PROTOCOLO E FLUXO INSULINO DEPENDENTES

Solicitar

Consulta em Endocrinologia – Geral

Procedimento Regulado / Central Araranguá

Onde acontece o serviço

Unidade Central Bom Pastor.

Quem solicita

Médicos e Especialistas.

Público

Pacientes de qualquer faixa etária, com diagnóstico de Diabetes Mellitus, em uso de insulina.

Encaminhamentos

Cabe ao responsável pelo encaminhamento o preenchimento correto com letra legível ou impresso, onde deverão constar os itens:

- Nome Completo;
- Idade;
- Motivo do encaminhamento e respectivo CID-10;
- Data da solicitação.

INSTRUÇÃO NORMATIVA PARA O PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO

O diabetes mellitus – DM, é uma doença crônica, caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, cujo controle glicêmico inadequado resulta no aparecimento das graves complicações que reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do portador desta doença.

A DM é uma doença de alta prevalência em todo o mundo, que tem como característica principal a alteração glicêmica no sangue e a resistência periférica à ação da insulina, ou ambas, e apresenta fisiopatologia diversificada. Calcula-se que cerca de 12 a 13 milhões de brasileiros são diabéticos, sendo que esse número tende a aumentar nos próximos anos. (Ferreira, ET al. – 2015)

A diabetes mellitus do tipo 1 – DM1, responde por cerca de 10% a 20% do total de casos de diabetes, com diferentes incidencias, dependendo da população. Na maior parte das vezes, surge na infância e na adolescência. E uma doença autoimune, caracterizada por uma agressão do sistema imune as células beta do pâncreas. (Ferreira, ET al. – 2015).

A diabetes mellitus tipo 2 – DM2, e o tipo mais comum, respondendo por 80% a 90% dos casos de diabetes. Tem como fisiopatologia a resistência periférica a ação da insulina (principalmente no adipócito e músculo esquelético), a secreção deficiente de insulina pelo pâncreas e o aumento da produção de glicose a partir do fígado. (Ferreira, ET al. – 2015).

Relatos do Sistema Único de Saúde mostram que o diabetes é a quinta indicação de hospitalização e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país. (American Diabetes Association - ADA, 2004; Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD - 2007).

Essa doença figura entre as quatro principais causas de morte no país, além de ser a principal causa de cegueira adquirida e de estar fortemente associada às doenças coronarianas, renais e amputações de membros inferiores. (SBD, 2006).

Essas estratégias devem ser coordenadas e integradas, levando em conta tanto ações de base populacional como aquelas sobre os grupos de risco e as de características individuais; devem ser custo efetivas e fundamentadas em evidências científicas.

A organização do cuidado integral deve estar centrada na pessoa que vive com diabetes, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejada levando em conta os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos locais.(Manual do Automonitoramento Glicêmico – Prefeitura Municipal de Florianópolis (SC)).

A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo a assistência farmacêutica, o monitoramento da glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde são fundamentais para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento, efetivo.

Considerando as questões apresentadas, a Secretaria Municipal de Saúde de Araranguá apresenta a Instrução Normativa para o programa de auto-monitoramento glicêmico.

AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

Art. 1°. O automonitoramento do nível de glicose do sangue por intermédio da medida da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para seu controle, sendo parte integrante do auto-cuidado das pessoas com diabetes mellitus insulinodependentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que usam insulina e diabetes gestacional (DG).

§ 1º. O auto-monitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada;

§ 2º. Sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos;

§ 3º. Deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o auto-cuidado por intermédio da Educação em Saúde;

§ 4º. A indicação deve ser reavaliada e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados do AMGC e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina;

§ 5º. Os insumos deve ser oferecido de forma continuada para os pacientes selecionados de acordo com circunstâncias pessoais e quadro clínico e esses devem receber suporte continuado da equipe para garantir a eficácia do processo; (² Instrução Normativa do AMGC de Criciuma Unesc/SMS) a instrução inicial e a reinstrução periódica a respeito da monitorização da glicemia;

§ 6º. O uso de medidores (glicosímetros) e de tiras reagentes deve ser individualizado e atender às necessidades do paciente; e

§ 7º. A amostra do sangue deve ser colhida na ponta dos dedos da mão, acessado com picada de lancetas, daí ser também chamada de glicemia em "ponta do dedo".

Art. 2°. O programa de insulinodependentes deve ser incentivado nos pacientes que usam insulina associado às estratégias de Educação em Saúde que visem aumentar a autonomia do portador para o autocuidado e essas ações devem ser incorporadas na rotina das unidades de saúde.

Parágrafo único: Não existem evidências científicas suficientes que auto-monitoramento rotineiro da glicemia capilar nos pacientes diabéticos tipo 2 em terapia com hipoglicemiantes orais seja custo - efetivo para o melhor controle da glicemia. Nesses casos, a glicemia capilar pode ser realizada na própria unidade de saúde por ocasião das visitas regulares de avaliação definidas pela equipe conforme protocolo instituído.

Art. 3°. A frequência do programa de insulinodependentes deve ser determinada individualmente, dependente da situação clínica, do plano terapêutico, do esquema de utilização da insulina, do grau de informação e compromisso do paciente para o autocuidado e da sua capacidade de modificar sua medicação a partir das informações obtidas.

§ 1º. A frequência diária recomendada em média deve ser 2 a 4 vezes ao dia e/ou a critério médico.

§ 2º. Os portadores de diabetes tipo 1 e os que usam múltiplas injeções diárias de insulina podem fazer a glicemia de "ponta de dedo" 3 a 4 vezes ao dia e em horários de ocorrência de maior descontrole glicêmico permitindo ajustes individualizados da insulina.

§ 3º. A reavaliação das habilidades para o auto-cuidado, para o uso adequado das informações colhidas com o teste e da exatidão e precisão dos resultados oferecidos pelos glicosímetros devem ser feitas pelo menos anualmente ou quando houver discordância entre o controle glicêmico e/ou quadro clínico e as leituras obtidas. Para isso, os resultados do teste com o glicosímetro devem ser comparados com os da glicemia em jejum de laboratório medido simultaneamente.

§ 4º. O paciente deve fazer o registro dos resultados das glicemias capilares na frequência estabelecida pela equipe e este deve estar disponível quando dos retornos agendados e registrados nos prontuários.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Art.4°. Os insumos deverão ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulinodependentes.

§ 1º. Os usuários deverão ser moradores de Araranguá, cadastrados no Cartão SUS, no E-SUS e no Cadastro Família.

§ 2º. A prescrição para o auto-monitoramento será feita pelos médicos da Atenção Básica; Clínicos Gerais e/ou Endocrinologistas da Rede Municipal de Saúde de Araranguá, com validade para 6 meses.

§ 3º. A participação do usuário nos Programas de Educação Especial para Diabéticos (anexo 1), poderá ser individual ou coletiva, também será condição de permanência do usuário neste Programa.

Parágrafo único: É condição para o recebimento do glicosímetro estar de acordo com os critérios descritos no Art.4º, bem como estar favorável com o Termo de Compromisso, o qual oficializa a responsabilidade do usuário sobre o aparelho e dispor dos documentos exigidos (ANEXO 2).

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Art. 5°. Não mais receberão os medicamentos e insumos disponibilizados por este Programa os usuários que:

I – deixarem de residir em Araranguá;

II – deixarem de comparecer nas consultas de enfermagem, da nutrição e da psicologia sem justificativa, por um período de no máximo *3 meses*;

III – não aderirem às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas;

IV – não comparecer ao grupo terapêutico por um período *de até 3 meses*

V – portaram DM gestacional, mas que não mantiverem o uso da insulina após a gestação;

VI – faleceram;

VII – são diabéticos tipo 2, que fazem uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais, e que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes HbA1C normal ou quase normal.

Parágrafo único:

Os usuários referidos no item VI têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas tiras reagentes e glicosímetros. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nos Centros de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro.

Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis.

FLUXO

ATENDIMENTO MÉDICO

Art. 6°. O Médico da Atenção Básica ou Endocrinologista da Rede Municipal de Saúde de Araranguá será responsável pela prescrição do glicosímetro e das tiras reagentes para o usuário que se enquadrar nos critérios de inclusão e no protocolo clínico estabelecidos por esta Normativa. O prescritor também será responsável por informar ao usuário quanto aos critérios de exclusão.

§ 1º. Cabe ao prescritor definir se o tratamento é contínuo, devendo, obrigatoriamente, registrar o termo USO CONTÍNUO ao lado do nome do medicamento ou insumo em questão.

§ 2º. As prescrições destes medicamentos ou insumos terão validade de no máximo 6 (seis) meses de tratamento, desde que o prescritor escreva na receita o prazo de validade em meses, respeitando a normativa e a legislação vigente.

§ 3º. As prescrições que não tiverem o prazo de validade especificado por escrito na receita terão validade máxima de 180 dias, a partir da data de emissão da receita.

§ 4º. A validade da receita será contada a partir da data da prescrição.

§ 5º. Após fechamento do diagnóstico e prescrição o médico deverá encaminhar o usuário para a consulta de enfermagem no programa de insulino dependentes (AME) localizado nas dependências da Unidade de Saúde Bom Pastor.

§ 6º. O encaminhamento ao Programa a partir da ESF / UBS de origem poderá ser realizado nas circunstancias a seguir:

- Paciente com diagnóstico de Diabetes Mellitus, em uso de insulina e ser acompanhado no mínimo há 12 meses pela equipe da ESF/UBS de origem ou da Unidade Bom Pastor;

- Obedecendo as condições acima e somando resultados laboratoriais (até 2 meses anteriores) de HbA1c (hemoglobina glicosilada ou glicada) em níveis significativamente elevados (>8,5).

Obs.: Diabético com HbA1c entre 7,0 e 7,9 é anormal, mas pode ser tolerado em alguns pacientes idosos com menos co-morbidades ou crianças. No entanto, se > 8,0, indica tratamento e/ou adesão ao tratamento ineficaz e deve ser revisto num curto período devido aos riscos das complicações crônicas da DM.

<u>Orientação Geral</u> – devem ser revistos com melhor critério antes de encaminhar ao programa: aqueles pacientes assistidos exaustivamente por equipe multidisciplinar e inclusive com registro no prontuário de sua má adesão e irresponsabilidade frente as disponibilidades de tratamento, cuidados e orientações estabelecidas após seu diagnóstico.

Parágrafo único: Os usuários referidos no item VI têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas tiras reagentes e glicosímetros. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nos Centros de Saúde e, se necessário, solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis.

Art. 6°. O Médico da Atenção Básica ou Endocrinologista da Rede Municipal de Saúde de Araranguá será responsável pela prescrição do glicosímetro e das tiras reagentes para o usuário que se enquadrar nos critérios de inclusão e no protocolo clínico estabelecidos por esta Normativa.

O prescritor também será responsável por informar ao usuário quanto aos critérios de exclusão, acompanhamento do auto-monitoramento da glicemia capilar de cada usuário, considerando os critérios de permanência do usuário neste Programa.

Parágrafo único. Prescrições não oriundas de Médicos da Atenção Básica, clínicos gerais e/ou Endocrinologistas da Rede Municipal de Saúde de Araranguá não serão válidas para a inclusão do usuário neste Programa. Neste caso, o usuário deverá ser encaminhado para consulta médica na Rede Municipal de Saúde.

DO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Art. 8°. A equipe de enfermagem da Unidade de Saúde no qual o usuário é vinculado será responsável por providenciar e/ou atualizar os cadastros SUS, E-SUS e cadastro Família e deverá encaminhar o paciente para consulta de enfermagem no Programa de Insulinodependentes (AME) com encaminhamento específico (ANEXO 3).

§ 1º. O enfermeiro do Programa de Insulinodependentes deverá realizar o primeiro atendimento ao portador de DM, orientando-o sobre a utilização adequada do glicosímetro e fita reagente, demonstrando o modo de realização do procedimento e certificando-se de que o paciente compreendeu as informações.

§ 2º. A equipe de enfermagem e/ou Assistente Social deverá dispensar a quantidade de tiras reagentes conforme prescrição médica e também deverá verificar se o usuário está utilizando adequadamente as tiras reagentes e o glicosímetro.

§ 3º. O enfermeiro do Programa de Insulinodependentes deverá encaminhar à Unidade de Saúde, ao término de cada mês, a relação de pacientes pertencentes aquela Unidade de Saúde, que foram incluídos no programa, bem como comunicar por escrito, ao enfermeiro da Unidade Básica de Saúde a que pertence o portador de DM , sobre as intercorrências identificadas, e necessidade de atendimento domiciliar ou outro procedimento que julgar necessário para a manutenção do estado de saúde do usuário. O enfermeiro da Unidade Básica de Saúde deverá retornar por escrito o resultado de seu atendimento ao usuário diabético encaminhado, para o enfermeiro do Programa de Insulinodependentes.

§ 4º. O enfermeiro do Programa de insulinodependentes agendará o retorno do usuário para nova consulta de enfermagem e recebimento de fitas reagentes, 25 dias após a aquisição do glicosímetro pelo usuário e, mensalmente, a cada 25 dias.

§ 5°. A equipe de enfermagem será responsável, juntamente com a equipe médica e equipe do programa de insulinodependentes pelo acompanhamento do automonitoramento da glicemia capilar de cada usuário vinculado a sua Unidade de Saúde, bem como a verificação dos critérios de permanência do usuário neste Programa.

Parágrafo único. A equipe de enfermagem deverá informar a Farmácia e Unidade de Saúde no qual o paciente é vinculado quanto à inclusão/exclusão dos usuários neste Programa.

DISPENSAÇÃO DO GLICOSÍMETRO

Art. 9°. Será responsabilidade do programa de insulinodependentes (assistente social e/ou enfermeiro) trocar ou dispensar o aparelho glicosímetro, bem como fornecer uma orientação inicial somente aos usuários que se enquadram nos critérios de inclusão estabelecidos nesta normativa.

§ 1º. Para receber o glicosímetro, o usuário deverá apresentar a prescrição médica, Cartão SUS, cadastro E-SUS, RG e assinar um Termo de Compromisso, se responsabilizando pela integridade e devolução do aparelho, além dos documentos necessários estipulados nesta normativa.

§ 3º. Na ocasião da troca/dispensação do glicosímetro, serão fornecidos ao usuário tiras reagentes para consumo em 25 dias.

§ 4º. As lancetas e outros insumos serão disponibilizados pelo programa de insulinodependentes (AME) ao qual o usuário está vinculado.

Art. 10°. Não é aconselhado recomendar aos usuários a compra do glicosímetro, visto que a Secretaria Municipal de Saúde não se responsabilizará pela troca deste aparelho na eventual mudança do fabricante de tiras reagentes.

Art.11º. Em casos de mandados judiciais o paciente deverá se adequar aos critérios de inclusão.

Parágrafo único. Caso seja verificado o descumprimento de qualquer critério de inclusão, o programa de insulinodependentes não fará a entrega do glicosímetro.

Art. 12º. Quando o paciente foi excluído do programa (Cap. IV), deve ser comunicado a Estratégia de Saúde da Fámilia – ESF a qual pertence, do desligamento para que os insumos, se houver, sejam resgatados e pegar assinatura do termo de exclusão.

DA DISPENSAÇÃO DAS TIRAS REAGENTES E LANCETAS

Art. 13°. As tiras reagentes e as lancetas serão dispensadas pelo enfermeiro do Programa de insulinodependentes na ocasião da consulta mensal de enfermagem.

