



**PREFEITURA DE
VILA VELHA**

**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**

Rua Castelo Branco, 1803, Centro
Vila Velha/ES – CEP. 29100-041
Telefone: (27)3239-1510

Prefeitura Municipal de Vila Velha
Secretaria Municipal de Saúde

PROTOCOLO PARA O AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR PARA PACIENTES INSULINODEPENDENTES



**PREFEITURA DE
VILA VELHA**

**SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE**

Rua Castelo Branco, 1803, Centro,
Vila Velha – ES – CEP.29100-041
Telefone: (27) 3388-4174

**Rodney Rocha Miranda
Prefeito Municipal de Vila Velha**

**Andréia Passamani Barbosa Corteletti
Secretária Municipal de Saúde**

**Carla Estela Lima
Subsecretária de Atenção à Saúde**

**Eduardo Tonole Dalfior
Subsecretário de Atenção Especializada**

**Maria José Foeger
Subsecretária Administrativa**

Comissão Elaboradora

André Luis Barros de Souza – Médico vascular do Programa ao Pé Diabético (PROPÉ)

Cristina Barcellos Caldas – Enfermeira do Departamento de Programas Especiais (DPE)

Flavio Ignes Tristão – Coordenador Departamento de Programas Especiais (DPE)

Karla Oliveira dos Santos Cassaro Heringer – Farmacêutica/Assistência Farmacêutica (CAF)

Manuela Martins Cruz – Coordenadora da Assistência Farmacêutica (CAF)

**Vila Velha – ES
2016**



Sumário

1. JUSTIFICATIVA.....	04
2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR.....	05
3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	08
4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	08
5. FLUXO DE ATENDIMENTO.....	09
5.1 DO ATENDIMENTO MÉDICO.....	09
5.2 DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM.....	09
6. DA DISPENSAÇÃO DO GLICOSÍMETRO.....	10
7. DA DISPENSAÇÃO DAS TIRAS REAGENTES.....	11
ANEXOS.....	12
ANEXO I - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO.....	12
ANEXO II – LEGISLAÇÕES.....	14
REFERÊNCIAS.....	18



1. JUSTIFICATIVA

O diabetes mellitus é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença.

O DM pode resultar de defeito da secreção e/ou ação da insulina e, de acordo com a etiologia, pode ser classificado em:

1) Diabetes tipo 1 - Ocorre uma destruição de células β das ilhotas pancreáticas que produzem insulina, usualmente levando à deficiência absoluta deste hormônio. Na maioria dos casos há associação com autoimunidade, sendo que os marcadores da destruição imune incluem os auto-anticorpos contra as células das ilhotas, contra a insulina e contra a descarboxilase do ácido glutâmico (GAD).

2) Diabetes tipo 2 - É provocado por um defeito na secreção de insulina. Agrava-se devido ao fator concomitante de resistência à insulina. Representa 90% a 95 % dos casos. Normalmente, estes indivíduos não necessitam de insulina exógena nos primeiros anos da doença, podendo até mesmo nunca necessitar deste recurso terapêutico.

3) Outros tipos específicos de diabetes – Envolvem os defeitos genéticos das células β , os defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, diabetes quimicamente induzido ou induzido por drogas, formas incomuns de diabetes imunomediado e outras síndromes genéticas, algumas vezes, associadas ao diabetes.

4) Diabetes gestacional - É definido como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeira detecção durante a gravidez.

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica, ou mesmo complicações agudas como a cetoacidose diabética.

