



MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO AO DECRETO MUNICIPAL Nº. 2.369, de 24 de outubro de 2025

PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES, NA FAIXA ETÁRIA DE 2 (DOIS) A 17 (DEZESSETE) ANOS, 11 (ONZE) MESES E 29 (VINTE E NOVE) DIAS, PORTADORES DE *DIABETES MELLITUS* INSULINO DEPENDENTES EM USO DE SENSORES DE MONITORAMENTO *FREE STYLE LIBRE*.

1. Introdução

Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos.

A insulina é produzida pelo pâncreas e é responsável pela manutenção do metabolismo da glicose e a falta desse hormônio provoca déficit na metabolização da glicose e, conseqüentemente, diabetes.

Caracteriza-se por altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente.

O DM1 é mais comum em crianças e adolescentes. Apresenta deficiência grave de insulina devido a destruição das células β , associada à autoimunidade. A apresentação clínica é abrupta, com propensão à cetose e cetoacidose, com necessidade de insulinoterapia plena desde o diagnóstico ou após curto período. Ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos.

O DM2 é o tipo mais comum. Está frequentemente associado à obesidade e ao envelhecimento. Tem início insidioso e é caracterizado por resistência à insulina e deficiência parcial de secreção de insulina pelas células β , pancreáticas, além de alterações na secreção de incretinas. Apresenta frequentemente características clínicas associadas à resistência à insulina, como acantose nigricans e hipertrigliceridemia. Ocorre em cerca de 90% dos diabéticos.

Diabetes Gestacional: é a diminuição da tolerância à glicose, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Sua causa exata ainda não é conhecida.

Outros tipos: são decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de medicamentos. Podem ser: defeitos genéticos da função da célula beta; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, neoplasia, hemocromatose, fibrose cística, etc.); induzidos por drogas ou produtos químicos (diuréticos, corticóides, betabloqueadores, contraceptivos, etc.).

O DM está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como neuropatias. É causa de cegueira, insuficiência renal e amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida.



MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO

O SUS é regulado pelos artigos 196 a 200 da Constituição Federal, que integram o capítulo da seguridade social, pelas Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90, pela Lei Complementar nº 141/2012 e ainda por outras normas de diversas instâncias federativas.

Conforme a disposição do artigo 196 da CF, a saúde é direito de todo cidadão no Brasil e dever do Estado, desdobrando-se daí os princípios do SUS: acesso universal, assistência integral e atenção equânime em saúde.

O artigo 198 da CF estipula as diretrizes organizacionais do sistema, sendo a direção descentralizada e única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade na gestão e organização das ações e serviços do SUS.

A Lei nº 8.080/90 estabelece como um dos objetivos básicos do sistema a assistência médica de forma integrada entre ações assistenciais e atividades preventivas, visando a integralidade da atenção, inclusive com a dispensação de medicamentos e insumos de saúde, prescritos em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado, conforme estipulado na Lei nº 12.401/2011, para melhorar a qualidade e a segurança do serviço de saúde.

A Secretaria de Saúde do Município de Caraguatatuba fornecerá os Sensores de Monitoramento para uso exclusivo dos usuários residentes no município que preencham os critérios clínicos.

Além do automonitoramento da glicose no sangue, por meio da glicemia capilar (AMGC), novas tecnologias de monitorização contínua da glicemia vem sendo implementadas. Como uma alternativa mais tecnológica e atual, temos o sistema FreeStyle Libre. O Sistema de Monitoramento Contínuo de Glicose (SMCG).

O Sistema de Monitoramento Contínuo de Glicose (SMCG) é formado por aparelhos, minimamente invasivos, que registram e exibem o valor, a direção e a magnitude da alteração dos níveis de glicose intersticial, por meio de um sensor subcutâneo. Além disso, ele pode ser usado como ferramenta para prever as excursões de glicose iminentes (tanto hipoglicemia quanto hiperglicemia) e para avaliar a variação glicêmica, informação que os medidores convencionais de glicose no sangue não fornecem.