Será dispensada uma tira reagente e uma lanceta para cada verificação de glicemia capilar. O número de tiras reagentes e lancetas a serem dispensadas deve ser equivalente ao número de verificações diárias da glicemia capilar prescritas pelo médico.

Art. 14°. O programa de insulinodependentes, juntamente com as Unidades de Saúde, será responsável pela reavaliação do automonitoramento da glicemia capilar através dos Grupos terapêuticos.

Art. 15º O usuário, no momento do retorno mensal para retirada das tiras reagentes e consulta de enfermagem, deverá apresentar ao enfermeiro do programa o registro diário do monitoramento glicêmico (ANEXO 5). Os registros mensais dos usuários devem ser arquivados junto ao prontuário dos mesmos e em caso de permanente descompensação (mais de seis meses) estes registros servirão de indicador para medidas conjuntas entre equipe responsável pelo programa de insulinodependentes e equipe da unidade de saúde.

DA DISPENSAÇÃO DA INSULINA

Art. 16º. A insulina NPH e Regular será dispensada pela Farmácia Central (localizada na UCS Bom Pastor) mediante prescrição médica com a dose diária necessária. A Prescrição médica deverá ser revalidada a cada seis meses pelo médico da UBS, ou Endocrinologista da rede pública de saúde de Araranguá

Art. 17º. O Programa de insulinodependentes deverá manter atualizado o cadastro dos usuários de insulina a fim de informar cada novo ingresso à Farmácia Central.

Art. 18º. As insulinas serão dispensadas aos pacientes mediante apresentação de caixa de isopor para acondicionamento das doses até o domicílio. O farmacêutico a cada entrega de insulina lembrará ao usuário sobre as condições gerais de acondicionamento das doses no domicílio.

Art. 19º A cada novo ingresso de usuário no Programa de insulinodependentes será realizada a consulta de enfermagem de acordo com o protocolo e será aplicada a primeira dose da insulina, aguardando aproximadamente uma hora para dispensar o paciente. Neste momento será orientado o usuário quanto a conservação da insulina, os procedimentos de preparo e técnicas de aplicação de acordo com protocolo.

Das Instruções gerais para utilização de insumos, conservação e Aplicação de insulina

Artigo 20º.

Conservação - Como guardar os frascos de insulina

A Insulina é um hormônio que deve ser conservado de maneira adequada, para que sejam garantidas as suas propriedades farmacológicas. É necessário estar atento, portanto, às seguintes orientações:

• Frascos de insulina NUNCA devem ser congelados (temperatura abaixo de 2º).

• Evitar expor os frascos à luz do sol, pois a insulina pode sofrer degradação.

• Evitar deixar os frascos em locais muito quentes, como o porta-luvas do carro, perto do fogão ou forno elétrico, etc.

• As insulinas devem ser armazenadas em geladeiras, na porta ou parte inferior.

• Não usar a insulina se notar mudança na cor e presença de grânulos.

• Uma vez aberto o frasco de insulina e o refil das canetas, só utilizar no máximo no período de 30 dias.

§ 1º Em caso de viagens

Colocar os frascos de insulina em bolsa térmica ou caixa de isopor. Não precisa colocar gelo.

Art. 21º. **Técnica de Aplicação da Insulina**

A aplicação de insulina deve seguir rigorosa padronização, observando-se atentamente cada etapa para que erros técnicos, com consequente prejuízo no controle do paciente, sejam evitados.

Material necessário

• Seringa e agulhas estéreis.

• Insulina.

• Chumaço de algodão.

ANEXOS

ANEXO 1

PROGRAMA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL PARA DIABÉTICOS

- Consulta mensal de enfermagem/nutrição/psicologia pra retirada de insumos;
- Participação mensal no grupo terapêutico (Pacientes e/ou familiares);
- Retirada mensal de insulina na farmácia;
- Consulta semestral para avaliação clínica/exames e prescrição de medicamentos e insumos.

ANEXO 2

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA PARA A INCLUSÃO DO PACIENTE NO PROGRAMA E RECEBIMENTO DO GLICOSÍMETRO

- Encaminhamento específico para inclusão no programa de insulinodependentes proveniente da UBS de origem;
- Prescrição médica da Atenção Básica, clínico geral do programa e/ou endocrinologista pertencentes a rede municipal de saúde de Araranguá;
- Assinatura do Termo de Consentimento da responsabilidade do usuário sobre o aparelho;
- *Documento: Cópia do CNS, CPF, RG, Cartão da família, comprovante de residência e cadastro E-SUS.*
- Assinatura do termo de adesão.

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO NO PROGRAMA DE INSULINO-DEPENDENTES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL		
Nome:		
Doc. Identificação	Tipo:	Nº

Eu acima identificado, na condição de paciente do PROGRAMA DE INSULINO-DEPENDENTES ou de responsável pelo paciente, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, expresso, neste ato, minha vontade livre de não aceitar o procedimento/tratamento proposto pelo Médico /Enfermeiro/ Assistente Social/ Nutricionista/ Psicóloga/ Farmacêutica, que consiste em:

_____

_____

_____

Estes procedimentos/tratamentos me foram explicados de forma clara pelo profissional _____ , nº do conselho _____, e não estou de acordo em me submeter a tais orientações.

Fui informado que a não realização dos procedimentos/tratamentos, bem como, o não recebimento dos medicamentos acima propostos, poderá ocasionar como desdobramentos possíveis, entre outras, as seguintes ocorrências e riscos:

Estou ciente ainda que, consoante disposição legal expressa do Código de Ética Médica, é vedado ao médico:

Art.22 – Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Certifico que este termo me foi explicado e que o li, ou que foi lido para mim e que entendi o seu conteúdo.

Araranguá-SC _____ de _____ de _____ às _____ horas e _____minutos.

Assinatura do paciente ou responsável	Assinatura do Médico responsável
Testemunhas	
Assinatura	Assinatura
Nome e RG	Nome e RG

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ADESÃO AO TRATAMENTO NO PROGRAMA DE INSULUNO-DEPENDENTES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU DO RESPONSÁVEL		
Nome:		
Doc. Identificação	Tipo:	Nº

AUTORIZO o médico e os demais profissionais vinculados à minha assistência, do Programa de Insulino-dependentes, a realizar o(s) seguinte(s) tratamento/procedimento(s):

_____

Os tratamentos/procedimentos propostos foram devidamente explicados quanto aos seus benefícios, riscos, complicações e alternativas possíveis, e tive a oportunidade de fazer perguntas, respondidas satisfatoriamente, em linguagem compreensível, permitindo o adequado entendimento, inclusive quanto aos benefícios e/ou complicações potenciais e riscos no caso de não ser tomada nenhuma atitude terapêutica diante da natureza da patologia diagnosticada. Estou ciente de que, para realização do(s) tratamento/procedimento(s) acima especificado(s), poderá ser necessária a utilização de medicamentos que não fazem parte da rede básica e/ou disponíveis no SUS.

Certifico que li este termo, ou que foi explicado pra mim, tendo sido explicado pelo médico e/ou profissionais do programa de Insulino-dependentes, inclusive quanto à possibilidade de sua revogação.

Pleno deste entendimento, autorizo a realização do procedimento proposto. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico e demais profissionais, sendo que autorizo a realização de outro exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente tratamento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

_____

Paciente e/ou representante

_____

Profissifional do Programa - (Carimbo e nº conselho)

_____

Testemunha - (carimbo/nºdoc/nºconselho)

ANEXO 3

FORMULÁRIO DE REFERENCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE SAÚDE:	
NOME DO PACIENTE:	CNS:
DATA DE NASCIMENTO	IDADE:
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CIDADE:
ESPECIALIDADE:	
ÁREA:	MICROÁREA:

REFERÊNCIA

MOTIVO DA CONSULTA:

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

DATA____/_____/_____/ Ass. DO MÉDICO CONSULTANTE

CONTRA-REFERÊNCIA

PARECER DA CONSULTA:

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

TRATAMENTO INDICADO:

DATA____/_____/_____/ Ass. DO MÉDICO ESPECIALISTA

ANEXO 4

TERMO DE COMODATO DO GLICOSÍMETRO

EU.....RG.....
.....CPF.....RECEBI DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARARANGUÁ.