Atualmente, o diagnóstico da doença, exceto em gestantes, é feito através de glicemias de jejum (GJ) $\geq 126\text{mg/dL}$, glicemia ao acaso $\geq 200\text{mg/dL}$ associada a sintomas clássicos ou glicemia $\geq 200\text{mg/dL}$ 120min após a administração de 75g de glicose, durante o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG). Para a confirmação diagnóstica, entretanto, estes testes devem ser confirmados com uma segunda dosagem. O uso da Hemoglobina Glicada (A1c) para o diagnóstico da doença não é recomendado até o momento (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

O objetivo do tratamento é a prevenção das complicações micro e macrovasculares através do controle glicêmico próximo ao estado euglicêmico. O plano terapêutico deve envolver dieta, atividade física, hipoglicemiantes orais e/ou insulina. As abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são: a medida da glicemia de jejum, a medida da Hemoglobina Glicada (A1c), teste que reflete os níveis médios de glicemia nas últimas oito a doze semanas e o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC).

As metas a serem alcançadas, para diabéticos não gestantes, são: glicemia de jejum entre 90 e 130 e A1c igual ou menor que 7,0%. Metas menos rígidas da A1c podem ser apropriadas para pacientes com história de hipoglicemias severas, expectativa de vida



limitada, crianças, indivíduos com múltiplas comorbidades e naqueles com diabetes de longa data e com complicações microvasculares mínimas ou estáveis.

O seguimento dos pacientes com DM inclui a participação nos grupos educativos, consultas médicas e de enfermagem, realização de exames laboratoriais periódicos e o monitoramento da glicemia capilar nos serviços de saúde ou em domicílio, através do Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC).

A fim de organizar o cuidado integral ao paciente, a abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo toda a equipe de saúde, o monitoramento da glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde são fundamentais para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento, efetivo.

2. AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulino-dependentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que usam insulina e diabetes gestacional (DG).

Os resultados do AMGC podem ser úteis na prevenção da hipoglicemia, na detecção de hipo e hiperglicemias não sintomáticas, no ajuste da conduta terapêutica medicamentosa e não medicamentosa e pode ainda, funcionar como um fator educativo.

O automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada;

Sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe multidisciplinar de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos;

Deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde;

A indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina;

O AMGC deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; a instrução inicial e a reinstrução periódica a respeito da monitorização da glicemia;

A amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, com auxílio de lanceta.

O AMGC deve ser incentivado nos pacientes que usam insulina associado às estratégias de Educação em Saúde que visem aumentar a autonomia do portador para o autocuidado e essas ações devem ser incorporadas na rotina das unidades de saúde.

Não existem evidências científicas suficientes que o automonitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo - efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada **na própria unidade de saúde** por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe multidisciplinar.

A reavaliação das habilidades para o autocuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas pelo menos anualmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas. Para isso, os resultados do teste com o glicosímetro devem ser comparados com os da glicemia em jejum de laboratório medido simultaneamente.

O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados e registrados nos prontuários (conforme anexo).

Os melhores horários para a realização dos testes são os horários de maior descontrole glicêmico:

- 1) Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar;
- 2) Testes pós-prandiais: 2 horas após o café da manhã, o almoço e o jantar;
- 3) Hora de dormir;
- 4) Madrugada (2- 3 horas da manhã).

Alguns estudos apontam que a medida 2 horas após o almoço é a que melhor está correlacionada com o controle glicêmico, mais do que a glicemia de jejum.

Para a maioria dos pacientes com DM tipo 1 e DG em uso de insulina, a AMGC é recomendada 3 ou mais vezes ao dia. Para os pacientes com DM tipo 2 em uso de insulina, entretanto, não há estudos que ditem a frequência e horários ideais, devendo o controle ser realizado da melhor forma para atingir as metas glicêmicas. Segue uma tabela com sugestão para frequência de testes de acordo com algumas situações clínicas específicas:

Número de testes/dia	Situação Clínica
4 a 6 testes por dia, até o alcance das metas preestabelecidas	- Início do tratamento com insulina; - Ajuste da dose de insulina; - Estresse clínico e cirúrgico (infecções, cirurgias, etc.)
2 a 4 testes por dia, em diferentes horários	- Tipo 1 ou tipo 2 com insulinização plena; - Utilização de insulinas de ação rápida conforme glicemia capilar; - Terapia com drogas diabetogênicas (corticosteróides, imunossupressores etc.); - HbA1C elevada com glicemia de jejum normal.
1 a 2 testes por dia, em diferentes horários	- Tipo 1 com tratamento insulínico estável; - Tipo 2 em uso de antidiabéticos orais + insulinização parcial.

