

 	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-16
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Solicitação de glicosímetro e monitorização da glicemia</b>				

### 1. OBJETIVO:

Descrever o procedimento de solicitação de glicosímetro fornecido pela Prefeitura Municipal de São Sebastião (PMSS) bem como as regras de monitorização de glicemia.

### 2. ÁREA DE APLICAÇÃO:

Esse procedimento se aplica aos farmacêuticos (as) e aos técnicos de farmácia atuantes nas farmácias das unidades de saúde do município.

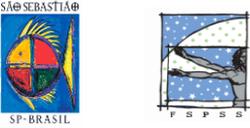
### 3. RESPONSABILIDADE:

Essa atividade é de supervisão do farmacêutico e de responsabilidade dos farmacêuticos (as) e técnicos de farmácia.

### 4. PROCEDIMENTO:

A PMSS fornece o aparelho de glicosímetro para os pacientes que se enquadram nos critérios que serão descritos a seguir. O fornecimento do glicosímetro é mediante **empréstimo no modelo comodato**, onde o aparelho é emprestado de forma gratuita ao paciente e deve ser devolvido caso sua utilização seja interrompida por qualquer motivo externo ou motivos que se enquadram nos critérios de exclusão. O glicosímetro é fornecido para os pacientes nos seguintes critérios:

1. Paciente diabético insulín-dependente;
2. Paciente gestante, diagnosticada com diabetes gestacional;
3. Paciente infantil com diabetes ou qualquer outra doença que necessite o monitoramento contínuo de glicemia, atestado por relatório médico da condição do mesmo.
4. Paciente Diabético Tipo II apresentando relatório do **médico endocrinologista** atestando necessidade de monitoramento de glicemia.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-16
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Solicitação de glicosímetro e monitorização da glicemia</b>				

Para solicitação de glicosímetro o paciente que se encaixa dentro dos critérios estabelecidos neste procedimento deverá dirigir-se até a farmácia de referência do seu bairro portando os seguintes documentos:

- Cópia da receita médica (contendo insulina) – para pacientes insulino dependentes.
- Relatório médico atestando condição especial do paciente de acordo com os critérios estabelecidos neste documento – quando pacientes dos critérios 2, 3 e 4. Pode ser armazenada na farmácia a cópia do relatório.
- Termo de responsabilidade – Aparelho de Glicosímetro, conforme anexo ANEXO I;

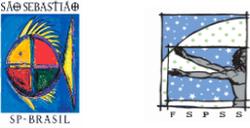
Cada farmácia fará a avaliação da documentação desses pacientes e procederá no mesmo momento com o deferimento ou não do fornecimento do aparelho. O que deve ser avaliado no momento do fornecimento são os critérios de inclusão e exclusão para verificar se os pacientes se encaixam nos mesmos.

#### **Critérios de exclusão no programa**

- Não apresentar receita médica atualizada contendo prescrição de insulina nas retiradas dos insumos;
- Pacientes que por algum motivo não utilizam mais insulina ou não se enquadram mais nos demais critérios para receber o aparelho.
- Pacientes sem adesão ao tratamento de insulino terapia ou que comprovadamente abandonaram os demais tratamentos.

#### **Monitorização da glicemia**

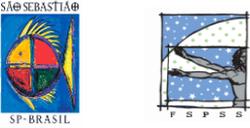
A automonitorização da glicemia é indicada para todos os pacientes portadores de Diabetes mellitus tipo 1 de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito tipo 1 do Ministério da Saúde. E para os

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>			Código PMSS-16
	<b>FARMÁCIAS</b>			Versão nº 002
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	
<b>Assunto: Solicitação de glicosímetro e monitorização da glicemia</b>				

demais pacientes deve ser determinada individualmente de acordo com as condições clínicas.

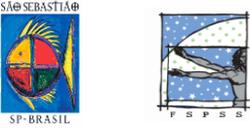
O quadro a seguir determina a quantidade de fitas a ser dispensadas. As frequências dos testes foram definidas com base nas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2023) e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito tipo 1 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