( ) APARELHO GLICOSÍMETRO ( ) LANCETADOR ( ) LANCETAS

( ) TIRAS DE GLICEMIA ( ) 100 ( ) 50 ( ) QUANTIDADE

OBSERVAÇÂO:

- Paciente compromete-se a usar as tiras de glicemia dentro do parzo de validade.
- Paciente fica ciente, que após três meses de não comparecimento ao programa o mesmo poderá ser desligado.
- O programa se destina a atender usuários obrigatoriamente residentes no município de Araranguá.
- Será emprestado 01 aparelho ano a cada paciente, sendo que qualquer eventualidade que venha acontecer como: pilha, quebra, queda ou mau uso do mesmo será de inteira responsabilidade do paciente.
- As tiras teste somente serão entregues mediante a apresentação do cartão de controle.

Responsável pela entrega _____

Responsável pelo recebimento _____

Araranguá..... de .....20.....

ANEXO 5

FICHA DE REGISTRO DIÁRIO DO MONITORAMENTO GLICÊMICO

NOME_____ IDADE_____

DATA	HORARIO	VALOR	HORARIO	VALOR	HORARIO	VALOR	HORARIO	VALOR

ANEXO 6 - PROTOCOLO MÉDICO

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

ATENDIMENTO MÉDICO

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o automonitoramento da glicemia capilar

Para que o fornecimento destes insumos seja realizado de forma segura e eficaz, fez-se necessário o estabelecimento deste Protocolo que regulamenta suas indicações e seus esquemas terapêuticos, estabelecendo mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados.

Este Protocolo contém de forma resumida o conceito geral do Diabetes Mellitus, critérios de diagnóstico e tratamento, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes para o programa de insulinodependentes, esquema preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste automonitoramento.

DIABETES MELLITUS

O Diabetes mellitus (DM) é uma doença caracterizada pelo excesso de glicose no sangue, podendo evoluir com disfunções e insuficiências de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. O DM pode resultar de defeito da secreção e/ou ação da insulina e, de acordo com a etiologia, pode ser classificado em:

1) **Diabetes tipo 1** - Ocorre uma destruição de células β das ilhotas pancreáticas que produzem insulina, usualmente levando à deficiência absoluta deste hormônio. Na maioria dos casos há associação com autoimunidade, sendo que os marcadores da destruição imune incluem os auto-anticorpos contra as células das ilhotas, contra a insulina e contra a descarboxilase do ácido glutâmico (GAD).

2) **Diabetes tipo 2** - É provocado por um defeito na secreção de insulina. Agrava-se devido ao fator concomitante de resistência à insulina. Representa 90% a 95 % dos casos. Normalmente, estes indivíduos não necessitam de insulina exógena nos primeiros anos da doença, podendo até mesmo nunca necessitar deste recurso terapêutico.

3) **Outros tipos específicos de diabetes** – Envolvem os defeitos genéticos das células β, os defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias,

diabetes quimicamente induzido ou induzido por drogas, formas incomuns de diabetes imunomediado e outras síndromes genéticas, algumas vezes, associadas ao diabetes.

4) **Diabetes gestacional** - É definido como qualquer grau de intolerância à glicose com início ou primeira detecção durante a gravidez.

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidispsia, polifagia e perda de peso. Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica, ou mesmo complicações agudas como a cetoacidose diabética.

Atualmente, o diagnóstico da doença, exceto em gestantes, é feito através de glicemias de jejum (GJ) ≥ 126mg/dL, glicemia ao acaso ≥ 200mg/dL associada a sintomas clássicos ou glicemia ≥ 200mg/dL 120min após a administração de 75g de glicose, durante o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG). Para a confirmação diagnóstica, entretanto, estes testes devem ser confirmados com uma segunda dosagem. O uso da Hemoglobina Glicada (A1c) para o diagnóstico da doença não é recomendado até o momento.

O objetivo do tratamento é a prevenção das complicações micro e macrovasculares através do controle glicêmico próximo ao estado euglicêmico. O plano terapêutico deve envolver dieta, atividade física, hipoglicemiantes orais e/ou insulina. As abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são: a medida da glicemia de jejum, a medida da Hemoglobina Glicada (A1c), teste que reflete os níveis médios de glicemia nas últimas oito a doze semanas e o automonitoramento da glicemia capilar.

As metas a serem alcançadas, para diabéticos não gestantes, são: glicemia de jejum entre 90 e 130 e A1c igual ou menor que 7,0%. Metas menos rígidas da A1c podem ser apropriadas para pacientes com história de hipoglicemias severas, expectativa de vida limitada, crianças, indivíduos com múltiplas comorbidades e naqueles com diabetes de longa data e com complicações microvasculares mínimas ou estáveis.

O seguimento dos pacientes com DM inclui a participação nos grupos terapêuticos, consultas médicas e de enfermagem, realização de exames laboratoriais periódicos e o monitoramento da glicemia capilar nos serviços de saúde ou em domicílio, através do Automonitoramento da Glicemia Capilar.

O automonitoramento da glicemia capilar é considerado uma ferramenta importante para o controle do DM, sendo parte integrante do autocuidado das pessoas com diabetes mellitus insulinodependentes, aí compreendidos os portadores de diabetes mellitus tipo 1 (DM1), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e diabetes gestacional (DG) que usam insulina. Os resultados do automonitoramento glicêmico podem ser úteis na prevenção da hipoglicemia, na detecção

de hipo e hiperglicemias não sintomáticas, no ajuste da conduta terapêutica medicamentosa e não medicamentosa e pode ainda, funcionar como um fator educativo.

No entanto, o automonitoramento da glicemia deve ser utilizado de maneira inteligente, com efetividade de custo e com a frequência de testes indicada para cada condição clínica em especial. Uma crítica manifestada por alguns trabalhos da literatura internacional é a inércia do paciente em termos de não saber como proceder diante dos resultados do automonitoramento.

De fato, sem uma adequada educação em diabetes e sem uma orientação prática sobre o que fazer com os resultados dos testes, o automonitoramento perde o seu sentido. Portanto, o automonitoramento glicêmico não deve ser considerado como uma intervenção isolada, fazendo parte de um plano terapêutico global, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos.

O desconhecimento dos médicos e dos pacientes sobre as indicações específicas e os benefícios potenciais do automonitoramento glicêmico, a recusa do paciente em realizar a frequência necessária de testes para evitar as punções digitais (picadas de dedo) e o custo do automonitoramento glicêmico, principalmente para os pacientes que necessitam um maior número de testes diários e que não dispõem de nenhum tipo de cobertura para esses insumos, são fatores que impedem uma utilização mais ampla desse recurso diagnóstico quando clinicamente justificado.

Os melhores horários para a realização dos testes são os horários de maior descontrole glicêmico:

1) Testes pré-prandiais: antes do café da manhã, do almoço e do jantar;

2) Testes pós-prandiais: 2 horas após o café da manhã, o almoço e o jantar;

3) Hora de dormir;

4) Madrugada (2- 3 horas da manhã).

Alguns estudos apontam que a medida 2 horas após o almoço é a que melhor está correlacionada com o controle glicêmico, mais do que a glicemia de jejum.