O esquema proposto acima deve servir apenas como marco referencial, sendo que caberá ao profissional de saúde definir a frequência e os horários dos testes de glicemia mais adequados para cada paciente. Testes adicionais devem ser realizados na ocorrência de certas situações clínicas, tais como doenças agudas intercorrentes, alterações no tratamen-



to, pacientes com falta de percepção da hipoglicemia ou episódios de hipoglicemias graves.

Para os diabéticos que usam insulina e praticam exercício, o AMGC antes, durante e, especialmente, duas horas após o exercício pode contribuir para estabelecer o nível de resposta à atividade física. Essa informação pode ser usada para fazer ajustes nas doses e/ou na ingestão de carboidratos e evitar alterações glicêmicas significativas, sobretudo a hipoglicemia.

Os valores que se esperam encontrar no AMGC realizados em glicosímetros que se utilizam do plasma para determinação da glicemia capilar são:

- Glicemia de jejum entre 90 e 120mg/dl;
- Glicemias pré-prandiais até 140mg/dl;
- Glicemias pós-prandiais até 180mg/dl.

Diabéticos tipo 2 em uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes, HbA1C normal ou quase normal, têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas fitas reagentes e glicosímetros para os serviços de saúde. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nos Centros de Saúde e, eventualmente solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis.

Durante o atendimento aos usuários cadastrados no Programa de AMGC, deverá ser aplicado o **Processo de Enfermagem**, contendo o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico e prescrição de enfermagem.

O Histórico de Enfermagem compreende a história familiar; situação cultural, sócio-econômico, grau de instrução, gregária (trabalha, descendência, com quem vive, quem cuida...); estilo de vida: (hábitos alimentares, eliminações, hábitos de higiene, sexualidade, práticas de atividades física, fatores de risco para estresse, lazer, vida social, tabagismo, etilismo, dependência química, etc); doenças prévias; co-morbidades; sinais/sintomas; tratamento medicamentoso (utilização, posologia, adesão e reações adversas) e condições para o auto cuidado (lúcido, orientado, nível de compreensão, independente, etc).

O Exame Físico inclui avaliação céfalo caudal (atentar cavidade oral, integridade da pele, membros inferiores e pés), peso, altura, circunferência abdominal, IMC (Índice de Massa Corporal), sinais vitais, teste de glicemia capilar e sensibilidade de extremidades.

Os diagnósticos de enfermagem mais comuns para o paciente diabético compreendem: risco para déficit ou comprometimento de volume de líquidos relacionado à poliúria e desidratação; nutrição alterada mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas (obesidade, desequilíbrio na ingestão de calorias, ingestão excessiva de sódio, ingestão insuficiente de potássio e desequilíbrio hídrico); risco de lesão relacionado aos efeitos da insulina; déficit de conhecimento relacionado a informações sobre o auto cuidado para o diabetes, comprometimento físico e fatores sociais; risco para intolerância à atividade física relacionado ao medo de fraquezas e desmaios; ansiedade relacionada à perda do controle e medo das complicações; risco para integridade da pele prejudicada relacionada à redução da sensibilidade e da circulação para as extremidades inferiores; risco para padrão de sono prejudicado relacionado à ansiedade e fadiga; risco para infecção relacionado à doença crônica; comprometimento da atividade física (sedentarismo, exercício físico irregular ou impróprio); inaderência ao acompanhamento médico; inaderência a terapia medicamentosa (uso



irregular); risco para disfunção neurovascular periférica (pé diabético); risco para alterações sensoriais (tato, visão, paladar).

