

a necessidade de uma adequada regulação nessa área, por meio de avaliação das solicitações de medicamentos para o tratamento de distonias e espasticidades, em conformidade com os protocolos existentes, bem como do acompanhamento dos pacientes;

a necessidade de administração da toxina botulínica em locais de referência por profissionais habilitados para tal, promovendo assim assistência de qualidade ao usuário, bem como o uso racional de medicamentos;

que a Secretaria de Estado da Saúde, representada pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica e pelo Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo - CREFES, juntamente com os representantes da Sociedade de Neurologia do Espírito Santo e membro da Sociedade Capixaba de Medicina Física e Reabilitação, definiram a necessidade de estruturação do Centro de Referência em Distonias e Espasticidades bem como de Pólos de aplicação da toxina botulínica;

que a estruturação de Centros de Referência é uma das etapas previstas na construção da rede de atenção à saúde;

RESOLVE

ARTIGO 1º – Instituir o Centro de Referência em Distonias e Espasticidades, localizado no CREFES e sob coordenação do mesmo.

ARTIGO 2º – Instituir as Normas Técnicas e Fluxos Administrativos para avaliação das solicitações de toxina botulínica bem como acompanhamento dos usuários e aplicação do fármaco, conforme descrito no Anexo I a esta Portaria.

ARTIGO 3º – Instituir o Grupo de Referência, composto por médicos especialistas designados pela SESA, para reavaliação clínica dos pacientes portadores de espasticidade ou distonias, atendidos na rede de Farmácias de Medicamentos do Componente Especializado desta Secretaria, em conformidade com o constante no Anexo I.

ARTIGO 4º – Definir o CREFES e o Serviço de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia como referência para assistência aos pacientes portadores de distonia e espasticidade assim como para aplicação da toxina botulínica, havendo a possibilidade de implantação de outros serviços, desde que atendam aos critérios estabelecidos nos Protocolos existentes.

PARÁGRAFO ÚNICO – A aplicação de toxina botulínica em crianças, que necessitem de procedimento anestésico, será realizada no Hospital Infantil Alzir Bernardino Alves - HIMABA.

ARTIGO 5º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 21 de novembro de 2008.

JOSÉ TADEU MARINO
Secretário de Estado da Saúde

(*). Reproduzida por ter sido redigida com incorreção.

ANEXO I

FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO DE TOXINA BOTULÍNICA PARA USO EM DISTONIAS E ESPASTICIDADES (Parceria SESA & Santa Casa de Misericórdia de Vitória & HIMABA)

A. PACIENTES NOVOS

- 1) Abertura de processo nas Farmácias de Dispensação de Medicamentos Excepcionais;
- 2) Envio do processo à SESA/GEAF;
- 3) SESA/GEAF agenda consulta de avaliação do paciente no Centro de Referência em Distonias e Espasticidades (CRDE) do CREFES e Serviço de Neurologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia, em conformidade com a disponibilidade de vagas;
- 4) SESA/GEAF encaminha o processo ao Centro de Referência;
- 5) Médico (a) perito do Centro de Referência avalia o paciente, emite parecer no respectivo processo e o devolve à Geaf, que por sua vez encaminha para a Farmácia de Dispensação de Medicamentos Excepcionais de origem;
- 6) Nos casos de deferimento, o próprio Centro de Referência agenda a aplicação da Toxina Botulínica;
- 7) Nestes casos, a Farmácia de Dispensação de Medicamentos Excepcionais emite o Termo de Autorização e Aplicação e APAC's em conformidade com esquema de tratamento.
- 8) Os pacientes, de posse do Termo de Autorização e Aplicação, se dirigem a um dos serviços de referência para aplicação da toxina botulínica, de acordo com o agendamento.

9) O Termo de Autorização e Aplicação, devidamente preenchido, deverá ser assinado pelo usuário e pelo profissional responsável pela aplicação;

10) Após a aplicação, os Centros de Referência preenchem a requisição de toxina botulínica e enviam à SESA/GEAF/NACD na sexta-feira, juntamente com os Termos de Autorização e Aplicação referentes às aplicações realizadas;

11) A SESA/GEAF/NACD realiza o ressurgimento de toxina botulínica das farmácias do CREFES/CRDE, do Hospital Santa Casa de Misericórdia e do Hospital Infantil e Maternidade Dr. Alzir Bernardino Alves (HIMABA).

