a</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>insulina análoga. Entendemos que os avanços não podem ser oferecidos a partir de um retrocesso no tratamento atualizado do DM1. Um endocrinologista competente hoje não irá oferecer ao paciente a NPH a um DM1 recém diagnosticado. A rede pública não deve colocar o paciente recém diagnosticado em estado de vigilância em relação aos picos associados às hipoglicemias recorrentes. Crianças no começo da vida, bebês ainda, correm mais riscos. - A página 19 diz que na adolescência, o portador de diabetes “tem pior controle glicêmico”, mas não apresenta nenhum tópico especial destinado a este público que merece uma assistência maior, especialmente pelas questões emocionais e hormonais. É preciso que possamos associar um programa de educação para o autocuidado, de motivação e acompanhamento para este adolescente através da rede pública. Isso evitará muitas internações devido à cetoacidose recorrente.- Os critérios de manutenção do tratamento com insulina de ação prolongada devem também considerar o estado emocional do paciente e as variações hormonais dele em sua fase da vida. É preciso rever este tópico, pois nem toda descompensação do diabetes é fisiológica ou gerada a partir de uma conduta inadequada. Quando culpamos demasiadamente o paciente, estamos dificultando seu processo de aceitação e de conduta adequada para viver melhor com a condição e para evitar as complicações. - É preciso investir em programas de educação em diabetes e na construção de Centros de Referência em todo o país. Espaços especializados tendem a fortalecer a adesão ao tratamento pelo leque de serviços/atendimentos disponíveis em um único lugar. - Também é preciso rever a forma como estas insulinas serão dispensadas em seus estados. A renovação da documentação, como a solicitação da medicação por um endocrinologista e a apresentação de 3 exames, tornam-se grande barreira em um país com baixo acesso a muitas especialidades. O excesso de exames, o curto prazo CE renovação da receita, o uso do LME que é um formulário “odiado” pelos médicos e que exige toda a atenção para não ter rasuras ou qualquer</p>	<p>indicação médica, seguindo orientações do protocolo. Com o teto de gasto na saúde nos próximos anos, vemos que aumentará a dificuldade no acesso a médicos, exames e tratamentos variados. Poucos serão os DM1 no Brasil que conseguirão cumprir os requisitos do protocolo. Daí precisaremos garantir que políticas públicas como a Lei 4.119/03, que regulamenta a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários ao monitoramento da glicemia capilar e tratamento das pessoas com diabetes (http://www.alerj.rj.gov.br/Visualizar/Noticia/44174a Lei 3364/2017 das políticas públicas vigentes.) seja cumprida. Ou a lei 11.357, promulgada em 2006, em que já estava garantido o acesso ao tratamento do portador de diabetes acompanhando as tecnologias, inclusão de novas drogas. Precisamos colocar as leis que protegem o direito da pessoa com diabetes aos recursos para o seu tratamento como medicamentos, atendimento médico especializado, assistência multidisciplinar e medicamentos e insumos gratuitamente como prioridade dentro do cenário das doenças crônicas no Brasil.- A assistência à pessoa com diabetes precisa de uma agenda de acompanhamento do paciente e de atualização da rede pública de saúde pois ainda vemos um profundo desconhecimento sobre a prevenção e tratamento das úlceras, o que tem aumentado o número de amputados em nosso estado. Outra dificuldade é o acompanhamento da saúde visual e bucal dos pacientes com diabetes para que consigam realizar o mapeamento de retina, tratamento adequado com laser no SUS e acompanhamento odontológico. - O PCDT aponta a Contagem de Carboidrato como</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>dados incorretos ou incompletos vêm causando uma série de transtornos no acesso à Insulina Análoga Rápida no Estado do Rio de Janeiro por exemplo. A centralização da dispensação em 3 locais de dispensação da insulina asparta pela RIOFARMES, farmácia de componente especializado prejudica o acesso e deixa vários diabéticos desassistidos nos 89 municípios do Estado.- A página 35 recomenda que o tratamento do DM1 deve ser revisto e ajustado de acordo com a indicação médica, seguindo orientações do protocolo. Com o teto de gasto na saúde nos próximos anos, vemos que aumentará a dificuldade no acesso a médicos, exames e tratamentos variados. Poucos serão os DM1 no Brasil que conseguirão cumprir os requisitos do protocolo. Daí precisaremos garantir que políticas públicas como a Lei 4.119/03, que regulamenta a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários ao monitoramento da glicemia capilar e tratamento das pessoas com diabetes (http://www.alerj.rj.gov.br/Visualizar/Noticia/44174a Lei 3364/2017 das políticas públicas vigentes.) seja cumprida. Ou a lei 11.357, promulgada em 2006, em que já estava garantido o acesso ao tratamento do portador de diabetes acompanhando as tecnologias, inclusão de novas drogas. Precisamos colocar as leis que protegem o direito da pessoa com diabetes aos recursos para o seu tratamento como medicamentos, atendimento médico especializado, assistência multidisciplinar e medicamentos e insumos gratuitamente como prioridade dentro do cenário das doenças crônicas no Brasil.- A assistência à pessoa com diabetes precisa de uma agenda de acompanhamento do paciente e de atualização da rede pública de saúde pois ainda vemos um profundo desconhecimento sobre a prevenção e tratamento das úlceras, o que tem aumentado o número de amputados em nosso estado. Outra dificuldade é o acompanhamento da saúde visual e bucal dos pacientes com diabetes para que consigam realizar o mapeamento de retina, tratamento adequado com laser no SUS e acompanhamento odontológico. - O PCDT aponta a Contagem de Carboidrato como uma</p>	<p>uma terapia nutricional que pode ser utilizada por todo paciente com DM1, é preciso um esforço urgente para incluir a terapia de contagem de carboidratos na ementa do curso de nutrição das universidades públicas. Assim, em um futuro próximo, deveremos encontrar profissionais de nutrição aptos a conduzir esta terapia junto ao endocrinologista.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			terapia nutricional que pode ser utilizada por todo paciente com DM1, é preciso um esforço urgente para incluir a terapia de contagem de carboidratos na ementa do curso de nutrição das universidades públicas. Assim, em um futuro próximo, deveremos encontrar profissionais de nutrição aptos a conduzir esta terapia junto ao endocrinologista.		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Ruim	Sim, A proposta não altera a dificuldade de obtenção das insulinas.É muito difícil se conseguir consulta com endócrino pelo SUS para que sejam preenchidos todos os funestos necessários além dos exames que são anexados.DM1 é para toda vida deveria ser possível retirar em uma unidade básica de saúde ,porque não simplificar ?Já é tudo tão difícil na vida dos diabéticos e com tantas restrições e somos obrigados a enfrentar mais esses transtornos.Grata		
15/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, É fundamental incluir a cobertura pelo SUS de sistemas de monitoramento contínuo da glicose. Para pacientes com diabetes tipo 1, há inúmeros fatores que influenciam a taxa de glicose ao longo do dia. Dose de insulina, carboidratos e exercícios são apenas alguns desses fatores. Estresse, alterações no sono, cafeína, quantidades de proteína e gordura ingeridas, ingestão de bebidas alcólicas, dentre outros, tornam o tratamento extremamente complexo. O tratamento padrão custeado pelo SUS é insuficiente para lidar com essa realidade. O monitoramento contínuo da glicose permite melhorar a consciencia do paciente sobre como esses fatores afetam a taxa de glicose e agir antes da ocorrência de hipoglicemias ou hiperglicemias.		
15/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Boa	<p>Sim, A Fenacelbra é uma instituição que atua desde 2006 em prol das pessoas com doença celíaca e outras desordens relacionadas ao glúten no Brasil. Gostaríamos de sugerir que no capítulo "Acompanhamento" seja incluído o que preconiza o Protocolo de Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca no SUS (publicado em 2009 e atualizado em 2015) sobre a necessidade de triagem de doença celíaca em pacientes com diabetes melitus tipo 1:"4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃOIncluem-se neste Protocolo o paciente que apresentarem as condições abaixo:C) indivíduos com uma das seguintes condições clínicas:- Doenças autoimunes, como diabetes melito dependente de insulina (29)."Justificativa:Em estudo brasileiro publicado recentemente (Prevalence of celiac disease in a large cohort of young patients with type 1 diabetes - 2019), na conclusão temos:"Nossos resultados demonstram a prevalência de 7,7% de IgA-tTG e 5,6% de DC em Pacientes com DM1 no sul do Brasil e enfatizam a importância do rastreamento em indivíduos de alto risco."Esse estudo foi conduzido por pesquisadores de Instituição em Porto Alegre - RS, ligada ao Ministério da Saúde.A American Diabetes Association, em seu docuemtno "Standards of Medical Care in Diabetes—2019", no capítulo 13 referente à Crianças e Adolescentes, recomenda:Condições autoimunesRecomendação:13.22 Avalie condições autoimunes adicionais logo após o diagnóstico de diabetes tipo 1 e se os sintomas se desenvolvem. Devido ao aumento da frequência de outras doenças autoimunes no diabetes tipo 1, a triagem para disfunção tireoidiana e doença celíaca deve ser considerada (72 , 73).https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S148Em comentário publicado em 2019 no "Indian Journal of Medical Research" o endocrinologista Eesh Bhatia recomenda:"A Doença Celíaca (DC) deve ser testada em todos os pacientes sintomáticos de DM1 e naqueles com alto risco de desenvolver o distúrbio, como por exemplo, ter um parente de primeiro grau com DC. Devido à alta frequência de DC e ao fato de muitos pacientes serem assintomáticos, recomenda-se</p>	<p>É importante ressaltar que recebemos muitos relatos de mães de crianças celíacas com DM1, e também de adultos com DM1, que antes do diagnóstico de doença celíaca tinham muita dificuldade no controle glicêmico, com predominância de hiperglicemias. E também após o diagnóstico de DC, durante os episódios de transgressão da dieta ou de ingestão involuntária de traços de glúten.A Doença Celíaca pode causar má absorção de nutrientes e alterações importantes no processo digestivo. Consequentemente a alimentação e medicações podem não ser corretamente absorvidas comprometendo tratamentos e o bom controle glicêmico.</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

que todos os pacientes com DM1 sejam examinados [9] , [10] . A triagem para DC é recomendada no momento do diagnóstico de DM1 e após dois e cinco anos [9] , [10] . Em crianças, esse cronograma identificará quase três quartos dos pacientes com DC [3] , [4] . Recomenda-se uma triagem adicional após cinco anos para pacientes com características clínicas sugestivas ou com histórico familiar de DC [9]. "Bhatia E. Celiac disease & type 1 diabetes: A double burden. Indian J Med Res [serial online] 2019 [cited 2019 Sep 15];149:5-7. Available from: <http://www.ijmr.org.in/text.asp?2019/149/1/5/256705E> m uma Revisão Sistemática para triagem doença celíaca em DM1 publicada em 2015, temos:"Como a maioria dos casos de DC é diagnosticada dentro de 5 anos após o diagnóstico de DM1, a triagem deve ser considerada no diagnóstico de DM1 e dentro de 2 e 5 anos depois. A triagem de CD deve ser considerada em outros momentos em pacientes com sintomas sugestivos de CD. Mais pesquisas são necessárias para determinar a frequência da triagem além dos 5 anos de duração do diabetes."PediatricsJuly 2015, VOLUME 136 / ISSUE 1Review ArticleScreening for Celiac Disease in Type 1 Diabetes: A Systematic ReviewAnna Pham-Short, Kim C. Donaghue, Geoffrey Ambler, Helen Phelan, Stephen Twigg, Maria E. Craighttps://pediatrics.aappublications.org/content/136/1/e170

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Regular	Sim, Mudar o critério da hemoglobina glicada em 7 para a deferimento na solicitação da insulina de ação rápida. Talvez por faixa etária, tempo de diagnóstico.Distribuição das agulhas para canetas, não está acontecendo. Os setores de distribuição não entregam, só quando solicitado pelo paciente e quando solicitado o setor de distribuição nunca tem. Poucos receberam.Melhorar o diálogo entre os setores de distribuição, com mais conhecimento e regras únicas, respeitando as particularidades de cada Estado, garantindo que o medicamento chegue aos pacientes no tempo certo.Distribuição de canetas de 0,5 ui, principalmente para crianças.		
15/09/2019	Grupos/associação/organização de pacientes	Regular	Sim, Mudar o critério da hemoglobina glicada em 7 para a deferimento na solicitação da insulina de ação rápida. Talvez por faixa etária, tempo de diagnóstico.Distribuição das agulhas para canetas, não está acontecendo. Os setores de distribuição não entregam, só quando solicitado pelo paciente e quando solicitado o setor de distribuição nunca tem. Poucos receberam.Melhorar o diálogo entre os setores de distribuição, com mais conhecimento e regras únicas, respeitando as particularidades de cada Estado, garantindo que o medicamento chegue aos pacientes no tempo certo.Distribuição de canetas de 0,5 ui, principalmente para crianças.		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Profissional de saúde	Regular	Sim, Tempo de atendimento Médico de 3 meses ! Ideal seria 6 meses		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria de reforçar a importância da educação e do auto cuidado. MS há uns 7 anos lançou uma estratégia para formação de tutores em todo Brasil para o autocuidado em DM. E urgente a retomada dessa estratégia.		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Acho que o acesso as insulinas mais modernas deveriam ser menos burocráticas.	É muito humilhante esmolos por um direito garantido por lei. Não tem cabimento vc ter que mudar um laudo pra se adequar a exigências absurdas. Mais empatia com quem paga os impostos e sustenta os governos.	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	<p>Sim. A descentralização no fornecimento de insulinas e insumos não está sendo eficaz e tem gerado um grande problema para os pacientes. Sou médica e professora do hospital Universitário Gaffrre e Guinle e responsável pelo ambulatório de diabetes tipo1. Tínhamos o polo de insulina onde pacientes recebiam insulina e insumos. Após o fim do polo de insulina os pacientes foram encaminhado para os municípios para receberem insumos. Entretanto muitos municípios do Rio de Janeiro não fornecem insulina e principalmente insumos e não dão a menor satisfação e orientação. Apenas dizem que não há insumos para fornecer. Isto tem gerado uma piora no controle dos pacientes que estão a deriva. Regredimos a época que tratávamos pacientes diabetes tipo 1 sem monitorização. Portanto, embora a idéia da descentralização no fornecimento de insumos seja adequada, na prática não tem funcionado e muitos pacientes estão sem insumos, já que vários municípios do Rio de Janeiro não estão fornecendo insumos. Alguns municípios quando fornecem, dão uma quantidade aquém da necessária e sem justificativa. Portanto, urge a necessidade do retorno do fornecimento de insumos pelos hospitais de referência ou outra medida que solucione este problema. Já que a monitorização dos pacientes com diabetes tipo 1 é vital</p>	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, A inclusão de insulinas análogas, como Degludeca. Falta de insulinas de modo geral, ação rápida e ação lenta. Falta de agulhas.		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
15/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, - Pra que utilizar a nph e regular antes da rápida? a nph após o diagnóstico causa muitos problemas para as crianças em casa, ainda sem quase nada de informações sobre o tratamento e o dia a dia, esses picos da nph, atrapalham muito .	Sim, é muito papel que tem que ser preenchido, demora muito o preenchimento e muitas vezes há alguma atualização e os médicos não são informados, e a gente tem que voltar pro médico para arrumar os papéis e depois chegar nas farmácias, atrapalha muito. Se é uma doença crônica, pra que ter que ficar levando esses papéis todas as vezes ou a cada 3 meses, deveriam ser somente levados os papéis quando tivesse alguma alteração de dose... até porque, a doença não tem cura. a retirada nas UBS vai facilitar muito, pq posso retirar bem próximo a minha casa	
15/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Desburocratização da dispensação de insulinas ultrarrápidas	Não	
15/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Desburocratização da dispensação de insulinas ultrarrápidas.	Não	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Desburocratização da dispensação das insulinas ultrarrápidas	Não	
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Falta de insulina na farmácia do estado, agulhas pois as pessoas que usam insulina precisam para viver	Não	
15/09/2019	Paciente	Boa	Sim, Dificuldades de acesso às insulinas nos postos de saúde pública. Medicamentos inferiores que causam hipoglicemias severas. Rede pública deveria fornecer insulinas mais modernas, como Lantus		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
15/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Falta de agulhas para canetas, falta recorrente de insulinas, insulinas análogas lentas.	Não	
15/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Com o advento dos novos conceitos de variabilidade glicêmica e tempo no alvo, o uso de sensores de glicose subcutâneos para monitorização contínua ganhou importância, pois, além de fornecer todas essas informações de maneira mais fidedigna que apenas alguns pontos da glicemia capilar, contribuiu para aumentar a segurança dos pacientes na prevenção de hipoglicemias e para a melhora na qualidade de vida.		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Sim, No apêndice 2 fluxograma : acrescentar após a redação "Uso de insulina NPH e R ... acompanhamento médico regular" e com o educador em diabetes.Obs.: quando falo "Educador em Diabetes" este tem que ter especialização em formação de educador e ter certificado registrado no MEC.NO ITEM 12 pg. 37 - ACOMPANHAMENTO incluir que os pacientes com diabetes devem ser acompanhados mensalmente pelo educador em diabetes e que o SUS possa ter as associações de diabetes como parceiras para ajudar neste acompanhamento. Ainda na pg 37 Acrescentar no segundo paragrafo após o trecho "Aos pc com DM1 é necessário ... DM" acrescentar " e acompanhamento mensal com o educador em diabetes. NO APÊNDICE 5 - AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO dos pac com DM1 acrescentar no quadro "Avaliação mensal com o Educador em Diabetes após diagnostico".e"Avaliação com o Assistente Social quando apresentar cetoacidose ou dificuldade de controle de glicose."NO ITEM 6.3.4 pg 26 que a insulina análoga de ação prolongada seja acompanhada pelo educador em diabetes pois observei em minha pratica que muitos que passam a usar a glargina volta a ter hemoglobina glicada alta devido a voltarem aos hábitos anteriores de quando usavam a NPH. NO ITEM 6.5 pg 29 quanto ao uso de seringas e canetas ser liberado agulha para cada aplicação, principalmente, para quem faz contagem de carboidratos pois são cerca de 6 pecadas por dia. 5 para comidas e 1 para insulina noturna.NO ITEM 11 pg 36 - MONITORIZAÇÃO (PARA QUEM FAZ CONTAGEM DE CARBOIDRATOS) AS mães solicitam a possibilidade de aumentar o numero de fitas para 6 por dia:1 antes do café da manhã1 ante do lanche escolar (se estuda período da manhã)1 antes do almoço1 antes do lanche da tarde ou se lanche da escola1 antes do jantar1 Ao deitarNO TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE solicito se for possível acrescentar:1- autorizo as associações de diabetes a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento 2- autorizo as associações de diabetes a enviar para meu endereço um convite para conhecer as</p>	<p>Quanto a entrega de insulinas em canetas de NPH e R:Que seja para qualquer idade, pois é difícil para um adolescente que usa a caneta ter que voltar a usar seringas.Quanto a figura que mostra os locais de aplicação:A indicação da coxa que é Antero Lateral o desenho da a entender que é em cima da coxa. Muitos aplicam errado pois o desenho indica em cima. muitos não conseguem entender.GOSTARIA DE solicitar que as canetas de NPH e R sejam liberadas para as pessoas com diabetes que apresentam DEFICIÊNCIA VISUAL independente da faixa etária e do tipo de diabetes. DESDE JÁ AGRADEÇO A OPORTUNIDADE DE PODER FAZER AS SUGESTÕES.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			associação.NO ITEM 6.6 BOMBA DE INFUSÃO que estas sejam liberadas pelo SUS para as pessoas com diabetes que precisam de um controle mais adequando pois em minha prática verifiquei que jovens e crianças e idosos que passaram a usar a bomba tiveram uma estabilidade nas taxas de glicemia. MAS desde que sejam acompanhadas pelo educador em diabetes pois observei também que alguns em uso de Bomba estão com os controles ruins pois voltam aos hábitos anteriores.		