DM	Esquema de administração de insulina	Frequência de testes	Número de tiras/mês
<b>Diabetes Mellitus Tipo 2</b>	Sem uso de insulina	2x/semana	Dosagem da glicemia capilar deve ser feita na unidade de saúde
	Insulina basal (NPH ou análoga de longa duração)	1x/dia	30 tiras
	Insulina basal (NPH ou análoga de longa duração) + Insulina prandial (regular ou análogo de ação rápida)	2x/dia	60 tiras
	Insulina basal (NPH ou análoga de longa duração) + Insulina prandial (regular ou análogo de ação rápida) – em doses variáveis de acordo com as necessidades ou metas glicêmicas	3x/dia	90 tiras
<b>Diabetes Mellitus Tipo 1</b>	Insulina basal (NPH ou análoga de longa duração)	2x/dia	60 tiras
	Insulina basal (NPH ou análoga de longa duração) + Insulina prandial (regular ou análogo de ação rápida)	3x/dia	90 tiras
	Insulina basal (NPH ou análoga de longa duração) + Insulina prandial (regular ou análogo de ação rápida) – em doses variáveis de acordo com as necessidades ou metas glicêmicas	3 a 4x/dia	90 a 120 tiras
<b>Diabetes Gestacional</b>	Insulina ou antidiabético oral	4 a 5x/dia	120 a 150 tiras
	Pacientes tratadas com medidas não farmacológicas	3 a 4x/dia	90 a 120 tiras
<b>Especial</b>	Início da terapia com insulina, ajuste de doses, estresse cirúrgico, infecções ou outras situações	Justificativa médica de acordo com a situação clínica e número de testes necessários (quantidade e período)	-

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-16
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Solicitação de glicosímetro e monitorização da glicemia</b>				

### Disposições finais

- Cada unidade deverá desenvolver formas de controle para verificar e controlar a retirada dos aparelhos pelos pacientes. Esse controle poderá ocorrer mediante cadastro via planilhas, relatórios ou quaisquer formas que garantam controle;
- A retirada dos insumos fica condicionada a apresentação da receita médica todos os meses no ato da retirada dos medicamentos;
- Os insumos (lancetas, fita para teste) são fornecidos automaticamente todos os meses mediante apresentação da receita médica contendo insulina;
- Para os casos especiais, o paciente deverá apresentar o relatório médico indicando condição especial;
- O fornecimento de fitas reagentes para teste fica estabelecido conforme quadro disponível neste documento;
- Os pacientes comprometem-se à responsabilidade descrita no termo de responsabilidade, referente a perda ou roubo do equipamento;
- Os pacientes devem ser orientados que qualquer problema técnico referente ao aparelho o mesmo deve direcionar-se à sua farmácia de referência para avaliação do aparelho pelo farmacêutico;
- As farmácias devem manter armazenados os documentos que comprovem a retirada do aparelho pelos pacientes, para fins de controle.
- Pacientes com diabetes gestacional, ao fim da gestação devem realizar a devolução do glicosímetro em sua farmácia de referência, excetuando-se a indicação de continuação de monitoramento glicêmico atestado por relatório médico.

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>			Código PMSS-16
	<b>FARMÁCIAS</b>			Versão nº 002
Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026		
<b>Assunto: Solicitação de glicosímetro e monitorização da glicemia</b>				

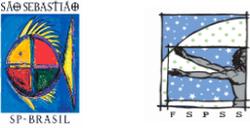
## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ZAJDENVERG L, FAÇANHA C, DUALIB P, GOLDBERT A, NEGRATO C, BERTOLUCI M. Planejamento, metas e monitorização do diabetes durante a gestação. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes** (2023).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabete melito tipo 1** – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Procedimento Interno desenvolvido pela Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) do município de São Sebastião.

<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>				
<b>Desenvolvido por: Coordenação de Farmácia</b>	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Aprovado por:</b>				
_____			Data: ____ / ____ / ____	
<b>Responsável Técnico</b>				

	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP</b>  <b>FARMÁCIAS</b>			Código PMSS-16
	Criado em: JAN/2023	Última revisão em: JAN/2025	Próxima Revisão em: JAN/2026	Versão nº 002
<b>Assunto: Solicitação de glicosímetro e monitorização da glicemia</b>				

## ANEXO I – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE RETIRADA DE GLICOSÍMETRO



**FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO**  
 Lei Complementar nº 168/2013 e alterações  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE CUIDADO DA PESSOA COM DIABETES**  
**RETIRADA DE APARELHO DE GLICOSÍMETRO**



### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Cartão SUS: \_\_\_\_\_ com residência situada à  
\_\_\_\_\_ USF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_, recebi da Prefeitura Municipal de São Sebastião / Secretaria da Saúde, o aparelho glicosímetro da marca *On Call Plus* série nº \_\_\_\_\_, para controle e tratamento de DIABETES.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda e conservação do aparelho a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria da Saúde, do mesmo modo estou ciente que o aparelho se destina ao meu uso pessoal, não estando autorizado cede-lo para uso de terceiros. Estou ciente também que este aparelho é cedido a mim no modelo de empréstimo comodato.

Em caso de perda ou roubo deverá ser elaborado e apresentado boletim de ocorrência. Comprometo-me a devolvê-lo para reposição por aparelho novo de acordo com as informações a mim fornecidas.

São Sebastião, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Paciente ou Responsável

1º Retirada

Troca de Aparelho – Devolvi o aparelho outrora concedido da marca: \_\_\_\_\_