



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MANDAGUARI**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FARMÁCIA MUNICIPAL

**PROTOCOLO PARA MONITORAMENTO DE GLICEMIA CAPILAR E DISPENSA DE  
INSUMOS AOS PORTADORES DE DIABETES INSULINODEPENDENTES**

Mandaguari-PR Agosto/2022

IVONÉIA FURTADO  
Prefeita de Mandaguari

ANE CAROLINE RODRIGUES MIRANDA LUCENA  
Secretária Municipal de Saúde

RESPONSÁVEIS TÉCNICOS RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Alexandre Batistão – Farmacêutico

Josiane Carla Choida – Farmacêutica

Sandra Regina Donadelli Guilherme – Farmacêutica

Silvia Cristina Mangucci – Farmacêutica

Thayla Regina Morteau Delaporte Martins – Farmacêutica

EQUIPE DE APOIO NA ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Priscila Masson Maia – Médica da Atenção Primária em Saúde

Gabriela Karoline Henrique – Médica da Atenção Primária em Saúde

Ingrid Valeria Mantua Pavezi – Diretora da Atenção Básica

Nayana Leticia Mattia Ballan – Coordenadora Geral da Atenção Básica

## 1) INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) pode ser descrita como uma doença silenciosa que se inicia pela elevação dos níveis de açúcar no sangue, sendo causada por um defeito na secreção ou função do hormônio (insulina) produzido pelas células beta do pâncreas. A principal função da insulina é promover a entrada de glicose para que ela possa ser utilizada como energia em diversas atividades pelas células do corpo. Portanto, a deficiência de insulina ou defeitos funcionais causam um acúmulo de açúcar no sangue conhecido como hiperglicemia. Essa hiperglicemia pode, em alguns casos, prejudicar a circulação, originando danos e disfunções em vários órgãos, como coração, rins, olhos e nervos.

Segundo o Ministério da Saúde 8,9% da população tem diabetes mellitus e cerca de 50% da sociedade desconhece ter a enfermidade, ela se divide em: diabetes tipo I que atinge 10% dos portadores da doença, tipo II que acomete 90% dos casos e a diabetes gestacional atingindo 7,6% das gestantes.

A melhor forma de minimizar os efeitos da DM é através do diagnóstico precoce, orientação e tratamento adequado, pois o paciente diabético necessita ser acompanhado, devido à complexidade da doença, visto que para isso ser possível é necessário ter um suporte da equipe multiprofissional, incluindo a assistência farmacêutica que é uma ferramenta de suma importância para o acompanhamento farmacoterapêutico, o que envolve cuidados com a dosagem, armazenamento de insulina, adesão ao tratamento e da importância do monitoramento da glicemia capilar, com o propósito de minimizar hospitalizações, sequelas e mortes causadas pelo elevação da glicemia capilar.

## 2) LEGISLAÇÃO

- **Lei Federal nº 11.347/2006**, que estabelece que o Sistema Único de Saúde deve garantir os medicamentos e os insumos necessários para o monitoramento da glicemia capilar dos pacientes diabéticos;
- **Portaria GM/MS nº 2.583/2007**, que define o elenco de medicamentos e insumos a serem disponibilizados aos usuários diabéticos, esta portaria também esclarece que não há evidências científicas suficientes de que o monitoramento rotineiro da glicemia capilar em pacientes diabéticos tipo 2 tratados com hipoglicemiantes orais seja custo-efetivo para um melhor controle glicêmico. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde durante as visitas de avaliação periódica definidas pela equipe conforme protocolo estabelecido;
- **Portaria GM/MS nº 1.555/2013**, que estabelece que as responsabilidades pelo financiamento e fornecimento dos medicamentos e insumos são compartilhadas pelos três níveis de gestão do SUS. A publicação desta Portaria altera, em especial, a forma de aplicação dos valores das contrapartidas estadual e municipal, incluindo o recurso destinado à aquisição dos insumos para insulíndependentes nos valores financeiros estadual e municipal destinado aos medicamentos, totalizando R\$ 2,36 por habitante/ano;
- **Deliberação Comissão Intergestores Bipartite do Paraná nº 33/2015**, que define a forma de fornecimento dos insumos para insulíndependentes.

