



NOTA TÉCNICA ASSISTENCIAL 001/2021
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE-DIAS/ GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE-GEAPS / GERÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE-GEICS /
COORDENAÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO E IDOSO/ GERÊNCIA DE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESSENCIAIS-GAFIE / DIRETORIA DE
REGULAÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE EM SAÚDE-DMAC/ GERÊNCIA
DA REDE AMBULATORIAL ESPECIALIZADA-GERAE /SUASA/SMSA



Belo Horizonte, 27 de setembro de 2021.

ASSUNTO: Atualização do fluxo de solicitação de tiras (fitas) reagentes para pacientes com Diabetes Mellitus usuários de insulina ou com Diabetes Gestacional na APS

Considerando a Nota Técnica (NT) 23/2020 sobre a Proposta para acompanhamento de usuários com condições crônicas na APS, e toda sua contextualização epidemiológica, justificativa e objetivos;

Considerando que o monitoramento de usuários crônicos com multimorbidade levará a uma gestão clínica mais eficiente dos casos na atenção primária;

Considerando revisão científica que trata do automonitoramento da glicemia dos pacientes com Diabetes Mellitus (DM) como estratégia essencial para o controle glicêmico e redução de complicações vasculares, renais, oftalmológicas e neurológicas;

Considerando a CIB-SUS/MG Nº 2.964, DE 17 DE JULHO DE 2019 que aprova o Protocolo Estadual para Aquisição, Distribuição e Dispensação de Insumos para Monitoramento de DM no âmbito do SUS-MG;

Considerando que existem casos clínicos onde se faz necessário o automonitoramento de forma mais frequente da glicemia capilar para minimizar impactos na saúde dos diabéticos usuários de insulina, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) vem instituir uma proposta para avaliação de **critérios clínicos pré-definidos para distribuição de tiras (fitas) reagentes acima do padrão da CIB-SUS/MG Nº 2.964, DE 17 DE JULHO DE 2019 e o NOVO fluxo para a solicitação de aumento das tiras (fitas) reagentes para os pacientes com DM usuários de insulina ou com Diabetes Gestacional (DG)**, no sentido de otimizar a dispensação.

As **tiras (fitas) reagentes** para o monitoramento do DM serão dispensadas, **para os usuários de insulina**, mediante **prescrição com validade de até 180 dias e especificação do tipo de DM**. **Relatórios não serão considerados como prescrição.**

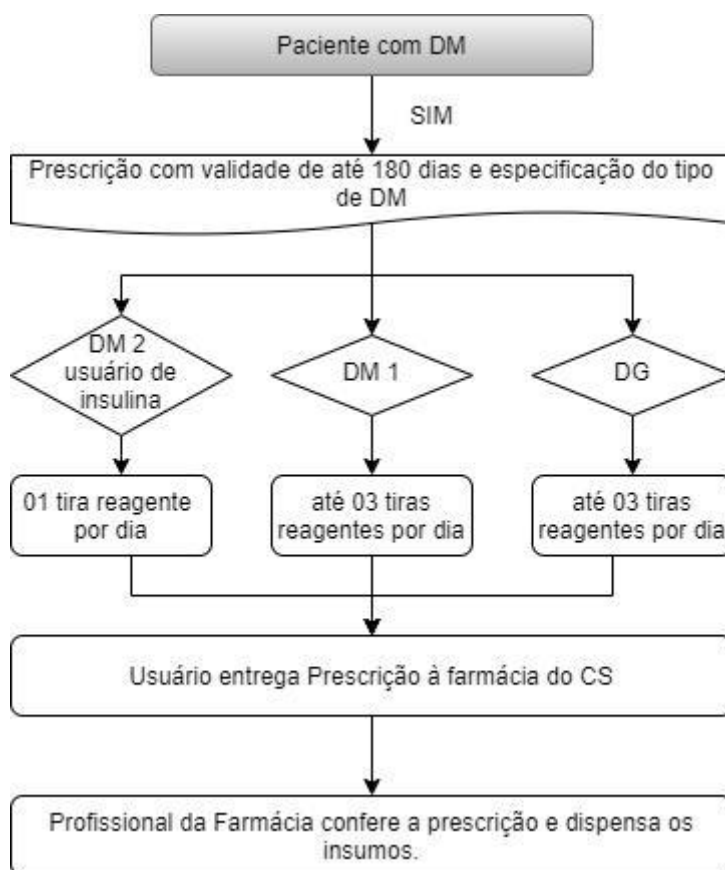
- Em caso de falta de especificação do tipo de DM, o usuário poderá ser atendido com quantidade padrão para DM 2.