16/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Não	Não pode haver falha no fornecimento de medicamentos e insumos para o tratamento do paciente.	
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	Não	
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, Na minha cidade ainda não consegui retirar as 30 agulhas que teriam que ser distribuídas com a insulina Aspart. A farmácia informa que desconhece a lei que garante a distribuição das 30 agulhas.Tem meses que as insulinas Aspart e Glargina tb estão em falta	É de suma importância a distribuição das insulinas análogas de ação lenta para evitar hipoglicemia noturnas	
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, O importante é falar que os avanços do protocolo são muito bem-vindos. Precisamos de opções de terapias melhores. Mas muitas pessoas estão enfrentando dificuldade para pegar está insulina análoga rápida no SUS.	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, O importante é falar que os avanços do protocolo são muito bem-vindos. Precisamos de opções de terapias melhores. Mas muitas pessoas estão enfrentando dificuldade para pegar está insulina análoga rápida no SUS.	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
16/09/2019	Secretaria Estadual de Saúde	Boa	Sim, A CONITEC PODERIA JUNTO AO HÓRUS PROVIDENCIAR UMA FORMA MAIS DIDÁTICA DE AVALIAÇÃO PARA OS RELATÓRIOS DE GLICEMIA. INCLUINDO INCLUSIVE LAUDOS ANEXOS EM QUE O MÉDICO JÁ FOSSE DIRECIONADO NO QUE É IMPRESCINDIVEL RELATAR PARA MANUTENÇÃO DO TRATAMENTO. SERIA IMPORTANTE NESSE E TAMBÉM NOS PRÓXIMOS PROTOCOLOS. TER UM RESUMO CLARO DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS TANTO NA SOLICITAÇÃO COMO RENOVAÇÃO NO NÍVEL CEAF (COMO O ESPELHO DO HÓRUS EM ANEXO- DA DOENÇA PAF)		Clique aqui
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, O importante é falar que os avanços do protocolo são muito bem-vindos. Precisamos de opções de terapias melhores. Mas muitas pessoas estão enfrentando dificuldade para pegar está insulina análoga rápida no SUS.	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Sim Gostaria de saber porque os município não entrega os insumos necessários ao tratamento, se é direito do diabético receber.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Secretaria Municipal de Saúde	Boa	Não	<p>Considerando que a PORTARIA Nº 11/2013/SCTIE (de 11/03/2013), que torna pública a decisão de incorporar caneta para injeção de insulina humana NPH e regular no âmbito do SUS, não faz nenhuma menção ao tipo de Diabetes ou idade do paciente para os quais as canetas de insulina serão ofertadas. Considerando que o presente Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Diabetes Mellitus tipo 1 também não menciona restrição relacionada à idade do paciente (exceto se indicação em bula), gostaríamos de fazer considerações sobre a NOTA TÉCNICA Nº 204/2019-CGAFB/DAF/SCTIE/MS (de 05/06/2019), relacionada a este PCDT. Primeiramente, sugerimos retirar o critério de idade para fornecimento das canetas de insulina NPH e Regular aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo I na Atenção Primária. Entendemos que se o medicamento compõem o elenco básico, o mesmo deve estar acessível a todos que dele necessitarem, independentemente da idade. A justificativa financeira mencionada na referida Nota técnica é compreensível, porém não há justificativas técnicas para inclusão deste critério. Assim, sugerimos esta modificação porque determinar que o fornecimento das canetas de insulina seja interrompido quando o adolescente atingir 15 anos será decretar a judicialização destes itens contra os entes federados. Além disso, a compreensão da população quanto a interrupção do fornecimento de itens tão importantes quanto estes na Atenção Primária não costuma ser bem aceita, especialmente em áreas de vulnerabilidade social e violentas. Caso a sugestão anterior não possa ser atendida pelas questões orçamentárias, sugerimos a inclusão das canetas de insulina NPH e Regular no</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Paciente	Boa	Não	<p>Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), já que para o mesmo há uma organização eficiente dos Estados e Municípios para o cumprimento de critérios e restrições dos PCDTs. Acreditamos que a inclusão destes itens no CEAF facilitaria a aceitação destes critérios pela população, da mesma forma que para outros PCDTs já instituídos.</p>	
16/09/2019	Paciente	Boa	Não	<p>A recomendação favorável para incorporação das insulinas análogas de ação prolongada é um grande passo para o tratamento das pessoas com diabetes tipo 1. Mas é preciso proporcionar o acesso a atendimento com endocrinologistas, a glicosímetros e tiras e à educação em diabetes, para que o paciente possa atender a todos os requisitos esperados para ter autorização de acesso a esta insulina e, depois, manter o tratamento. Um paciente que não consegue manter realizar exames como devido, por falta de vaga, ou não consegue a consulta para pegar os atestados médicos, não cumprirá os requisitos por uma falta que não é dele. Da mesma forma, é preciso orientar os médicos e profissionais de saúde no sentido de apontar quais os processos devem ser feitos (formulários e autorizações). Outro cuidado a ser tomado é em relação às agulhas, para que não ocorra o mesmo problema que houve com as insulinas análogos de ação rápida, que foram licitadas sem a devida licitação das agulhas.</p>	
16/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Item 6.2, estudo muito antigo de 2012, hoje em dia existem bombas que previnem mais de 80% de hipoglicemias		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, O item 6.6 é um absurdo. O SICI é muito superior ao controle tradicional "basal-bolus", ainda mais com as atuais bombas de insulina que monitoram a glicemia e até agem para evitar hipoglicemia.		
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, O SICI é um ótimo tratamento para o DM1, a sua não implantação no SUS é um absurdo e uma forma de negligência aos pacientes.		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Gostaria que fosse incluso o tratamento com o sensor Freestyle Libre		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Regular	Sim, O uso da nph apos a descoberta do diabetes atrapalha muito, pois nao temos todas as informacoes para entender que tera um pico de ação.Outra questão é sobre o preenchimento de tantos papeis... que a cada 4 meses torna processo muito moroso e burocrático. Perdemos um tempo preciso das consultas com nosso especialista, preenchendo papéis.		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
16/09/2019	Paciente	Boa	Não		
16/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, item 4.2 que fala dos critérios de manutenção do tratamento com os análogos. Fixar o atingimento da mesma meta de controle para todos não é mais aceito pois a meta é individual. Além disso, pacientes com muitos episódios de hipoglicemia tem a hemoglobina glicada baixa, fazendo acreditar que seu controle é bom. Melhorando as hipos, a hemoglobina glicada aumenta e muitas vezes acima de 7% levando a falsa impressão de que não houve melhora com o uso dos análogos.	Outros pontos são:1) Uso de Insulina Regular por 3 meses antes de indicar análogos de curta duração. Não há indicação pois já ficou comprovado que a melhor insulina prandial é a Ultra rápida2) A experiência de deixar a cargo das Farmácias Especializadas dos Estados toda a distribuição das insulinas análogas ultra rápidas tem trazido um transtorno tanto para quem prescreve quanto para os pacientes. O sistema está extremamente burocratizado levando a subprescrição da insulina e privando os pacientes de um melhor tratamento. Além dessas farmácias, os Centros Especializados que já recebem outros medicamentos refrigerados (GH, Leuprorrelina) deveriam receber também as insulinas análogas e aonde não existam esses Centros, distribuir nas UBSs.3) Já existe no Brasil insulinas de duração mais longa que as basais citadas, a Degludeca. Como tem custo mais elevado, deveriam entrar como um passo seguinte, no caso de falência ao uso de Glargina ou Detemir. Seria um passo importante que pode reduzir a indicação de Bomba de Insulina, pois muitos atingem bom controle com menos hipoglicemia, com a Insulina Degludeca.	
16/09/2019	Paciente	Boa	Não		
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Paciente	Regular	Sim, Requerer que o paciente passe e comprove que passou pelas situações a seguir é um desrespeito a vida. Ninguém deve provar que sofreu risco de morte para ter direito a um tratamento que melhora a sua qualidade de vida e a de outros. Quantos acidentes de trânsito, por exemplo já aconteceram causados por usuários de NPH que tiveram hipoglicemias ao dirigir? Não é brincadeira, ninguém quer ter que usar insulina, mas isso é uma necessidade para o diabético manter sua vida. Nós diabéticos também trabalhamos, temos filhos e temos o direito a ter um tratamento que nos garanta qualidade de vida!Requisitos impostos: Hipoglicemia grave (definida pela necessidade de atendimento emergencialou de auxílio de um terceiro para sua resolução) comprovada mediante relatório de atendimento emergencial ou registros em softwares ou glicosímetros;	Requerer que o paciente passe e comprove que passou pelas situações a seguir é um desrespeito a vida. Ninguém deve provar que sofreu risco de morte para ter direito a um tratamento que melhora a sua qualidade de vida e a de outros. Quantos acidentes de trânsito, por exemplo já aconteceram causados por usuários de NPH que tiveram hipoglicemias ao dirigir? Não é brincadeira, ninguém quer ter que usar insulina, mas isso é uma necessidade para o diabético manter sua vida. Nós diabéticos também trabalhamos, temos filhos e temos o direito a ter um tratamento que nos garanta qualidade de vida!Requisitos impostos: Hipoglicemia grave (definida pela necessidade de atendimento emergencialou de auxílio de um terceiro para sua resolução) comprovada mediante relatório de atendimento emergencial ou registros em softwares ou glicosímetros;	
16/09/2019	Paciente	Regular	Sim, 6.6 - O controle com a Bomba de Insulina e sensor de glicose reduz sim os riscos de hipoglicemia. Eu tenho DM 1 e uso a Bomba de Infusão VEO com sensor de glicemia Enlite, que para quando estou em hipo, se não fosse isso hoje em dia já estaria morta.		
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Especificar sobre a importância de uma alimentação adequada e saudável, conforme o Guia Alimentar para a População Brasileira;Não limitar o acesso às insulinas análogas apenas àqueles que utilizarem previamente insulinas NPH e regular;Alterar o prazo necessário para renovação da receita médica de 06 meses para 03 meses, levando em conta a realidade	De uma forma geral a Consulta Pública está muito boa e reflete o espírito de construção coletiva propostos numa democracia.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Retirada da exigência de tratamento prévio com NPH e Regular	Considero totalmente desnecessária e injusta a exigência de submeter os pacientes primeiramente a 03 meses de tratamento com NPH e Regular quando sabemos que existem insulinas mais modernas, de qualidade superior, de melhor ação e com melhores resultados, tanto em estabilidade glicêmica quanto em proteção de episódios de hipoglicemias quanto de resultados de glicada. Acredito que deve ser direito de todo e qualquer paciente já iniciar seu tratamento com as análogas de longa duração e as ultrarápidas. Saúde não tem preço, é prioridade e não se pode tomar decisões em saúde pensando em custo financeiro. As decisões em saúde devem ser tomadas pensando no que protege mais a saúde e, portanto, a vida, independente do custo financeiro.	
16/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, uso e insulinas basais analogas e insulinas ultrarápidas disponíveis para todos		
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Sim, retirada da exigência de tratamento prévio com NPH e Regular	retirada da exigência de tratamento prévio com NPH e Regular, pois é direito de cada paciente já dar início ao tratamento com insulinas mais modernas, de melhor qualidade, superiores e que apresentam melhores resultados na estabilidade glicêmica, na redução de hipoglicemias e na hemoglobina glicada, lembrando que as decisões em saúde devem priorizar a proteção da saúde e da vida, independente de custo financeiro, já que basear decisões em saúde no custo financeiro é algo que vai contra todo o fundamento da área da saúde	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Paciente	Boa	<p>Sim, Todo cidadão tem direito a saúde, independente de sua raça, cor ou crença todos temos direito a saúde e bem estar clinico. Os recursos hoje disponíveis para s diabéticos não são suficientes para um tratamento decente, a insulina e os tratamentos evoluíram muito e infelizmente nem todos tem acesso, somente quando entramos com processos e fazemos então valer nossos direitos. O Diabético não tem um tratamento completo se não tiver como minimo: Insulinas (de acordo com prescrição individual) insulina cada um se adapta melhor a um tipo de tratamento,m pois isso não deve ser unica e padrão para todos, O diabético tem que ser monitorado 24 horas temos direito a um aparelho de medição decente de glicemias, bem como as fitinhas que deve ter no minimo 8 medições ao dia, tem direito também aos furadores de dedo que tem que ser no minimo confortáveis e descartáveis, afinal são 8 medições ao dia o Diabético tem direito a seringas de trocas diárias, bem como canetas de insulinas com agulhas de trocas. O diabético tem direito acima de tudo a um bom medico e um bom nutricionista que acompanhe sua rotina, suas necessidades , e acima de tudo suas dificuldades, por que não é fácil viver com diabetes e ainda conseguir controla-la 24 horas ao dia, 365 dias ao ano , sem folga , final de semana ou ferias, não é fácil tomar injeção, medir a glicemia, comer quando não tem fome, dormir mal e acordar com hipoglicemia ou hiperglicemia, e ter que tomar mais injeções, ser socorrido, por que não tinha insulina ou passou mal na rua e teve uma convunção por hipoglicemia severa, não se controlou, por que não tinha fitinha para o exame de glicemia. A vida do diabético não é fácil, são 365 dias ao ano monitorando para não perder a visão, uma perna, um rim e ter que fazer hemodialise, ter feridas por descontrole do diabetes e não conseguir cura-las, A VIDA DO DIABÉTICO, NÃO É FÁCIL, merecemos e precisamos no minimo de insumos decentes para levar uma vida menos</p>	o Diabetes é uma doença que mata de forma tambem silenciosa, e sem recursos isso so piora.	
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Paciente	Boa	<p>Sim, A página 12 apresenta os critérios de uso das insulinas, a partir da NPH, gerando uma espécie de “hierarquia”. É de conhecimento de todas as pessoas que fazem uso da NPH, a vigilância em relação aos picos associados às hipoglicemias recorrentes. Crianças no começo da vida, bebês ainda, correm mais riscos ainda. Recomendo uma reavaliação criando experiências de uso a partir da idade. Especialmente no começo do diagnóstico, bebês DM1 são ainda mais vulneráveis aos picos das NPH.- A página 19 diz que na adolescência, o portador de diabetes “tem pior controle glicêmico”, mas não apresenta nenhum tópico especial destinado a este público que merece uma assistência maior, especialmente pelas questões emocionais e hormonais. A pagina 35 recomenda que o tratamento do DM1 deve ser revisto e ajustado de acordo com a indicação médica, seguindo orientações do protocolo. Portanto, pela dificuldade de acesso a médicos, exames e tratamentos variados, é fácil constatar que poucos DM1 no país são conduzidos conforme este protocolo. É preciso mais uma vez solicitar uma revisão das políticas públicas vigentes. Por exemplo, a lei 11.357, promulgada em 2006, já garantia o acesso ao tratamento do portador de diabetes acompanhando as tecnologias, inclusão de novas drogas.A pagina 35 recomenda que o tratamento do DM1 deve ser revisto e ajustado de acordo com a indicação médica, seguindo orientações do protocolo. Portanto, pela dificuldade de acesso a médicos, exames e tratamentos variados, é fácil constatar que poucos DM1 no país são conduzidos conforme este protocolo. É preciso mais uma vez solicitar uma revisão das políticas públicas vigentes. Por exemplo, a lei 11.357, promulgada em 2006, já garantia o acesso ao tratamento do portador de diabetes acompanhando as tecnologias, inclusão de novas drogas... Sabemos, como entidade que representa os diabéticos, o quanto já difícil o acesso ao básico. É preciso aplicar esta lei federal e rever tantas outras que se encontram “natimortas”.</p>	<p>O PCDT apresenta muitas responsabilidades e deveres que devem ser assumidos pelos portadores de diabetes tipo 1 e familiares. Vale lembrar que a maior parte das recomendações também geram obrigações para o SUS. É certo que, muitas vezes, o próprio SUS é resultado de gestões individuais, especialmente em um país plural e gigantesco como o Brasil. Por exemplo, é possível ver educação em diabetes em algumas UBS e muito descaso e omissão em outras. Portanto, é preciso ir além das recomendações. O próprio SUS deve instruir e fiscalizar ações em todos os pilares do tratamento: Educação em diabetes (desenvolvimento de um programa contínuo), insulinoterapia (manejo com agulhas, seringas, descarte do lixo gerado, aplicação, armazenamento), automonitoramento (acesso a glicosímetros, insumos, orientação para interpretação de dados), orientação nutricional (a exemplo da contagem de carboidrato), orientação para a atividade física, acesso facilitado aos muitos especialistas (como o próprio endocrinologista), acesso facilitado aos medicamentos da segunda linha de tratamento e inclusão de todas as tecnologias que podem ser recomendadas em vários momentos do tratamento do DM1. Portanto, paralelo ao PCDT, é preciso fazer uma reforma das políticas públicas vigentes para que possam estar alinhadas ao protocolo.Os critérios de manutenção do tratamento com insulina de ação prolongada simplesmente não incluem fatores que podem desregular o controle glicêmico, como o estado emocional e as variações hormonais. É preciso rever este tópico, pois nem toda descompensação é fisiológica ou é gerada a partir de uma conduta inadequada.- É preciso investir em</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>programas de educação em diabetes e na construção de Centros de Referência em todo o país. Espaços especializados tendem a fortalecer a adesão ao tratamento pelo leque de serviços/atendimentos disponíveis em um único lugar. - É comum as mães-pâncreas da ADIP, assim como adultos com diabetes, relatam as diferentes formas de ação das insulinas análogas de ação rápida: asparte, lispro, glulisina. Atualmente em meu estado (Piauí), os DM1 assistidos pela segunda linha de cuidado, contam mais com a asparte, hoje fornecida pelo Ministério da Saúde. Isso gera muito desconforto para alguns. Acredito que é preciso rever este nivelamento de resultados de ação das três insulinas, já quem muitas pessoas hoje comprovam, com os resultados de suas glicemias, que se adaptam mais a um determinado tipo. Também é preciso rever em cada estado a forma de como essas insulinas são dispensadas, pois os protocolos para o recebimento dos fármacos exigem muito mais do que o SUS tem a oferecer. A renovação da documentação, como a solicitação da medicação por um endocrinologista e a apresentação de 3 exames, tornam-se grande barreira em um país com baixo acesso a muitas especialidades. No Piauí, por exemplo, são cerca de 45 médicos endocrinologistas para 3 milhões de habitantes. Isso quer dizer que muitos DM1 vão deixar de receber a insulina mais indicada por conta da burocracia incoerente. Outro problema é a concentração da dispensação da insulina asparte por uma farmácia de componente especializado. Resumindo: toda demanda no Piauí fica oprimida em um único espaço da capital do Estado, desassistindo assim os portadores de diabetes dos outros 223 municípios do estado. O “tempo no alvo” é a</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	<p>mais nova ferramenta para aferir o controle glicêmico, sendo hoje considerado pelos estudiosos como mais eficiente que o exame de hemoglobina glicada, que muitas vezes não revela as bruscas variações glicêmicas. Portanto, solicito que incorporem o “Tempo no Alvo” ao PCDT, considerando a possibilidade de disponibilizar sensores para aferição de glicemias ou outros recursos tecnológicos a pessoas com difícil controle. - O Brasil tem avançado muito pouco no que diz respeito ao rastreamento de complicações. No Piauí, 75% das amputações não traumáticas acontecem em pacientes com diabetes. Um mínimo exame de avaliação do pé diabético, com o uso de monofilamentos, não é feito nas UBS. Há, ainda, um profundo desconhecimento sobre o tratamento das úlceras, o que tem aumentado o número de amputados em nosso estado. Ou seja, a qualificação dos profissionais deve fazer parte da rotina do SUS. Difícil, também, é conseguir realizar o mapeamento de retina. - O PCDT aponta a Contagem de Carboidrato como uma terapia nutricional que pode ser utilizada por todo paciente com DM1, mas sabe-se o quanto é difícil encontrar nutricionistas aptas a conduzir esta terapia junto ao endocrinologista, trabalhando com recursos adequados para as pessoas com limitações intelectuais e cognitivas.</p>	
16/09/2019	Paciente	Boa	Não	<p>Que sempre estejam disponíveis além das insulinas e análogos, os insumos necessários ao tratamento como agulhas para as canetas, tiras, seringas, lancetas.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria que o valor de hemoglobina glicada no adulto jovem fosse até 7,5 para dispensação pois apesar da literatura recomendar um alvo de 7,0 sabemos na pratica clinica que é muito difícil ser tão rigoroso nesse alvo com tantas implicações no controle do diabetes tipo 1;2- Excluir: " uso prévio de insulina NPH e regular por pelo menos 3 meses"		
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Acredito que será muito rico para nós pctes a inclusão do SIC, como forma de tto pelo SUS.	