Para a maioria dos pacientes com DM tipo 1 e DG em uso de insulina, o automonitoramento glicêmico é recomendado 3 ou mais vezes ao dia. Para os pacientes com DM tipo 2 em uso de insulina, entretanto, não há estudos que ditem a frequência e horários ideais, devendo o controle ser realizado da melhor forma para atingir as metas glicêmicas. Segue uma tabela com sugestão para frequência de testes de acordo com algumas situações clínicas específicas:

Número de testes/dia	Situação Clínica
4 a 6 testes por dia, até o alcance das metas preestabelecidas	- Início do tratamento com insulina; - Ajuste da dose de insulina; - Estresse clínico e cirúrgico (infecções, cirurgias, etc.)
2 a 4 testes por dia, em diferentes horários	- Tipo 1 ou tipo 2 com insulinização plena; - Utilização de insulinas de ação rápida conforme glicemia capilar; - Terapia com drogas diabetogênicas (corticosteróides, imunossupressores etc.); - HbA1C elevada com glicemia de jejum normal.
1 a 2 testes por dia, em diferentes horários	- Tipo 1 com tratamento insulínico estável; - Tipo 2 em uso de antidiabéticos orais + insulinização parcial.

O esquema proposto acima deve servir apenas como marco referencial, sendo que caberá ao profissional de saúde definir a frequência e os horários dos testes de glicemia mais adequados para cada paciente. Testes adicionais devem ser realizados na ocorrência de certas situações clínicas, tais como doenças agudas intercorrentes, alterações no tratamento, pacientes com falta de percepção da hipoglicemia ou episódios de hipoglicemias graves.

Para os diabéticos que usam insulina e praticam exercício, o automonitoramento glicêmico antes, durante e, especialmente, duas horas após o exercício pode contribuir para estabelecer o nível de resposta à atividade física. Essa informação pode ser usada para fazer ajustes nas doses e/ou na ingestão de carboidratos e evitar alterações glicêmicas significativas, sobretudo a hipoglicemia. Os valores que se esperam encontrar no automonitoramento glicêmico realizados em glicosímetros que se utilizam do plasma para determinação da glicemia capilar são:

- Glicemia de jejum entre 90 e 120mg/dl;
- Glicemias pré-prandiais até 140mg/dl;
- Glicemias pós-prandiais até 180mg/dl.

Diabéticos tipo 2 em uso de associação de insulina e hipoglicemiantes orais que atingiram condição clínica estável, com baixa variabilidade nos resultados dos testes, HbA1C normal ou quase normal, têm menor necessidade de testes e pode-se considerar a devolução de suas fitas reagentes e glicosímetros para os serviços de saúde. Estes pacientes deverão continuar monitorando a glicemia capilar nos Centros de Saúde e, eventualmente solicitar novamente o glicosímetro caso ocorra descompensação do quadro. Enquanto isso, estes aparelhos poderão ser aproveitados por outros pacientes mais instáveis.

Para fazer jus a esse benefício, é absolutamente necessário que o paciente assuma as responsabilidades que lhe cabem. A falta de adesão do paciente às recomendações dos profissionais de saúde relativas às condutas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas é motivo suficiente para a interrupção do fornecimento do benefício.

Os profissionais de saúde devem estar atentos, também, ao número de tiras reagentes que o paciente efetivamente tem feito uso, evitando prescrições desnecessárias.

ANEXO 7 - PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

Durante o atendimento aos usuários cadastrados no Programa de Insulinodependentes, deverá ser aplicado o Processo de Enfermagem, contendo o histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico e prescrição de enfermagem.

O Histórico de Enfermagem compreende a história familiar; situação cultural, socioeconômico, grau de instrução, gregária (trabalha, descendência, com quem vive, quem cuida...); estilo de vida: (hábitos alimentares, eliminações, hábitos de higiene, sexualidade, práticas de atividades física, fatores de risco para estresse, lazer, vida social, tabagismo, etilismo, dependência química, etc); doenças prévias; comorbidades; sinais/sintomas; tratamento medicamentoso (utilização, posologia, adesão e reações adversas) e condições para o auto cuidado (lúcido, orientado, nível de compreensão, independente, etc).

O Exame Físico inclui avaliação céfalo caudal (atentar cavidade oral, integridade da pele, membros inferiores e pés), peso, altura, circunferência abdominal, IMC (Índice de Massa Corporal), sinais vitais, teste de glicemia capilar e sensibilidade de extremidades.

Os diagnósticos de enfermagem mais comuns para o paciente diabético compreendem: risco para déficit ou comprometimento de volume de líquidos relacionado à poliúria e desidratação; nutrição alterada mais do que as necessidades corporais relacionadas à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas (obesidade, desequilíbrio na ingestão de calorias, ingestão excessiva de sódio, ingestão insuficiente de potássio e desequilíbrio hídrico); risco de lesão relacionado aos efeitos da insulina; déficit de conhecimento relacionado a informações sobre o auto cuidado para o diabetes, comprometimento físico e fatores sociais; risco para intolerância à atividade física relacionado ao medo de fraquezas e desmaios; ansiedade relacionada à perda do controle e medo das complicações; risco para integridade da pele prejudicada relacionada à redução da sensibilidade e da circulação para as extremidades inferiores; risco para padrão de sono prejudicado relacionado à ansiedade e fadiga; risco para infecção relacionado à doença crônica; comprometimento da atividade física (sedentarismo, exercício físico irregular ou impróprio); não aderência ao acompanhamento médico; não aderência a terapia medicamentosa (uso irregular); risco para disfunção neuro vascular periférica (pé diabético); risco para alterações sensoriais (tato, visão, paladar).

Nas consultas subsequentes deverá ser seguido o sistema de Evolução de Enfermagem (SOAP):

S: Motivo da consulta, se faz tratamento, potencialidades e limitações, efeitos adversos da terapêutica, aprendizado sobre automonitoramento glicêmico, queixas atuais, doenças intercorrentes, alterações dos hábitos alimentares, sono e repouso, sexualidade, tabagismo, etilismo, atividades físicas, atividades de lazer, família, condições para o auto cuidado e resgate das informações da última consulta.

O: Avaliação céfalo caudal, verificar pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, HGT, peso, estatura, IMC; avaliar circunferência abdominal (acima de 100cm para homens e acima de 90cm para mulheres); observar condições da pele: avaliar locais de aplicação de insulina (rodízio); avaliar edema e realizar exame de membros inferiores e pés.

A: Análise das intercorrências encontradas no S ou O.

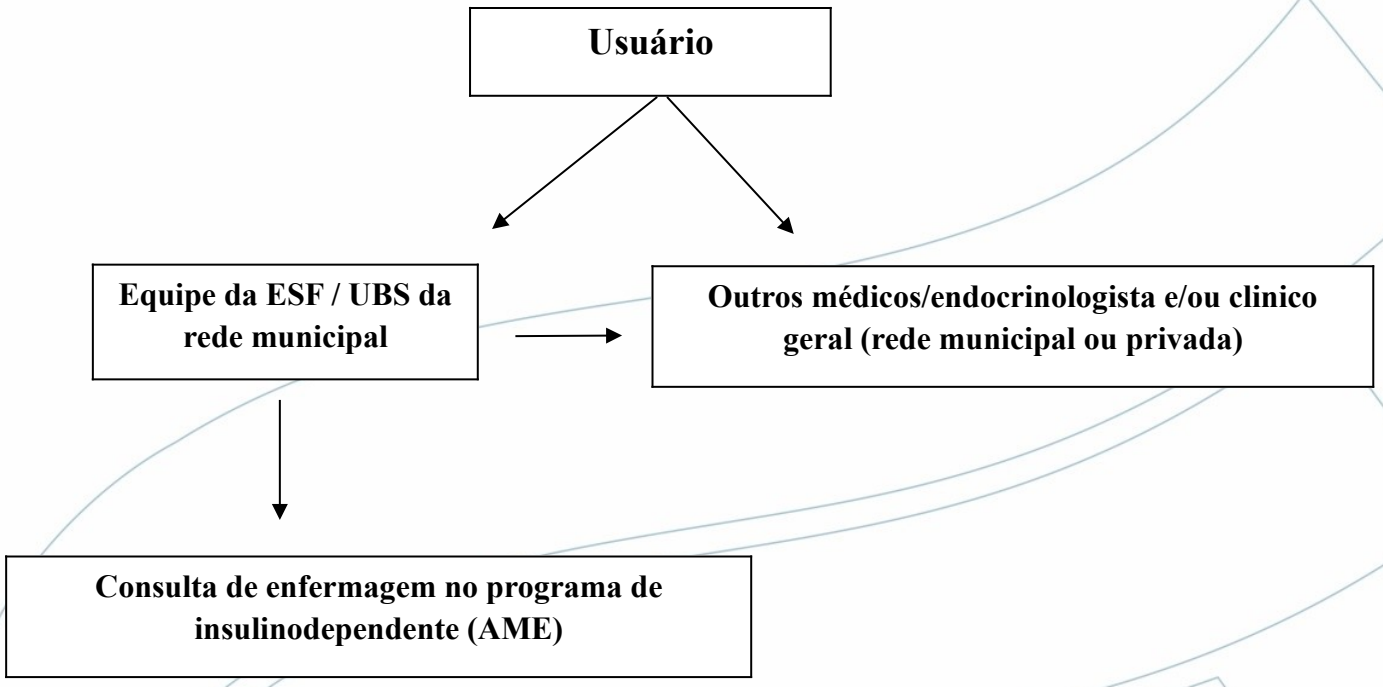
P: Prescrição de enfermagem.