No leitor, o paciente pode verificar diversos dados em tempo real, retrospectivos das últimas 8 horas e preditivos futuros. Informações prospectivas são fornecidas pelas setas de tendência, uma alternativa mais tecnológica e atual, temos o sistema FreeStyle Libre, um sistema flash de monitorização contínua de glicose.

O FreeStyle Libre é um sistema de monitoramento contínuo da glicose por sensor (MCG), que permite a verificação dos níveis de glicose intersticial sem a necessidade de múltiplas punções digitais. O sensor é aplicado na parte posterior do braço e fornece dados em tempo real por meio de um leitor ou aplicativo de celular, permitindo um melhor controle glicêmico, especialmente em pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2 com tratamento intensivo.



**MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO**

2. Objetivo do Protocolo

- Melhorar o controle glicêmico de pacientes com diabetes;
- Reduzir episódios de hipoglicemia e hiperglicemia;
- Promover autonomia e adesão ao tratamento;
- Garantir acompanhamento e suporte multidisciplinar;
- Estimular o uso racional da tecnologia conforme critérios clínicos.

3. Critérios de Inclusão

- Pacientes residentes em Caraguatatuba;
- Portadores de diabetes, de 2 (dois) a 17 (dezessete) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias;
- Diabetes tipo 2 com controle inadequado, em uso de múltiplas doses de insulina;
- Crianças com necessidade de controle rigoroso da glicemia;
- Histórico de hipoglicemias assintomáticas ou recorrentes.

4. Documentos Necessários para Cadastro e Renovação Semestral

1. Entregar os documentos na farmácia de referência;
2. Concordar com o Termo de Consentimento para Inclusão no Ambulatório de Acompanhamento dos Pacientes com Diabetes (Anexo II);
3. Concordar com o Termo de Responsabilidade para retirada do Leitor e Sensor (Anexo III);
4. Concordar com o Termo de Ciência de apresentação mensal do Leitor (Anexo IV);
5. O cadastro é pessoal e intransferível.

5. Fluxo de Atendimento

- Atendimento multiprofissional: médico endocrinologista, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e farmacêutico;
- Consultas mínimas: a cada 6 meses com endocrinologista e a cada 3 meses com nutricionista;
- Primeira dispensa do sensor: realizada pela equipe de enfermagem com treinamento;
- Dispensação subsequente: realizada pela farmácia conforme protocolo.

6. Atribuições dos Profissionais

6.1 Enfermeiro

- Avaliar e registrar dados clínicos;
- Orientar sobre uso correto do sensor;
- Monitorar adesão e efetividade;
- Comunicar intercorrências à equipe multidisciplinar.

6.2 Nutricionista

- Elaborar plano alimentar individualizado;



**MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO**

- Educar sobre contagem de carboidratos e impacto alimentar na glicemia;
- Acompanhar evolução nutricional.

6.3 Psicólogo

- Avaliar impacto emocional do diagnóstico e do uso do sensor;
- Apoiar a aceitação do uso da tecnologia;
- Realizar intervenções individuais ou em grupo, conforme necessidade.

6.4 Médicos Endocrinologista

- Avaliar indicação clínica para uso do sensor;
- Prescrever sensor conforme protocolo;
- Ajustar insulinoterapia com base nos dados do sensor;
- Acompanhar continuidade ou interrupção do uso do dispositivo.

7. Critérios de Dispensação e Manutenção

- Cada usuário: 2 sensores por mês, condicionado à apresentação do monitoramento;
- Usuários com app: dados captados pela equipe;
- Usuários com leitor: descarregar mensalmente na farmácia;
- Tiras capilares: apenas em casos excepcionais;
- Reposição: até 3 sensores perdidos por ano mediante preenchimento do Anexo IV;
- Renovação semestral: prescrição médica e exames atualizados;
- Critérios de manutenção: mínimo 6 medições diárias, controle de glicemia e redução de episódios de hipo/hiperglicemia.