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, O importante é falar que os avanços do protocolo são muito bem-vindos. Precisamos de opções de terapias melhores. Mas muitas pessoas estão enfrentando dificuldade para pegar está insulina análoga rápida no SUS.	A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo 1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes!	
16/09/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Como profissional gastroenterologista pediátrica gostaria que fosse incluído um comentário sobre a importância do rastreamento de Doença Celíaca em pacientes com DM1. O próprio protocolo de atendimento da DC indica DM1 como uma das condições associadas a DC. O artigo em anexo é uma revisão sistemática que confirma a importância do rastreamento e uma vez que a maioris dos casos ocorrem até 5 anos após o aparecimento do DM1, é indicado o rastreamento ao diagnóstico de DM1 e aos 2 anos e aos 5 anos de DM1, independentemente do paciente apresentar sintomas.		Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não	muita dificuldade para conseguir insulinas análogas rápida em Nova Iguaçu. falta fitas,agulhas,pâncreas a anos no município falta profissional qualificado que entenda do diabetes tipo1 nas emergências e ambulatórioNova Iguaçu esta abandonado e muitos diabéticos perecendo	
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Secretaria Estadual de Saúde	Boa	<p>Sim, Organizaremos em tópicos para melhor compreensão dessa contribuição: i) Item 4.2 - Critérios de manutenção do tratamento com insulina análoga de ação rápida e prolongada: Considerando que a melhora dos episódios de hipoglicemia consiste na única evidência comprovada de benefício dos análogos de insulina sobre as insulinas convencionais, sugerimos que o critério “hipoglicemias” não seja colocado como um dos critérios de manutenção do tratamento, mas como um critério obrigatório de manutenção do tratamento. Segue sugestão de redação: “... Para manutenção do tratamento com a insulina análoga de ação rápida e insulina de ação prolongada, o paciente deverá comprovar manutenção da automonitorização, do acompanhamento médico regular, redução dos episódios de hipoglicemias em intensidade e/ou frequência quando comparado ao uso prévio de análogos de insulina, e pelo menos um dos critérios abaixo, descritos em laudo médico, nos últimos seis meses: &#10063; Atingir as metas de controle glicêmico, conforme quadro 1. Necessário anexar resultado de HbA1c do período avaliado ou a situação da variabilidade glicêmica por softwares ou outros métodos, quando disponível; &#10063; Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c; &#10063; Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistente, por mais de seis meses. OBS: A aproximação das metas glicêmicas aumenta o risco de hipoglicemias, contudo entendemos que haverá benefício do uso de análogos quando o paciente alcançar as metas ou se aproximar destas com melhora total ou parcial das hipoglicemias. Por outro lado, não haverá benefício caso o paciente melhore as hipoglicemias e piore o controle do diabetes. Entendemos, portanto, que a melhora das hipoglicemias como descrito nessa proposta de Protocolo, sendo apenas um dos critérios de manutenção, poderá se tornar um fator permissivo de mau controle do diabetes. Exemplo: criança diabética que cumpriu critérios de inclusão, sendo a motivação principal episódios recorrentes de hipoglicemia não grave. Apresentava por</p>	<p>O Estado do Espírito Santo aprova a iniciativa do Ministério da Saúde na elaboração do PCDT para o manejo do DM1. Informamos que o Estado do ES possui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a dispensação de análogo de insulina de longa ação, Glargina U100 e Determir por via padronizada (Portaria nº 167-R, de 18 de outubro de 2011) e também disponibiliza as insulinas degludeca e glargina U300 por via não padronizada, mediante avaliação caso a caso pela Comissão Estadual de Farmacologia e Terapêutica (CEFT) vinculada à SESA. Atualmente, atendemos em 2019, por via padronizada, 1200 pacientes diabéticos e, por via não padronizada, 455 pacientes. Colocamo-nos à disposição para auxiliar no que for necessário.</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>ocasião da primeira dispensação, hemoglobina glicada igual a 8%. Em reavaliação seis meses após o médico assistente informa melhora total das hipoglicemias, contudo hemoglobina glicada nesse momento é igual a 10%, sem presença de fatores causais. Nessa situação, conforme item 9 – critérios de interrupção – seriam adotadas as medidas para melhorar a adesão ao tratamento.ii)Item 4.2 - Critérios de manutenção do tratamento com insulina análoga de ação rápida e prolongada:“...Presença de condições clínicas que possam promover ou contribuir para a glicemia fora das metas, não persistente por mais de seis meses.”No critério de manutenção acima sugerimos elencar quais são as condições clínicas (Ex: quadros infecciosos, síndrome de Cushing exógena ou endógena, acromegalia). Isso tornaria claro o critério evitando distorções. Casos excepcionais poderiam ser avaliados individualmente por profissionais médicos capacitados nos locais de dispensação estadual.iii)Item 4.3 – Critérios de exclusão:Sobre o critério: “Pacientes que não atingirem a faixa de idade preconizada na bula”Considerando que as insulinas análogas de ação prolongadas possuem indicação para diferentes faixas etárias em bula (Ex: Insulina degludeca e determir para diabéticos acima de 1 ano de idade, Insulina glargina 100UI/mL para diabéticos acima de 2 anos de idade e Insulina glargina 300UI/mL para diabéticos acima de 18 anos de idade);Considerando também que será aplicado o método de custo-minimização para as aquisições dos análogos de insulina;Sugerimos que seja descrito como se dará a continuidade de tratamento caso o análogo de insulina a ser disponibilizado em outro período aquisitivo não seja on label para idade do paciente. Exemplo: a insulina glargina U100 está sendo dispensada para criança diabética, porém no próximo período aquisitivo será disponibilizada a insulina Glargina U300, que constitui indicação off label nessa situação. iv)Item 5.2 – Adultos com o diagnóstico de diabetes autoimune:Considerando a dificuldade para a dosagem dos autoanticorpos e do peptídeo C pelo SUS, sugerimos a não obrigatoriedade dos exames listados pela</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>proposta de Protocolo nesse item.v)Item 9 – Tempo de tratamento – Critérios de interrupção:Sugerimos retificação do parágrafo abaixo:“... Pacientes em uso de insulina análoga de ação rápida ou prolongada devem ter o tratamento interrompido, retornando ao uso da insulina basal e/ou bolus quando não comprovarem os critérios de manutenção deste protocolo. Recomenda-se que estes pacientes tenham a adesão à terapia avaliada e intervenções educativas com foco na adesão à terapia.vi)Item 9 – Tempo de tratamento – Critérios de interrupção:Sugerimos descrever quando e como o diabético poderá solicitar novamente os análogos de insulina após preencher critérios de interrupção da dispensação dos mesmos.vii)Item 15 - TCLE:Quanto às metas glicêmicas:Considerando que as metas glicêmicas devem ser individualizadas dentro das faixas estabelecidas pelos consensos médicos, baseados em evidências científicas, sugerimos que as metas glicêmicas sejam implementadas no Termo de Consentimento (TCLE) para que o médico assistente a assinale. Segue sugestão:Meta hemoglobina glicada individualizada pelo médico assistente: 7,0%; entre 7,0-7,5%; entre 7,5-8,0%; entre 8,0-8,5%</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Paciente	Muito boa	<p>Sim, Questões que merecem ser retificadas ou complementadas – o que de forma alguma retira a qualidade do PCDT proposto no que tange à implementação de uma excepcional política de cuidado aos portadores de DM1 – explicitados separadamente na sequência: Critérios de inclusão para tratamento com insulina análoga (fls. 11/12 do PCDT proposto)- uso prévio de insulinas NPH e Regular (fls. 11): a insulina Regular é de difícil manejo em razão de suas características farmacocinéticas relativas ao início e tempo de efeito, impondo a aplicação meia hora antes das refeições, impraticável no modo de vida contemporâneo, fato reconhecido no relatório final de recomendação da incorporação dos análogos de ação rápida da CONITEC. Assim, o ideal seria a recomendação de uso da insulina análoga de ação rápida como tratamento de primeira linha, sem necessidade de uso prévio da insulina Regular;- hipoglicemia grave (fls. 11): a hipoglicemia grave deverá ser comprovada mediante apresentação de relatório de atendimento emergencial ou registros em softwares ou glicosímetros. No entanto, nem todas as unidades de saúde da atenção básica e especializada dispõem de leitores de glicosímetros (por exemplo, na minha Unidade Básica de Saúde, no bairro de Santa Cecília/Capital de São Paulo, não é possível fazer a leitura do glicosímetro em função de problemas com o computador do Programa de Automonitoramento Glicêmico), o que prejudica os usuários que não possuem softwares de extração de seus dados glicêmicos, criando desigualdade no acesso ao tratamento. Desta forma, é necessário incluir como possibilidade de comprovação das hipoglicemias graves o que já está previsto no PCDT em relação à monitorização (fls. 36), permitindo a apresentação de registros das glicemias em tabelas como documento apto a comprovar a presença de hipoglicemia grave. Esta mesma sugestão vale para a comprovação de hipoglicemia grave como critério de inclusão para tratamento com análogo de ação prolongada (fls. 12). Casos especiais (fls. 14/18 do PCDT proposto)- ausência de casos de alergia a determinado tipo de</p>	<p>Destaco os pontos que merecem elogios, sem qualquer necessidade de reparo ou complementação: a fixação de critérios de manutenção do controle que avaliam a eficácia do tratamento, casos especiais e incentivo ao aleitamento materno. O PCDT proposto é o resultado da luta dos portadores de DM1 desde antes da primeira proposta de incorporação dos análogos de insulina ao SUS em 2014, que agora se torna uma realidade, graças à abertura de espaço para o diálogo entre governo e sociedade através da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS (CONITEC). Mesmo em tempos de políticas restritivas de direitos e de retrocessos relativos às conquistas sociais, e até mesmo de criação de barreiras ao diálogo e escuta dos cidadãos – como é o caso do encerramento dos perfis das redes sociais da CONITEC, que esperamos ser revisto – logramos lutar por um sistema universal de direitos (e não de coberturas) que atenda às demandas de saúde dos portadores de DM1 e responda às necessidades diferenciadas dos usuários com diabetes, considerados sobretudo como sujeitos de direitos. O PCDT proposto representa uma conquista integrante do processo democrático de construção da política de saúde com participação ativa da sociedade, ao longo de tantos anos de construção e defesa do SUS. Que este PCDT seja para nós portadores de diabetes uma bandeira em defesa do SUS universal, integral, equânime, público e gratuito, e da democracia no Brasil.</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>análogo: embora raros, há casos de desenvolvimento de reações alérgicas a certos tipos de análogos de insulina, que promove a redução do efeito do medicamento. O PCDT não traz nenhuma diretriz em relação a esses casos. Assim, seria interessante incluir uma diretriz prevendo a possibilidade de recebimento de análogo diverso daquele que cause alergia ao paciente. Tratamento não farmacológico (fls. 19/21 do PCDT proposto)- recomendações nutricionais (fls. 20): além do Manual de Contagem de Carboidratos para Pessoas com Diabetes da SBD, seria interessante também indicar o Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, que aborda os princípios e as recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira, considerando os múltiplos determinantes das práticas alimentares, ou seja, as diferenças regionais no que tange à disponibilidade, oferta e cultura alimentar. Assim, une-se o cuidado alimentar para o tratamento do diabetes à promoção da saúde para além da doença;- atividade física (fls. 20): na parte de recomendação para adultos, a redação deixa dúvida se os 150 minutos seriam diários ou semanais. Embora seja possível consultar as referências e verificar que se trata de recomendação semanal, o ideal é facilitar o trabalho dos profissionais e usuários que consultarão o PCDT. Assim, é importante consertar a redação do parágrafo colocando-o da seguinte forma: "Os adultos com diagnóstico de diabetes devem ser aconselhados a realizarem, pelo menos, 150 minutos SEMANAIS de atividade física aeróbica no mínimo três vezes por semana (...)". Apêndice 3 – Administração de insulina (fls. 77/78 do PCDT proposto)- orientações para preparo e aplicação de insulina: as instruções e imagens se restringem ao preparo e aplicação de insulina através de seringa, sendo necessário incluir instruções e imagens para preparo de insulina com canetas, tendo em vista existirem diferenças entre uma forma e outra. Em complementação, sugiro a criação de um tópico relativo à dispensação dos análogos de insulina de ação rápida e prolongada. No PCDT proposto não existe nenhum item</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Outra	Muito ruim	<p>dedicado à forma de dispensação dos análogos, cabendo a cada Estado a organização da distribuição do medicamento na atenção especializada. Mas além de dificultar e diferenciar as regras de acesso dos usuários em cada Estado, em muitos casos a dispensação na atenção especializada impõe o deslocamento dos usuários para duas unidades diferentes e em datas diferentes, representando maiores dificuldades no acesso no que tange à necessidade do paciente se ausentar de suas atividades cotidianas para receber a insulina na atenção especializada e as fitas e lancetas na atenção básica. Assim, seria interessante a inclusão de uma diretriz padronizada de distribuição dos análogos de insulina na atenção básica, da mesma forma que já ocorre com as insulinas NPH e Regular. Finalmente, gostaria de trazer uma questão mais relacionada à forma de abordagem do autocuidado do portador de DM1. Em todo o PCDT proposto é trazida a ideia de escolha das opções terapêuticas conforme a singularidade dos usuários. No entanto, na parte em que menciona a suspensão do tratamento com os análogos em função da ausência de eficácia do tratamento, é recomendada a orientação do paciente em relação à adesão à terapia e às orientações educativas. Seria interessante começarmos a pensar na ideia de construção compartilhada do cuidado, com participação do portador de diabetes na escolha das melhores estratégias para controle da glicemia e para garantir sua qualidade de vida conforme suas possibilidades e limitações (incluindo as financeiras) e desejos. É preciso pensar na pessoa com diabetes como alguém com autonomia sobre seu corpo e suas escolhas, e no tratamento como um trabalho conjunto entre profissionais e usuários.</p>		Clique aqui
			<p>Sim, 6.3.4 Insulina análoga de ação prolongada : Deve-se optar pela prescrição da insulina análoga de ação prolongada (USO ADULTO E PEDIÁTRICO) com melhor resultado de custo minimização a ser disponibilizada pelo Ministério da Saúde (MS).</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Na DRS da cidade de Bauru - SP frequentemente falta insulina.	
16/09/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Bombas de insulina são o melhora tratamento para hipoglicemia assintomáticas. Em 25 anos de diabetes, somente com a bomba de insulina pude ter qualidade de efetiva e o principal segurança em todas as circunstâncias. A opinião de um diabético de longa data deve ser considerada para tomada de decisão.	Bomba de insulina com sensor eliminam hipoglicemias.	