1. QUANTIDADE PADRÃO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES ENTREGUES AOS PACIENTES COM DM USUÁRIOS DE INSULINA

Conforme CIB-SUS/MG Nº 2.964, DE 17 DE JULHO DE 2019:

- **DM 1 – até 03 (três) tiras (fitas) reagentes ao dia;**
- **DG (usuárias de insulina OU com necessidade de controle glicêmico durante a gestação) – até 03 (três) tiras ao dia;**
- **DM 2 – usuário de insulina – 01 (uma) tira reagente ao dia;**

FLUXOGRAMA 01: FLUXO SOLICITAÇÃO QUANTIDADE PADRÃO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES



* DG: usuárias de insulina OU com necessidade de controle glicêmico durante a gestação.

2. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA AUMENTO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES SUPERIOR AO PADRÃO DA CIB-SUS/MG Nº 2.964 DE 17 DE JULHO DE 2019

Instituição de **critérios clínicos pré-estabelecidos para requerimento de aumento de tiras (fitas) reagentes**, para monitoramento de pacientes crônicos com multimorbidade e outras situações de risco.

2.1 PADRONIZAÇÃO DE AUMENTO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES

O profissional poderá solicitar **o quantitativo de até 06 (seis) tiras (fitas) reagentes ao dia pelo prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, podendo ser considerados prazos menores e quantitativos menores de tiras**, de acordo com o pedido especificado no Formulário (em anexo) pelo prescritor assistente (da rede ou externo), com **todos os dados devidamente preenchidos para a dispensação**.

Serão liberados estes quantitativos para:

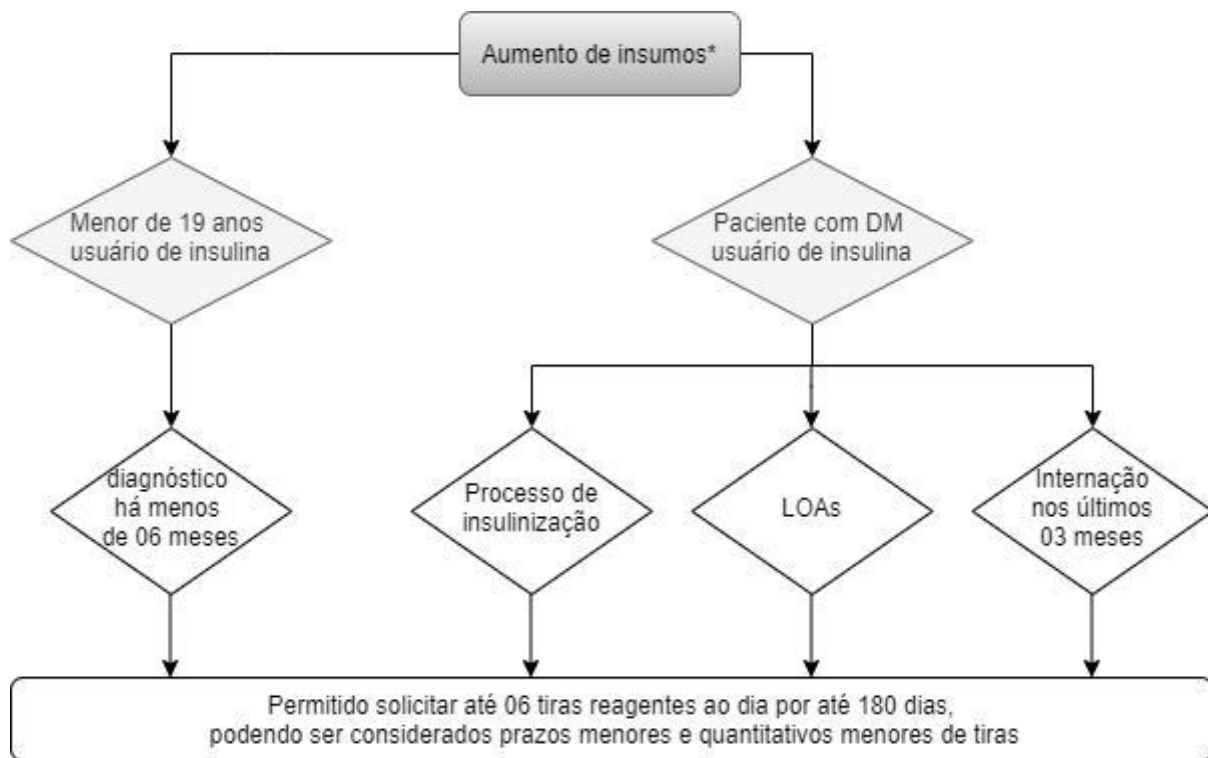
- **DM 1 ou DM 2 usuários de insulina em menores de 19 anos diagnosticados há menos de 06 (seis) meses; ou**
- **DM 1 OU DM 2 usuários de insulina com as seguintes condições:**
 - **Em processo de insulinização de acordo com a avaliação médica do caso individual; ou**
 - **Com presença de lesões de órgãos-alvo (LOAs) ou**
 - **Doença Renal:** Doença Renal Crônica (DRC) com estágio mínimo G3b E/OU A3 (Taxa de Filtração Glomerular (TFG) < 45 ml/min/173m² E/OU albuminúria >300 mg/g em amostra única ou urina de 24h) comprovada em 02 (dois) exames;
 - **Doença Oftalmológica:** retinopatia diabética confirmada em avaliação oftalmológica (anexar laudo);
 - **Doença Vascular Central ou Periférica:** histórico de AVE OU AIT OU insuficiência coronariana OU insuficiência vascular periférica e/ou amputações OU alterações vasculares subclínicas comprovadas em exames;
 - **Doença Neuropática:** perda de sensibilidade nos pés (hipoestesia), confirmada em exame de triagem (monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g ou sensibilidade vibratória com diapasão de 128 Hz) OU presença de ulceração, deformidades, amputações OU acompanhamento no Ambulatório do Pé Diabético.