12) A SESA/GEAF/NACD encaminha os Termos de Autorização recebidos do CREFES/CRDE, da Santa Casa e do HIMABA às respectivas Farmácias, que deverão anexá-los ao respectivo processo para fins de comprovação de uso do medicamento cuja APAC já foi gerada previamente;

13) As farmácias do CREFES/CRDE, da Santa Casa de Misericórdia de Vitória e do HIMABA deverão encaminhar o Balanço Mensal à SESA/GEAF/NACD, referente ao medicamento toxina botulínica, até o 5º dia útil do mês subsequente;

B. PACIENTES EM TRATAMENTO

1) Aqueles que ainda não passaram pela reavaliação deverão seguir todos os passos previstos para o paciente novo, a partir do item 02;

2) Os pacientes que já foram avaliados e já realizaram a primeira aplicação da toxina, caso haja necessidade, terão as consultas de reavaliação agendadas pelos próprios serviços de referência.

C. APLICAÇÃO DA TOXINA BOTULÍNICA

1) A aplicação de toxina botulínica para os casos de espasticidade e distonia se dará no CRDE/CREFES e no Serviço de Neurologia da Santa Casa de Misericórdia de Vitória;

2) A aplicação de toxina botulínica em criança, que necessitar de procedimento anestésico, se dará no HIMABA.

Protocolo 45709

(*). PORTARIA 167-R, DE 18 DE OUTUBRO DE 2011.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 15, inciso I, do Decreto n.º 196-N, de 15 de dezembro de 1971, e tendo em vista o que consta do processo nº 55367763/2011/SESA,

CONSIDERANDO

que hoje o Diabetes Mellitus configura-se como uma epidemia mundial, com elevada interferência na qualidade de vida, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo;

que relatos do Sistema Único de Saúde (DATASUS) demonstram que o diabetes é a quinta causa de hospitalização no Brasil e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país;

que, embora não tenha cura, o Diabetes Mellitus pode ser controlado por um diagnóstico e tratamento adequado;

a Política Farmacêutica do Estado do Espírito Santo, editada em 31 de outubro de 2007, por meio do Decreto Estadual nº. 1956-R, que estabelece como propósito maior "garantir à população capixaba o acesso equânime a medicamentos essenciais e excepcionais de qualidade, em todos os níveis de atenção à saúde, cuidando de promover o seu uso racional e a humanização do atendimento prestado aos seus usuários";

o compromisso do Governo do Estado do Espírito Santo, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, de garantir assistência integral à saúde da população capixaba;

a necessidade de garantir o atendimento às reais necessidades dos pacientes, mas também o uso adequado dos recursos públicos, por meio da implantação do processo de regulação, fiscalização, controle e avaliação da atenção e manejo da Diabetes;

que a Secretaria de Estado da Saúde, representada pela Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica, juntamente com os representantes da Sociedade de Endocrinologia do Espírito Santo, elaboraram e validaram o referido Protocolo, normas e fluxos;

a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais e Medicamentos Excepcionais – REMEME do Estado do Espírito Santo e as melhores evidências científicas disponíveis na atualidade.

RESOLVE

ARTIGO 1º – Instituir e homologar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para dispensação do análogo de insulina de longa ação, conforme descrito no Anexo I a esta Portaria.

ARTIGO 2º – Instituir as Normas Técnicas e Fluxos Administrativos para a dispensação dos análogos de insulinas de longa ação para controle do Diabetes, na rede de farmácias de medicamentos do componente especializado desta Secretaria, conforme descrito no Anexo II a esta Portaria.

ARTIGO 3º – Instituir uma perícia médica sempre que houver prescrição de análogo de insulina de longa ação, a ser realizada pelos peritos endocrinologistas Dr. Perseu Seixas de Carvalho e Dra. Milla Caniçali Bonates.

ARTIGO 4º – Fica revogada a Portaria 004-R, de 26 de janeiro de 2010, publicada no Diário Oficial de Estado de 27 de janeiro de 2010.

ARTIGO 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Vitória, 18 de outubro de 2011.

JOSÉ TADEU MARINO

Secretário de Estado da Saúde

(*). Reproduzida por ter sido redigida com incorreção.