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Retirada de exigência de tratamento previo com NPH e regular	Retirada de exigência de tratamento previo com NPH e regular	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Sociedade médica	Muito boa	<p>Sim, CONTRIBUIÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA À CONSULTA PÚBLICA N.º 51 Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Subscrita pela SBEM – Departamento de Diabetes 2019-2020, ADJ-Diabetes Brasil, ANAD, FENAD “PROTOCOLO CLINICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1” CONTEXTUALIZAÇÃO Este documento é a contribuição técnico-científica à Consulta Pública nº 51/2019 da CONITEC (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Tipo 1), da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e subscrito pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)/Departamento de Diabetes 2019-2020, Associação de Diabetes Juvenil – Diabetes Brasil (ADJ), Associação Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD) e Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes (FENAD). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). A CONITEC estabeleceu que os PCDT podem ser utilizados como material educativo dirigido aos profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS. Partindo destes pressupostos, faz-se necessário manifestar o interesse da SBD em contribuir para uma política de estado de saúde que inclua o controle da glicose e o uso de terapias adequadas por pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2). A elaboração, disponibilização e possibilidade de avaliação e sugestão pela comunidade científica e de usuários, permite utilização racional dos recursos disponíveis e a capacitação dos profissionais da saúde pública. Os membros da Diretoria Nacional da SBD e dos seus Departamentos, em especial o de Diabetes Tipo 1, parabenizam o DGITS-SCTIE/Ministério da Saúde, na pessoa da Farmacêutica, Mestre e Doutora Sarah Nascimento Silva, pelo convite para discutir o PCDT tecnicamente bem elaborado pelo staff e a receptividade às sugestões desta Sociedade, em reunião havida em Brasília, em Junho de 2019, visando união de</p>	<p>Foram anexados 5 documentos: 1) Contribuições da SBD à CP nº 51 - PCDT de DM1, contendo todas as assinaturas; 2) Relatório de Recomendação da CONITEC - PCDT de DM1, contendo as sugestões da SBD em notas adesivas (pop-up) ao longo do documento; 3 e 4) Ofícios da SBD encaminhados ao GAB/DAF - MS; 5) Posicionamento da SBD sobre o uso de SICI.</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>esforços para finalização do PCDT de DM1. O conteúdo da proposta de PCDT de DM1, apresentado na Consulta Pública 51, apresenta opções práticas de insulinoterapia que permitem a individualização de um tratamento sabidamente complexo e que exige envolvimento de pacientes, familiares e ou cuidadores, os quais precisam e devem ser orientados e por profissionais de saúde capacitados. Dessa forma, pequenos ajustes são necessários para o aperfeiçoamento desta ferramenta importante e estão descritos resumidamente abaixo e podem ser vistos, detalhadamente, no anexo enviado (Relatório_Diabetes-Mellitus-Tipo-1_CP_51_2019_Sugestões SBD.pdf). A seguir, alguns anexos são enviados para facilitar a apreciação das sugestões da SBD:1) Alguns reparos em erros de digitação e conceituais podem ser vistos em notas adesivas (pop-up), ao longo do documento revisado do Relatório de Recomendação do PCDT de DM1(Relatório_Diabetes-Mellitus-Tipo-1_CP_51_2019_Sugestões SBD.pdf);2) Em relação aos critérios de inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida, sugere-se que todos os pacientes com DM1 sejam elegíveis para o uso da insulina análoga de ação rápida e possam se beneficiar da redução de risco de hipoglicemias noturnas e graves;3) Reforça-se a subdivisão, para fins de seleção prática, das insulinas análogas basais em insulinas análogas de ação prolongada e ultraprolongada, tendo em vista que a glargina U100 e a detemir, se diferenciam das insulinas degludeca e glargina U300 em suas características farmacológicas, principalmente duração de ação. As insulinas de ação ultraprolongada possuem custos mais elevados quando comparadas às insulinas de ação prolongada, no entanto, dados recentes da literatura têm demonstrado superioridade das insulinas de ação ultraprolongada em relação ao risco de hipoglicemias graves e noturnas. Com essa sugestão a SBD entende que as insulinas análogas de ação ultraprolongada seriam indicadas para os pacientes que continuam apresentando hipoglicemias graves e noturnas, mesmo com o tratamento com insulinas</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>análogas de ação rápida e prolongada;4) Em relação à distribuição e dispensação das insulinas análogas de ação rápida, a SBD enfatiza que as exigências burocráticas e os locais restritos para dispensação das insulinas análogas de ação rápida têm reprimido a demanda destas insulinas. Uma extensa avaliação foi feita pela Sociedade através de suas Regionais no primeiro semestre e enviada aos setores competentes do MS (GAB/DAF) em 30 de abril (ofícios anexos). Na ocasião, foi sugerido que estas insulinas fossem dispensadas nos Centros de Referência e ou Farmácias de Alto Custo, segundo a realidade de recursos de cada local. No entanto, nas cidades que não dispõem desses cenários, a dispensação poderia ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde, tal como ocorre com as insulinas humanas. A experiência neste primeiro ano de dispensação das insulinas análogas de ação rápida tem de ser levada em consideração, para prevenir dificuldades e entraves semelhantes, visando aperfeiçoar o modelo atual e facilitar o acesso dos usuários a uma terapia que reduz o risco temido de hipoglicemias graves e noturnas e que foi aguardada com muita expectativa por todos (SBD_DAF_29Abril2019 - FINAL PEDROSA.pdf e Ofício 07_2019 - Sra Sandra de Castro Barros - DAF SCTIE MS (1).pdf);5) A Sociedade também sugere acrescentar a técnica de aplicação com canetas ao Apêndice 3 do PCDT de DM1. Definir as canetas de aplicação de insulina como a apresentação a ser adquirida das insulinas humana NPH, análogas de ação prolongada e ultraprolongada, tendo em vista que as insulinas análogas de ação rápida já são adquiridas nesta apresentação. Não parece adequado que os pacientes façam uso de caneta para administração da insulina bolus e de seringa para a insulina basal. Ressaltamos a importância da utilização de canetas permanentes com escala de 0,5 U e refis de insulina análoga de ação rápida para crianças com idades inferiores a 7 anos, na ausência da disponibilização do Sistema de Infusão Contínua de Insulina (SICI);6) Por fim, a SBD admite a necessidade de refutar o texto sobre o uso de Sistemas</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>de Infusão Contínua de Insulina (SICI) por entender, como já manifestado anteriormente por escrito e inclusive presencialmente em reunião com o staff da SCITIES/MS neste ano de 2019, os critérios primários para uso de SICI. Embora o presente PCDT não tenha como foco essa discussão, uma vez mencionada, cabe endossar o Posicionamento Oficial SBD – Nº 02 2019, para SICI (POSICIONAMENTO OFICIAL SBD SOBRE BOMBA DE INSULINA - 05-AGO-2019.pdf), baseado em dados atualizados da literatura científica e consultoria internacional sobre as políticas públicas de países como Alemanha, Canadá, Reino Unido, Portugal e mais recentemente, Colômbia, além de experiência nacional (DF, GO e SP). A SBD, em momento oportuno e como já expressado, encaminhará à CONITEC a apreciação de incorporação de SICI seguindo o modelo instituído por essa Comissão, qual seja, de dados de revisão sistemática e avaliação econômica. Em um cenário de frequente judicialização no país e disponibilidade de dados mais atualizados do que os inseridos neste PCDT, desde já é preciso alerta para essa revisão. Novamente, a SBD disponibiliza todo o quadro de especialistas que compõem os seus diversos Departamentos Científicos, visando o suporte e a colaboração técnico-científica no enfrentamento das dificuldades encontradas no seguimento dos pacientes com diabetes, como também, compor parceria para auxiliar o monitoramento e os resultados clínicos do tratamento. Atenciosamente,</p> <p>Hermelinda C. Pedrosa Presidente SBD – Gestão 2018-2019 Karla Melo 1ª Secretária SBD – Gestão 2018-2019 Monica Gabbay Coordenadora – Departamento de Diabetes Tipo SBD – Gestão 2018-2019 Rodrigo Moreira Presidente SBEM – Gestão 2019-2020 Gilberto Casanova Presidente ADJ Brasil Fadlo Fraige Presidente ANAD FENAD</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Retirada da exigência de tratamento prévio com PNG e regular	Sim, retirada de exigência de tratamento prévio com PNG e regular, pois é um direito de cada paciente já dar início ao tratamento com insulinas mais modernas de melhor qualidade, superiores e que apresentam melhores resultados na estabilidade glicêmica, na redução de hipoglicemia e na hemoglobina glicada, lembrando que as decisões em saúde devem priorizar a proteção da saúde e da vida, independente de custo financeiro, já que basear decisões em saúde no custo financeiro é algo que vai contra todo o fundamento da área da saúde.	
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, A retirada da exigência de tratamento prévio com NPH e Regular.	Retirada da exigência de tratamento prévio com NPH e Regular, pois é direito de cada paciente já dar início ao tratamento com insulinas mais modernas, de melhor qualidade, superiores e que apresentam melhores resultados na estabilidade glicêmica, na redução de hipoglicemias e na hemoglobina glicada. Lembrando que as decisões em saúde devem priorizar a proteção da saúde e da vida, independente do custo financeiro, pois basear decisões em saúde no custo financeiro vai contra todo o fundamento da área da saúde.	
16/09/2019	Paciente	Ruim	Não	A burocratização para a dispensação das insulinas análogas tira a efetividade da incorporação ao SUS. Muitos pacientes não têm acesso a endocrinologistas e acabam não tendo acesso às insulinas por não cumprir as rigorosas exigências do protocolo.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	<p>Sim, Parabéns, está bastante bom e suficientemente conciso o protocolo. Obrigada</p> <p>Pág. 9, relativo ao diagnóstico:Está escrito: A glicemia de jejum, o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG) e a HbA1c também podem ser eventualmente utilizados como diagnóstico, desde que confirmados em mais de um momento e atentando-se que devem ser repetidos em um curto espaço de tempo, assim que possível. Cabe destacar a contra-indicação de realização de TOTG no caso de desconfiar de DM1, pois realizar tal agressivo teste pode levar ao coma cetoacidótico ou hiperosmolar.E rever a colocação nas páginas 10 e 11 (sobre realizar TOTG 2x para confirmar)Pág. 13, sobre 4.2 Critérios de manutenção do tratamento com insulina análoga de ação rápida e prolongadaEstá referido: (nos último seis meses) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c; &#10063; Melhora dos episódios de hipoglicemia, comprovada por meio de registro em glicosímetros ou meios gráficos disponíveis;Mas, o importante é a verificação de manutenção de bom controle por meio desse uso. Se parar de usar, pode a HbA1c elevar-se e pode nos últimos 6 meses não ter abaixado, pois já estava menor de 7,5%. Bem como pode ter melhorado os episódios de hipo e não necessitar melhorar mais. Rever a forma de descrever.Pág. 19, sobre fatores de adesão:Está escrito: A adolescência é um estágio da vida que está associado a um pior controle metabólico em pacientes com DM (MORRIS, et al 1997).Essa referência é muito antiga e não deveria, a meu ver, ser mantida dessa forma, pois mais gera preconceito do que orientação. Conhecemos inúmeros adolescentes com diabetes bem orientados que tem excelente controle. Os excesso de pressões e de proibições e de dosagens altas de insulina desnecessários possivelmente podem, também, estar na base de tal ideia mantida.Na pág. 22, sobre tratamento farmacológico, está referido:... uma insulina de ação rápida em bolus (humana regular ou análoga de ação rápida), com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias...Sugerimos fortemente que a escrita seja: com doses fracionadas em pelo menos 3 aplicações</p>	<p>Parabéns, está bastante bom e suficientemente conciso o protocolo. Obrigada</p> <p>Pág. 9, relativo ao diagnóstico:Está escrito: A glicemia de jejum, o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG) e a HbA1c também podem ser eventualmente utilizados como diagnóstico, desde que confirmados em mais de um momento e atentando-se que devem ser repetidos em um curto espaço de tempo, assim que possível. Cabe destacar a contra-indicação de realização de TOTG no caso de desconfiar de DM1, pois realizar tal agressivo teste pode levar ao coma cetoacidótico ou hiperosmolar.E rever a colocação nas páginas 10 e 11 (sobre realizar TOTG 2x para confirmar)Pág. 13, sobre 4.2 Critérios de manutenção do tratamento com insulina análoga de ação rápida e prolongadaEstá referido: (nos último seis meses) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c; &#10063; Melhora dos episódios de hipoglicemia, comprovada por meio de registro em glicosímetros ou meios gráficos disponíveis;Mas, o importante é a verificação de manutenção de bom controle por meio desse uso. Se parar de usar, pode a HbA1c elevar-se e pode nos últimos 6 meses não ter abaixado, pois já estava menor de 7,5%. Bem como pode ter melhorado os episódios de hipo e não necessitar melhorar mais. Rever a forma de descrever.Pág. 19, sobre fatores de adesão:Está escrito: A adolescência é um estágio da vida que está associado a um pior controle metabólico em pacientes com DM (MORRIS, et al 1997).Essa referência é muito antiga e não deveria, a meu ver, ser mantida dessa forma, pois mais gera preconceito do que orientação. Conhecemos inúmeros adolescentes com diabetes bem orientados que tem excelente controle. Os excesso de</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>diárias. Pois a maioria dos pacientes DM1 com ótimo controle fracionam em pelo menos 5 aplicações diárias a dose do análogo de ação rápida. Na pág. 27, a afirmação “A detemir ..., resultando em absorção lenta, sem picos e duração de ação entre 12 e 24 horas (SHIRAMOTO et al., 2015)” encontra-se não em conformidade com a informação dada no quadro da página 23 (adaptado de Weinert, 2013). E na prática clínica observa-se, de fato, pico razoavelmente intenso (menos que NPH, mas mais do que Glargina e Degludeca) na Detemir. Na pág. 30, talvez fosse desejável acrescentar, à informação dada: No mercado brasileiro estão disponíveis canetas recarregáveis e canetas descartáveis, que além desse aspecto ainda podem se diferenciar pela marca, graduação e dosagem máxima por aplicação. Talvez acrescentar a seguinte informação: Cada marca de caneta vinculada a um fabricante pode e deve ser exclusivamente utilizada com os penfis de insulina da mesma marca a ela correspondentes, não podendo penfis de outras marcas (outras indústrias) serem utilizadas em canetas recarregáveis distintas da marca associada à insulina em questão. Pág. 31, sobre esquemas de administração da insulina. Está escrito: A dose total diária de insulina preconizada em indivíduos com DM1 com diagnóstico recente ou logo após episódio de cetoacidose diabética varia de 0,5 a 1 unidade por quilograma por dia (UI/kg/dia) (BOLLI, 2006). Essa é uma referência extremamente antiga e está defasada em relação às recomendações atuais, especialmente as baseadas no uso de sensores que, por permanecerem 24h conectados, fornecem informações mais precisas e detalhadas sobre em quais momentos há necessidade de maior aporte ou menor aporte de insulinas, principalmente sobre hipos não detectadas. Distintas publicações trazem valores distintos, derivados de dados dos laboratórios produtores de tais insulinas, e/ou de diferentes estudos derivados de diferentes publicações patrocinadas ou não, e/ou de experiências na prática clínica ou pessoal diária. Amplas excursões glicêmicas devem ser rigorosamente evitadas e esse controle glicêmico</p>	<p>pressões e de proibições e de dosagens altas de insulina desnecessárias possivelmente podem, também, estar na base de tal ideia mantida. Na pág. 22, sobre tratamento farmacológico, está referido: ... uma insulina de ação rápida em bolus (humana regular ou análoga de ação rápida), com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias... Sugerimos fortemente que a escrita seja: com doses fracionadas em pelo menos 3 aplicações diárias. Pois a maioria dos pacientes DM1 com ótimo controle fracionam em pelo menos 5 aplicações diárias a dose do análogo de ação rápida. Na pág. 27, a afirmação “A detemir ..., resultando em absorção lenta, sem picos e duração de ação entre 12 e 24 horas (SHIRAMOTO et al., 2015)” encontra-se não em conformidade com a informação dada no quadro da página 23 (adaptado de Weinert, 2013). E na prática clínica observa-se, de fato, pico razoavelmente intenso (menos que NPH, mas mais do que Glargina e Degludeca) na Detemir. Na pág. 30, talvez fosse desejável acrescentar, à informação dada: No mercado brasileiro estão disponíveis canetas recarregáveis e canetas descartáveis, que além desse aspecto ainda podem se diferenciar pela marca, graduação e dosagem máxima por aplicação. Talvez acrescentar a seguinte informação: Cada marca de caneta vinculada a um fabricante pode e deve ser exclusivamente utilizada com os penfis de insulina da mesma marca a ela correspondentes, não podendo penfis de outras marcas (outras indústrias) serem utilizadas em canetas recarregáveis distintas da marca associada à insulina em questão. Pág. 31, sobre esquemas de administração da insulina. Está escrito: A dose total diária de insulina preconizada em</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>somente pode ser observado:- por medidas muito frequentes de automonitorização glicêmica, ao menos 7-10 x ao dia;- pelos valores da HbA1c em torno de 6,5-7,5%, mas é limitado como único aspecto de acompanhamento, pois é apenas uma média e sofre inúmeras influências de outros fatores externos e internos, não sendo capaz de detectar as possíveis inúmeras hipers e principalmente hipoglicemias;- pelo time-in-range (TIR), observado a partir de sistemas que mensurem de forma contínua ou intermitente (curtos períodos) a glicemia, sendo o TIR recomendado >70% na faixa alvo de 70-180 mg/dl (podendo ser diferentemente individualizado).Existe a necessidade evidente de novas métricas e novas tecnologias para acessar e acompanhar os valores glicêmicos e sua dinâmica. Não apenas a hiperglicemia crônica leva a complicações, mas também a variabilidade glicêmica e as hipoglicemias.. Ziegler R, Freckmann G, Heinemann L (2017) Boluses in Insulin Therapy: A Commentary. J Diabetes Sci Technol 11:165–171.. Krha&#269; M, Lovren&#269;i&#263; MV (2019) Update on biomarkers of glycemic control. World J Diabetes 10:1–15. . Wright LA-C, Hirsch IB (2017) Metrics Beyond