8. Documentos Necessários para Cadastramento

1. Documento de identificação oficial com foto

- RG ou outro documento oficial;
- CPF.

2. Cartão SUS

- Para registro na rede municipal de saúde.

3. Comprovante de residência

- Conta de água, luz, telefone ou declaração de residência.

4. Receita médica atualizada

- Prescrição do FreeStyle Libre, válida para 6 meses, conforme critérios clínicos.

5. Exames laboratoriais atualizados



**MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO**

- Hemoglobina glicada (HbA1c);
- Glicemia de jejum.

6. Termos assinados

- **Anexo II:** Termo de Consentimento para inclusão no Ambulatório de Acompanhamento dos Pacientes com Diabetes;
- **Anexo III:** Termo de Responsabilidade para retirada do Leitor e Sensor de Monitoramento;
- **Anexo IV:** Termo de Ciência de apresentação mensal do Leitor para verificação do monitoramento de controle.

7. Documentos do responsável legal (se menor de 18 anos)

- RG e CPF do responsável;
- Termos assinados pelo responsável

8. Considerações Finais

- Uso seguro, eficaz e responsável da tecnologia FreeStyle Libre;
- Monitoramento da glicose intersticial, podendo haver diferenças em relação ao sangue capilar;
- Sintomas incompatíveis devem ser confirmados com glicemia capilar tradicional.

9. Fundamentação Teórica e Legal

- Portaria do Ministério da Saúde nº 2.436/2017 (Política Nacional de Atenção Básica).
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2023-2024).
- Nota Técnica do Ministério da Saúde que trata das recomendações sobre tecnologias de monitoramento glicêmico.
- Estudos como o IMPACT e REPLACE, que comprovam a eficácia do FreeStyle Libre em DM1.



MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO I – CADASTRO DE INCLUSÃO

1 - Identificação do usuário

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: () M () F CPF: _____
RG: _____ Cartão SUS: _____

Nome _____ do _____ Responsável: _____

CPF: _____ RG: _____ (Paciente menor de 18 anos).

2 - Endereço

Rua/AV: _____

Complemento: _____ Bairro: _____
Equipe: _____

Telefone: _____ Celular: _____

3 - Médico Solicitante: _____

CRM: _____ CPF: _____
Unidade _____ de _____ Saúde: _____

Histórico de diabetes DM 1 (), DM 2 (), Diabetes Gestacional (), Outro ().

Data do diagnóstico: _____

Uso de Insulina: () SIM, Quais: _____

Hipoglicemiante Oral: () SIM, Quais: _____

HB Glicada () SIM, Data: _____ Valor _____

Histórico de Hipoglicemia: SIM () NÃO ().

Histórico de Hiperglicemia: SIM () NÃO ().

Histórico de Familiares com Diabetes: SIM () NÃO ().

Sobrepeso/ Obesidade: SIM () NÃO ().

Hipertensão Arterial: SIM () NÃO ().

Carimbo médico e assinatura



MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO

**ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
INCLUSÃO NO AMBULATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES
COM DIABETES**

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) em _____, declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, rotinas, direitos e deveres referentes à minha inclusão no **Ambulatório de Acompanhamento dos Pacientes com Diabetes**.

1. Informações sobre o acompanhamento

- O Ambulatório tem como finalidade oferecer acompanhamento multiprofissional para o controle e monitoramento do diabetes, visando à melhoria da qualidade de vida e à prevenção de complicações.
- Serão realizadas consultas médicas, de enfermagem e atendimentos multiprofissionais (quando necessário), além do monitoramento regular da glicemia e da adesão ao tratamento.
- Para manter a regularidade no atendimento e a dispensação de insumos (sensores, tiras reagentes, entre outros), será obrigatória a **apresentação dos registros de monitoramento da glicemia** de acordo com o protocolo estabelecido.