ANEXO I

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA A DISPENSAÇÃO DE ANÁLOGO DE INSULINA DE LONGA AÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) refere-se a um grupo de distúrbios metabólicos distintos cujo denominador comum é o desenvolvimento de hiperglicemia. A hiperglicemia pode ser resultado da secreção reduzida de insulina, resistência a sua ação ou ambas. Além da hiperglicemia ocorrem outras alterações metabólicas no diabetes, tais como anormalidades no metabolismo dos lipídeos e proteínas.²

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a prevalência mundial de diabetes aumentou drasticamente nas últimas décadas, passando de 30 milhões de casos em 1985 para 177 milhões no ano de 2000. Neste ano o Brasil era o oitavo país com maior número de casos com diabetes (4,6 milhões) e as projeções para 2030 o colocam em sexto lugar no ranking mundial (11,3 milhões). Apesar das prevalências tanto do DM tipo 1 quanto do tipo 2 estarem aumentando, a prevalência do tipo 2 está subindo muito mais rapidamente por causa do aumento da obesidade e do sedentarismo, que surgem a medida que os países vão se industrializando.^{1,2} Relatos do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram que o diabetes é a quinta indicação de hospitalização no Brasil e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país.¹⁶

O diabetes aumenta com a idade, portanto o envelhecimento populacional também favorece o aumento da prevalência desta doença. Em âmbito mundial, as estimativas projetam que, em 2030, o maior número de indivíduos com diabetes terá de 45 a 65 anos de idade.²

As complicações crônicas do DM afetam muitos sistemas orgânicos e são responsáveis pela maior parte da morbidade e da mortalidade associadas a essa doença. As complicações crônicas podem ser divididas em complicações vasculares e não-vasculares. As complicações vasculares do DM são subdivididas em microvasculares (retinopatia, neuropatia, nefropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença arterial periférica, doença vascular cerebral). As complicações não-vasculares incluem problemas como gastroparesia, infecções e alterações cutâneas. O risco das complicações crônicas aumenta em função da duração da hiperglicemia.²

O DM é a principal causa de novos casos de cegueira em adultos, de doença renal em estágio terminal, sendo responsável por 44% dos casos de hemodiálise, e de amputações não traumáticas de extremidades inferiores. O diabetes, em decorrência de suas inúmeras complicações, é uma importante causa de mortalidade e incapacidade precoce. Desta forma, a prevenção às doenças e as suas complicações são prioridades em Saúde Pública.²

O Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) proporcionou uma prova definitiva de que a redução da hiperglicemia crônica pode prevenir muitas complicações iniciais do DM tipo 1.⁷ Adicionalmente o Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC), estudo de seguimento dos participantes do DCCT, demonstrou que a terapia insulínica intensiva também reduziu a morbidade e mortalidade relacionada à doen-

ça cardiovascular.¹⁵ Outro estudo da mesma importância, o United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) reafirmou esse resultado em pacientes DM tipo 2.⁸ Os achados do DCCT e do UKPDS apóiam a idéia de que a hiperglicemia crônica desempenha um papel causal na patogenia das complicações microvasculares diabéticas. Esses estudos clássicos comprovam o valor do controle metabólico, enfatizam a importância do controle glicêmico intensivo em todas as formas de DM e o diagnóstico precoce bem como controle rígido da pressão arterial no DM tipo 2.^{7,8}

2. OBJETIVO DO PROTOCOLO

Estabelecer critérios para a dispensação de análogo de insulina de longa ação disponibilizada pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo e monitoramento terapêutico.

3. CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO DM

A classificação atual proposta pela OMS e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) classifica o diabetes em quatro subclasses gerais:^{13,14}

1. Diabetes tipo 1
2. Diabetes tipo 2
3. Outros tipos específicos de diabetes associados a condições clínicas ou síndromes identificáveis
4. Diabetes Gestacional

As duas principais categorias de DM são designadas tipo 1 e tipo 2. O DM tipo 1 representa o resultado de insuficiência completa ou quase total de insulina. O DM tipo 2 é um grupo heterogêneo de distúrbios caracterizados por graus variáveis de resistência à insulina, menor secreção de insulina e maior produção de glicose. Outras etiologias do DM incluem defeitos genéticos específicos na secreção ou ação de insulina, anormalidades metabólicas que prejudicam a secreção de insulina, anormalidades mitocondriais e inúmeras condições que prejudicam a tolerância à glicose. A hiperglicemia que se instala durante a gestação configura o Diabetes Gestacional, que ocorre em 4% das gestações. A maioria das mulheres reverte para uma tolerância normal após o parto, porém ocorre um risco substancial (30 a 60%) de vir a desenvolver DM nas fases subsequentes da vida.^{2,13,14}

4. CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS

O diagnóstico do DM deve ser sempre confirmado por novo teste glicêmico em diferentes dias, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica ou sintomas óbvios de diabetes.^{13,14}

Os valores de glicose plasmática em mg/dl, para o diagnóstico de DM e seus estágios pré-clínicos, estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1: Valores de Glicemia em MG/DL para diagnóstico de DM e seus estágios pré-clínicos

Diagnóstico A1C****	Glicemia Jejum*	Glicemia pós prandial (2 h após 75g de glicose anidra)	Glicemia Casual**	
	mg/dL		mg/dL	%
Glicemia normal	< 100	< 140		< 6,5%
Pré-diabetes	100-126	140-200		< 6,5%
Diabetes mellitus	> 126	≥ 200 com sintomas clássicos***	≥ 200	> 6,5%

Fonte: Associação Americana de Diabetes (ADA), 2011.

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 h.

**A glicemia plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia, sem observar o horário da última refeição.

***Os sintomas clássicos que podem fazer parte dos critérios diagnósticos são poliúria, polidipsia e perda de peso não explicado.

**** A1C: a hemoglobina glicada.

5. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID 10)

Código	Descrição
E10	Diabetes mellitus insulino-dependente
E10.2	Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações renais
E10.3	Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações oftálmicas
E10.4	Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações neurológicas
E10.5	Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
E10.6	Diabetes mellitus insulino-dependente com outras complicações especificadas
E10.7	Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações múltiplas
E10.8	Diabetes mellitus insulino-dependente com complicações não especificadas
E10.9	Diabetes mellitus insulino-dependente sem complicações
E11	Diabetes mellitus não insulino-dependente
E11.2	Diabetes mellitus não insulino-dependente com complicações renais
E11.3	Diabetes mellitus não insulino-dependente com complicações oftálmicas
E11.4	Diabetes mellitus não insulino-dependente com complicações neurológicas
E11.5	Diabetes mellitus não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas
E11.6	Diabetes mellitus não insulino-dependente com outras complicações especificadas
E11.7	Diabetes mellitus não insulino-dependente com complicações múltiplas
E11.8	Diabetes mellitus não insulino-dependente com complicações não especificadas
E11.9	Diabetes mellitus não insulino-dependente sem complicações

QUADRO 1: CIDs autorizados neste protocolo

Fonte: CID 10 (2010).¹²

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO ^{3,4,5,6,9,10,11,19,20}

São candidatos à inclusão neste protocolo os pacientes que preencherem todos os critérios abaixo ou somente o critério 1 associado ao 3:

1. Ter diabetes tipo 1 ou tipo 2 comprovados por exames laboratoriais em tratamento intensivo com insulinas convencionais e adesão às medidas dietéticas e atividade física. Os esquemas de tratamento intensivo com insulinas devem ser compatíveis com os que seguem na tabela a seguir:

Esquema	Café	Almoço	Jantar	Ao deitar
1	R + N		R	N
2	R	R	R	N
3	R + N	R	R	N
4	AUR + N	AUR	AUR	N

R: insulina regular; N: insulina NPH; AUR: análogo de ação ultra-rápida

Fonte: Uptodate, 2011 (versão 19.1)

Nota: adaptado pela SESA.

2. Mau controle glicêmico nos últimos 12 meses, não relacionado com a presença de doenças intercorrentes ou com o uso de medicamentos que possam interferir no controle metabólico. Este controle glicêmico deve ser registrado por três exames de cada, realizados nesse período, caracterizado por:

- Hemoglobina glicosilada com mais de 2 pontos percentuais acima do limite superior normal do teste.
- Glicemia de jejum > 140mg/dl.
- Glicemia pós-prandial > 180mg/dl.