## 3) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ser residente no município de Mandaguari e ter cadastro no sistema único de saúde (SUS);

- Possuir diagnóstico clínico e laboratorial para Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 ou Diabetes gestacional (DG);
- Possuir prescrição indicando tratamento com insulinas ou seus análogos;
- Possuir indicação médica para o automonitoramento da glicemia capilar;
- Possuir formulário padrão (em anexo 1) de cadastro para paciente diabético insulino dependente assinado e carimbado pelo médico e documentos pessoais;
- Apresentar justificativa médica clara e detalhada no anexo I quando for necessário mais monitoramentos do que o previsto.

#### 4) CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Puérperas sem indicação de monitoramento da glicemia capilar;
- Óbito (nesses casos a família se responsabilizará pela devolução do glicosímetro e insumos não utilizados);
- Suspensão da insulinoterapia por orientações médicas;
- Usuários que são DM 2, que não fazem uso de insulina;
- Não residir no município de Mandaguari;
- Não comparecer ao Serviço de Farmácia para recebimento da insulina, tiras e/ou lancetas por mais de 3 meses consecutivos (conforme tópico 7, alínea g).

#### 5) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO

- Formulário de solicitação de insumos (anexo I);
- Prescrição médica;
- RG;
- CPF;
- Cartão SUS;
- Comprovante de residência.

#### 6) FLUXO DE DISPENSAÇÃO DE GLICOSÍMETRO

a. Pacientes diabéticos diagnosticados DM e que necessitam usar insulina ou seus análogos e suprimentos devem ser direcionados a farmácia municipal com o formulário (anexo I) devidamente preenchido; prescrição médica informando a necessidade do aparelho de glicemia e os insumos que irá utilizar; documentos pessoais e comprovante de residência;

b. Na Farmácia será realizada avaliação de toda documentação para certificação de que o paciente se enquadra ao protocolo. Se aprovado será realizado o cadastro do paciente, dispensa do aparelho de glicosímetro e demais insumos necessários;

c. Se reprovado, será tirado xerox da documentação para fins de arquivo da justificativa do farmacêutico, do motivo da recusa no fornecimento;

d. No momento da dispensação, o farmacêutico ou atendente de farmácia deverá orientar ao usuário sobre como realizar a medição e solicitar que este assine o Termo de Compromisso e Responsabilidade (anexo II) para utilização do glicosímetro. Em caso de perda ou roubo o paciente deverá apresentar boletim de ocorrência para ter direito a solicitar um novo aparelho, conforme disponibilidade da farmácia. Em caso de quebra ou não funcionamento do aparelho em que seja identificado mal uso do paciente, este receberá novo aparelho conforme ordem de solicitação de novos equipamentos;

e. Em caso de mal funcionamento, o equipamento será recolhido para análise, e novo equipamento será fornecido para o usuário, seguindo as orientações do fabricante;

f. Caso o paciente chegue à farmácia sem o formulário devidamente preenchido, receita médica e todos os documentos pessoais necessários conforme item 5 deste protocolo, será encaminhado para UBS correspondente;

g. Trimestralmente será realizado pela farmácia o acompanhamento dos pacientes que estão retirando regularmente as tiras, lancetas e insulina, e caso o paciente não esteja retirando, será solicitado que a ACS da residência realize visita (caso necessário o farmacêutico acompanhará a visita) para recolhimento do aparelho. Situações excepcionais serão avaliadas pela equipe da farmácia, mediante relatório da visita.

