



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 6.769, DE 2013
(Da Sra. Benedita da Silva)

Dispõe sobre a aplicação do teste de Glicemia Capilar.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-6754/2013.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Será realizado o teste de Glicemia Capilar nos atendimentos de emergência e urgência dos Hospitais, Prontos-Socorros, Unidades Básicas de Saúde e de qualquer tipo de centro ou unidade de saúde, da rede pública e particular, juntamente com outros procedimentos médicos iniciais, em todo paciente que der entrada e/ou se registrar nas referidas unidades de atendimento à saúde.

Art. 2º - O teste de Glicemia Capilar nos atendimentos de emergência e urgência nos hospitais, prontos-socorros e demais unidades de saúde passa a integrar os **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas** que estabelecem o conjunto de critérios que permite determinar o diagnóstico de doenças e o tratamento correspondente, previstos nos artigos 19-N e 19-O, da Lei 12.401, de 28 de abril de 2011.

Art. 3º - O Ministério da Saúde promoverá campanha nacional de esclarecimento público a respeito da importância e da necessidade de realizar o teste de *Glicemia Capilar*, como forma de diagnosticar o diabetes e de evitar a ocorrência de óbitos por ausência de atendimento adequado ao paciente.

Art. 4º - O Poder Executivo editará normas complementares para o cumprimento dessa Lei.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Revogam – se as disposições em contrário.

JUSTIFICATIVA

A Federação Internacional de Diabetes (IDF) avalia que o número de diabéticos em todo o mundo chega perto de 370 milhões de pessoas, sendo que o Brasil ocupa o 4º lugar nessa classificação. Estudos e estatísticas relacionadas ao diabetes apontam que:

- O número de pessoas portadoras de diabetes é crescente em todos os países. E grande parte dos portadores de diabetes desconhece esta condição, não sabem que têm a doença.

- O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: mais de 13 milhões de pessoas portadoras de diabetes. Isto corresponde a aproximadamente 6% da população entre 20 e 79 anos de idade.
- A incidência de diabetes tipo 1 aumenta 3% ao ano. É preocupante o aumento nas faixas etárias mais baixas. Hoje, crianças de zero a 5 anos de idade já têm diabetes.
- Nas últimas décadas a idade de início da doença caiu alguns anos. Nos anos 1980 as crianças mais jovens com diabetes estavam, em média, com 12,5 anos de idade. Na década seguinte essa idade baixou para 11,5. Nos anos 2000, a média de idade foi para 9,5. E na última década a incidência alcançou crianças ainda mais novas, na faixa dos 2 aos 4 anos.
- O diabetes já se tornou a segunda doença mais comum na infância, perdendo apenas para a asma.

Informação veiculada na revista “Isto É”, edição de dezembro de 2012, constatou-se que em 2010 o diabetes foi a causa direta da morte de 54 mil pessoas no Brasil. Comparativamente, matou quatro vezes mais que a AIDS (12 mil mortes), e superou os acidentes de trânsito (42 mil óbitos). Além das mortes diretamente relacionadas à moléstia, como é fator de risco para outras doenças, o diabetes esteve associado a mais de 68,5 mil mortes. (http://www.istoe.com.br/reportagens/263134_A+LUTA+CONTRA+O+DIABETES)

Em relação ao Diabetes Tipo I a Sociedade Brasileira de Diabetes preconiza que: *“A incidência aproxima-se de 0,5 casos novos para cada 100.000 habitantes ao ano e acomete principalmente crianças, adolescentes e adultos jovens, sendo a maior idade de ocorrência por volta da adolescência. Diversos estudos recentes apontam para uma tendência mundial ao aumento da incidência da doença em menores de 5 anos de idade.*

O quadro do diabetes Tipo 1 (DM1) na criança vem acompanhado de sinais clássicos como a poliúria, a polidipsia e o emagrecimento. Devido ao aumento significativo da incidência em crianças menores de cinco anos, merece especial atenção essa faixa etária devido à dificuldade de evidenciar a sintomatologia, pois muitas vezes essas crianças usam fraldas e mamam, o que dificulta a percepção da

poliúria e polidipsia. A perda de peso, a irritabilidade, a desidratação, são alguns dos sinais e sintomas que devem despertar a atenção médica para o diagnóstico do diabetes. “A descompensação em cetoacidose ainda é, infelizmente, uma realidade da maior parte dos diagnósticos de diabetes.” (<http://www.diabetes.org.br/images/stories/pdf/diagnostico-e-tratamento-dm-posicionamento-da-sbd-2012.pdf>).