Hemoglobin A1C in Diabetes Management: Time in Range, Hypoglycemia, and Other Parameters. Diabetes Technol Ther 19:S-16-S-26.. Malik FS, Taplin CE (2014) Insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes. Pediatr Drugs 16:141–150.. Chiang JL, Kirkman MS, Laffel LMB, et al (2014) Type 1 Diabetes Through the Life Span: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 37:2034–2054.. American Diabetes Association (2019) 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care 42:S61–S70. Yamada E, Okada S, Nakajima Y, et al (2018) Assessment of factors determining an HbA1c concentration &#8804;7.5% in patients with type 1 diabetes. J Diabetes 10:140–147.. Alexander CM, Amiel S, Beck R, et al (2018) Need for regulatory change to incorporate beyond A1C glycemic metrics. Diabetes Care 41:e92–e94.. Beck RW, Riddlesworth TD, Ruedy KJ, et al (2017) Effect of initiating use of an insulin pump in</p>	<p>indivíduos com DM1 com diagnóstico recente ou logo após episódio de cetoacidose diabética varia de 0,5 a 1 unidade por quilograma por dia (UI/kg/dia) (BOLLI, 2006).Essa é uma referência extremamente antiga e está defasada em relação às recomendações atuais, especialmente as baseadas no uso de sensores que, por permanecerem 24h conectados, fornecem informações mais precisas e detalhadas sobre em quais momentos há necessidade de maior aporte ou menor aporte de insulinas, principalmente sobre hipos não detectadas.Distintas publicações trazem valores distintos, derivados de dados dos laboratórios produtores de tais insulinas, e/ou de diferentes estudos derivados de diferentes publicações patrocinadas ou não, e/ou de experiências na prática clínica ou pessoal diária. Amplas excursões glicêmicas devem ser rigorosamente evitadas e esse controle glicêmico somente pode ser observado:- por medidas muito frequentes de automonitorização glicêmica, ao menos 7-10 x ao dia;- pelos valores da HbA1c em torno de 6,5-7,5%, mas é limitado como único aspecto de acompanhamento, pois é apenas uma média e sofre inúmeras influências de outros fatores externos e internos, não sendo capaz de detectar as possíveis inúmeras hipers e principalmente hipoglicemias;- pelo time-in-range (TIR), observado a partir de sistemas que mensurem de forma contínua ou intermitente (curtos períodos) a glicemia, sendo o TIR recomendado >70% na faixa alvo de 70-180 mg/dl (podendo ser diferentemente individualizado).Existe a necessidade evidente de novas métricas e novas tecnologias para acessar e acompanhar os valores glicêmicos e sua dinâmica. Não apenas a hiperglicemia crônica leva a</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>adults with type 1 diabetes using multiple daily insulin injections and continuous glucose monitoring (DIAMOND): a multicentre, randomised controlled trial. <i>Lancet Diabetes Endocrinol</i> 5:700–708.. diaTribe (2017) Glycemic Outcomes Beyond A1C Resources - Standardization and Implementation. In: https://diatribe.org/foundation/glycemic-outcomes-beyond-a1c.. Krha&#269; M, Lovren&#269;i&#263; MV (2019) Update on biomarkers of glycemic control. <i>World J Diabetes</i> 10:1–15.. Herrero P, Pesl P, Bondia J, et al (2015) Method for automatic adjustment of an insulin bolus calculator: In silico robustness evaluation under intra-day variability. <i>Comput Methods Programs Biomed</i> 119:1–8.. Tumminia A, Crimi S, Sciacca L, et al (2015) Efficacy of real-time continuous glucose monitoring on glycaemic control and glucose variability in type 1 diabetic patients treated with either insulin pumps or multiple insulin injection therapy: A randomized controlled crossover trial. <i>Diabetes Metab Res Rev</i>. Smith-Palmer J, Brändle M, Trevisan R, et al (2014) Assessment of the association between glycemic variability and diabetes-related complications in type 1 and type 2 diabetes. <i>Diabetes Res Clin Pract</i>. Mohamed M, Soulodre C, Kaulback K, et al (2018) Continuous monitoring of glucose for type 1 diabetes: a health technology assessment. <i>Ont Health Technol Assess Ser</i></p> <p>Sobre a dose total de insulina (UI/Kg/Dia) encontram-se referências muitas a que deve ser entre 0,4 a 0,8 UI/kg/dia, sendo 0,4 a 0,6 especialmente em crianças, atletas, adultos magros, diabéticos de longa duração e 0,5 a 0,8 em adolescentes, púberes, adultos com resistência à insulina, sedentários, obesidade, ou pacientes em tratamentos com fármacos hiperglicemiantes. Em média as referências indicam 0,55 UI/kg/dia. Sugerir 1 UI/kg/dia é referir-se a excessões bem pouco frequentes. As publicações têm frequentemente referido que nossas crianças e adolescentes com DM1 têm desenvolvido obesidade e síndrome metabólica devida a elevadas doses de insulina prescritas. Chowdury et al (2014) refere que o total de insulina diária é baseado no peso corporal e a</p>	<p>complicações, mas também a variabilidade glicêmica e as hipoglicemias.. Ziegler R, Freckmann G, Heinemann L (2017) Boluses in Insulin Therapy: A Commentary. <i>J Diabetes Sci Technol</i> 11:165–171.. Krha&#269; M, Lovren&#269;i&#263; MV (2019) Update on biomarkers of glycemic control. <i>World J Diabetes</i> 10:1–15. . Wright LA-C, Hirsch IB (2017) Metrics Beyond Hemoglobin A1C in Diabetes Management: Time in Range, Hypoglycemia, and Other Parameters. <i>Diabetes Technol Ther</i> 19:S-16-S-26.. Malik FS, Taplin CE (2014) Insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes. <i>Pediatr Drugs</i> 16:141–150.. Chiang JL, Kirkman MS, Laffel LMB, et al (2014) Type 1 Diabetes Through the Life Span: A Position Statement of the American Diabetes Association. <i>Diabetes Care</i> 37:2034–2054.. American Diabetes Association (2019) 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. <i>Diabetes Care</i> 42:S61–S70. Yamada E, Okada S, Nakajima Y, et al (2018) Assessment of factors determining an HbA1c concentration &#8804;7.5% in patients with type 1 diabetes. <i>J Diabetes</i> 10:140–147.. Alexander CM, Amiel S, Beck R, et al (2018) Need for regulatory change to incorporate beyond A1C glycemic metrics. <i>Diabetes Care</i> 41:e92–e94.. Beck RW, Riddlesworth TD, Ruedy KJ, et al (2017) Effect of initiating use of an insulin pump in adults with type 1 diabetes using multiple daily insulin injections and continuous glucose monitoring (DIAMOND): a multicentre, randomised controlled trial. <i>Lancet Diabetes Endocrinol</i> 5:700–708.. diaTribe (2017) Glycemic Outcomes Beyond A1C Resources - Standardization and Implementation. In: https://diatribe.org/foundation/glycemic-outcomes-beyond-a1c.. Krha&#269; M,</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>maioria necessita em torno de 0,5 UI/kg/dia. King et al (2016), Yamada et al (2018) referem que vários estudos, talvez a maioria ao redor do mundo, demonstram que o total de insulina diária pode ser estimado como em torno de 0,5 UI/kg/dia, ou em torno de 50-60% do peso corporal. E os melhores resultados de controle glicêmico são encontrados entre aqueles que usam menores doses de insulina por dia. Darrel et al (2015) mostram que a dose diária de insulina da maior parte dos DM1 bem controlados fica entre 0,4 e 0,8 UI/kg/dia. Kuroda et al (2011) mostram que em média a dose de insulina entre adultos DM1 bem controlados foi de 0,56+0,13 UI/kg/dia. No estudo de Iwasaki et al (2017), a média de dose total de insulina foi 0,59+0,17 UI/kg/dia. Segundo Malik et al (2014), em crianças pequenas o Total de insulina diária pode ser menor que 0,5 UI/kg/dia e em púberes pode chegar em média a 0,75 UI/kg/dia. Teló et al (2018) referem terem encontrado dose máxima de necessidade insulínica em adolescentes (meninas 13 anos, meninos 15 anos), que crianças com sobrepeso e obesidade são as que usam mais e que as glicadas mais baixas estavam associadas às menores doses de insulina. Blair et al (2018) recomendou, nos pré-púberes, 0,5 UI/kg/dia e nos púberes 0,7. No estudo publicado em 2019, Blair et al encontraram que as médias de necessidades nos jovens (bebês a adultos jovens) foi de 0,7 (em uso de bomba) e 0,6 UI/kg/dia (em MDI). Chico et al (2014) ajustou as doses para 0,54 UI/kg/dia em adultos com DM1. Reddy et al (2016) referem equilíbrio na glicemia com 0,5 (0,1) UI/kg/dia. Little et al (2018) acompanharam por 24 meses adultos DM1 com altas taxas de hipoglicemias e encontraram melhor controle com doses em média 0,54 UI/kg/dia, bem como melhor satisfação dos pacientes e menores HbA1c (8,2 para 7,7%). Tahseen A Chowdhury, Roisin Wright, Mary Charlton. Insulin for the uninitiated. Clin Med (Lond) 2014 Dec; 14(6): 623-629. King AB, Kuroda A, Matsuhisa M, Hobbs T (2016) A Review of Insulin-Dosing Formulas for Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) for Adults with Type 1 Diabetes. Curr Diab Rep 16:. Yamada E, Okada S, Nakajima Y, et al</p>	<p>Lovren & MV (2019) Update on biomarkers of glycemic control. World J Diabetes 10:1-15. Herrero P, Pesl P, Bondia J, et al (2015) Method for automatic adjustment of an insulin bolus calculator: In silico robustness evaluation under intra-day variability. Comput Methods Programs Biomed 119:1-8. Tumminia A, Crimi S, Sciacca L, et al (2015) Efficacy of real-time continuous glucose monitoring on glycaemic control and glucose variability in type 1 diabetic patients treated with either insulin pumps or multiple insulin injection therapy: A randomized controlled crossover trial. Diabetes Metab Res Rev. Smith-Palmer J, Brändle M, Trevisan R, et al (2014) Assessment of the association between glycemic variability and diabetes-related complications in type 1 and type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. Mohamed M, Soulodre C, Kaulback K, et al (2018) Continuous monitoring of glucose for type 1 diabetes: a health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser Sobre a dose total de insulina (UI/Kg/Dia) encontra-se referências muitas a que deve ser entre 0,4 a 0,8 UI/kg/dia, sendo 0,4 a 0,6 especialmente em crianças, atletas, adultos magros, diabéticos de longa duração e 0,5 a 0,8 em adolescentes, púberes, adultos com resistência à insulina, sedentários, obesidade, ou pacientes em tratamentos com fármacos hiperglicemiantes. Em média as referências indicam 0,55 UI/kg/dia. Sugerir 1 UI/kg/dia é referir-se a excessões bem pouco frequentes. As publicações têm frequentemente referido que nossas crianças e adolescentes com DM1 têm desenvolvido obesidade e síndrome metabólica devida a elevadas doses de insulina prescritas. Chowdury et al (2014) refere que o total de insulina diária é</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>(2018) Assessment of factors determining an HbA1c concentration &#8804;7.5% in patients with type 1 diabetes. J Diabetes 10:140–147. . Darrell M. Wilson, MD,¹ Peter M. Calhoun, MA,² David M. Maahs, MD, PhD,³ H. Peter Chase, MD,³ Laurel Messer, RN, CDE,³ Bruce A. Buckingham, MD,¹ Tandy Aye, MD,¹ Paula K. Clinton, RN, CDE,¹ Irene Hramiak, MD, FRCP,⁴ Craig Kollman, PhD,² and Roy W. Beck, MD, PhD ², for the In Home Closed Loop Study Group. Factors Associated with Nocturnal Hypoglycemia in At-Risk Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2015 Jun 1; 17(6): 385–391.. Nimri R, Dassau E, Segall T, et al (2018) Adjusting insulin doses in patients with type 1 diabetes who use insulin pump and continuous glucose monitoring: Variations among countries and physicians. Diabetes, Obes Metab 20:2458–2466.. Akio Kuroda, MD,¹ Hideaki Kaneto, MD,¹ Tetsuyuki Yasuda, MD,¹ Munehide Matsuhsa, MD,² Kazuyuki Miyashita, MD,¹ Noritaka Fujiki, MD,¹ Keiko Fujisawa, MD,¹ Tsunehiko Yamamoto, MD,¹ Mitsuyoshi Takahara, MD,¹ Fumie Sakamoto, MD,¹ Takaki Matsuoka, MD,¹ and Ichihiro Shimomura, Basal Insulin Requirement Is &#8764;30% of the Total Daily Insulin Dose in Type 1 Diabetic Patients Who Use the Insulin Pump. Diabetes Care. 2011 May; 34(5): 1089–1090.. Iwasaki S, Kozawa J, Kimura T, et al (2017) Insulin degludec is associated with less frequent and milder hypoglycemia in insulin-deficient patients with type 1 diabetes compared with insulin glargine or detemir. Diabetol Int 8:228–236.. Malik FS¹, Taplin CE. Insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes. Paediatr Drugs. 2014 Apr;16(2):141-50. Blair J, McKay A, Ridyard C, et al (2018) Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections in children and young people at diagnosis of type 1 diabetes: the SCIPi RCT. Health Technol Assess (Rockv) 22:1–112.. Blair JC, McKay A, Ridyard C, et al (2019) Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injection regimens in children and young people at diagnosis of type 1 diabetes: Pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation.</p>	<p>baseado no peso corporal e a maioria necessita em torno de 0,5 UI/kg/dia. King et al (2016), Yamada et al (2018) referem que vários estudos, talvez a maioria ao redor do mundo, demonstram que o total de insulina diária pode ser estimado como em torno de 0,5 UI/kg/dia, ou em torno de 50-60% do peso corporal. E os melhores resultados de controle glicêmico são encontrados entre aqueles que usam menores doses de insulina por dia. Darrel et al (2015) mostram que a dose diária de insulina da maior parte dos DM1 bem controlados fica entre 0,4 e 0,8 UI/kg/dia. Kuroda et al (2011) mostram que em média a dose de insulina entre adultos DM1 bem controlados foi de 0,56±0,13 UI/kg/dia. No estudo de Iwasaki et al (2017), a média de dose total de insulina foi 0,59±0,17 UI/kg/dia. Segundo Malik et al (2014), em crianças pequenas o Total de insulina diária pode ser menor que 0,5 UI/kg/dia e em púberes pode chegar em média a 0,75 UI/kg/dia. Teló et al (2018) referem terem encontrado dose máxima de necessidade insulínica em adolescentes (meninas 13 anos, meninos 15 anos), que crianças com sobrepeso e obesidade são as que usam mais e que as glicadas mais baixas estavam associadas às menores doses de insulina. Blair et al (2018) recomendou, nos pré-púberes, 0,5 UI/kg/dia e nos púberes 0,7. No estudo publicado em 2019, Blair et al encontraram que as médias de necessidades nos jovens (bebês a adultos jovens) foi de 0,7 (em uso de bomba) e 0,6 UI/kg/dia (em MDI). Chico et al (2014) ajustou as doses para 0,54 UI/kg/dia em adultos com DM1. Reddy et al (2016) referem equilíbrio na glicemia com 0,5 (0,1) UI/kg/dia. Little et al (2018) acompanharam por 24 meses adultos DM1 com altas taxas de hipoglicemias e encontraram melhor controle</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>BMJ 365:1–12. . Chico A, Tundidor D, Jordana L, et al (2014) Changes in insulin requirements from the onset of continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) until optimization of glycemc control. J Diabetes Sci Technol 8:371–377.. Monika Reddy, Pau Herrero, Mohamed El Sharkawy, Peter Pesl, Narvada Jugnee, Darrell Pavitt, Ian F. Godsland, George Alberti, Christofer Toumazou, Desmond G. Johnston, Pantelis Georgiou, Nick S. Oliver Metabolic Control With the Bio-inspired Artificial Pancreas in Adults With Type 1 Diabetes: A 24-Hour Randomized Controlled Crossover Study. J Diabetes Sci Technol. 2016 Mar; 10(2): 405–413. Little SA, Speight J, Leelarathna L, Walkinshaw E, Tan HK, Bowes A, Lubina-Solomon A, Chadwick TJ, Stocken DD, Brennand C, Marshall SM, Wood R, Kerr D, Flanagan D, Heller SR, Evans ML, Shaw JAM. Sustained Reduction in Severe Hypoglycemia in Adults With Type 1 Diabetes Complicated by Impaired Awareness of Hypoglycemia: Two-Year Follow-up in the HypoCOMPASS Randomized Clinical Trial. Diabetes Care. 2018 Aug;41(8):1600-1607Pág. 31, sobre a “lua de mel” e púberes:Está escrito: Durante a fase de remissão parcial (lua de mel), a dose diária total de insulina administrada é geralmente <0,5 UI/kg/dia (BOLLI et al., 2011) e posteriormente, com a evolução da doença, a necessidade diária de insulina aumenta para 0,7 a 1 UI/kg/dia em crianças prépuberes, podendo alcançar 1 a 2 UI/kg/dia durante a puberdade ou, em situações de estresse (físico ou emocional), indo até 1,2 a 1,5 UI/kg/dia, situações reconhecidas como de resistência à ação da insulina (Quadro 2) (BOLLI, 2006; BOLLI et al., 2011; TAMBORLANE et al., 2012).Muitas muitas publicações mostrando que essas doses elevadas não funcionam, causam danos, causam resistência à insulina, obesidade e se associam a piores níveis de controle e a piores prognósticos.Pág. 31, sobre o percentual da basal na dose total:Está escrito: Recomenda-se que a dose da insulina basal diária varie de 40% a 60% da dose total de insulina utilizada na tentativa de mimetizar a secreção endógena de insulina,... (baseado em BOLLI et al., 2011; MALERBI et al., 2006)No entanto, baseados na</p>	<p>com doses em média 0,54 UI/kg/dia, bem como melhor satisfação dos pacientes e menores HbA1c (8,2 para 7,7%).. Tahseen A Chowdhury, Roisin Wright, Mary Charlton. Insulin for the uninitiated. Clin Med (Lond) 2014 Dec; 14(6): 623–629. . King AB, Kuroda A, Matsuhisa M, Hobbs T (2016) A Review of Insulin-Dosing Formulas for Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) for Adults with Type 1 Diabetes. Curr Diab Rep 16:. Yamada E, Okada S, Nakajima Y, et al (2018) Assessment of factors determining an HbA1c concentration &#8047;7.5% in patients with type 1 diabetes. J Diabetes 10:140–147. . Darrell M. Wilson, MD,1 Peter M. Calhoun, MA,2 David M. Maahs, MD, PhD,3 H. Peter Chase, MD,3 Laurel Messer, RN, CDE,3 Bruce A. Buckingham, MD,1 Tandy Aye, MD,1 Paula K. Clinton, RN, CDE,1 Irene Hramiak, MD, FRCP,4Craig Kollman, PhD,2 and Roy W. Beck, MD, PhD 2, for the In Home Closed Loop Study Group. Factors Associated with Nocturnal Hypoglycemia in At-Risk Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2015 Jun 1; 17(6): 385–391.. Nimri R, Dassau E, Segall T, et al (2018) Adjusting insulin doses in patients with type 1 diabetes who use insulin pump and continuous glucose monitoring: Variations among countries and physicians. Diabetes, Obes Metab 20:2458–2466.. Akio Kuroda, MD,1 Hideaki Kaneto, MD,1 Tetsuyuki Yasuda, MD,1 Munehide Matsuhisa, MD,2 Kazuyuki Miyashita, MD,1 Noritaka Fujiki, MD,1 Keiko Fujisawa, MD,1 Tsunehiko Yamamoto, MD,1 Mitsuyoshi Takahara, MD,1Fumie Sakamoto, MD,1 Takaaki Matsuoka, MD,1 and Ichihiro Shimomura, Basal Insulin Requirement Is &#8764;30% of the Total Daily Insulin Dose in Type 1 Diabetic Patients Who Use the Insulin Pump. Diabetes</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>observação de que, na fisiologia de um organismo não diabético, a basal corresponde a, no máximo, 50% da insulina excretada diária e que o excesso de basal comprovadamente aumenta a resistência à insulina, os riscos de hipoglicemia, favorece enormemente o ganho de peso, aumenta o apetite, e traz outras consequências deletérias, muitas publicações atuais recomendam xxxxxxxxSilver et al (2018) refere que no máximo 50% do total de insulina corporal é secretada durante os horários de basal. Boucher-Berry et al (2016) referem que percentual de basal aumentado está claramente associado a ganho de peso e que 40% do TDD pode ainda ser um percentual superestimado. Danne et al (2008) observaram que crianças que usavam basal menor que 50% do TDD tinham menores valores de HbA1c. Kuroda et al (2011) mostra a partir de uma revisão que a basal ótima fica em torno de 30% do total de insulina por dia. Schulten et al (2017) refere que menores doses de basal tem efeito positivo sobre o controle glicêmico em crianças, reduzindo riscos micro e macrovasculares. Strich et al (2015) realizou um estudo com DM1 onde ficaram em jejum por 24h e as doses adequadas de basal foram em torno de 0,19 UI/kg/dia (em média usavam 0,38). Entre os adolescentes que participaram, a dose de basal foi de 0,23. Os autores citam que talvez a dose ideal média de basal para todos fosse 0,15 UI/kg/dia. Estudo de Matejko et al (2018) mostram, em várias publicações, que a basal deve ser entre 30 e 50% do total de insulina por dia em todos os grupos de idades de pacientes com DM1. E forte associação entre HbA1c mais baixas e doses de basal mais baixas (<30% do TDD) e HbA1c mais altas com basais mais altas. King et al (2016) faz uma excelente revisão em que demonstra que basal menor que 40% do TDD reduz ganho de peso e está associada a redução de HbA1c. Strich et al (2017) afirmam que melhor controle pode ser conseguido com menores taxas de basal e que não se deve aumentar a basal para melhorar a HbA1c. Também Yamada et al (2018) e Kig et al (2016) referem que basal não deve ser aumentada para melhorar a HbA1c, além de referirem que possivelmente</p>	<p>Care. 2011 May; 34(5): 1089–1090.. Iwasaki S, Kozawa J, Kimura T, et al (2017) Insulin degludec is associated with less frequent and milder hypoglycemia in insulin-deficient patients with type 1 diabetes compared with insulin glargine or detemir. Diabetol Int 8:228–236.. Malik FS1, Taplin CE. Insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes. Paediatr Drugs. 