- Pessoas com diabetes e história de **internações hospitalares** nos últimos 03 (meses) **por hiperglicemias** (com ou sem cetoacidose diabética) **ou hipoglicemias**.

OBSERVAÇÕES:

- **Não será dispensado pela SMSA quantitativo superior a 06(seis) tiras (fitas) reagentes ao dia ou prazos estendidos acima de 180 (cento e oitenta) dias.**
- Em todos os casos que houver **necessidade de renovação após os 180 (cento e oitenta) dias** haverá uma reavaliação pela Equipe de Saúde da Família (médico e/ou enfermeiro e/ou nutricionista e/ou farmacêutico e/ou psicólogo e/ou assistente social), de acordo com avaliação clínica e acompanhamento do caso.

FLUXOGRAMA 02: CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA AUMENTO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES SUPERIOR AO PADRÃO DA CIB-SUS/MG Nº 2.964, DE 17 DE JULHO DE 2019.



* Quantidade de tiras (fitas) reagentes superior ao padrão da CIB-SUS/MG Nº 2.964, DE 17 DE JULHO DE 2019 até 06 tiras (fitas) reagentes ao dia por até 180 dias, conforme item 2.1

- LOAs: DRC ou Doença Oftalmológica ou Doença Vascular Central ou Periférica ou Doença Neurológica (conforme item
- 2.1) Internação nos últimos 03 meses por hiperglicemias (com ou sem cetoacidose diabética) ou hipoglicemias.