De acordo com o Dr. Paulo Aligieri, médico pediatra assistente da Fundação para o Remédio Popular (FURP), de São Paulo, “ainda não sabemos bem porque certas crianças desenvolvem diabetes nos primeiros anos de vida. No transcurso de alguns dias ou semanas, a criança se torna cada vez mais incapaz de aproveitar todo açúcar que seu intestino absorve. Falta este alimento no interior das células do corpo, mas sobra no sangue. Este desequilíbrio tem diversas consequências, como prostração, inapetência, vômitos, aumento no volume de urina (para eliminar o excesso de açúcar e outros componentes que aparecem no sangue), além de muita sede. O quadro pode se parecer com uma desidratação relativamente banal. As manifestações se parecem com aquelas causadas por uma infecção viral. Há um grande problema para o diagnóstico desta doença nas crianças, pois, de modo geral, no início, ela apresenta poucas manifestações específicas. É o profissional da saúde que precisa fazer a suspeita. Quando não se faz o diagnóstico a tempo, a criança irá receber, por via oral ou por veia, uma solução contendo sais e glicose ou sacarose, que são açúcares, e irão agravar obrigatoriamente o distúrbio do metabolismo, aumentando o risco de complicações mais graves ou mesmo a morte. A melhor saída é a dosagem sistemática e obrigatória da glicemia capilar em toda criança que receba o diagnóstico de desidratação”.

Na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), **saúde** é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças e outros agravos. É, portanto, condição plena (física e mental) do ser humano desenvolver suas atividades de forma que consiga viver dignamente.

No Brasil, a Constituição Federal determina que saúde seja um direito do cidadão e dever do Estado. A saúde também está prevista no Código de Defesa

do Consumidor: são direitos básicos do consumidor “a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços”. Esse dispositivo representa a garantia do direito do consumidor à prevenção dos danos que possam ser acarretados à sua saúde.

Diante do exposto, apresentamos esse projeto de lei para que seja realizado o teste de Glicemia Capilar nos atendimentos de emergência e urgência dos Hospitais, Prontos-Socorros e demais Unidades de Saúde. Pretendemos, também, que o teste de glicemia seja incluído como um protocolo clínico, da mesma maneira que são consideradas as ações de medir a pressão arterial, a frequência respiratória e a temperatura de pacientes.

O teste de glicemia capilar (um furinho na ponta do dedo) é importante para o controle dos níveis de glicose e é a principal forma de verificar a glicemia no sangue. Por falta desse simples teste, diagnósticos equivocados têm provocado óbito de incontáveis crianças e adultos. Ou deixam sequelas às vezes irreversíveis porque não foram identificados os sintomas da diabetes e, portanto, não foi realizado o procedimento médico adequado. Esse é um teste simples, rápido, barato e que dá uma amostra da situação para que o médico possa diagnosticar se o paciente é ou não diabético.

O diabetes é uma doença silenciosa. Muitas pessoas já morreram por não receber tratamento adequado, por não saber que eram diabéticas. Essas mortes poderiam ter sido evitadas, pois uma simples gotinha de sangue pode detectar se a pessoa é ou não diabética.

Portanto, a realização do teste de Glicemia Capilar é vital para prevenir e evitar mais vítimas de erros de diagnósticos. E esse procedimento pode fazer a diferença entre a vida e a morte quando se chega a um hospital, antes de receber qualquer medicação.

Neste ano (2013) foi criada uma campanha nas redes sociais, denominada “**PELA OBRIGATORIEDADE DO TESTE DE GLICEMIA CAPILAR EM HOSPITAIS E PRONTOS-SOCORROS**”. A campanha surgiu diante de notícias de crianças que vieram a óbito por causa de erros de diagnósticos, quando na verdade

o diagnóstico correto seria diabetes. Foi criado também o blog “**Blogueiros de Diabetes**”, espaço que reúne pessoas para falar sobre diabetes, compartilhar informações e dividir experiências comuns, tentando ajudar da melhor forma possível com informações, mas com o diferencial da transmissão da informação com afeto, carinho e amor.

Incluo anexo o texto da campanha, criada por pessoas preocupados com a profusão de diagnósticos equivocados, que tem levado a óbito um número inestimável de crianças e adultos, porque seus argumentos fundamentaram a apresentação desse projeto.

Pelo direito à vida! Uma vida regrada, mas feliz, porque é possível viver bem com o diabetes.

Sala das Sessões, 19 de novembro de 2013.

BENEDITA DA SILVA
(Deputada Federal PT-RJ)



Pela obrigatoriedade do Teste de Glicemia Capilar em Hospitais e Prontos-Socorros.

“Um furinho, uma gotinha de sangue, cinco segundos. Esse é o procedimento que pode fazer a diferença entre a vida e a morte quando se chega a um PS, antes de receber qualquer medicação. Mas o que temos visto nos últimos tempos é hospitais ignorando a possibilidade de uma criança ou mesmo adulto ter diabetes. Vamos pressionar o legislativo para que crie leis que garantam o direito à vida! Tornar OBRIGATÓRIO o Teste de Glicemia Capilar”.

Por que isto é importante

A Diabetes é uma doença séria e que, se não diagnosticada e tratada corretamente, pode causar óbito. Assinamos essa petição como forma de movimentar o corpo legislativo brasileiro para tornar obrigatório o Teste de Glicemia Capilar em hospitais e prontos-socorros antes de qualquer procedimento médico.

TESTE DE GLICEMIA OBRIGATÓRIO é uma campanha que visa mudanças no protocolo de atendimentos médicos de urgência e emergência no Brasil.

Lutamos pela obrigatoriedade do mesmo antes de qualquer procedimento nos atendimentos de urgência e emergência.

Os Blogueiros de Diabetes começaram esse movimento no dia 19/04, em virtude da morte de uma criança de 1 ano e 8 meses em Minas Gerais, que foi diagnosticada com dengue quando era diabetes. Outra criança de 8 anos morreu em Teresina por receber soro glicosado ao apresentar quadro de desidratação e era diabetes.

Ao noticiar e nos indignar com as mortes, por meio de comentários nos blogs e nas fanpages, recebemos dezenas de depoimentos de mães que viram seus filhos passarem por situações evitáveis de quase morte. Algumas crianças ficaram com sequelas do coma diabético que sofreram em consequência do soro glicosado ou medicações que elevaram ainda mais a glicemia e que poderiam ter sido evitadas com um simples teste de glicemia.

Não só cidadãos comuns, mas diabéticos correm riscos, caso sejam atendidos inconscientes, ou mesmo pelos que não sabem de sua condição, pois se estima que de 35 a 50% dos portadores de diabetes desconhecem que tem a doença.

Foi criada uma petição pública para que o teste se torne obrigatório, que será entregue no Congresso Nacional. Precisamos pressionar as autoridades para que o teste se torne um protocolo de atendimento.

“ATENÇÃO: CRIANÇA BEBENDO MUITA ÁGUA E FAZENDO MUITO XIXI SÃO SINTOMAS DE DIABETES. QUANDO LEVAR A CRIANÇA AO MÉDICO COM ESSES SINTOMAS PEÇA UM TESTE DE GLICEMIA NO ATENDIMENTO MÉDICO”.

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

LEI Nº 12.401, DE 28 DE ABRIL DE 2011

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Título II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte Capítulo VIII:

**"CAPÍTULO VIII
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE
TECNOLOGIA EM SAÚDE "**

"Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado."

"Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS."

"Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo."

"Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a

responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde."

"Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

- I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;
- II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível."

"Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

- I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;
- II - (VETADO);
- III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;
- IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º (VETADO)."

"Art. 19-S. (VETADO)."

"Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa."

"Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite."

Art. 2º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

Brasília, 28 de abril de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF

Guido Mantega

Alexandre Rocha Santos Padilha

FIM DO DOCUMENTO