2014 Apr;16(2):141-50. Blair J, McKay A, Ridyard C, et al (2018) Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections in children and young people at diagnosis of type 1 diabetes: the SCIP1 RCT. Health Technol Assess (Rockv) 22:1–112.. Blair JC, McKay A, Ridyard C, et al (2019) Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injection regimens in children and young people at diagnosis of type 1 diabetes: Pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation. BMJ 365:1–12. . Chico A, Tundidor D, Jordana L, et al (2014) Changes in insulin requirements from the onset of continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) until optimization of glycemic control. J Diabetes Sci Technol 8:371–377.. Monika Reddy, Pau Herrero, Mohamed El Sharkawy, Peter Pesl, Narvada Jugnee, Darrell Pavitt, Ian F. Godsland, George Alberti, Christofer Toumazou, Desmond G. Johnston, Pantelis Georgiou, Nick S. Oliver Metabolic Control With the Bio-inspired Artificial Pancreas in Adults With Type 1 Diabetes: A 24-Hour Randomized Controlled Crossover Study. J Diabetes Sci Technol. 2016 Mar; 10(2): 405–413. Little SA, Speight J, Leelarathna L, Walkinshaw E, Tan HK, Bowes A, Lubina-Solomon A, Chadwick TJ, Stocken DD, Brennand C, Marshall SM, Wood R, Kerr D, Flanagan D, Heller SR, Evans ML, Shaw JAM. Sustained Reduction in Severe</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>os melhores valores de basal ficam em torno de 30% do TDD.. Silver B, Ramaiya K, Andrew SB, et al (2018) EADSG Guidelines: Insulin Therapy in Diabetes. Diabetes Ther 9:449–492.. Boucher-Berry C, Parton EA, Alemzadeh R (2016) Excess weight gain during insulin pump therapy is associated with higher basal insulin doses. J Diabetes Metab Disord 15:.. Danne T, Battelino T, Jarosz-Chobot Petal. Establishing glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion in children and adolescents with type 1 diabetes: experience of the PedPump study in 17 countries. Diabetologia 2008: 51: 1594–1601.. Bart&#322;omiej Matejko, Aneta Kuku&#322;ka, Beata Kie&#263;-Wilk, Agnieszka St&#261;pór, Tomasz Klupa,Maciej T. Maleck. Basal Insulin Dose in Adults with Type 1 Diabetes Mellitus on Insulin Pumps in Real-Life Clinical Practice: A Single-Center Experience. Adv Med. 2018; 2018: 1473160.. Akio Kuroda, MD,1 Hideaki Kaneto, MD,1 Tetsuyuki Yasuda, MD,1 Munehide Matsuhisa, MD,2 Kazuyuki Miyashita, MD,1 Noritaka Fujiki, MD,1 Keiko Fujisawa, MD,1 Tsunehiko Yamamoto, MD,1 Mitsuyoshi Takahara, MD,1Fumie Sakamoto, MD,1 Taka-aki Matsuoka, MD,1 and Iichiro Shimomura, Basal Insulin Requirement Is &#8764;30% of the Total Daily Insulin Dose in Type 1 Diabetic Patients Who Use the Insulin Pump. Diabetes Care. 2011 May; 34(5): 1089–1090. . Schulten RJ, Piet J, Bruijning PCJL, de Waal WJ (2017) Lower dose basal insulin infusion has positive effect on glycaemic control for children with type I diabetes on continuous subcutaneous insulin infusion therapy. Pediatr Diabetes 18:45–50.. Strich D, Teomim R, Gillis D. The basal insulin dose; a lesson from prolonged fasting in young individuals with type 1 diabetes. Pediatric Diabetes 2015: 16: 629–633. Matejko B, Kuku&#322;ka A, Kie&#263;-Wilk B, et al (2018) Basal Insulin Dose in Adults with Type 1 Diabetes Mellitus on Insulin Pumps in Real-Life Clinical Practice: A Single-Center Experience. Adv Med 2018:1–5.. A Review of Insulin-Dosing Formulas for Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) for Adults with Type 1 Diabetes. King AB, Kuroda A, Matsuhisa M, Hobbs T. Curr Diab Rep. 2016</p>	<p>Hypoglycemia in Adults With Type 1 Diabetes Complicated by Impaired Awareness of Hypoglycemia: Two-Year Follow-up in the HypoCOMPaSS Randomized Clinical Trial. Diabetes Care. 2018 Aug;41(8):1600-1607Pág. 31, sobre a “lua de mel” e púberes:Está escrito: Durante a fase de remissão parcial (lua de mel), a dose diária total de insulina administrada é geralmente <0,5 UI/kg/dia (BOLLI et al., 2011) e posteriormente, com a evolução da doença, a necessidade diária de insulina aumenta para 0,7 a 1 UI/kg/dia em crianças pré-púberes, podendo alcançar 1 a 2 UI/kg/dia durante a puberdade ou, em situações de estresse (físico ou emocional), indo até 1,2 a 1,5 UI/kg/dia, situações reconhecidas como de resistência à ação da insulina (Quadro 2) (BOLLI, 2006; BOLLI et al., 2011; TAMBORLANE et al., 2012).Muitas muitas publicações mostrando que essas doses elevadas não funcionam, causam danos, causam resistência à insulina, obesidade e se associam a piores níveis de controle e a piores prognósticos.Pág. 31, sobre o percentual da basal na dose total:Está escrito: Recomenda-se que a dose da insulina basal diária varie de 40% a 60% da dose total de insulina utilizada na tentativa de mimetizar a secreção endógena de insulina,... (baseado em BOLLI et al., 2011; MALERBI et al., 2006)No entanto, baseados na observação de que, na fisiologia de um organismo não diabético, a basal corresponde a, no máximo, 50% da insulina excretada diária e que o excesso de basal comprovadamente aumenta a resistência à insulina, os riscos de hipoglicemia, favorece enormemente o ganho de peso, aumenta o apetite, e traz outras consequências deletérias, muitas publicações atuais recomendam xxxxxxxxSilver et al (2018)</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Sep;16(9):83. Strich D1, Balagour L2, Shenker J3, Gillis D. Lower Basal Insulin Dose is Associated with Better Control in Type 1 Diabetes. J Pediatr. 2017 Mar;182:133-136.. Yamada E1, Okada S1, Nakajima Y1, Bastie C2, Tagaya Y1, Osaki A1, Shimoda Y1, Shibusawa R1, Saito T1, Ozawa A1, Yamada M. Assessment of factors determining an HbA1c concentration &#8804;7.5% in patients with type 1 diabetes. J Diabetes. 2018 Feb;10(2):140-147Pág. 32, sobre a distribuição das doses de insulina entre total e basal, está baseado em Tamborlane et al, 2012.No entanto, há publicações muito mais atualizadas e que não se baseiam mais apenas na HbA1c, mas também na observação das variações da glicemia ao longo do dia, no TIR (time-in-range) e, principalmente, na presença de hipoglicemias assintomáticas derivadas, muitas das vezes, de doses abusivas de insulina ou de basal.Pág. 32, sobre doses de insulina.Está escrito: cálculo de dose de insulina regular ou insulina análoga de ação rápida nas refeições é de 0,05 UI/kg/dia no café da manhã e 0,1 UI/kg/dia no almoço e jantar.Não faz sentido, pois é justamente no período da manhã que se observa maior resistênci à insulina e maior necessidade de insulina bolus para cobrir a refeição. Isso está amplamente referido em artigos mostrando a necessidade frequente de usar-se menor Fator de Correção de Carboidratos (FCC) e fator de Sensibilidade Insulínica (FSI) no período do alvorecer do que nos demais períodos do dia (almoço e jantar). Isso resultará em maior dose de insulina rápida ou análogo rápido para o café e proporcionalmente menor dose para almoço e jantar.Ver por exemplo King et al (2016), Visentin et al (2015), Yamada et al (2018).Pág. 36, sobre automonitorizaçãoEstá escrito: As glicemias capilares são utilizadas para orientar o ajuste das doses de insulina, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação.No entanto, deve-se referir, também, que esses ajustes podem ser feitos a partir dos dados de sensores de glicemia, que ao invés de dados capilares, usam dados do interstício e, apesar de por vezes menos precisos, como são muito mais frequentes e indicam</p>	<p>refere que no máximo 50% do total de insulina corporal é secretada durante os horários de basal.Boucher-Berry et al (2016) referem que percentual de basal aumentado está claramente associado a ganho de peso e que 40% do TDD pode ainda ser um percentual superestimado.Danne et al (2008) observaram que crianças que usavam basal menor que 50% do TDD tinham menores valores de HbA1c.Kuroda et al (2011) mostra a partir de uma revisão que a basal ótima fica em torno de 30% do total de insulina por dia.Schulten et al (2017) refere que menores doses de basal tem efeito positivo sobre o controle glicêmico em crianças, reduzindo riscos micro e macrovasculares.Strich et al (2015) realizou um estudo com DM1 onde ficaram em jejum por 24h e as doses adequadas de basal foram em torno de 0,19 UI/kg/dia (em média usavam 0,38). Entre os adolescentes que participaram, a dose de basal foi de 0,23. Os autores citam que talvez a dose ideal média de basal para todos fosse 0,15 UI/kg/dia.Estudo de Matejko et al (2018) mostram, em várias publicações, que a basal deve ser entre 30 e 50% do total de insulina por dia em todos os grupos de idades de pacientes com DM1. E forte associação entre HbA1c mais baixas e doses de basal mais baixas (<30% do TDD) e HBA1c mais altas com basais mais altas.King et al (2016) faz uma excelente revisão em que demonstra que basal menor que 40% do TDD reduz ganho de peso e está associada a redução de HbA1c.Strich et al (2017) afirmam que melhor controle pode ser conseguido com menores taxas de basal e que não se deve aumentar a basal para melhorar a HbA1c.Também Yamada et al (2018) e Kig et al (2016) referem que basal não deve ser aumentada para melhorar a HbA1c, além de</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			tendências, mostram-se muito mais seguros para a realização dos ajustes	referirem que possivelmente os melhores valores de basal ficam em torno de 30% do TDD.. Silver B, Ramaiya K, Andrew SB, et al (2018) EADSG Guidelines: Insulin Therapy in Diabetes. Diabetes Ther 9:449–492.. Boucher-Berry C, Parton EA, Alemzadeh R (2016) Excess weight gain during insulin pump therapy is associated with higher basal insulin doses. J Diabetes Metab Disord 15:.. Danne T, Battelino T, Jarosz-Chobot Petal. Establishing glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion in children and adolescents with type 1 diabetes: experience of the PedPump study in 17 countries. Diabetologia 2008; 51: 1594–1601.. Bartłomiej Matejko, Aneta Kukułka, Beata Kieć-Wilk, Agnieszka Stąpór, Tomasz Klupa,Maciej T. Maleck. Basal Insulin Dose in Adults with Type 1 Diabetes Mellitus on Insulin Pumps in Real-Life Clinical Practice: A Single-Center Experience. Adv Med. 2018; 2018: 1473160.. Akio Kuroda, MD,1 Hideaki Kaneto, MD,1 Tetsuyuki Yasuda, MD,1 Munehide Matsuhisa, MD,2 Kazuyuki Miyashita, MD,1 Noritaka Fujiki, MD,1 Keiko Fujisawa, MD,1 Tsunehiko Yamamoto, MD,1 Mitsuyoshi Takahara, MD,1Fumie Sakamoto, MD,1 Takahara MD,1 and Iichiro Shimomura, Basal Insulin Requirement Is ∼30% of the Total Daily Insulin Dose in Type 1 Diabetic Patients Who Use the Insulin Pump. Diabetes Care. 2011 May; 34(5): 1089–1090. . Schulten RJ, Piet J, Bruijning PCJL, de Waal WJ (2017) Lower dose basal insulin infusion has positive effect on glycaemic control for children with type I diabetes on continuous subcutaneous insulin infusion therapy. Pediatr Diabetes 18:45–50.. Strich D, Teomim R, Gillis D. The basal insulin dose; a lesson from prolonged fasting in young individuals with type 1	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>diabetes. <i>Pediatric Diabetes</i> 2015; 16: 629–633. Matejko B, Kuku&#322;ka A, Kie&#263;-Wilk B, et al (2018) Basal Insulin Dose in Adults with Type 1 Diabetes Mellitus on Insulin Pumps in Real-Life Clinical Practice: A Single-Center Experience. <i>Adv Med</i> 2018;1–5.. A Review of Insulin-Dosing Formulas for Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) for Adults with Type 1 Diabetes. King AB, Kuroda A, Matsuhisa M, Hobbs T. <i>Curr Diab Rep.</i> 2016 Sep;16(9):83. Strich D1, Balagour L2, Shenker J3, Gillis D. Lower Basal Insulin Dose is Associated with Better Control in Type 1 Diabetes. <i>J Pediatr.</i> 2017 Mar;182:133-136.. Yamada E1, Okada S1, Nakajima Y1, Bastie C2, Tagaya Y1, Osaki A1, Shimoda Y1, Shibusawa R1, Saito T1, Ozawa A1, Yamada M. Assessment of factors determining an HbA1c concentration &#8804;7.5% in patients with type 1 diabetes. <i>J Diabetes.</i> 2018 Feb;10(2):140-147Pág. 32, sobre a distribuição das doses de insulina entre total e basal, está baseado em Tamborlane et al, 2012.No entanto, há publicações muito mais atualizadas e que não se baseiam mais apenas na HbA1c, mas também na observação das variações da glicemia ao longo do dia, no TIR (time-in-range) e, principalmente, na presença de hipoglicemias assintomáticas derivadas, muitas das vezes, de doses abusivas de insulina ou de basal.Pág. 32, sobre doses de insulina.Está escrito: cálculo de dose de insulina regular ou insulina análoga de ação rápida nas refeições é de 0,05 UI/kg/dia no café da manhã e 0,1 UI/kg/dia no almoço e jantar.Não faz sentido, pois é justamente no período da manhã que se observa maior resistênci à insulina e maior necessidade de insulina bolus para cobrir a refeição. Isso está amplamente referido em artigos mostrando a</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				<p>necessidade frequente de usar-se menor Fator de Correção de Carboidratos (FCC) e fator de Sensibilidade Insulínica (FSI) no período do alvorecer do que nos demais períodos do dia (almoço e jantar). Isso resultará em maior dose de insulina rápida ou análogo rápido para o café e proporcionalmente menor dose para almoço e jantar. Ver por exemplo King et al (2016), Visentin et al (2015), Yamada et al (2018). Pág. 36, sobre automonitorização. Está escrito: As glicemias capilares são utilizadas para orientar o ajuste das doses de insulina, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação. No entanto, deve-se referir, também, que esses ajustes podem ser feitos a partir dos dados de sensores de glicemia, que ao invés de dados capilares, usam dados do interstício e, apesar de por vezes menos precisos, como são muito mais frequentes e indicam tendências, mostram-se muito mais seguros para a realização dos ajustes</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Secretaria Estadual de Saúde	Muito boa	<p>Sim, 1. No item 4.1 Critérios de Inclusão, os critérios definidos são sintomas de hiperglicemia importante, sendo correspondente a glicemia acima de 200 mg/dL necessariamente associada à poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e perda de peso inexplicada, OU cetoacidose diabética. Além disso, define como outro critério a demonstração de hiperglicemia para diagnóstico de DM1, com possibilidade de apresentação de glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e perda inexplicada de peso) - mesmo critério descrito acima – OU glicemia de jejum de 8 horas maior ou igual a 126 mg/dL em duas ocasiões OU glicemia de 2 horas pós-sobrecarga maior ou igual à 200 mg/dL OU HbA1c maior ou igual a 6,5% em duas ocasiões. Além disso, a Figura 1 do PCDT diverge do que diz o texto. Assim, sugerimos que os mesmos sejam reescritos da seguinte forma, bem como a figura 1:- sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, noctúria, polidipsia, polifagia noctúria e/ou perda de peso inexplicada) OU- cetoacidose diabéticaE (+)- demonstração de hiperglicemia para diagnóstico de DM:* glicemia aleatória maior do que 200 mg/dL OU* glicemia de jejum de 8 horas maior ou igual a 126 mg/dL em duas ocasiões OU* glicemia de 2 horas pós-sobrecarga maior ou igual à 200 mg/dL em duas ocasiões OU* HbA1c maior ou igual a 6,5% em duas ocasiões2. No item 4.1.1 Critérios de Inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida, os critérios incluem “uso prévio de insulina NPH E insulina Regular por pelo menos três meses”. Porém segundo o fluxograma (Apêndice 2) o paciente deve estar em uso de NPH e substituir apenas a Regular por insulina análoga. Desta forma, sugerimos a alteração do texto para “uso prévio de insulina Regular por pelo menos três meses, devendo estar em uso atual de insulina NPH”. Ainda neste item, a segunda condição descreve a apresentação, nos últimos meses, de pelo menos um dos critérios de hipoglicemia, e inclui “persistente mau controle, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com os</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>critérios da HbA1c”. A respeito deste critério fica a dúvida de como se dará esta comprovação, será necessário a apresentação de 4 exames a cada 3 meses ou bastará um exame no início e um no final dos 12 meses? Outra questão que fica dúbia é referente ao mau controle, seria com a Regular? E quanto aos pacientes que já utilizam análogas (lispro ou glulisina) e querem migrar para asparte? Em mau controle é possível a troca, tendo utilizado inicialmente pelo menos 3 meses de insulina Regular associada à insulina NPH? Estes pacientes (que já estão em uso de outras análogas) devem ser incluídos pelos critérios de inclusão ou pelos critérios de manutenção?3. No item 4.1.2 Critérios de Inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação prolongada, descreve como condição a apresentação, nos últimos meses, de pelo menos um dos critérios de hipoglicemia, e inclui “persistente mau controle, comprovado pela análise laboratorial dos últimos doze meses de acordo com os critérios da HbA1c A respeito deste critério fica a dúvida de como se dará esta comprovação, será necessário a apresentação de 4 exames a cada 3 meses ou bastará um exame no início e um no final dos 12 meses? Outra questão que fica dúbia é referente ao mau controle, seria com a NPH? E os pacientes que já utilizam análogas (glargina, detemir ou degludeca) e querem migrar para a análoga de ação prolongada disponível no SUS? Em mau controle é possível a troca, tendo utilizado inicialmente pelo menos 3 meses de insulina NPH associada à insulina análoga de ação rápida?4. No item 5.1 pacientes em uso prévio com insulina análoga, define que estes pacientes deverão “cumprir os critérios de manutenção do tratamento”. Estes pacientes deverão apresentar também a comprovação do diagnóstico (exigidos no item 4.1) e também deverão apresentar nova automonitorização (AMG) com qual validade? E no caso de os pacientes já apresentarem a doença estabilizada, com controle adequado? Como conseguir exames do diagnóstico de pacientes que já convivem com DM1 há 18, 30 anos? As comprovações dos critérios definidos devem ser feitos por exames laboratoriais (HbA1c) ou apenas o relato</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>médico é suficiente? Se for necessário exame laboratorial, serão necessários dois exames no período de 6 meses? Quais exames devemos solicitar para esse tipo de reavaliação?5. No item 6 Abordagem terapêutica, é citado que a orientação nutricional e a prática de atividade física é essencial no tratamento da pessoa com DM1, porém em nenhum momento é enfatizado nos critérios de inclusão. Como também a exigência de apresentação nova de AMG e o rastreamento o de complicações, devemos proceder de qual forma?6. Outro fator a ser questionável seria o critério de exclusão para tratamento com insulina análoga de ação rápida ou prolongada em pacientes que não atenderem aos critérios de manutenção do tratamento, no caso de paciente já estar tratando e estar estabilizado, como fica?7. No item 5.3 Gestantes que aborda as mulheres grávidas com diabetes e naquelas com intenção de engravidar, não estão claros os critérios de inclusão.