2. Compromissos do usuário

- Comparecer às consultas e retornos agendados.
- Realizar o monitoramento da glicemia conforme orientações da equipe de saúde.
- Apresentar, no ato da dispensação, os registros de glicemia realizados pelo aplicativo ou pelo leitor.
- Seguir corretamente as orientações médicas e multiprofissionais fornecidas.

3. Direitos do usuário

- Receber atendimento humanizado, seguro e de qualidade.
- Ter garantido o sigilo e a confidencialidade das informações de saúde.
- Esclarecer dúvidas a qualquer momento com a equipe responsável.
- Solicitar, a qualquer tempo, o desligamento voluntário do programa, mediante manifestação por escrito.

4. Consentimento

Declaro que:

- Fui devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos, rotinas e responsabilidades relacionadas à minha participação no Ambulatório de Acompanhamento dos Pacientes com Diabetes.
- Concordo voluntariamente com minha inclusão no programa e com o cumprimento das condições estabelecidas neste termo.
- Estou ciente de que o não cumprimento das orientações poderá implicar em restrições na dispensação de insumos disponibilizados pelo serviço de saúde.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) Usuário(a): _____

Assinatura do Responsável Legal (se aplicável): _____

Assinatura do Profissional de Saúde Responsável: _____

Carimbo e Identificação da Unidade de Saúde



MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO III
TERMO DE RESPONSABILIDADE
RETIRADA DO LEITOR E SENSOR DE MONITORAMENTO DA GLICEMIA

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) em _____, declaro que recebi, da Secretaria Municipal de Saúde/Unidade de Saúde, o seguinte material:

- **Leitor para Monitoramento da Glicemia** (em regime de empréstimo, quando aplicável);
- **Sensores para Monitoramento da Glicemia** (quantidade conforme protocolo vigente).

1. Compromissos do usuário

- Utilizar o equipamento e os sensores **exclusivamente para o meu acompanhamento em saúde**, não podendo ceder, emprestar ou repassar a terceiros.
- Manter os equipamentos em bom estado de conservação, responsabilizando-me por sua guarda e uso adequado.
- Apresentar, no momento da retirada de novos sensores, o **registro do monitoramento glicêmico** realizado pelo leitor ou aplicativo, conforme protocolo estabelecido.
- Retornar o leitor à Unidade de Saúde de referência caso não haja mais necessidade de uso, ou em situações de desligamento do programa.

2. Condições de fornecimento

- O fornecimento dos sensores está condicionado à **apresentação regular do monitoramento da glicemia**.
- Caso o usuário **não possua celular compatível com o aplicativo**, será disponibilizado o leitor em regime de empréstimo.
- Em caso de mau uso, dano intencional, perda ou extravio do equipamento, o usuário poderá ser responsabilizado pela reposição.

3. Declaração

Declaro estar ciente e de acordo com todas as condições estabelecidas neste Termo de Responsabilidade e assumo o compromisso de cumpri-las integralmente.

Local e Data: _____

Assinatura _____ do _____ (a) _____ Usuário _____ (a):

Assinatura _____ do _____ Responsável _____ Legal _____ (se aplicável):

Assinatura _____ do _____ Profissional _____ de _____ Saúde Responsável: _____

Carimbo e Identificação da Unidade de Saúde



MUNICÍPIO DE CARAGUATATUBA
ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO IV
TERMO DE CIÊNCIA – APRESENTAÇÃO MENSAL DO LEITOR

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, declaro que estou ciente de que:

1. Para a **retirada de novos sensores de glicemia**, devo apresentar **mensalmente o Leitor de Glicemia** à equipe da Unidade de Saúde para verificação do monitoramento;
2. Caso eu não possua celular compatível com o aplicativo, o Leitor deverá ser apresentado **a cada nova retirada de sensor**;
3. O **não cumprimento** desta regra impedirá a liberação de novos sensores;
4. O Leitor é de uso **individual e intransferível** e deverá ser devolvido à unidade em caso de desligamento do programa.

Local e Data: _____

Assinatura do(a) Usuário(a): _____
Assinatura do Profissional Responsável: _____

Carimbo da Unidade de Saúde