Para fazer jus a esse benefício, é absolutamente necessário que o paciente assuma as responsabilidades que lhe cabem. A falta de adesão do paciente às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas, é motivo suficiente para a interrupção do fornecimento do benefício.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Os insumos deverão ser disponibilizados aos usuários do SUS, moradores do município de Vila Velha, portadores de diabetes mellitus **insulino-dependentes**.
- Os usuários deverão ser moradores de Vila Velha, cadastrados no Cartão SUS e no Programa de Hipertensão e Diabetes – Hiperdia.
- O usuário deve possuir diagnóstico clínico **E** laboratorial para Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 ou diabetes gestacional;
- Possuir indicação médica para o automonitoramento da glicemia capilar;
- A prescrição para o automonitoramento será feita pelos médicos da Atenção Básica e/ou ginecologistas para as gestantes e/ou Endocrinologistas da Rede Municipal de Saúde de Vila Velha, a qual é responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus.
- Apresentar justificativa médica quando for necessário mais de três monitoramentos por dia.
- A participação do usuário nos Programas de Educação Especial para Diabéticos, que poderá ser individual ou coletiva, também será condição de permanência do usuário neste Programa.
- É condição para o recebimento do glicosímetro estar de acordo com os critérios descritos no acima, bem como estar favorável com a declaração de responsabilidade (anexo III) Termo de Compromisso, o qual oficializa a responsabilidade do usuário sobre o aparelho.

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não mais receberão os insumos disponibilizados por este Programa os usuários que:

I – deixarem de residir em Vila Velha;

II – deixarem de comparecer nas consultas médica e de enfermagem, sem justificativa, por um período de no máximo 6 meses;

III – não aderirem às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas;



IV – portaram DM gestacional, mas que não mantiverem o uso da insulina após a gestação;

V – faleceram;

VI – são diabéticos tipo 2, que fazem uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais, e que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes HbA1C normal ou quase normal (até 7%, sendo 7,5% a 8,0% e idosos) (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

Os usuários referidos no item VI têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas tiras reagentes e glicosímetros. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nas Unidades de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis.

5. FLUXO DE ATENDIMENTO

5.1 DO ATENDIMENTO MÉDICO

O Médico da Atenção Básica ou Endocrinologista da Rede Municipal de Saúde de Vila Velha será responsável pela prescrição do glicosímetro e das tiras reagentes para o usuário que se enquadrar nos critérios de inclusão e no protocolo clínico estabelecidos por esta Normativa. O prescritor também será responsável por informar ao usuário quanto aos critérios de exclusão.

As prescrições destes insumos terão validade de no máximo 6 (seis) meses de tratamento, devendo então remarcar nova consulta para nova reavaliação.

A validade da receita será contada a partir da data da prescrição.

Após a consulta, o médico deverá encaminhar o usuário para a consulta de enfermagem, onde será realizado o cadastro no programa.

O Médico da Atenção Básica ou Endocrinologista da Rede Municipal de Saúde de Vila Velha será responsável, juntamente com a equipe de enfermagem, pelo acompanhamento do automonitoramento da glicemia capilar de cada usuário, considerando os critérios de permanência do usuário neste Programa.

Prescrições não oriundas de Médicos da Atenção Básica ou Endocrinologistas da Rede Municipal de Saúde de Vila Velha não serão válidas para a inclusão do usuário neste Programa. Neste caso, o usuário deverá ser encaminhado para consulta médica na Rede Municipal de Saúde.

5.2 DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem das Unidades de Saúde à qual o usuário é vinculado será responsável por providenciar e/ou atualizar os cadastros SUS e Hiperdia a cada 6 (seis) meses e deverá agendar por telefone a troca/entrega dos glicosímetros.



A Equipe de enfermagem da Unidade de Saúde será responsável pelo cadastro e deverá enviar à farmácia da unidade a solicitação de glicosímetro, conforme formulário próprio em anexo.

O enfermeiro deverá entrar em contato com o paciente quando o glicosímetro estiver disponível na unidade, e nesta ocasião, deverá marcar a consulta de enfermagem para instruir o paciente quanto ao uso do aparelho, além de outras informações pertinentes, juntamente com a primeira dispensação de insumos.