3. FLUXOS DE SOLICITAÇÃO

3.1. PRIMEIRA SOLICITAÇÃO DE QUANTITATIVO SUPERIOR AO PADRÃO DA CIB SUS/MG ATÉ 06 (SEIS) TIRAS (FITAS) REAGENTES AO DIA PELO PRAZO DE ATÉ 180 (CENTO E OITENTA) DIAS

- **O prescritor assistente (da rede ou externo) deverá preencher:**
 - Receituário especificando a insulina em uso e o quantitativo de tiras (fitas) reagentes para o período solicitado;
 - Formulário "Primeira solicitação ou renovação de distribuição de tiras (fitas) reagentes acima do padrão CIB SUS/MG para diabéticos usuários de insulina ou Diabetes Gestacional", disponível no site da PBH (link e modelo no anexo).
 - **Não serão entregues tiras (fitas) reagentes caso o Receituário ou o Formulário estejam com preenchimento incompleto OU em caso de falta dos mesmos.**

A) PRESCRIÇÃO INTERNA (prescrição exclusiva de profissional do Centro de Saúde):

- No caso de **primeira** dispensação de aumento de tiras (fitas) reagentes dentro dos limites deste quantitativo (máximo de até 06 (seis) tiras (fitas) reagentes pelo prazo de até 180 (cento e oitenta) dias), o prescritor assinará a liberação do insumo.
 - **Esta autorização de aumento de tiras (fitas) reagentes deverá ser registrada no campo "Observação" do sistema SISREDE - módulo farmácia no momento da dispensação.**

B) PRESCRIÇÃO EXTERNA:

- No caso de **primeira** dispensação de aumento de tiras (fitas) reagentes dentro dos limites deste quantitativo (máximo de até 06 (seis) tiras (fitas) reagentes pelo prazo de até 180 (cento e oitenta) dias), um **profissional de saúde designado pelo Centro de Saúde (CS)** irá conferir o Formulário e fará a autorização para a liberação de aumento de tiras (fitas) reagentes preenchendo e assinando o campo "Prescrição Externa" do Formulário.
 - **Esta autorização de aumento de tiras (fitas) reagentes deverá ser registrada no campo "Observação" do sistema SISREDE - módulo farmácia no momento da dispensação.**

3.2 RENOVAÇÃO DE QUANTITATIVO SUPERIOR AO PADRÃO CIB SUS/MG ATÉ 06 (SEIS) TIRAS (FITAS) REAGENTES AO DIA PELO PRAZO DE ATÉ 180 (CENTO E OITENTA) DIAS

No caso de renovação, o usuário deverá ser acompanhado criteriosamente pela equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde) e profissional de saúde do NASF (nutricionista, farmacêutico, educador físico, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta) a fim de que haja avaliação da evolução do caso e da eficácia do tratamento proposto, ou seja, o acompanhamento do cuidado do usuário com Diabetes Mellitus insulino dependente.

O usuário deverá entregar, neste momento, os documentos devidamente preenchidos por seu prescritor assistente (da rede APS/ SMSA/PBH ou externo) para avaliar (segundo critérios estabelecidos no item 4) a RENOVAÇÃO do quantitativo de até 06 (seis) tiras (fitas) reagentes ao dia pelo prazo de até 180 (cento e oitenta) dias:

- Formulário "Primeira solicitação ou renovação de distribuição de tiras (fitas) reagentes acima do padrão CIB SUS/MG para diabéticos usuários de insulina ou Diabetes Gestacional", disponível no site da PBH (modelo e link no anexo); **E**
- Relatório detalhado do caso com justificativa; **E**
- Resultado da última Hemoglobina Glicada (HbA1c) realizada nos últimos 06 (seis) meses; **E**
- Receita especificando a insulina em uso **E** o quantitativo de tiras (fitas) reagentes para o período solicitado, que esteja em conformidade com o número de medidas de glicemia capilar/dia discriminado na prescrição
 - Exemplo: 540 tiras reagentes para 90 dias. Na receita deverá especificar: "realizar glicemia capilar 06 vezes ao dia"; **E**
- Apresentar seu glicosímetro a fim de que a Unidade providencie o descarregamento dos dados do aparelho dos últimos 6 (seis) meses.
 - Na impossibilidade deste, poderá ser considerado o Mapa Glicêmico (sugestão de modelo no anexo) preenchido com os dados dos últimos 06 (seis) meses.

O processo completo será avaliado pelo CS **podendo ser deferido ou indeferido**. Em qualquer tempo, no caso de **indeferimento do aumento de tiras (fitas) reagentes**, o usuário retorna à **dispensação padrão de tiras (fitas) reagentes** determinada pela CIB-SUS/MG.