Registro no sistema PEC/ GMUS - formato SOAP:

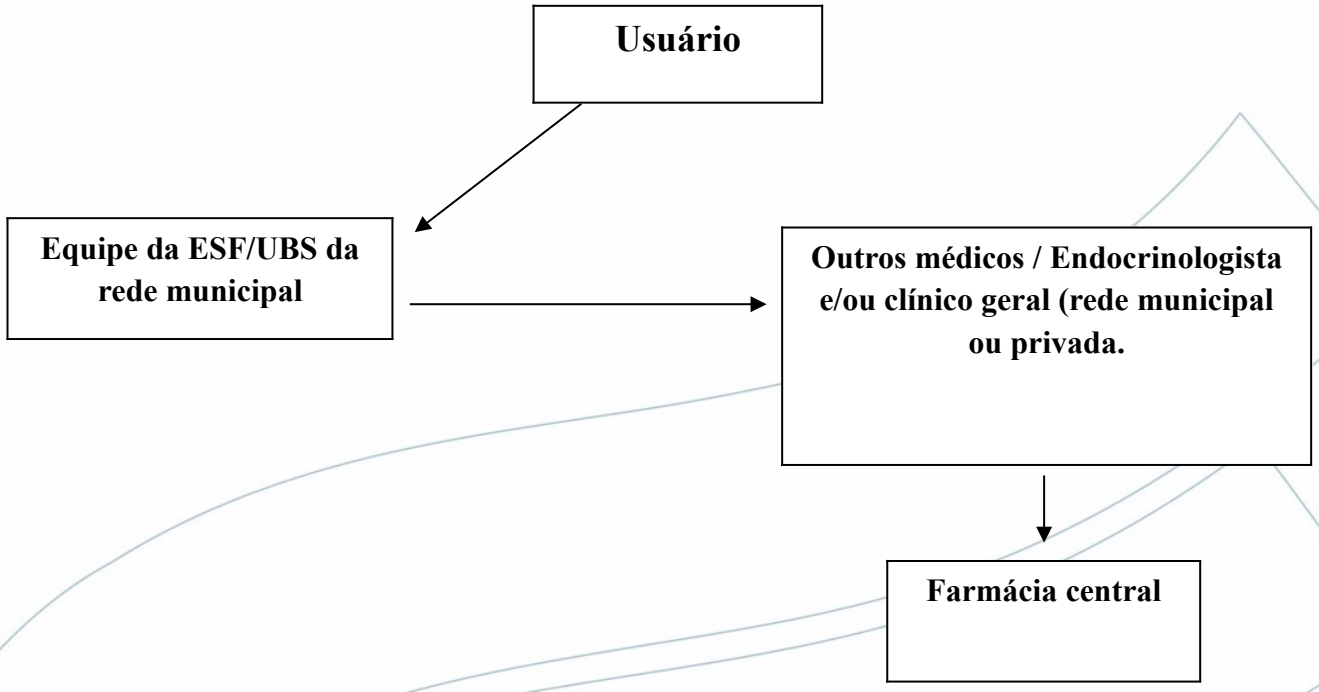
A consulta de enfermagem será sempre mensal, intercalada com a consulta médica trimestral. A consulta e o acompanhamento poderá ser individual ou coletivo, a critério de cada Centro de Saúde. Quando for realizada em grupo deverá se adaptar aos critérios da consulta individual, porém priorizando as necessidades evidenciadas e tendo em vista que o acompanhamento é contínuo.

ANEXO 8 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO

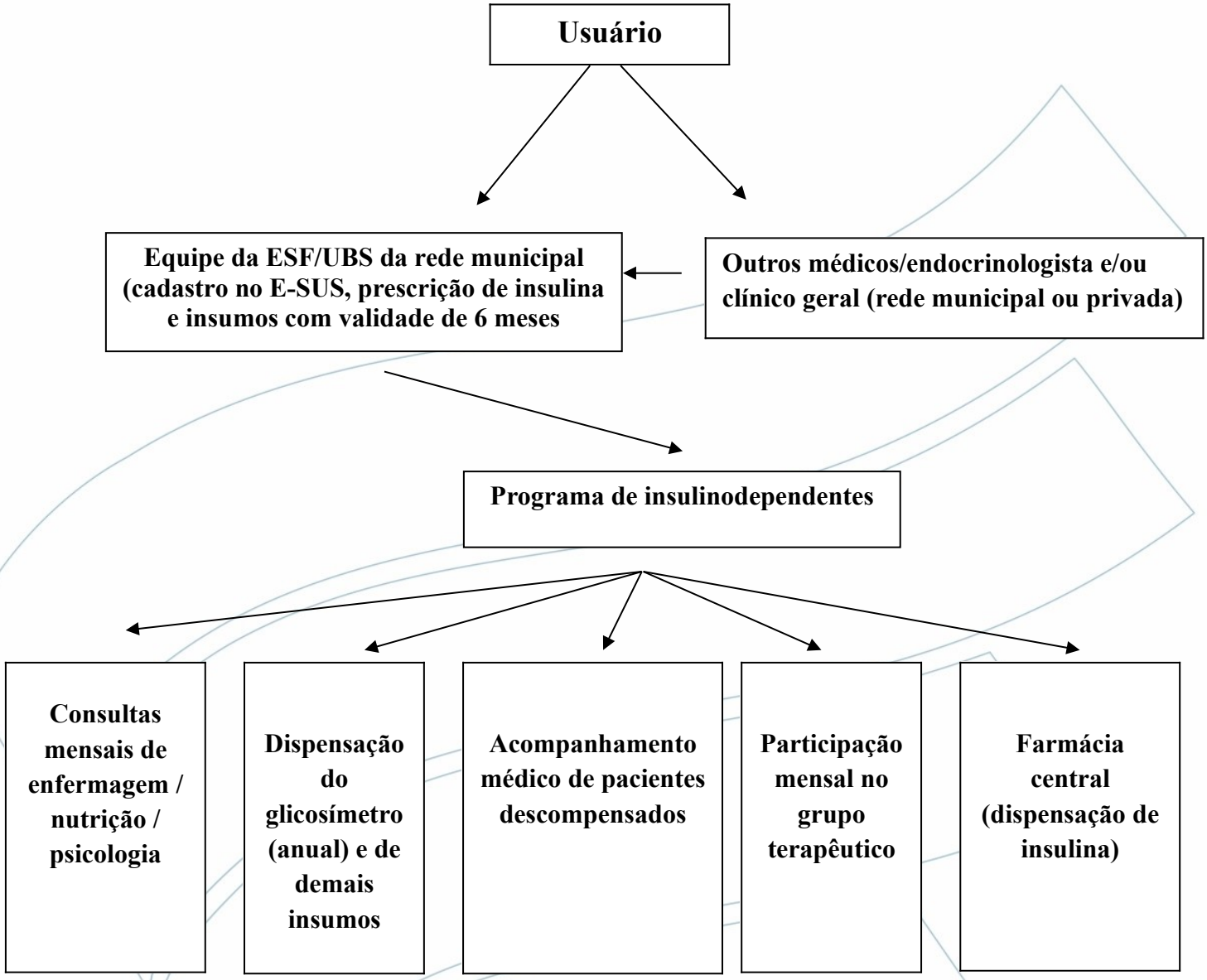
Fluxograma para a entrega de glicosímetros, lancetas e tiras reagentes



Fluxograma para entrega de insulina



Fluxograma para o acompanhamento dos usuários



ANEXO 9 – LEGISLAÇÃO

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006

Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1ºOs portadores de diabetes receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde - SUS, os medicamentos necessários para o tratamento de sua condição e os materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar.