## **6.1) FLUXO DE ATENDIMENTO A PACIENTES GESTANTES**

a. Pacientes gestantes com suspeita ou diagnóstico de diabetes gestacional que necessitem de monitoramento de glicemia capilar serão atendidas com o preenchimento do anexo I, receita médica e cópia dos documentos pessoais conforme citado no tópico 3 e 5, ou com a solicitação advinda do serviço de alto risco do Hospital Santa Casa de Maringá (referência para atendimento de gestantes de alto risco), somado à cópia dos documentos pessoais da paciente;

b. Mensalmente serão acompanhadas as dispensações de insumos para essas pacientes, e caso seja identificado algum critério de exclusão conforme tópico 4, a ACS de referência da residência será acionada para recolhimento do equipamento;

c. Será monitorado o período de gestação, para que a paciente realize a devolução do equipamento após a suspensão do monitoramento, pelo médico, tanto durante a gestação quanto no puerpério.

## **7. RENOVAÇÕES**

Deve ser realizada avaliação médica com renovação da receita de insulina e insumos e formulário de solicitação a cada seis meses e ou toda vez que tiver alguma alteração na prescrição médica.

## **8. ÓBITOS**

Mensalmente a vigilância epidemiológica encaminhará o relatório de óbitos referente ao mês anterior, para averiguação se houve óbitos de pacientes em posse de glicosímetros para busca ativa e recolhimento do equipamento.

## **9. ENCERRAMENTO**

Este Protocolo foi elaborado pela equipe multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde, composta por farmacêuticos, enfermeiros e médicos.

## **10. REFERÊNCIAS**

- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Insulinas Análogas de longa ação Diabetes Mellitus tipo II - Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 103**. Agosto 2022.
- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 7ed. 2015. Disponível em: [International Diabetes Federation - Home \(idf.org\)](http://www.idf.org).

- Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2016. Disponível em: [Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 \(www.gov.br\)](#) .
- Portal Brasil. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-temos-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>.
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Diabetes**. Curitiba: SESA, 2014.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015- 2016**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.



**Estado do Paraná**  
Prefeitura Municipal de Mandaguari  
Secretaria Municipal da Saúde



ANEXO I

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSUMOS PARA PACIENTES DIABÉTICOS EM INSULINOTERAPIA OU DIABETES GESTACIONAL**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:			
Unidade de Referência:			
Data de Nascimento:		CNS:	
Endereço:			
Telefone contato:			
TIPO DE DIABETES			
Tipo 1 ( )		Tipo 2 ( )	Gestacional ( )
ESQUEMA DE TRATAMENTO			
<input type="checkbox"/> Sem tratamento farmacológico			
<input type="checkbox"/> Antidiabético oral			
<input type="checkbox"/> Insulina		Qual insulina que utiliza: NPH ( ) Regular ( ) Outra(s) ( ) Qual(is)	
ESQUEMA TERAPÊUTICO ATUAL DO PACIENTE			
DM TIPO 1			
Situação	TERAPIA	FREQUÊNCIA	QUANTIDADE DE TIRAS/MÊS
T1.1	Insulina Basal (NPH ou análoga) + bolus alimentar (regular ou ultrarrápida) – Doses fixas	2X/dia	60 tiras
T1.2	Insulina Basal (NPH ou análoga) + bolus alimentar (regular ou ultrarrápida) com correções dependendo do valor da glicemia	3-4X/dia (3 pré-prandial e 1 ao deitar)	90-120 tiras
T1.3	Contagem de carboidratos / Correções dependendo do valor da glicemia	Até 6X/dia	Até 180 tiras
DM TIPO 2			
T2.1	1 ou 2 doses fixas de insulina NPH ou análogo	4x/semana com alternância dos horários do perfil glicêmico	20 tiras
T2.2	3 doses fixas de NPH (jejum, almoço e ao deitar), SEM insulina Regular	1X/dia com alternância dos horários do perfil glicêmico	30 tiras
T2.3	Insulina basal (NPH ou análogo) + bolus alimentar (regular ou análoga em dose fixa)	2X/dia	60 tiras
T2.4	Insulina basal (NPH ou análogo) + bolus alimentar (regular ou análoga) e Correções dependendo do valor da glicemia.	3-4X/dia	90-120 tiras
T2.5	Contagem de Carboidratos	Até 6X/dia	180 tiras