3. Hipoglicemias graves (< 50 mg/dl ou com necessidade da ajuda de terceiros), mínimo de 2 episódios nos últimos 6 meses, comprovados por exame laboratorial e/ou aferição de glicosímetro e/ou relatório de atendimento hospitalar, mesmo sem a demonstração do mau controle glicêmico pelo item 2, desde que não estejam relacionados à atividade física e/ou dieta inadequada e/ou doenças intercorrentes e/ou uso inadequado de medicamentos que possam interferir nos níveis glicêmicos.

OBS: aqueles incluídos neste protocolo serão obrigatoriamente reavaliados a cada 3 meses, com a apresentação de exames e laudos médicos com validade máxima de 3 meses.

7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO ^{3,4,5,6,9,10,11,17,18,19,20}

Serão excluídos deste protocolo os pacientes que apresentarem pelo menos um dos critérios abaixo:

1. Pacientes que não atenderem aos critérios de inclusão descritos.
2. Pacientes em uso de antidiabéticos orais, com exceção da metformina, nos quais a insulina seria utilizada como complementação.
3. Pacientes gestantes, em decorrência da inconsistência de estudos demonstrando a segurança do seu uso durante a gravidez.
4. Ter idade inferior a 6 anos.

8. CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO ^{3,4,5,6,9,10,11,19,20}

A dispensação da insulina de longa ação será suspensa caso o indivíduo apresente pelo menos uma das condições abaixo:

1. Não seguir as recomendações médicas principalmente em relação à adesão às medidas dietéticas e atividade física, uso correto das insulinas e monitorização glicêmica.
2. Não comprovar redução de pelo menos 50% do valor da hemoglobina glicosilada excedente ao valor normal do método nos últimos 6 meses.
3. Não se observar redução de hipoglicemias graves.

OBS 1: Constituem exceções aos critérios 2 e 3 a presença de doenças intercorrentes ou o uso de medicamentos que possam interferir no controle metabólico, desde que comprovado. Nesses casos o período de reavaliação será estendido para 6 meses, livre das referidas intercorrências.

OBS 2: O médico assistente deverá ser notificado se o paciente cumprir pelo menos um dos critérios de suspensão da dispensação do análogo de longa ação. A suspensão será efetivada se o cumprimento de um ou mais desses critérios forem detectados em perícia médica após o período de sessenta dias contados a partir da data de entrega da notificação pelas unidades de farmácia cidadã ao paciente.

REFERÊNCIAS

1 BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 16 (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p.

2 Fauci, A. S.; Braunwald, E.; Kasper, D. L.; Hauser. Harrison. Medicina Interna. 17. Ed. Rio de Janeiro. McGraw-Hill Interamericana do Brasil. 2008. Volume II. p. 2275-2305.

3 MCCULLOCH, David H.; NATHAN, David M.; MULDER, Jean E. Insulin therapy in type 1 diabetes mellitus. Uptodate 2011, version 19.1.

4 MCCULLOCH, David H.; NATHAN, David M.; MULDER, Jean E. Insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. Uptodate 2011, version 19.1.

5 PLANK, Johannes; SIEBENHOFER, Andrea; BERGHOLD, Andrea; JEITLER, Klaus. Systematic Review and Meta-analysis of Short-Acting Insulin Analogues in Patients with Diabetes Mellitus. Arch Intern Med. 2005, 165: 1337-1344.

6 HIRSCH, Irl B. Insulin Analogues. N Engl J Med 2005; 352: 174-83.

7 THE DCCT RESEARCH GROUP: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993 329:683-689.

8 UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS): Effect of intensive blood glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes. The Lancet. 1998. 352 (9131): 854

9 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Posicionamentos Oficiais da SBD 2006 - 2: Indicações de Análogos de Insulina de Ação Rápida e Prolongada e de Insulina Inalável no Tratamento do Diabetes Tipo 1 e Tipo 2 - Indicações e Recomendações para a Disponibilização pelos Serviços Públicos e Privados de Saúde. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/Posicionamentos_oficiais_02.pdf. Acesso em 19/04/2011.

10 SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Posicionamentos oficiais da SBD 2009 - 3: Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/POSICIONAMENTO_OFICIAL_SBD_N03.pdf. Acesso em: 16 set. 2009.

11 SINGH, Sumeet R.; AHMAD, Fida; LAL, Avtar; YU, Changhua; BAI, Zemin; BENNET, Heather. Efficacy and safety of insulin analogues for the management of diabetes mellitus: a meta-analysis. CMAJ 2009; 180 (4): 385-97.