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	Boa	<p>Sim, Primeiramente reconhecemos a importância da presente proposta de atualização do PCDT de DM1 com o objetivo de garantir acesso e o melhor cuidado em saúde possível no contexto nacional. Dentro deste mesmo propósito podemos destacar pontos que podem ser melhorados para garantir o acesso e melhorar o manejo da doença. A diferenciação entre a insulina NPH, regular e as insulinas análogas de primeira e segunda geração se faz importante pois apesar de todas serem seguras e eficazes, estudos demonstram ganho de benefícios diferenciados importantes. Vale ressaltar que para cada tipo de insulina há um perfil de pacientes que, de acordo a suas características específicas, irão alcançar um melhor manejo da doença com um certo tipo de insulina, sendo importante que tal diferenciação seja considerada e aplicada nesta atualização. No relatório é citado custo de tratamento como indicador de escolha da insulina a ser utilizada e salientamos que para tal cálculo fatores como impostos aplicados, doses diárias, frequência de administração e forma de apresentação devem ser considerados, pois os mesmos podem alterar o custo de tratamento global e conseqüentemente gerar diferença entre as insulinas. Adicionalmente à incorporação de terapias farmacológicas, é essencial considerar a importância da implementação de medidas específicas com relação a prestação de serviços aos pacientes, médicos e cuidadores de pacientes com DM1, objetivando o melhor manejo da doença. Ademais, sugerimos a inclusão das insulinas análogas de ação prolongada no componente básico da assistência farmacêutica para que o processo de obtenção e prescrição seja coerente com o processo atual de NPH de forma que os pacientes tenham acesso facilitado ao tratamento e, conseqüentemente, um melhor manejo da doença. Todos os pontos destacados visam o melhor gerenciamento da doença, isto porque, o descontrole leva a maior ocorrência de hipoglicemia que como consequência pode impactar na aderência ao tratamento sendo que tais aspectos estão associados a diminuição da qualidade de vida dos pacientes e aumento de custo para o sistema de saúde brasileiro.</p>		Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	<p>Assim, nossa contribuição visa garantir o melhor tratamento e manejo dos pacientes com DM1 e a sustentabilidade do SUS. O detalhamento de nossa contribuição encontra-se no documento em anexo.</p>		
			<p>Sim, Parabeno o DGITS/CONITEC-MS pela atualização do PCDT de DM1! Alguns pontos merecem destaque:- Indicação de insulina análoga de ação rápida para todos os pacientes com DM1;- Utilização de canetas permanentes de 0,5 U para crianças com DM1 que possuem maior sensibilidade à insulina e necessitam administrar doses menores;- Melhorar o acesso às insulinas análogas, reduzindo os entraves burocráticos (muitos documentos com prazos curtos de validade) e incluindo entre os locais para dispensação as UBSs, em municípios que não possuem Centros de Referência e Farmácias de Alto Custo;- Divisão das insulinas análogas basais em insulinas análogas de ação prolongada e de ação ultraprolongada. Esta divisão está baseada em suas diferenças farmacológicas, principalmente tempo de ação. Estudos publicados recentemente e a prática clínica têm demonstrado riscos menores de hipoglicemias noturnas e graves com as insulinas degludeca e glargina U300, comparadas, principalmente, a glaargina U100. Desta forma, teríamos um possibilidade de evolução terapêutica para aqueles pacientes que, apesar de terem evoluído da insulina NPH para análoga de ação prolongada, continuam apresentando hipoglicemias graves e noturnas com frequências acima das recomendadas na proposta do PCDT de DM1 da CONITEC.;- Por fim, acrescentar novas tecnologias como a bomba de insulina (SICI), monitorização contínua de glicose e o uso de aplicativos que dão suporte à rotina de um tratamento complexo e geram dados para o acompanhamento das pessoas com DM1.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	<p>Sim, Pág. 9, relativo ao diagnóstico:Está escrito: A glicemia de jejum, o teste oral de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 gramas em 2 horas (TOTG) e a HbA1c também podem ser eventualmente utilizados como diagnóstico, desde que confirmados em mais de um momento e atentando-se que devem ser repetidos em um curto espaço de tempo, assim que possível. Cabe destacar a contra-indicação de realização de TOTG no caso de desconfiar de DM1, pois realizar tal agressivo teste pode levar ao coma cetoadicótico ou hiperosmolar.E rever a colocação nas páginas 10 e 11 (sobre realizar TOTG 2x para confirmar)Pág. 13, sobre 4.2 Critérios de manutenção do tratamento com insulina análoga de ação rápida e prolongadaEstá referido: (nos último seis meses) Redução mínima de 0.5% no valor da HbA1c; &#10063; Melhora dos episódios de hipoglicemia, comprovada por meio de registro em glicosímetros ou meios gráficos disponíveis;Mas, o importante é a verificação de manutenção de bom controle por meio desse uso. Se parar de usar, pode a HbA1c elevar-se e pode nos últimos 6 meses não ter abaixado, pois já estava menor de 7,5%. Bem como pode ter melhorado os episódios de hipo e não necessitar melhorar mais. Rever a forma de descrever.Pág. 19, sobre fatores de adesão:Está escrito: A adolescência é um estágio da vida que está associado a um pior controle metabólico em pacientes com DM (MORRIS, et al 1997).Essa referência é muito antiga e não deveria, a meu ver, ser mantida dessa forma, pois mais gera preconceito do que orientação. Conhecemos inúmeros adolescentes com diabetes bem orientados que tem excelente controle. Os excesso de pressões e de proibições e de dosagens altas de insulina desnecessários possivelmente podem, também, estar na base de tal ideia mantida.Na pág. 22, sobre tratamento farmacológico, está referido:... uma insulina de ação rápida em bolus (humana regular ou análoga de ação rápida), com doses fracionadas em três a quatro aplicações diárias...Sugerimos fortemente que a escrita seja: com doses fracionadas em pelo menos 3 aplicações diárias. Pois a maioria dos pacientes DM1 com ótimo</p>	<p>*atentar para a divulgação da contagem de carboidrato como tratamento conjunto com o uso da insulina. necessário campanha de atualização dos profissionais de saúde, inclusive nutricionistas e endócrinos.*o ajuste constante na basal, mesmo com o uso das multidoses com canetas é de suma importância. o cuidador deve estar seguro da necessidade e não esperar 6 meses para agir com doses diferenciadas em dias de maior atividade física, doenças que alterem a glicemia, etc.*antes da incorporação da insulina UR no SUS, havia uma marca que distribuía gratuitamente a caneta permanente de meia unidade. além do usuário perder esse desconto, as canetas de uma unidade não atendem as micro doses de crianças. é sabido que os usuários retiram a ampola da caneta descartável e utilizam na permanente.*deve haver campanha educativa sobre o uso do mesmo laboratório para a caneta e o refil de insulina. (comparando os êmbolos dos 3 laboratórios de UR já caracteriza tamanhos diferentes o que usam força e atrito diferenciados). assim, não é possível o uso de marcas diferentes entre refil e caneta de meia unidade.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>controle fracionam em pelo menos 5 aplicações diárias a dose do análogo de ação rápida. Na pág. 27, a afirmação “A detemir ..., resultando em absorção lenta, sem picos e duração de ação entre 12 e 24 horas (SHIRAMOTO et al., 2015)” encontra-se não em conformidade com a informação dada no quadro da página 23 (adaptado de Weinert, 2013). E na prática clínica observa-se, de fato, pico razoavelmente intenso (menos que NPH, mas mais do que Glargina e Degludeca) na Detemir. Na pág. 30, talvez fosse desejável acrescentar, à informação dada: No mercado brasileiro estão disponíveis canetas recarregáveis e canetas descartáveis, que além desse aspecto ainda podem se diferenciar pela marca, graduação e dosagem máxima por aplicação. Talvez acrescentar a seguinte informação: Cada marca de caneta vinculada a um fabricante pode e deve ser exclusivamente utilizada com os penfis de insulina da mesma marca a ela correspondentes, não podendo penfis de outras marcas (outras indústrias) serem utilizadas em canetas recarregáveis distintas da marca associada à insulina em questão. Pág. 31, sobre esquemas de administração da insulina. Está escrito: A dose total diária de insulina preconizada em indivíduos com DM1 com diagnóstico recente ou logo após episódio de cetoacidose diabética varia de 0,5 a 1 unidade por quilograma por dia (UI/kg/dia) (BOLLI, 2006). Essa é uma referência extremamente antiga e está defasada em relação às recomendações atuais, especialmente as baseadas no uso de sensores que, por permanecerem 24h conectados, fornecem informações mais precisas e detalhadas sobre em quais momentos há necessidade de maior aporte ou menor aporte de insulinas, principalmente sobre hipos não detectadas. Distintas publicações trazem valores distintos, derivados de dados dos laboratórios produtores de tais insulinas, e/ou de diferentes estudos derivados de diferentes publicações patrocinadas ou não, e/ou de experiências na prática clínica ou pessoal diária. Amplas excursões glicêmicas devem ser rigorosamente evitadas e esse controle glicêmico somente pode ser observado:- por medidas muito</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>frequentes de automonitorização glicêmica, ao menos 7-10 x ao dia;- pelos valores da HbA1c em torno de 6,5-7,5%, mas é limitado como único aspecto de acompanhamento, pois é apenas uma média e sofre inúmeras influências de outros fatores externos e internos, não sendo capaz de detectar as possíveis inúmeras hipers e principalmente hipoglicemias;- pelo time-in-range (TIR), observado a partir de sistemas que mensurem de forma contínua ou intermitente (curtos períodos) a glicemia, sendo o TIR recomendado >70% na faixa alvo de 70-180 mg/dl (podendo ser diferentemente individualizado).Existe a necessidade evidente de novas métricas e novas tecnologias para acessar e acompanhar os valores glicêmicos e sua dinâmica. Não apenas a hiperglicemia crônica leva a complicações, mas também a variabilidade glicêmica e as hipoglicemias.. Ziegler R, Freckmann G, Heinemann L (2017) Boluses in Insulin Therapy: A Commentary. J Diabetes Sci Technol 11:165–171.. Krha&#269; M, Lovren&#269;i&#263; MV (2019) Update on biomarkers of glycemic control. World J Diabetes 10:1–15. . Wright LA-C, Hirsch IB (2017) Metrics Beyond Hemoglobin A1C in Diabetes Management: Time in Range, Hypoglycemia, and Other Parameters. Diabetes Technol Ther 19:S-16-S-26.. Malik FS, Taplin CE (2014) Insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes. Pediatr Drugs 16:141–150.. Chiang JL, Kirkman MS, Laffel LMB, et al (2014) Type 1 Diabetes Through the Life Span: A Position Statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 37:2034–2054.. American Diabetes Association (2019) 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. Diabetes Care 42:S61–S70. Yamada E, Okada S, Nakajima Y, et al (2018) Assessment of factors determining an HbA1c concentration &#8804;7.5% in patients with type 1 diabetes. J Diabetes 10:140–147.. Alexander CM, Amiel S, Beck R, et al (2018) Need for regulatory change to incorporate beyond A1C glycemic metrics. Diabetes Care 41:e92–e94.. Beck RW, Riddlesworth TD, Ruedy KJ, et al (2017) Effect of initiating use of an insulin pump in adults with type 1 diabetes using multiple daily insulin</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>injections and continuous glucose monitoring (DIAMOND): a multicentre, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol 5:700–708.. diaTribe (2017) Glycemic Outcomes Beyond A1C Resources - Standardization and Implementation. In: https://diatribe.org/foundation/glycemic-outcomes-beyond-a1c.. Krha&#269; M, Lovren&#269;i&#263; MV (2019) Update on biomarkers of glycemic control. World J Diabetes 10:1–15.. Herrero P, Pesl P, Bondia J, et al (2015) Method for automatic adjustment of an insulin bolus calculator: In silico robustness evaluation under intra-day variability. Comput Methods Programs Biomed 119:1–8.. Tumminia A, Crimi S, Sciacca L, et al (2015) Efficacy of real-time continuous glucose monitoring on glycaemic control and glucose variability in type 1 diabetic patients treated with either insulin pumps or multiple insulin injection therapy: A randomized controlled crossover trial. Diabetes Metab Res Rev. Smith-Palmer J, Brändle M, Trevisan R, et al (2014) Assessment of the association between glycemic variability and diabetes-related complications in type 1 and type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. Mohamed M, Soulodre C, Kaulback K, et al (2018) Continuous monitoring of glucose for type 1 diabetes: a health technology assessment. Ont Health Technol Assess Ser</p> <p>Sobre a dose total de insulina (UI/Kg/Dia) encontram-se referências muitas a que deve ser entre 0,4 a 0,8 UI/kg/dia, sendo 0,4 a 0,6 especialmente em crianças, atletas, adultos magros, diabéticos de longa duração e 0,5 a 0,8 em adolescentes, púberes, adultos com resistência à insulina, sedentários, obesidade, ou pacientes em tratamentos com fármacos hiperglicemiantes. Em média as referências indicam 0,55 UI/kg/dia. Sugerir 1 UI/kg/dia é referir-se a excessões bem pouco frequentes. As publicações têm frequentemente referido que nossas crianças e adolescentes com DM1 têm desenvolvido obesidade e síndrome metabólica devida a elevadas doses de insulina prescritas. Chowdury et al (2014) refere que o total de insulina diária é baseado no peso corporal e a maioria necessita em torno de 0,5 UI/kg/dia. King et al</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>(2016), Yamada et al (2018) referem que vários estudos, talvez a maioria ao redor do mundo, demonstram que o total de insulina diária pode ser estimado como em torno de 0,5 UI/kg/dia, ou em torno de 50-60% do peso corporal. E os melhores resultados de controle glicêmico são encontrados entre aqueles que usam menores doses de insulina por dia. Darrel et al (2015) mostram que a dose diária de insulina da maior parte dos DM1 bem controlados fica entre 0,4 e 0,8 UI/kg/dia. Kuroda et al (2011) mostram que em média a dose de insulina entre adultos DM1 bem controlados foi de 0,56±0,13 UI/kg/dia. No estudo de Iwasaki et al (2017), a média de dose total de insulina foi 0,59±0,17 UI/kg/dia. Segundo Malik et al (2014), em crianças pequenas o Total de insulina diária pode ser menor que 0,5 UI/kg/dia e em púberes pode chegar em média a 0,75 UI/kg/dia. Teló et al (2018) referem terem encontrado dose máxima de necessidade insulínica em adolescentes (meninas 13 anos, meninos 15 anos), que crianças com sobrepeso e obesidade são as que usam mais e que as glicadas mais baixas estavam associadas às menores doses de insulina. Blair et al (2018) recomendou, nos pré-púberes, 0,5 UI/kg/dia e nos púberes 0,7. No estudo publicado em 2019, Blair et al encontraram que as médias de necessidades nos jovens (bebês a adultos jovens) foi de 0,7 (em uso de bomba) e 0,6 UI/kg/dia (em MDI). Chico et al (2014) ajustou as doses para 0,54 UI/kg/dia em adultos com DM1. Reddy et al (2016) referem equilíbrio na glicemia com 0,5 (0,1) UI/kg/dia. Little et al (2018) acompanharam por 24 meses adultos DM1 com altas taxas de hipoglicemias e encontraram melhor controle com doses em média 0,54 UI/kg/dia, bem como melhor satisfação dos pacientes e menores HbA1c (8,2 para 7,7%). Tahseen A Chowdhury, Roisin Wright, Mary Charlton. Insulin for the uninitiated. Clin Med (Lond) 2014 Dec; 14(6): 623–629. King AB, Kuroda A, Matsuhisa M, Hobbs T (2016) A Review of Insulin-Dosing Formulas for Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) for Adults with Type 1 Diabetes. Curr Diab Rep 16:. Yamada E, Okada S, Nakajima Y, et al (2018) Assessment of factors determining an HbA1c</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>concentration &#8804;7.5% in patients with type 1 diabetes. J Diabetes 10:140–147. . Darrell M. Wilson, MD,1 Peter M. Calhoun, MA,2 David M. Maahs, MD, PhD,3 H. Peter Chase, MD,3 Laurel Messer, RN, CDE,3 Bruce A. Buckingham, MD,1 Tandy Aye, MD,1 Paula K. Clinton, RN, CDE,1 Irene Hramiak, MD, FRCP,4Craig Kollman, PhD,2 and Roy W. Beck, MD, PhD 2, for the In Home Closed Loop Study Group. Factors Associated with Nocturnal Hypoglycemia in At-Risk Adolescents and Young Adults with Type 1 Diabetes. Diabetes Technol Ther. 2015 Jun 1; 17(6): 385–391.. Nimri R, Dassau E, Segall T, et al (2018) Adjusting insulin doses in patients with type 1 diabetes who use insulin pump and continuous glucose monitoring: Variations among countries and physicians. Diabetes, Obes Metab 20:2458–2466.. Akio Kuroda, MD,1 Hideaki Kaneto, MD,1 Tetsuyuki Yasuda, MD,1 Munehide Matsuhisa, MD,2 Kazuyuki Miyashita, MD,1 Noritaka Fujiki, MD,1 Keiko Fujisawa, MD,1 Tsunehiko Yamamoto, MD,1 Mitsuyoshi Takahara, MD,1Fumie Sakamoto, MD,1 Taka-aki Matsuoka, MD,1 and Ichihiro Shimomura, Basal Insulin Requirement Is &#8764;30% of the Total Daily Insulin Dose in Type 1 Diabetic Patients Who Use the Insulin Pump. Diabetes Care. 2011 May; 34(5): 1089–1090.. Iwasaki S, Kozawa J, Kimura T, et al (2017) Insulin degludec is associated with less frequent and milder hypoglycemia in insulin-deficient patients with type 1 diabetes compared with insulin glargine or detemir. Diabetol Int 8:228–236.. Malik FS1, Taplin CE. Insulin therapy in children and adolescents with type 1 diabetes. Paediatr Drugs. 