O enfermeiro irá agendar o retorno do usuário para a consulta de enfermagem, sendo este retorno dentro de 15 a 30 dias após o recebimento do glicosímetro pelo usuário.

A unidade informará sistematicamente a farmácia sobre os usuários que precisam das tiras reativas para glicemia capilar, mas que já possuem o glicosímetro (ex.: usuários que compraram o glicosímetro).

A equipe de enfermagem será responsável, juntamente com a equipe médica, pelo acompanhamento do automonitoramento da glicemia capilar de cada usuário vinculado à sua unidade de saúde, bem como a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa.

A farmácia deverá dispensar a quantidade de tiras reagentes e lancetas conforme prescrição médica juntamente com a dispensação de insulina.

A equipe de enfermagem deverá verificar se o usuário está utilizando adequadamente as tiras reagentes e o glicosímetro. Deverá também informar a farmácia quanto à inclusão/exclusão dos usuários neste Programa.

6. DA DISPENSAÇÃO DO GLICOSÍMETRO

Será responsabilidade da equipe de enfermagem solicitar a troca à farmácia ou dispensar o aparelho glicosímetro, bem como fornecer uma orientação inicial somente aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos neste protocolo.

Para receber o glicosímetro, o usuário deverá apresentar a prescrição médica, Cartão SUS com a marcação, RG e assinar um Termo de Compromisso, se responsabilizando pela integridade e devolução do aparelho.

Na ocasião da troca/entrega do glicosímetro, serão fornecidos ao usuário tiras reagentes para consumo em 30 dias.

As lancetas e outros insumos também serão disponibilizados pela Unidade de Saúde à qual o usuário está vinculado.

Não é aconselhado recomendar aos usuários a compra do glicosímetro, visto que a Secretaria Municipal de Saúde não se responsabilizará pela troca deste aparelho na eventual mudança do fabricante de tiras reagentes.

Caso seja verificado o descumprimento de qualquer critério de inclusão, a enfermagem não fará a entrega do glicosímetro e encaminhará o usuário à Unidade de Saúde de origem.



7. DA DISPENSAÇÃO DAS TIRAS REAGENTES

As tiras reagentes serão dispensadas pela farmácia juntamente com as insulinas em quantidade para até 3(três) meses de tratamento.

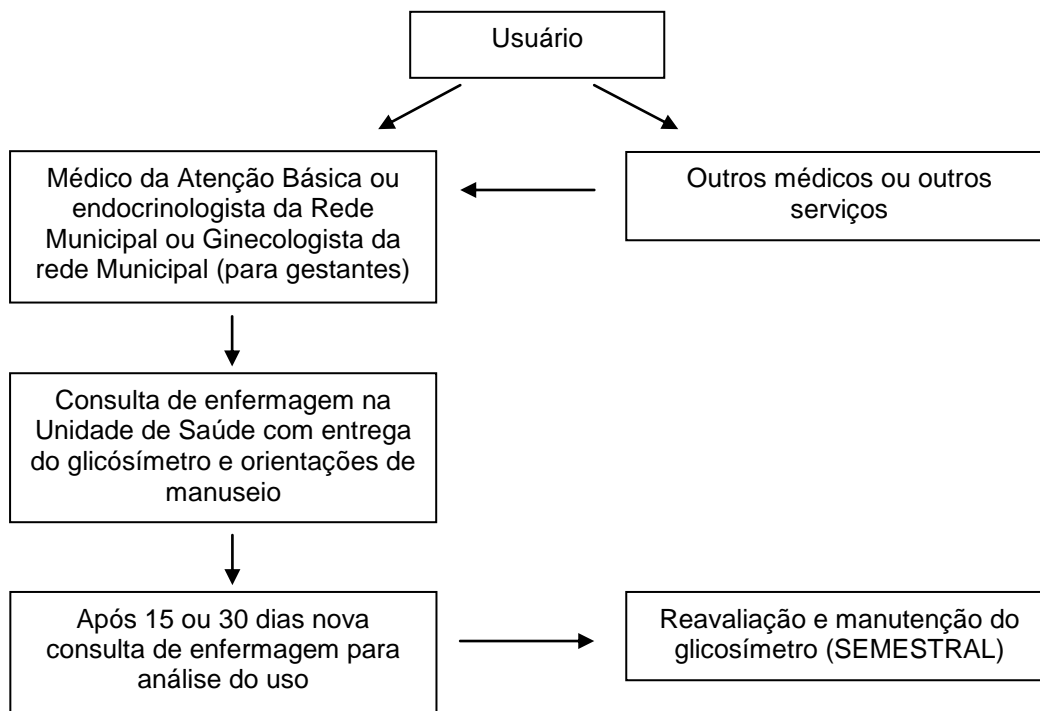
A Equipe multidisciplinar será responsável pela reavaliação do automonitoramento da glicemia capilar através dos Grupos de Educação Especial para Diabéticos.