12 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas à Saúde (CID 10). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 01 out. 2010.

13 Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care January 2009 vol. 32 no. Supplement 1 S62-S67.

14 Organização Mundial de Saúde. Disponível em: http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf. Acesso em: 16 set. 2009

15 NATHAN, D.M et al. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. N Engl J Med 353: 2643-2653, 2005.

16 DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2008/c12.def>. Acesso em: 16 set. 2009.

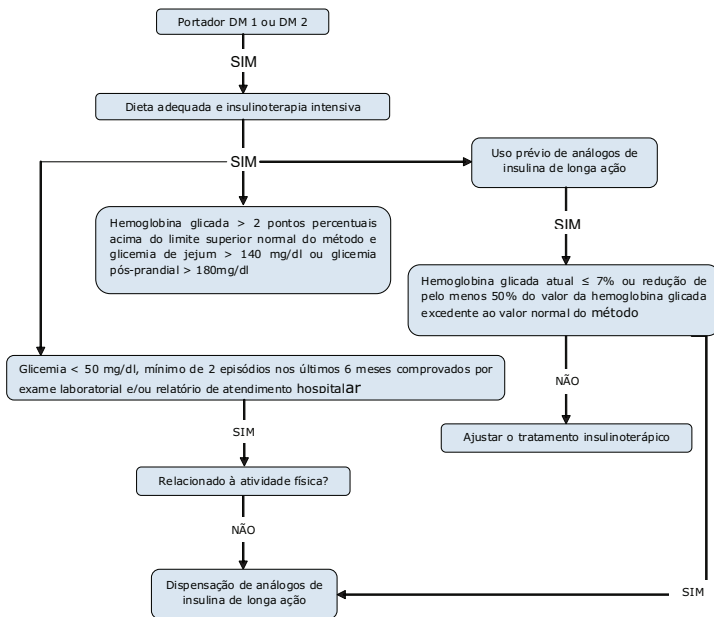
17 LANTUS {indicações} Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bulário eletrônico**, 2011. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>. Acesso em: 16 set. 2009.

18 LEVEMIR {indicações} Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bulário eletrônico**, 2011. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>. Acesso em: 25 abr. 2011

19 BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Insulina Gargina e Insulina Detemir no Controle do Diabetes Mellitus tipo 1. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. Brasília, Ano V, nº 13, p. 1-15, dez 2010.

20 Waugh N, Cummins E, Royle P, Clar C, Marien M, Richter B. Newer agents for blood glucose control in type 2 diabetes: systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2010 Jul;14(36):1-248.

**APÊNDICE
ALGORITMO PARA DISPENSAÇÃO DO ANÁLOGO
DE INSULINA DE LONGA AÇÃO**



ANEXO II

NORMAS TÉCNICAS E FLUXOS ADMINISTRATIVOS PARA A DISPENSAÇÃO DO ANÁLOGO DE INSULINA DE LONGA AÇÃO

DA DISPENSAÇÃO DO ANÁLOGO DE INSULINA DE LONGA AÇÃO

Art. 1º - Fica autorizada a dispensação do análogo de insulina de longa ação em conformidade com os critérios e situações definidos no Protocolo **SOMENTE** após a reavaliação clínica pelos médicos peritos especialistas designados pela SESA.

Art. 2º - A dispensação do análogo de insulina de longa ação na rede de Farmácias de Medicamentos do Componente Especializado desta Secretaria deverá obedecer às disposições constantes no parágrafo a seguir.

Parágrafo único - Para a dispensação desse medicamento deverão ser adotados os seguintes procedimentos:

I - Abertura do processo mediante apresentação dos seguintes documentos: formulário para solicitação de medicamento excepcional (LME); receita médica em duas vias contendo o nome da substância ativa, a dosagem prescrita e a forma correta de usá-la; relatório legível de médico endocrinologista informando o tempo de duração da doença, os medicamentos usados previamente e as respostas aos mesmos (conforme item 1 dos critérios de inclusão deste Protocolo); cópia dos exames (conforme item 2 dos critérios de inclusão deste Protocolo); cópia do RG, CPF, cartão nacional de saúde do SUS e comprovante de residência.

II - Por não seguir o Protocolo do Ministério da Saúde, não deverão ser geradas APACs para esses procedimentos, que serão financiados integralmente com recursos do tesouro estadual.