2014 Apr;16(2):141-50. Blair J, McKay A, Ridyard C, et al (2018) Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections in children and young people at diagnosis of type 1 diabetes: the SCIP RCT. Health Technol Assess (Rockv) 22:1–112.. Blair JC, McKay A, Ridyard C, et al (2019) Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injection regimens in children and young people at diagnosis of type 1 diabetes: Pragmatic randomised controlled trial and economic evaluation. BMJ 365:1–12. . Chico A, Tundidor D, Jordana L, et al</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>(2014) Changes in insulin requirements from the onset of continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) until optimization of glycemc control. J Diabetes Sci Technol 8:371–377.. Monika Reddy, Pau Herrero, Mohamed El Sharkawy, Peter Pesl, Narvada Jugnee, Darrell Pavitt, Ian F. Godsland, George Alberti, Christofer Toumazou, Desmond G. Johnston, Pantelis Georgiou, Nick S. Oliver Metabolic Control With the Bio-inspired Artificial Pancreas in Adults With Type 1 Diabetes: A 24-Hour Randomized Controlled Crossover Study. J Diabetes Sci Technol. 2016 Mar; 10(2): 405–413. Little SA, Speight J, Leelarathna L, Walkinshaw E, Tan HK, Bowes A, Lubina-Solomon A, Chadwick TJ, Stocken DD, Brennand C, Marshall SM, Wood R, Kerr D, Flanagan D, Heller SR, Evans ML, Shaw JAM. Sustained Reduction in Severe Hypoglycemia in Adults With Type 1 Diabetes Complicated by Impaired Awareness of Hypoglycemia: Two-Year Follow-up in the HypoCOMPASS Randomized Clinical Trial. Diabetes Care. 2018 Aug;41(8):1600-1607</p> <p>Pág. 31, sobre a “lua de mel” e púberes:Está escrito: Durante a fase de remissão parcial (lua de mel), a dose diária total de insulina administrada é geralmente <0,5 UI/kg/dia (BOLLI et al., 2011) e posteriormente, com a evolução da doença, a necessidade diária de insulina aumenta para 0,7 a 1 UI/kg/dia em crianças pré-púberes, podendo alcançar 1 a 2 UI/kg/dia durante a puberdade ou, em situações de estresse (físico ou emocional), indo até 1,2 a 1,5 UI/kg/dia, situações reconhecidas como de resistência à ação da insulina (Quadro 2) (BOLLI, 2006; BOLLI et al., 2011; TAMBORLANE et al., 2012).Muitas muitas publicações mostrando que essas doses elevadas não funcionam, causam danos, causam resistência à insulina, obesidade e se associam a piores níveis de controle e a piores prognósticos.Pág. 31, sobre o percentual da basal na dose total:Está escrito: Recomenda-se que a dose da insulina basal diária varie de 40% a 60% da dose total de insulina utilizada na tentativa de mimetizar a secreção endógena de insulina,... (baseado em BOLLI et al., 2011; MALERBI et al., 2006)No entanto, baseados na observação de que, na fisiologia de um organismo não</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>diabético, a basal corresponde a, no máximo, 50% da insulina excretada diária e que o excesso de basal comprovadamente aumenta a resistência à insulina, os riscos de hipoglicemia, favorece enormemente o ganho de peso, aumenta o apetite, e traz outras consequências deletérias, muitas publicações atuais recomendam xxxxxxxxSilver et al (2018) refere que no máximo 50% do total de insulina corporal é secretada durante os horários de basal. Boucher-Berry et al (2016) referem que percentual de basal aumentado está claramente associado a ganho de peso e que 40% do TDD pode ainda ser um percentual superestimado. Danne et al (2008) observaram que crianças que usavam basal menor que 50% do TDD tinham menores valores de HbA1c. Kuroda et al (2011) mostra a partir de uma revisão que a basal ótima fica em torno de 30% do total de insulina por dia. Schulten et al (2017) refere que menores doses de basal tem efeito positivo sobre o controle glicêmico em crianças, reduzindo riscos micro e macrovasculares. Strich et al (2015) realizou um estudo com DM1 onde ficaram em jejum por 24h e as doses adequadas de basal foram em torno de 0,19 UI/kg/dia (em média usavam 0,38). Entre os adolescentes que participaram, a dose de basal foi de 0,23. Os autores citam que talvez a dose ideal média de basal para todos fosse 0,15 UI/kg/dia. Estudo de Matejko et al (2018) mostram, em várias publicações, que a basal deve ser entre 30 e 50% do total de insulina por dia em todos os grupos de idades de pacientes com DM1. E forte associação entre HbA1c mais baixas e doses de basal mais baixas (<30% do TDD) e HbA1c mais altas com basais mais altas. King et al (2016) faz uma excelente revisão em que demonstra que basal menor que 40% do TDD reduz ganho de peso e está associada a redução de HbA1c. Strich et al (2017) afirmam que melhor controle pode ser conseguido com menores taxas de basal e que não se deve aumentar a basal para melhorar a HbA1c. Também Yamada et al (2018) e Kig et al (2016) referem que basal não deve ser aumentada para melhorar a HbA1c, além de referirem que possivelmente os melhores valores de basal ficam em torno de 30% do</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>TDD.. Silver B, Ramaiya K, Andrew SB, et al (2018) EADSG Guidelines: Insulin Therapy in Diabetes. Diabetes Ther 9:449–492.. Boucher-Berry C, Parton EA, Alemzadeh R (2016) Excess weight gain during insulin pump therapy is associated with higher basal insulin doses. J Diabetes Metab Disord 15:.. Danne T, Battelino T, Jarosz-Chobot Petal. Establishing glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion in children and adolescents with type 1 diabetes: experience of the PedPump study in 17 countries. Diabetologia 2008: 51: 1594–1601.. Bart&#322;omiej Matejko, Aneta Kuku&#322;ka, Beata Kie&#263;-Wilk, Agnieszka St&#261;pór, Tomasz Klupa,Maciej T. Maleck. Basal Insulin Dose in Adults with Type 1 Diabetes Mellitus on Insulin Pumps in Real-Life Clinical Practice: A Single-Center Experience. Adv Med. 2018; 2018: 1473160.. Akio Kuroda, MD,1 Hideaki Kaneto, MD,1 Tetsuyuki Yasuda, MD,1 Munehide Matsuhisa, MD,2 Kazuyuki Miyashita, MD,1 Noritaka Fujiki, MD,1 Keiko Fujisawa, MD,1 Tsunehiko Yamamoto, MD,1 Mitsuyoshi Takahara, MD,1Fumie Sakamoto, MD,1 Taka-aki Matsuoka, MD,1 and Ichihiro Shimomura, Basal Insulin Requirement Is &#8764;30% of the Total Daily Insulin Dose in Type 1 Diabetic Patients Who Use the Insulin Pump. Diabetes Care. 2011 May; 34(5): 1089–1090. . Schulten RJ, Piet J, Buijning PCJL, de Waal WJ (2017) Lower dose basal insulin infusion has positive effect on glycaemic control for children with type I diabetes on continuous subcutaneous insulin infusion therapy. Pediatr Diabetes 18:45–50.. Strich D, Teomim R, Gillis D. The basal insulin dose; a lesson from prolonged fasting in young individuals with type 1 diabetes. Pediatric Diabetes 2015: 16: 629–633. Matejko B, Kuku&#322;ka A, Kie&#263;-Wilk B, et al (2018) Basal Insulin Dose in Adults with Type 1 Diabetes Mellitus on Insulin Pumps in Real-Life Clinical Practice: A Single-Center Experience. Adv Med 2018:1–5.. A Review of Insulin-Dosing Formulas for Continuous Subcutaneous Insulin Infusion (CSII) for Adults with Type 1 Diabetes. King AB, Kuroda A, Matsuhisa M, Hobbs T. Curr Diab Rep. 2016 Sep;16(9):83. Strich D1, Balagour L2, Shenker J3, Gillis D.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>Lower Basal Insulin Dose is Associated with Better Control in Type 1 Diabetes. J Pediatr. 2017 Mar;182:133-136.. Yamada E1, Okada S1, Nakajima Y1, Bastie C2, Tagaya Y1, Osaki A1, Shimoda Y1, Shibusawa R1, Saito T1, Ozawa A1, Yamada M. Assessment of factors determining an HbA1c concentration &#8804;7.5% in patients with type 1 diabetes. J Diabetes. 2018 Feb;10(2):140-147Pág. 32, sobre a distribuição das doses de insulina entre total e basal, está baseado em Tamborlane et al, 2012.No entanto, há publicações muito mais atualizadas e que não se baseiam mais apenas na HbA1c, mas também na observação das variações da glicemia ao longo do dia, no TIR (time-in-range) e, principalmente, na presença de hipoglicemias assintomáticas derivadas, muitas das vezes, de doses abusivas de insulina ou de basal.Pág. 32, sobre doses de insulina.Está escrito: cálculo de dose de insulina regular ou insulina análoga de ação rápida nas refeições é de 0,05 UI/kg/dia no café da manhã e 0,1 UI/kg/dia no almoço e jantar.Não faz sentido, pois é justamente no período da manhã que se observa maior resistênci à insulina e maior necessidade de insulina bolus para cobrir a refeição. Isso está amplamente referido em artigos mostrando a necessidade frequente de usar-se menor Fator de Correção de Carboidratos (FCC) e fator de Sensibilidade Insulínica (FSI) no período do alvorecer do que nos demais períodos do dia (almoço e jantar). Isso resultará em maior dose de insulina rápida ou análogo rápido para o café e proporcionalmente menor dose para almoço e jantar.Ver por exemplo King et al (2016), Visentin et al (2015), Yamada et al (2018).Pág. 36, sobre automonitorizaçãoEstá escrito: As glicemias capilares são utilizadas para orientar o ajuste das doses de insulina, uma vez que apontam os momentos no decorrer do dia em que ocorre falta ou excesso de sua ação.No entanto, deve-se referir, também, que esses ajustes podem ser feitos a partir dos dados de sensores de glicemia, que ao invés de dados capilares, usam dados do interstício e, apesar de por vezes menos precisos, como são muito mais frequentes e indicam tendências, mostram-se muito mais seguros para a</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			realização dos ajustes		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
16/09/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
16/09/2019	Paciente	Boa	Não	Não	
16/09/2019	Paciente	Muito boa	Não	Um ponto importante é sobre a dispensação das insulinas e insumos. A distribuição descentralizada nas unidades básicas é o ideal. Entretanto, acho indispensável um estoque estratégico nos centros de referência, pois muitos pacientes não conseguem acesso ao tratamento nos seus municípios de origem. Infelizmente, vários municípios do Rio de Janeiro simplesmente ignoram a lei e não fornecem as medicações e insumos necessários para o controle dos pacientes com diabetes tipo1. Peço encarecidamente que mantenham a distribuição de insulina e insumos nos hospitais que possuem atendimento especializado para este grupo de pacientes.	
16/09/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/09/2019	Sociedade médica	Muito boa	<p>Sim, CONTRIBUIÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA À CONSULTA PÚBLICA N.º 51 Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Subscrita pela SBEM – Departamento de Diabetes 2019-2020, ADJ-Diabetes Brasil, ANAD, FENAD “PROTÓCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DE DIABETES MELLITUS TIPO 1” CONTEXTUALIZAÇÃO Este documento é a contribuição técnico-científica à Consulta Pública nº 51/2019 da CONITEC (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Diabetes Tipo 1), da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e subscrito pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM)/Departamento de Diabetes 2019-2020, Associação de Diabetes Juvenil – Diabetes Brasil (ADJ), Associação Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD) e Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes (FENAD). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). A CONITEC estabeleceu que os PCDT podem ser utilizados como material educativo dirigido aos profissionais de saúde, como auxílio administrativo aos gestores, como parâmetro de boas práticas assistenciais e como documento de garantia de direitos aos usuários do SUS. Partindo destes pressupostos, faz-se necessário manifestar o interesse da SBD em contribuir para uma política de estado de saúde que inclua o controle da glicose e o uso de terapias adequadas por pessoas com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) e tipo 2 (DM2). A elaboração, disponibilização e possibilidade de avaliação e sugestão pela comunidade científica e de usuários, permite utilização racional dos recursos disponíveis e a capacitação dos profissionais da saúde pública. Os membros da Diretoria Nacional da SBD e dos seus Departamentos, em especial o de Diabetes Tipo 1, parabenizam o DGITS-SCTIE/Ministério da Saúde, na pessoa da Farmacêutica, Mestre e Doutora Sarah Nascimento Silva, pelo convite para discutir o PCDT tecnicamente bem elaborado pelo staff e a receptividade às sugestões desta Sociedade, em reunião havida em Brasília, em Junho de 2019, visando união de</p>	<p>Foram anexados 5 documentos: 1) Contribuições da SBD à CP nº 51 - PCDT de DM1, contendo todas as assinaturas; 2) Relatório de Recomendação da CONITEC - PCDT de DM1, contendo as sugestões da SBD em notas adesivas (pop-up) ao longo do documento; 3 e 4) Ofícios da SBD encaminhados ao GAB/DAF - MS; 5) Posicionamento da SBD sobre o uso de SICI.</p>	Clique aqui

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>esforços para finalização do PCDT de DM1. O conteúdo da proposta de PCDT de DM1, apresentado na Consulta Pública 51, apresenta opções práticas de insulinoterapia que permitem a individualização de um tratamento sabidamente complexo e que exige envolvimento de pacientes, familiares e ou cuidadores, os quais precisam e devem ser orientados e por profissionais de saúde capacitados. Dessa forma, pequenos ajustes são necessários para o aperfeiçoamento desta ferramenta importante e estão descritos resumidamente abaixo e podem ser vistos, detalhadamente, no anexo enviado (Relatório_Diabetes-Mellitus-Tipo-1_CP_51_2019_Sugestões SBD.pdf). A seguir, alguns anexos são enviados para facilitar a apreciação das sugestões da SBD:1) Alguns reparos em erros de digitação e conceituais podem ser vistos em notas adesivas (pop-up), ao longo do documento revisado do Relatório de Recomendação do PCDT de DM1(Relatório_Diabetes-Mellitus-Tipo-1_CP_51_2019_Sugestões SBD.pdf);2) Em relação aos critérios de inclusão para o tratamento com insulina análoga de ação rápida, sugere-se que todos os pacientes com DM1 sejam elegíveis para o uso da insulina análoga de ação rápida e possam se beneficiar da redução de risco de hipoglicemias noturnas e graves;3) Reforça-se a subdivisão, para fins de seleção prática, das insulinas análogas basais em insulinas análogas de ação prolongada e ultraprolongada, tendo em vista que a glargina U100 e a detemir, se diferenciam das insulinas degludeca e glargina U300 em suas características farmacológicas, principalmente duração de ação. As insulinas de ação ultraprolongada possuem custos mais elevados quando comparadas às insulinas de ação prolongada, no entanto, dados recentes da literatura têm demonstrado superioridade das insulinas de ação ultraprolongada em relação ao risco de hipoglicemias graves e noturnas. Com essa sugestão a SBD entende que as insulinas análogas de ação ultraprolongada seriam indicadas para os pacientes que continuam apresentando hipoglicemias graves e noturnas, mesmo com o tratamento com insulinas</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>análogas de ação rápida e prolongada;4) Em relação à distribuição e dispensação das insulinas análogas de ação rápida, a SBD enfatiza que as exigências burocráticas e os locais restritos para dispensação das insulinas análogas de ação rápida têm reprimido a demanda destas insulinas. Uma extensa avaliação foi feita pela Sociedade através de suas Regionais no primeiro semestre e enviada aos setores competentes do MS (GAB/DAF) em 30 de abril (ofícios anexos). Na ocasião, foi sugerido que estas insulinas fossem dispensadas nos Centros de Referência e ou Farmácias de Alto Custo, segundo a realidade de recursos de cada local. No entanto, nas cidades que não dispõem desses cenários, a dispensação poderia ocorrer nas Unidades Básicas de Saúde, tal como ocorre com as insulinas humanas. A experiência neste primeiro ano de dispensação das insulinas análogas de ação rápida tem de ser levada em consideração, para prevenir dificuldades e entraves semelhantes, visando aperfeiçoar o modelo atual e facilitar o acesso dos usuários a uma terapia que reduz o risco temido de hipoglicemias graves e noturnas e que foi aguardada com muita expectativa por todos (SBD_DAF_29Abril2019 - FINAL PEDROSA.pdf e Ofício 07_2019 - Sra Sandra de Castro Barros - DAF SCTIE MS (1).pdf);5) A Sociedade também sugere acrescentar a técnica de aplicação com canetas ao Apêndice 3 do PCDT de DM1. Definir as canetas de aplicação de insulina como a apresentação a ser adquirida das insulinas humana NPH, análogas de ação prolongada e ultraprolongada, tendo em vista que as insulinas análogas de ação rápida já são adquiridas nesta apresentação. Não parece adequado que os pacientes façam uso de caneta para administração da insulina bolus e de seringa para a insulina basal. Ressaltamos a importância da utilização de canetas permanentes com escala de 0,5 U e refis de insulina análoga de ação rápida para crianças com idades inferiores a 7 anos, na ausência da disponibilização do Sistema de Infusão Contínua de Insulina (SICI);6) Por fim, a SBD admite a necessidade de refutar o texto sobre o uso de Sistemas</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>de Infusão Contínua de Insulina (SICI) por entender, como já manifestado anteriormente por escrito e inclusive presencialmente em reunião com o staff da SCITIES/MS neste ano de 2019, os critérios primários para uso de SICI. Embora o presente PCDT não tenha como foco essa discussão, uma vez mencionada, cabe endossar o Posicionamento Oficial SBD – Nº 02 2019, para SICI (POSICIONAMENTO OFICIAL SBD SOBRE BOMBA DE INSULINA - 05-AGO-2019.pdf), baseado em dados atualizados da literatura científica e consultoria internacional sobre as políticas públicas de países como Alemanha, Canadá, Reino Unido, Portugal e mais recentemente, Colômbia, além de experiência nacional (DF, GO e SP). A SBD, em momento oportuno e como já expressado, encaminhará à CONITEC a apreciação de incorporação de SICI seguindo o modelo instituído por essa Comissão, qual seja, de dados de revisão sistemática e avaliação econômica. Em um cenário de frequente judicialização no país e disponibilidade de dados mais atualizados do que os inseridos neste PCDT, desde já é preciso alerta para essa revisão. Novamente, a SBD disponibiliza todo o quadro de especialistas que compõem os seus diversos Departamentos Científicos, visando o suporte e a colaboração técnico-científica no enfrentamento das dificuldades encontradas no seguimento dos pacientes com diabetes, como também, compor parceria para auxiliar o monitoramento e os resultados clínicos do tratamento. Atenciosamente,</p> <p>Hermelinda C. Pedrosa Presidente SBD – Gestão 2018-2019 Karla Melo 1ª Secretária SBD – Gestão 2018-2019 Monica Gabbay Coordenadora – Departamento de Diabetes Tipo SBD – Gestão 2018-2019 Rodrigo Moreira Presidente SBEM – Gestão 2019-2020 Gilberto Casanova Presidente ADJ Brasil Fadlo Fraige Presidente ANAD FENAD</p>		
16/09/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		