	T2.6	TIPO 2 - SEM INSULINOTERAPIA	Deverá ser encaminhada solicitação do enfermeiro ou farmacêutico ou médico para realização de glicosimetria na unidade de saúde, especificando horários e frequência (diária, semanal ou mensal). Utilizar cartão de monitoramento.	
<b>DIABETES GESTACIONAL (De acordo com protocolo gestante da SMS-RP)</b>				
	DG.1	COM insulino terapia	3-4X/dia	90-120 tiras
	DG.2	SEM insulino terapia	3 testes/dia (Jejum, pós almoço e pós jantar), durante 10 dias. Após, caso não haja mais de 30% dos resultados acima da meta, manter 2 testes/ dia, com reavaliações quinzenais na unidade de saúde.	60 tiras
<b>OBSERVAÇÃO</b>				
		DM1 ou 2 descompensados ou situações especiais como: início de insulino terapia, ajuste de doses, estresse cirúrgico, infecções ou outras situações que necessitem de mais verificações ao dia	O número de testes necessários deve ser indicado de forma clara, por meio de justificativa com a quantidade e período determinados (conforme quadro abaixo)! <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> De acordo com tabela de frequência diária de testes. **ATENÇÃO: Quando a solicitação de testes for acima da quantidade recomendada pela tabela, deve-se OBRIGATORIAMENTE justificar o motivo da solicitação e o período de tempo necessário.**

**ATENÇÃO: O fornecimento de tiras será de acordo com o PROTOCOLO da SMS (tabela de Frequência automonitoramento da glicemia capilar no Protocolo da SMS RP)<sup>1</sup>. Caso a demanda por testes de glicemia capilar for diferente do preconizado justificar abaixo o motivo e período necessário:**

RESULTADOS DOS EXAMES			
Exame	Data:	Data:	Data:
Glicemia de Jejum			
Glicemia Pós-prandial ou TOTG			
HbA1c			
META DO TRATAMENTO PROPOSTO			
Glicemia de Jejum:	Pós-prandial:	HbA1c:	Peso:
AUTONOMIA DO PACIENTE			
Paciente foi capacitado para o autocuidado?	( ) SIM ( ) NÃO	Se <u>não</u> , possui cuidador capacitado para realizar o automonitoramento da glicemia capilar	( ) SIM ( ) NÃO
Paciente está autorizado a realizar intervenções de acordo com o valor de glicemia?	( ) SIM ( ) NÃO		
ORIENTAÇÕES REALIZADAS AO PACIENTE			

Mandaguari, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do prescriptor  
Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_



**Estado do Paraná**  
**Prefeitura Municipal de Mandaguari**  
**Secretaria Municipal da Saúde**



ANEXO II

**CESSÃO DE MEDIDOR DE GLICOSE**

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Eu, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - data de nascimento: XX/XX/XXXX - CNS: XXXXXXXXXXXX - Endereço: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, Mandaguari-PR, telefone (XX) XXXXX-XXXX, declaro para os devidos fins, estar recebendo 1 (um) aparelho medidor de glicose no sangue, marca OKmeter, modelo Match II de número de série: XXXXXXXXXXXX. Estou ciente de que:

- Este aparelho está sendo entregue em perfeito funcionamento, já testado;
- Foram fornecidas todas as informações relativas à utilização, manutenção e limpeza do aparelho;
- O aparelho foi fornecido em regime de COMODATO;
- O paciente e/ou a família se compromete a devolver o aparelho à Farmácia caso o paciente deixe de usá-lo por algum motivo (suspensão do tratamento com insulina, óbito, final de gestação, outros);
- Em caso de FURTO ou ROUBO, devo elaborar um BOLETIM DE OCORRÊNCIA (BO) e uma cópia (Xerox) deverá ser entregue à Farmácia Municipal para reposição do aparelho;
- Em caso de DEFEITO, o aparelho deverá ser devolvido à Farmácia Municipal para envio para Assistência Técnica;
- Em caso de quebra por mal uso, nova solicitação de aparelho deverá ser realizada, sem substituição imediata.

Mandaguari, XX/XX/XXXX

---

RESPOSÁVEL PELA RETIRADA

---

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA