



Protocolo Municipal de



**Dispensação Gratuita de Insumos
para Insulinodependentes**

Sumário

Introdução	3
Objetivo	3
Critérios para inclusão	4
Critérios clínicos para inclusão do paciente	4
Situações especiais	5
Critérios de manutenção	5
Critérios de exclusão ou suspensão temporária	6
Recomendações gerais	6
Esquema de controle glicêmico	7
Central de dispensação	8
Unidade de Saúde	8
Anexo I - Relatório de Alteração de Esquema de AMG	10
Anexo II - termo de responsabilidade para retirada de glicosímetro	11

1

Introdução

O diabetes é uma doença crônica caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose.

O controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida da pessoa com essa doença.

A automonitorização glicêmica (AMG) é parte integrante do conjunto de intervenções da terapêutica para o controle adequado do diabetes.

Este procedimento permite ao médico avaliara resposta terapêutica individual possibilitando também avaliar se as metas glicêmicas recomendadas estão sendo efetivamente atingidas.

Os resultados da AMG são úteis na prevenção da hipoglicemia, na detecção de hipo e hiperglicemia assintomáticas e no ajuste da conduta terapêutica medicamentosa e não medicamentosa.

2

Objetivo

O objetivo desse protocolo é normatizar e gerenciar a dispensação gratuita de tiras de glicemia para diabéticos insulínodpendentes residentes em Itatiba e cadastrados na Secretaria de Municipal de Saúde de Itatiba.

3

Critérios para inclusão

O usuário deve:

- Residir em Itatiba;
- Possuir cadastro na Secretaria Municipal de Saúde;
- Possuir Cartão Nacional de Saúde;
- Apresentar receita médica contendo prescrição de insulina;
- Apresentar Relatório de Inclusão contendo prescrição de controle glicêmico;
- Assinar termo de responsabilidade ao receber o glicosímetro;
- Devolver o glicosímetro em caso de suspensão de insulina;
- A família deve devolver o glicosímetro em caso de óbito do paciente.

4

Critérios clínicos para inclusão do paciente

- Diabetes tipo 1;
- Diabetes tipo 2 parcialmente insulinizado (ver esquema de AMG);
- Diabetes tipo 2 com insulinização plena - 2 a 3 vezes por dia NPH +R;
- Gestante não insulinizada com risco alto para DM;
- Gestante insulinizada.

5

Situações especiais

Pacientes com patologias concomitantes como: renais crônico, hepatopatas, cardiopatas (ICC, IAM, ICO, revascularizados), acamados, cadeirantes, amputados, deficientes visuais e pacientes em uso de medicações que pioram o controle glicêmico (altas doses de corticoides) com risco de hipoglicemia grave e avaliados pelo médico, terão prioridade no recebimento dos insumos e receberão o glicosímetro e as tiras por **tempo determinado**.

6

CrITÉrios de manutenção

- Comparecer na data agendada a Central de Dispensação de tiras e quando faltar ao agendamento remarcar-lo;
- Apresentar receita médica contendo prescrição da insulina dentro do prazo de validade (6 meses);
- Apresentar a Central de dispensação de tiras o glicosímetro para a transferência dos dados armazenados na memória. Será impresso um condensado contendo o número de testes realizados no período e seus respectivos valores e a partir deste serão repostos as tiras utilizadas, conforme preconizado.

7

Critérios de exclusão ou suspensão temporária

- Deixar de residir em Itatiba.
- Deixar de fazer uso de insulina.
- Não aderir às recomendações médicas em relação à frequência e horários dos testes.
- Não aderir a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa (relatado em prontuário pelos profissionais que acompanham o paciente).
- Quando houver mau uso do aparelho e tiras (realização de testes para terceiros, negociação de tiras, desperdício de tiras, descuido com o aparelho)
- Quando faltoso sem remarcação e sem justificativa.
- Não trazer mapa glicêmico com a ciência do enfermeiro da unidade de referência.
- Caso o paciente não cumpra os critérios de inclusão e/ou manutenção por três meses será solicitada a devolução do glicosímetro, e suspensa a entrega de tiras.

8

Recomendações gerais

- O fornecimento de lancetas é proporcional ao consumo de tiras.
- O fornecimento da caixa de perfuro cortante e das seringas será na unidade de referência.
- A troca de bateria ficará sob responsabilidade do usuário.
- Aparelhos com defeito, não caracterizando mau uso, serão trocados na Central de Dispensação
- Em caso de roubo ou perda é necessário fazer boletim de ocorrência (BO)
- Os diabéticos tipo 2 parcialmente insulinizados que passarem a plenamente insulinizados ou aqueles que necessitarem de um aumento no número de controles por período determinado deverão apresentar prescrição de enfermagem ou prescrição médica.

Esquema de controle glicêmico

- **Diabéticos Tipo 1:**
 - Máximo 5 testes (jejum, pré refeição, rodízio de pós refeição);
- **Gestante insulinizada:**
 - Segue o esquema dos demais pacientes ou de acordo com a prescrição médica;
- **Gestante não insulinizada com risco alto para DM:**
 - Receberá os insumos de acordo com a prescrição médica por tempo determinado, devendo ser reavaliada periodicamente pela enfermeira da unidade de referência.
- **Diabético Tipo 2 parcialmente insulinizado:**
 - NPH 1X ao dia: 3 testes por semana na unidade em horários alternados;
 - NPH 2X ao dia: 3 testes por semana na unidade em horários alternados;
 - NPH 3X por dia: 1 teste por dia em horários alternados;
 - NPH +R 1X ao dia: 1 teste por dia em horários alternados.
- **Diabético Tipo 2 plenamente insulinizado com NPH+R:**
 - 3 vezes ao dia: 3 a 5 testes por dia (antes da insulina e rodízio de pós);
 - 2 vezes ao dia: 2 a 4 testes por dia (antes da insulina e rodízio de pós).

OBS: O esquema de controle glicêmico será constantemente avaliado pelo enfermeiro(a) do Ambulatório Central de Especialidades, de acordo com a clínica do paciente e a quantidade efetiva de aferições realizadas em seu lar, conforme as leituras do glicosímetro.

10

Central de dispensação

- Fornecer o glicosímetro, as tiras e as lancetas, repondo a quantidade que foi usada.
- Agendar retorno para retirada das tiras e lancetas.
- Remarcar nova data de entrega no caso de paciente faltoso, fornecendo tiras até a data do retorno.
- Registrar em planilha de dispensação todos os insumos fornecidos e solicitar assinatura do paciente ou responsável.
- Arquivar relatórios de inclusão e termos de responsabilidades e demais impressos pertinentes ao programa.
- Trocar os aparelhos com defeito, desde que não caracterize mau uso.
- Imprimir e fornecer o mapa de variabilidade glicêmica.

11

Unidade de Saúde

- Selecionar criteriosamente os pacientes diabéticos em uso de insulina que terão habilidade e motivação para realizar a AMG.
- Preencher relatório de avaliação para o Programa de Insumos.
- Realizar os cadastros necessários para a inclusão no programa.
- O enfermeiro deverá avaliar e dar ciência em relatório de variabilidade glicêmica e mapa de controle glicêmico.
- Emitir receita médica.
- Acompanhar adesão do paciente ao tratamento integralmente.
- Fazer ajustes terapêuticos.

- Promover ao paciente educação em saúde para orientar uso e manuseio correto dos insumos (limpeza do aparelho, troca de bateria, armazenamento, validade, exposição a luz e umidade, locais de punção, volume de gota, símbolos mais comuns no visor do aparelho, descarte correto dos perfurocortantes).

Consulta de enfermagem para elaboração de plano de autocuidado.

- Orientação quanto à aplicação de insulina e automonitorização glicêmica.
- Fornecer seringas e coletor de perfurocortante.

Anexo I**RELATÓRIO DE ALTERAÇÃO DE ESQUEMA DE AMG**

UBS / ESF: _____

IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____

MATRÍCULA: _____ CNS: _____

O paciente acima identificado faz o seguinte esquema de AMG:

Número de testes diários: _____

Horários: _____

Deverá, a partir desta data, fazer o seguinte esquema de AMG:

Número de testes diários: _____

Horários: _____

Por _____ dias.

JUSTIFICATIVA:

Itatiba, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura e Carimbo

13

Anexo II

ANEXO III - TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA RETIRADA DO GLICOSÍMETRO

Eu, _____,
portador do CNS _____, residente à
_____,
nº _____, Bairro _____,
Complemento _____, CEP _____ - _____, telefone
_____, Itatiba - SP, recebi da ESF/PSF
_____, na data de ____/____/_____,
01 Aparelho Glicosímetro da marca _____, Código / Chip nº
_____, para controle e tratamento de Diabetes
Mellitus.

Estou ciente de minha inteira responsabilidade na guarda do aparelho a mim cedido, uma vez que o mesmo pertence à Secretaria de Saúde do município de Itatiba. Do mesmo modo, também estou ciente que este aparelho destina-se a meu uso pessoal, apenas na forma e segundo as indicações a mim fornecidas pela equipe desta Unidade de Saúde, não estando autorizado a cedê-lo para uso de terceiros. 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 determinações a mim fornecidas pela Secretaria da Saúde. Fica a família ou cuidador responsável pela devolução do glicosímetro em caso de óbito do paciente.

Itatiba, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura e carimbo do responsável pela Unidade

Coordenadora da Atenção Primária em Saúde

Débora Rocha Diniz

Coordenação da Atenção Secundária em Saúde

Thiago Alexandre Ciafa Guidi

Coordenação da Atenção Terciária em Saúde

Manuela Clozel

Departamento de Educação Permanente em Saúde

Claudia Pizzi

Elaboração

Enf^a. Viviane Rodrigues da
Silva Prates

Colaboração**Médica Endocrinologista**

Luci Hiramatsu Kimira

Rua: Pompéia, nº 45. Bairro Giardino D' Italia - Itatiba/SP - CEP 13.256-221
Fone/Fax: (011) 4534-0832 E-mail: cta@unidadesaude.itatiba.sp.gov.br



SECRETARIA DE SAÚDE DE ITATIBA