§ 1º O Poder Executivo, por meio do Ministério da Saúde, selecionará os medicamentos e materiais de que trata o caput, com vistas a orientar sua aquisição pelos gestores do SUS.

§ 2º A seleção a que se refere o § 1º deverá ser revista e republicada anualmente ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos, tecnologias e produtos no mercado.

§ 3º É condição para o recebimento dos medicamentos e materiais citados no caput estar inscrito em programa de educação especial para diabéticos.

Art. 2º(VETADO)

Art. 3º É assegurado ao diabético o direito de requerer, em caso de atraso na dispensação dos medicamentos e materiais citados no art. 1º, informações acerca do fato à autoridade sanitária municipal.

Parágrafo único.(VETADO)

Art. 4º (VETADO)

Art. 5ºEsta Lei entra em vigor no prazo de 360 (trezentos e sessenta) dias, a contar da data de sua publicação.

PORTARIA Nº 2.583 DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus.

Considerando a Lei nº 11.347 de 27 de setembro de 2006, que dispõe sobre o fornecimento de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e monitoramento da glicemia capilar, em especial o citado no § 1º do artigo 1º.

Considerando a Portaria nº 2.475/GM, de 13 de outubro de 2006, que aprova a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2006;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na implementação e financiamento dos programas e ações do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, de 27 de setembro de 2007

RESOLVE:

Art. 1º Definir o elenco de medicamentos e insumos que devem ser disponibilizados na rede do Sistema Único de Saúde, destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes mellitus, nos termos da Lei Federal nº 11.347, de 2006.

I - MEDICAMENTOS:

a) glibenclamida 5 mg comprimido;

b) cloridrato de metformina 500 mg e 850 mg comprimido;

c) glicazida 80 mg comprimido;

d) insulina humana NPH - suspensão injetável 100 UI/mL; e

e) insulina humana regular - suspensão injetável 100 UI/mL.

II - INSUMOS:

a) seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;

b) tiras reagentes de medida de glicemia capilar; e

c) lancetas para punção digital.

Art. 2º Os insumos do inciso II do artigo 1º devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus insulino-dependentes e que estejam cadastrados no cartão SUS e/ou no Programa de Hipertensão e Diabetes - Hiperdia.

§ 1º As tiras reagentes de medida de glicemia capilar serão fornecidas mediante a disponibilidade de aparelhos medidores (glicosímetros).

§ 2º A prescrição para o automonitoramento será feita a critério da Equipe de Saúde responsável pelo acompanhamento do usuário portador de diabetes mellitus, observadas as normas estabelecidas no Anexo a esta Portaria.

§ 3º O fornecimento de seringas e agulhas para administração de insulina deve seguir o protocolo estabelecido para o manejo e tratamento do diabetes mellitus contido no nº 16 da série "Cadernos da Atenção Básica - Ministério da Saúde, disponível em versões impressa e eletrônica no endereço http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/cadernos_ab/documentos/abcad16.pdf.

Art. 3º Os usuários portadores de diabetes mellitus insulinos-dependentes devem estar inscritos nos Programas de Educação para Diabéticos, promovidos pelas unidades de saúde do SUS, executados conforme descrito:

I - a participação de portadores de diabetes mellitus pressupõe vínculo com a unidade de saúde do SUS responsável pela oferta do Programa de Educação, que deve estar inserido no processo terapêutico individual e coletivo, incluindo acompanhamento clínico e seguimento terapêutico, formalizados por meio dos devidos registros em prontuário;

II - as ações programáticas abordarão componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e as atualizações técnicas relativas a diabetes mellitus;

III - as ações devem ter como objetivos o desenvolvimento da autonomia para o autocuidado, a construção de habilidades e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, objetivando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus.

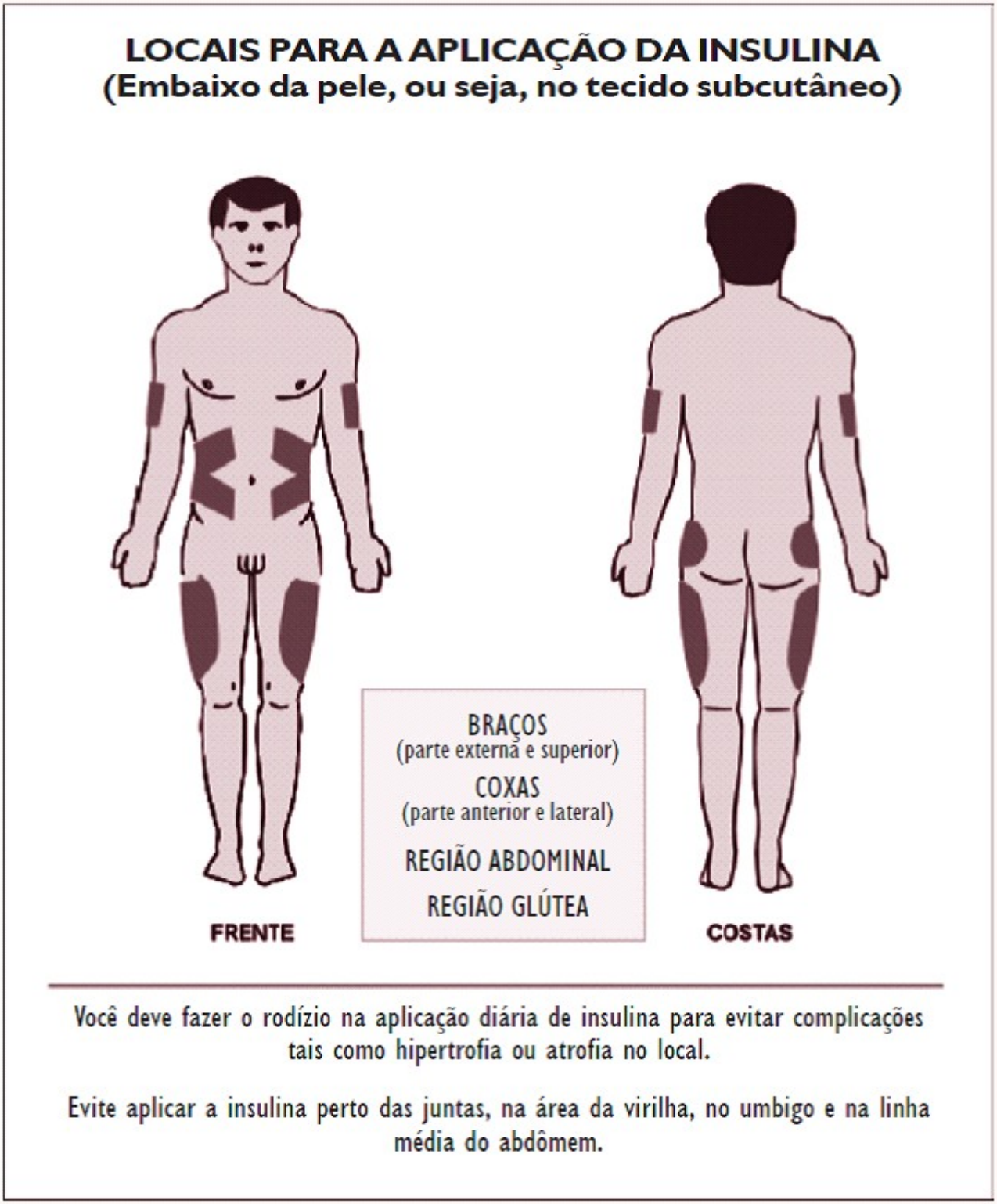
Art. 4º A aquisição, a distribuição, a dispensação e o financiamento dos medicamentos e insumos de que trata esta Portaria são de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação Tripartite e as normas do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

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

ANEXO 10

LOCAIS PARA APLICAÇÃO, COMO PREPARAR E APLICAR INSULINA

Fonte: CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA – DIABETES MELITUS – 2006



Quadro 17. Manejo do pé diabético de acordo com nível de risco.