A organização da distribuição de tiras reagentes, através de cotas proporcionais ao número de usuários em cada Unidade de Saúde, ficará a cargo da CAF/SEMSA. As cotas de tiras reativas para uso interno da unidade serão estabelecidas pela CAF/SEMSA, porém, o pedido fica sob responsabilidade da unidade de saúde.

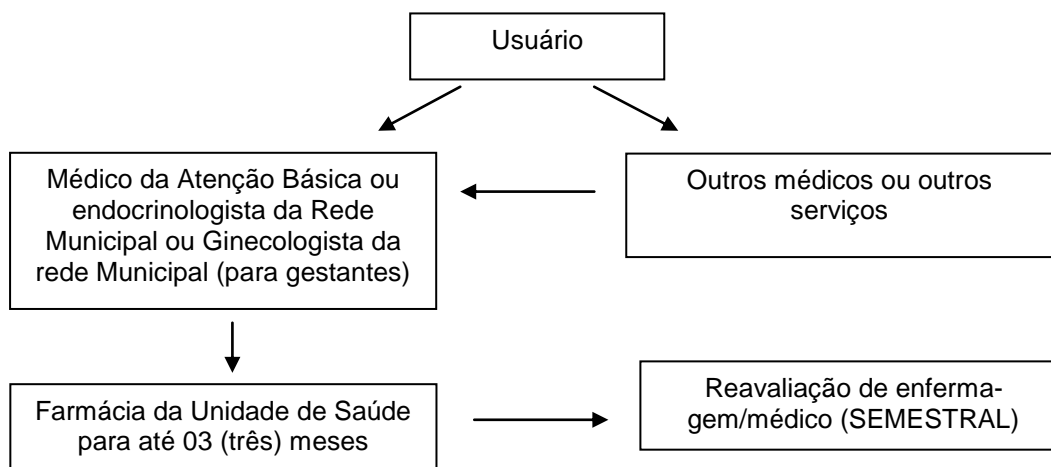
ANEXOS

ANEXO I - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO

Fluxograma para a entrega de glicosímetros:

