



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Portaria n° 09

26 de abril de 2013

Estabelece o Protocolo De Monitoramento Da Glicemia Capilar.

O Secretário Municipal de Saúde, **Dr. Valter Negrelli Junior**, no uso de suas atribuições que lhe são conferidas por Lei faz saber;

Considerando o inciso II do artigo 198 da Constituição Federal que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único da Saúde – SUS;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida pela Portaria n° 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS;

Considerando a necessidade da integralidade e da resolutividade da atenção em saúde, nas ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação;

Considerando as redes de cuidados e solidariedade implantadas nos territórios envolvendo os portadores de diabetes “Doce é a vida”, instituído pelo Município;

Considerando o aperfeiçoamento da Política de Assistência Farmacêutica Municipal;

Considerando a Lei n° 11.347, de 27 de setembro de 2006 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de Diabetes Mellitus inscritos em programas de educação para diabéticos;

Considerando a Portaria n° 2.583 de 10 de outubro de 2007 do Ministério da Saúde que define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei n° 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes *melittus*;

Considerando a Portaria n° 4.217 de 28 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

Resolve:

Artigo 1º - Estabelecer o protocolo de monitoramento da glicemia capilar, na forma do ANEXO I, para **pacientes em uso de insulina** cadastrados e acompanhados nos serviços de saúde do município.

Artigo 2º - Estabelecer os **fluxos de operacionalização e seguimento** dos pacientes que necessitam de monitoramento da glicemia capilar.

Secretaria Municipal de Saúde
Av. Romeu Strazzi n° 199 – Sinibaldi Fone (17) 3216-9766



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Artigo 3º - Definir os **insumos** que serão disponibilizados pelo município para monitoramento da glicemia capilar.

Artigo 4º - Definir os **documentos/formulários** que devem ser preenchidos para o cadastro e acompanhamento dos pacientes, dispostos nos Anexos II e III.

Artigo 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

DR. VALTER NEGRELLI JÚNIOR
Secretário Municipal de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose cujo controle inadequado pode resultar no aparecimento de várias complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem significativamente a qualidade de vida do portador da doença configurando-se em um dos principais problemas de saúde pública (BRASIL, 2006B; SÃO PAULO, 2011). As intervenções terapêuticas visam ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas, no sentido de prevenir ou retardar a progressão da doença para as complicações crônicas; bem como evitar complicações agudas como, por exemplo, a cetoacidose (BRASIL, 2007).

O automonitoramento do nível de glicose do sangue através da medida da glicemia capilar deve ser incentivado, associado às estratégias de Educação em Saúde que possibilitem aumentar a autonomia do portador, 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) (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da 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” (BRASIL, 2007). Para estes casos as **Unidades Básicas de saúde** devem garantir nas visitas regulares de avaliação definidas pela equipe conforme protocolo Doce é a Vida.

2. OBJETIVO

Garantir o acesso da população **em uso de insulina**, de forma contínua, aos insumos que possibilitem o automonitoramento glicêmico.

3. INSUMOS DISPONÍVEIS (REMUME 2013)

- Seringas para insulina, com agulha.
- Lancetas.
- Lancetador.
- Glicosímetro.
- Tiras para determinação de glicose.
- Caixa para descarte de materiais pérfuro cortantes.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Poderão ser incluídos no programa os pacientes que preenchem os seguintes critérios:

- Diabético **em uso** de insulina.
- Diabetes gestacional.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Residente no município de São José do Rio Preto.
- Matriculado e acompanhado em uma Unidade Básica de Saúde ou Unidade Básica de Saúde da Família.
- Acompanhado pelo Manual Vivendo com Qualidade.
- Portador do cartão SUS.
- Cadastro PFJ atualizado.
- Cadastrado e acompanhado no HIPERDIA.
- Participação nos grupos de atividades definidos pelo protocolo da pela Secretaria – Doce é a Vida.

5. OPERACIONALIZAÇÃO

- Após constatada a indicação de insulinoterapia (protocolo Doce é a Vida) a equipe da Unidade de Saúde deverá prescrever a utilização do glicosímetro, das lancetas, tiras e seringas, de acordo com o plano terapêutico do paciente.
- O paciente deve ser encaminhado à farmácia da unidade de saúde.
- A farmácia digita os dados no sistema para emissão do contrato de fornecimento do glicosímetro e adesão do paciente ao programa.
- Para o preenchimento do contrato os dados do paciente devem ser atualizados.
- A atualização dos dados, se necessária, deve ser feita pela recepção da Unidade de Saúde.
- O paciente receberá além do glicosímetro e dos insumos prescritos pela equipe da Unidade de Saúde, a caixa para descarte das tiras, lancetas e seringas.
- Na assinatura do contrato o farmacêutico e/ou enfermeiro deve realizar a consulta com o usuário, podendo esta ser feita mediante agendamento.
- Durante a consulta farmacêutica/enfermagem o paciente assina o contrato de adesão (ANEXO I) e recebe as orientações quanto ao automonitoramento, o uso correto do aparelho e sua calibração, os cuidados de sua saúde, aplicação da insulina e aos critérios de continuidade no programa.
- O contrato deve ser emitido em duas vias, devendo uma via ser arquivada no prontuário do paciente.
- Os encontros subsequentes para dispensação dos insumos, orientações e educação do paciente devem ser previamente agendados (data, local e horário).