Em caso de necessidade clínica como diabetes de difícil controle, pode ser considerado encaminhamento para a Endocrinologia da rede, conforme critérios de encaminhamento disponíveis em <http://fluxosusbh.pbh>.

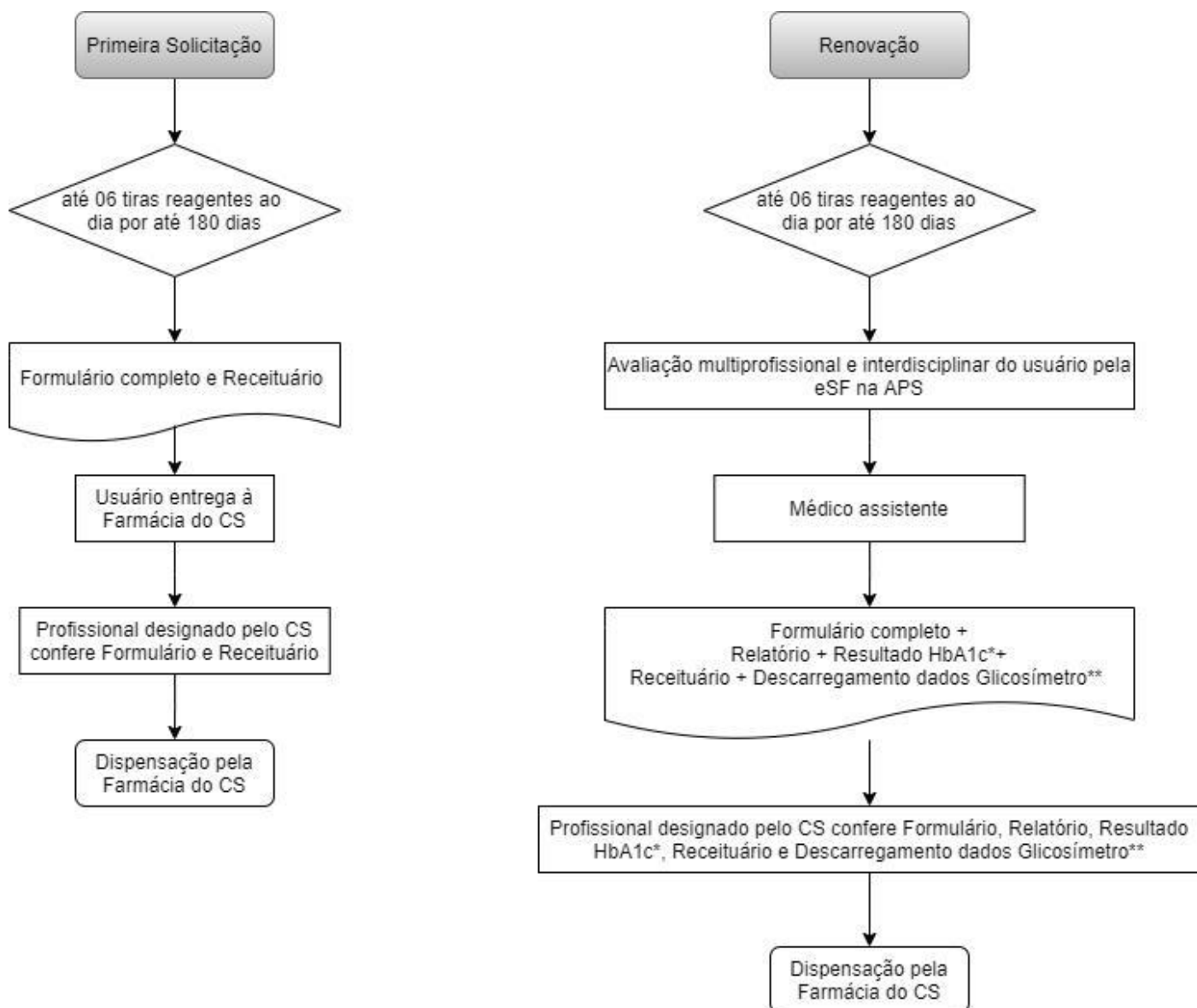
OBSERVAÇÕES:

- Os casos onde não houver especificação de data limite preenchida no Formulário serão dispensados apenas pelo prazo de 90 (noventa) dias.
- A autorização de aumento de fitas (tiras) reagentes deverá ser registrada no campo "Observação" do sistema SISREDE- módulo farmácia, pelo farmacêutico do Centro de Saúde, e na ausência deste, de outro profissional da Equipe de Saúde da Família.