III - A prescrição inicial deste medicamento deverá ser feita por médico endocrinologista, assim como o controle trimestral, por meio da apresentação da prescrição médica em duas vias.

IV - Após abertura de processo os pacientes serão avaliados pelos peritos, em local a ser definido pela SESA, sendo a solicitação do análogo de insulina de longa ação avaliada com base neste Protocolo.

V - Em casos de deferimento a Secretaria garantirá o fornecimento desse medicamento, a ser dispensado aos pacientes nas Farmácias de Dispensação de Medicamentos do Componente Especializado.

Art. 3º - Os prescritores devem adotar as medidas necessárias para o adequado monitoramento da eficácia e segurança terapêuticas com o uso do análogo de insulina de longa ação.

Art. 4º - Na abertura de processo, o paciente deverá ser orientado que o fornecimento dos insumos complementares (tiras reagentes de medida de glicemia capilar, lancetas para punção digital e seringa para aplicação de insulina) é de responsabilidade dos municípios conforme determina a Portaria GM nº 4217/10.

Protocolo 45861

PORTARIA 163-S, DE 06 DE JUNHO DE 2012.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 15, inciso I, do Decreto nº 196-N, de 15 de dezembro de 1971, e tendo em vista o que consta do processo nº 58113860/2012/SESA,

RESOLVE

ARTIGO 1º - DESIGNAR os servidores abaixo relacionados para constituírem a Comissão encarregada de organizar e executar os trabalhos afetos ao Concurso Público para preenchimento de vagas e formação de cadastro de reserva, dos cargos efetivos do quadro de pessoal da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA/ES).

Número Funcional	Servidor	Sigla do Órgão
207679	LOURDINHA AMÉLIA ROCCON SOSSAI	SESA
246995	ARLENE VIEIRA DE SOUZA	SESA
1566199	CLAUDIA ROSANE PERUCHI BISI	SESA
1566172	SANDRA MARA PELLACANI FRANÇA	SESA
2931508	ALINE PINHEIRO SCHULTZ	SEGER
2991268	ANA LUIZA PIVETTA SOTELLE	SEGER

ARTIGO 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Vitória, 06 de junho de 2012.

JOSÉ TADEU MARINO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 45879

EDITAL Nº 111/2012 - SESA

A Secretaria de Estado da Saúde - SESA, através do seu Subsecretário para Assuntos de Administração e Financiamento de Atenção a Saúde, no uso das atribuições legais, faz saber que:

1. Torna sem efeito a convocação da candidata **MARIA LUCIENE FELIX DE CARYALHO, Técnico em Enfermagem** para a **HJSN** efetuada através do edital 110/2012 para contratação temporária.

Vitória-ES, 06 de junho de 2012.

TYAGO RIBEIRO HOFFMANN
Subsecretário da SESA

Protocolo 45814

EDITAL Nº. 112/2012 - SESA

A Secretaria de Estado da Saúde - SESA, através do seu Subsecretário para Assuntos de Administração e Financiamento de Atenção a Saúde, no uso das atribuições legais, e considerando processo seletivo regulamentado pelo edital indicado no quadro abaixo, convoca os candidatos a comparecerem no horário e local abaixo discriminados, quando serão orientados pelo Recursos Humanos da Unidade quanto aos procedimentos a serem adotados, documentos a serem entregues e exames admissionais, que deverão ser entregues no prazo de 10 (dez) dias úteis para contratação por tempo determinado, sendo eliminado do processo seletivo o não cumprimento ao prazo ora estabelecido.

Vitória, 06 de junho de 2012

TYAGO RIBEIRO HOFFMANN
Subsecretário da SESA

**UNIDADE: REGIÃO METROPOLITANA
LOCAL DE COMPARECIMENTO: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE/NÚCLEO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO
ENDEREÇO: AV. Marechal Mascarenhas de Moraes, 2.025, Bento Ferreira, Vitória-ES
PERÍODO DE COMPARECIMENTO: 11 e 12 de junho/12 das 9 às 17 horas**

FARMACÊUTICO BIOQUÍMICO II		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	EDITAL
ANA CIRISTINA SOBRAL DE LÇA	30	170/2010

Protocolo 45872

Acesse:
www.dio.es.gov.br