6. SEGUIMENTO TERAPÊUTICO

- Realização de consultas, encontros educativos e grupo de exercícios propostos pelo protocolo de tratamento de Diabetes – Doce é a Vida.
- Leitura e preenchimento das planilhas de perfil diabético (ANEXO II) durante as consultas programadas com a Enfermagem e/ou Farmácia.
- Monitoramento pela farmácia das retiradas dos insumos nas datas previstas.
- Visita/busca ativa dos pacientes que não tem adesão ao plano terapêutico de controle da glicemia, pela equipe da Unidade de Saúde.
- Disponibilidade e orientação para o uso da caixa de descartes conforme recomendações da equipe.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Dispensação dos insumos para um período de 30 dias em dias e horários previamente agendados.

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não participação nas atividades individuais ou em grupo.
- Avaliação clínica do médico.
- Não apresentação do aparelho para leitura e preenchimento das planilhas de perfil diabético (ANEXO II) durante as consultas programadas com a Enfermagem e/ou Farmácia.
- Não adesão ao plano terapêutico de monitoramento da glicemia.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Em caso de exclusão ou necessidade de troca do glicosímetro, por solicitação da equipe, o paciente deverá devolver o aparelho à Unidade de Saúde.
- A conservação do aparelho é de responsabilidade do paciente.
- O paciente deve ser orientado a nunca emprestar o seu aparelho evitando, além da possibilidade de contaminação, o preenchimento equivocado da planilha de perfil diabético.
- Se o aparelho apresentar algum defeito ou se houver necessidade de troca da bateria a Farmácia da Unidade de Saúde deverá providenciar a troca ou reposição da bateria.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2006. Brasília, 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Diabetes Mellitus. Brasília, Ministério da Saúde, 2006b. 64. (Cadernos de Atenção Básica, n.º 16) (Série A. Normas e Manuais técnicos).

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. Brasília, DF, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Manual de orientação clínica: Diabetes Mellitus. São Paulo, 2011. 46p.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO II – CONTRATO DE ADESÃO

Contrato de adesão ao tratamento de diabetes e controle da distribuição de insumos.

1) Identificação do paciente:

Nome completo: _____

Cartão SUS (CNS) nº _____ TEL: _____

RG. nº _____ P.F.J. nº _____

Nome da mãe: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Sexo () M () F

Endereço: _____ Nº _____

Complemento _____ CEP: _____ Bairro: _____

Município: _____ Est. _____ Unidade de Saúde _____

2) Identificação do prescritor:

Nome completo _____ CRM _____

Endereço: Rua/Av. _____ TEL. _____

3) Registro do contrato de fornecimento de aparelho para dosagem de glicemia capilar:

Estou ciente da minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que o mesmo **pertence à Secretaria de Saúde**.

Comprometo-me a devolver o aparelho, quando solicitado pela Secretaria de Saúde, para a reposição por um aparelho novo.

Estou ciente que este aparelho destina-se a **meu uso pessoal**, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe da Unidade Básica de Saúde, **não estando autorizado a cedê-lo** para uso de terceiros.

Estou ciente de que devo **devolver o aparelho**, à referida unidade de saúde, caso não seja necessário o seu **uso diário**.

Comprometo-me a elaborar e apresentar à Unidade Básica de Saúde o Boletim de Ocorrência em caso de perda ou roubo do aparelho.

Comprometo-me levar o aparelho para leitura, nas consultas compartilhadas enfermeiro e farmacêutico.

Afirmo que conheço o protocolo de tratamento de Diabetes Mellitus proposto pela Secretaria de Saúde e me comprometo a participar das seguintes atividades: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta farmacêutica, consulta em grupo, encontros educativos e grupo de exercício para a saúde.

Comprometo-me **descartar seringas, agulhas e lancetas em caixa de descartes** cedidas pela Unidade Básica de Saúde e **devolver a caixa na própria Unidade**, conforme as orientações recebidas da equipe.

Assinatura do paciente ou responsável _____

Data: ____ / ____ / ____



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO III – PLANILHA DE PERFIL GLICÊMICO

MAPA GLICÊMICO			
Data da leitura / /			
Nome: _____			
PFJ:		PRONT.:	
	DATA	HORA	GLICEMIA
1	/ /	: hs	
2	/ /	: hs	
3	/ /	: hs	
4	/ /	: hs	
5	/ /	: hs	
6	/ /	: hs	
7	/ /	: hs	
8	/ /	: hs	
9	/ /	: hs	
10	/ /	: hs	
11	/ /	: hs	
12	/ /	: hs	
13	/ /	: hs	
14	/ /	: hs	
15	/ /	: hs	
16	/ /	: hs	
17	/ /	: hs	
18	/ /	: hs	
19	/ /	: hs	
20	/ /	: hs	
21	/ /	: hs	
22	/ /	: hs	
23	/ /	: hs	
24	/ /	: hs	
25	/ /	: hs	
26	/ /	: hs	
27	/ /	: hs	
28	/ /	: hs	
29	/ /	: hs	
30	/ /	: hs	
Profissional: _____			
Consulta: _____			