ATENÇÃO!

- **TODOS os casos de prescrição contínua liberados antes da data de publicação desta NT serão revistos.**
 - Em um primeiro momento serão renovados por 180 (cento e oitenta) dias, até o quantitativo máximo de 06 (seis) tiras (fitas) reagentes ao dia e fornecidos pela Farmácia do CS já responsável pela dispensação.
 - O CS deverá organizar o fluxo para dispensação das tiras (fitas) reagentes para nova análise conforme o item 3.2.

FLUXOGRAMA 03: FLUXO DE PRIMEIRA SOLICITAÇÃO e FLUXO DE RENOVAÇÃO (até 06 tiras (fitas) reagentes ao dia por até 180 dias).



*HbA1c realizada nos últimos 6 meses;

**Em caso de impossibilidade de descarregamento dos dados do Glicosímetro pela Unidade, é aceito mapa glicêmico preenchido pelo paciente (ambos dos últimos 6 meses).

Conforme item 3.2

4. CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA RENOVAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES PARA AUTOMONITORAMENTO ACIMA DO PADRÃO DA CIB-SUS/MG

Como meta terapêutica e de acompanhamento clínico efetivo **de todos os pacientes que recebem tiras (fitas) reagentes para automonitoramento de forma continuada**, deverão ser observados, para manutenção da dispensação/renovação do pedido de aumento de tiras (fitas) reagentes acima do padrão da CIB – SUS/MG, os seguintes critérios:

- **Redução de HbA1c para o valor mais próximo possível da meta** para cada faixa etária de acordo com o último consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes; **OU**
- **Justificativa em Relatório do médico assistente** detalhando o motivo pelo qual não foi atingida a meta terapêutica.

Em caso do não cumprimento dos critérios estabelecidos no item 4, a renovação do fornecimento do aumento de tiras (fitas) reagentes pode não ser autorizada, ou autorizada de forma parcial.

5. REFERÊNCIAS:

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes – 2020 Abridged for Primary Care Providers**. Disponível em: <<https://clinical.diabetesjournals.org/content/diaclin/early/2019/12/18/cd20-as01.full.pdf>>. Acesso em 16 de janeiro de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em 14 de maio de 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Síntese Operativa Diabetes Mellitus: Construção coletiva da linha de cuidado**. Belo Horizonte, 2011. 22 p. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/sintese_operativa_diabetes_mellitus.pdf>. Acesso em 16 de janeiro 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica 23 sobre a Proposta para acompanhamento de usuários com condições crônicas na APS, no contexto da pandemia pelo vírus da SARS-CoV-2** de 12/05/2020. Acesso em 14 de maio 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Informe Técnico GEAF Nº 01/19 Dispensação de insumos de Diabetes Mellitus** de 12/03/2019. Acesso em 16 de janeiro 2020.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Ofício Conjunto Interno- Coordenação de Atenção Integral à Saúde da mulher e Perinatal/Coordenação de Atenção à saúde do Adulto e Idoso/GEAPS/GEASF/DIAS/SUASA/SMSA 018/2020** de 14 de abril de 2020. Acesso em 15 de abril de 2020.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 – 2020**. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro 2020.

6. ANEXOS

Modelo de Mapa Glicêmico e Formulário, também disponíveis no link:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/vigilancia/vigilancia-epidemiologica/doencas-e-agrivos-nao-transmissiveis/diabetes>

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE


PRIMEIRA SOLICITAÇÃO ou RENOVAÇÃO
 DE DISTRIBUIÇÃO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES ACIMA DO PADRÃO CIB SUS/MG
 PARA DIABÉTICOS USUÁRIOS DE INSULINA OU DIABETES GESTACIONAL


Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Comprovação de munícipe BH/Prontuário Eletrônico: _____