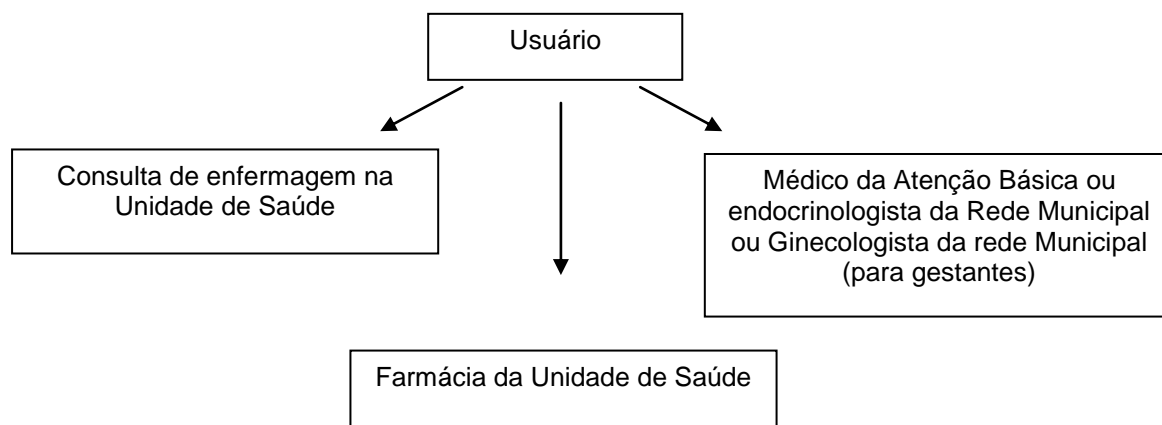


Fluxograma para entrega de tiras reagentes:





Fluxograma para o acompanhamento dos usuários:





ANEXO II - LEGISLAÇÕES

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006

Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

§ 2º A seleção a que se refere o § 1º deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.

§ 3º É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos.

Art. 2º (VETADO)

Art. 3º É assegurado ao diabético o direito de requerer, em caso de atraso na dispensação dos medicamentos e materiais citados no art. 1º, informações acerca do fato à autoridade sanitária municipal.

Parágrafo único. (VETADO)

Art. 4º (VETADO)

Art. 5º Esta Lei entra em vigor no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

Brasília, 27 de setembro de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcio Thomaz Bastos
Guido Mantega
Jarbas Barbosa da Silva Júnior



PORTARIA Nº 2.583 DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar, em especial o citado no § 1º do artigo 1º;

Considerando a Portaria nº 2.475/GM, de 13 de outubro de 2006, que aprova a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2006;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implementação e financiamento dos programas e ações do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, de 27 de setembro de 2007,

RESOLVE:

Art. 1º Definir o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados na rede do Sistema Único de Saúde, destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes mellitus, nos termos da Lei Federal nº 11.347, de 2006.

I - MEDICAMENTOS:

- a) glibenclamida 5 mg comprimido;
- b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido;
- c) glicazida 30 mg comprimido;
- d) insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; e
- e) insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL.

II - INSUMOS:

- a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e
- c) lancetas para punção digital.

Art. 2º Os insumos do inciso II do artigo 1º devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes - Hiperdia.

§ 1º As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

§ 2º A prescrição para o automonitoramento será feita a critério da Equipe de Saúde responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus, observadas as normas estabelecidas no Anexo a esta Portaria.



§ 3º O fornecimento de seringas e agulhas para administração de insulina deve seguir o protocolo estabelecido para o manejo e tratamento do diabetes mellitus contido no nº 16 da série "Cadernos da Atenção Básica - Ministério da Saúde, disponível em versões impressa e eletrônica no endereço http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos_ab/documentos/abcd16.pdf.

Art. 3º Os usuários portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes devem estar inscritos nos Programas de Educação para Diabéticos, promovidos pelas unidades de saúde do SUS, executados conforme descrito:

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário;

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus;

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.

Art. 4º A aquisição, a distribuição, a dispensação e o financiamento dos medicamentos e insumos de que trata esta Portaria são de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação Tripartite e as normas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

José Gomes Temporão



ANEXO III - DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, declaro que recebi da Unidade de Saúde _____ o aparelho de glicemia da marca _____, modelo _____, assim como orientação para manuseio do mesmo, destinado ao tratamento/controlado de Diabetes Mellitus para utilização individual e em domicílio, conforme prescrição médica.

Assumo toda e qualquer responsabilidade pela utilização do glicosímetro recebido e me comprometo em devolver quando dispensado da utilização do mesmo ou sob qualquer outra circunstância (óbito, solicitação da unidade de saúde).

Vila Velha, _____ de _____, de _____.

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Telefone e nome de um conhecido para contato: _____



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Lei nº 11347 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Brasília, 2006. Diário Oficial da União, 28 de setembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583 de 10 de Outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.