Obrigatório anexar: RECEITUÁRIO (insulinas e tiras (fitas) reagentes), RELATÓRIO DETALHADO e MAPA GLICÊMICO
 (OBS.: A AUSÊNCIA DOS DOCUMENTOS IMPLICARÁ EM CANCELAMENTO DO PROCESSO)

 1. Classificação do Diabetes: () Tipo 1 () LADA () Tipo 2
 () Gestacional (Data Provável do Parto: ____/____/____) () Outro: _____

2. Hemoglobina Glicada (HbA1c): _____ % Data do exame: ____/____/____ (realizada últimos 6 meses)

3. Usa hipoglicemiante oral? () Não () Sim. Quais: _____

4. Tratamento com insulina:

Basal: () NPH () Glargina Dose diária: _____

Rápida: () Regular () Análogo de insulina ultrarrápida Dose diária: _____

() Outra – especificar: _____ Dose diária: _____

5. Quantitativo e período necessário (Especificar. Se não especificar, será fornecido quantitativo padrão por 90 dias):

SOLICITO _____ (ATÉ 06) tiras (fitas) reagentes ao dia por _____ (ATÉ 180) dias.

Quadro clínico do usuário que justifica o pedido acima do preconizado (CIB-SUS/MG Nº 2.964 DE 17 DE JULHO DE 2019), conforme item 2 da NOTA TÉCNICA ASSISTENCIAL 001/2021 discriminado em Relatório a ser anexo:

- () DM 1 ou DM 2 usuário de insulina em menor de 19 anos diagnosticado há menos de 06 meses* (anexar relatório); E/OU
- () Processo de insulinização recente ou novo* (anexar relatório); E/OU
- () Doença Renal Crônica* estágio mínimo G3b E/OU A3 (TFG < 45 mL/min/173m² E/OU albuminúria > 300 mg/g comprovada em 02 exames (amostra única e/ou urina 24h) (anexar relatório); E/OU
- () Doença Oftalmológica* (retinopatia diabética – anexar relatório); E/OU
- () Doença Vascular Central ou Periférica*: () AVE; () AIT; () insuficiência coronariana; () insuficiência vascular periférica e/ou amputações; () alteração vascular subclínica (anexar relatório discriminando qualquer das condições); E/OU
- () Doença Neuropática*: () hipoestesia; () úlcera; () deformidade; () acompanhamento Ambulatório Pé Diabético - (anexar relatório médico discriminando qualquer das condições); E/OU
- () Internações nos últimos 03 meses* por hiperglicemia (com ou sem cetoacidose diabética) ou hipoglicemia (anexar relatório).

PRESCRITOR (carimbo/assinatura)

*ATENÇÃO: Todas as condições assinaladas devem estar discriminadas no Relatório Médico.



DEFERIMENTO DA PRIMEIRA SOLICITAÇÃO ou DA RENOVAÇÃO

DE DISTRIBUIÇÃO DE TIRAS (FITAS) REAGENTES ACIMA DO PADRÃO CIB SUS/MG.

(PREENCHIMENTO EXCLUSIVO CENTRO DE SAÚDE - CS)



PRIMEIRA PRESCRIÇÃO INTERNA (DO CS)

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA
DISPENSAÇÃO

PRESCRITOR (carimbo/assinatura)

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

PRIMEIRA PRESCRIÇÃO EXTERNA:

(PARECER TÉCNICO A SER REALIZADO PELA eSF ou EQUIPE APOIO DO CS)

() Deferido () Indeferido

Autorizo o fornecimento de
_____ tiras (fitas) reagentes
ao dia por _____ dias.

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

RENOVAÇÃO DA PRESCRIÇÃO.

É NECESSÁRIO AVALIAÇÃO CLÍNICA E ACOMPANHAMENTO DO USUÁRIO POR CADA PROFISSIONAL ABAIXO:

AVALIAÇÃO FARMACÊUTICO OU
NUTRICIONISTA.

() Deferida () Indeferida

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

AVALIAÇÃO ENFERMAGEM

() Deferida () Indeferida

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

AVALIAÇÃO MÉDICA

() Deferida () Indeferida

RESPONSÁVEL (carimbo/assinatura)

Justificativa indeferimento:

DEMAIS INSUMOS: DISPENSAÇÃO SEGUNDO NT VIGENTES GAFIE/SMSA- PBH