Classificação	Manejo
Sem risco adicional	Elaborar um plano individualizado de manejo que inclua orientações sobre cuidados com os pés.
Em risco	Agendar consultas de revisão a cada 6 meses com uma equipe multidisciplinar* capacitada para manejar o pé diabético. Em cada consulta deve-se: • Inspecionar ambos os pés-assegurar cuidado de problemas identificados quando indicado. • Avaliar os calçados que o paciente usa- fornecer orientações adequadas. • Aprimorar os conhecimentos do paciente sobre como cuidar do seu pé diabético.
Alto risco	Agendar consultas de revisão a cada 3-6 meses com uma equipe multidisciplinar capacitada para manejar o pé diabético. Em cada consulta deve-se: • Inspecionar ambos os pés - assegurar cuidado dos problemas identificados quando indicado. • Avaliar os calçados que o paciente usa - fornecer orientações adequadas e, quando possível, palmiljas e sapatos especiais quando indicado. • Considerar a necessidade de avaliação vascular ou encaminhamento para especialista.Avaliar e assegurar o fornecimento de uma orientação mais intensiva sobre cuidados com o pé diabético.
Com presença de ulceração ou infecção (incluindo emergências do pé diabético)	Encaminhar para uma equipe multidisciplinar de atenção ao pé diabético em um prazo de 24 horas para manejar adequadamente os ferimentos, com curativo e desbridamento conforme indicado: • Avaliar a indicação de antibioticoterapia sistêmica (frequentemente a longo prazo) para celulite ou infecção óssea; o tratamento de primeira linha consiste em penicilinas genéricas, macrolídeos, clindamicina e/ou metronidazol, conforme indicado, e ciprofloxacina ou amoxicilina-clavulanato como antibióticos de segunda linha. • Otimizar a distribuição da pressão (imobilização se indicado e não contra-indicado), investigação e tratamento (referência) para insuficiência vascular. • Sondar o comprometimento do osso para a suspeita de osteomielite, incluído radiologia e imagens, ressonância magnética e biópsia quando indicados. • Assegurar um controle adequado de glicemia. • Encaminhar para cuidados especiais (podólogo e sapatos ortopédicos), e uma discussão individualizada sobre a prevenção de recorrências, após a úlcera ter cicatrizado.

* Uma equipe treinada para prover cuidados com o pé diabético deve incluir médicos com um interesse especial em pé diabético, profissionais capacitados para educação em saúde e indivíduos com treinamento formal em cuidados com os pés (geralmente podólogos ou enfermeiras treinadas).

Fonte: CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA – DIABETES MELITUS – 2006

COMO PREPARAR A INSULINA

1

SERINGA DE 1cc
CADA SUBDIVISÃO = 2 UNIDADES

SERINGA DE 0,5 cc
CADA SUBDIVISÃO = 1 UNIDADES

2

Lavar as bem as mãos com água e sabão

3

Limpar a tampa do frasco usando algodão com álcool.

Rolar o frasco entre as mãos para misturar a insulina. Não agitar o frasco.

4

Retirar o protetor e evitar encostar os dedos na agulha para que não ocorra conatminação.

5

Puxar o êmbolo da seringa até a marca da quantidade de insulina que você usa.

6

Injetar o ar de dentro da insulina, isto permite que a insulina seja facilmente retirada do frasco.

7

Virar o frasco e a seringa para baixo. Puxar o êmbolo lentamente, para aspirar a insulina para dentro da seringa.

8

Verificar se existem bolhas de ar. Para tirá-las, bater com o dedo na parte da seringa onde elas estão ou injetar a insulina de volta para o frasco. Em seguida, retirar a dose de insulina que você vai usar.

COMO APLICAR A INSULINA

1

Escolher o local para aplicar a insulina. Limpar a pele usando algodão com álcool e deixar secar. Manter uma distância de mais ou menos 2 cm do local onde você tomou a injeção anterior, se a área do corpo for a mesma.

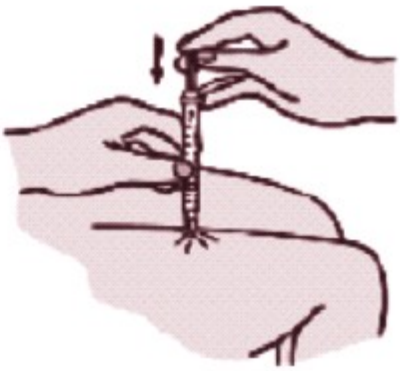
2

Fazer uma prega na pele onde você vai aplicar a insulina. Pegar na seringa como se fosse um lápis. Introduzir a agulha na pele, num ângulo de 90°, soltar a prega cutânea. **Obs.:** em pessoas muito magras ou crianças menores, a injeção poderá ser feita num ângulo de 45° para evitar que seja aplicada no músculo.

3

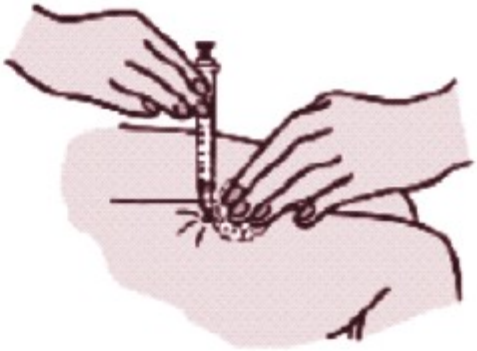
Ao iniciar a aplicação da insulina, se for encontrada a presença de sangue na seringa, seguir as seguintes orientações:

1) Sangue em pequena quantidade: continuar a aplicação
2) Sangue em grande quantidade: parar a aplicação. Jogue fora a seringa com a insulina e prepare outra dose.



4

Injetar insulina, empurrando o êmbolo até o final. Retirar a seringa e fazer uma leve pressão no local, usando o algodão com álcool.



8. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS REFERÊNCIAS**

LEI Nº 11.347 - DE 27 DE SETEMBRO DE 2006 – DOU DE 28/9/2006

PORTARIA Nº 2.583 DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabettes – 2006

OLIVEIRA JEP. Diabetes Melito: Quadro Atual no Brasil. Risco Cardiovascular Global 2001. São Paulo: Lemos Editorial, v. 1, 2001, 47p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro sobre Diabetes: diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2, 2000.

UNGER RH, FOSTER DW. Diabetes mellitus. In: Wilson JD, Foster DW, Kronenberg HM, Larsen PR, eds. Williams textbook of endocrinology. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders Co. 1998. p.974-1013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION: The prevention or delay of type 2 diabetes. Diabetes Care 2002;25:742-9.

KING H, AUBERT RE, HERMAN W. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numeric estimates and projections. Diabetes Care 1998;21:1414-31.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Melitus. Ministério da Saúde. Brasília – DF - 2006

BRASIL. Guia Prático em Saúde: Clinica Médica/ Fernanda Mazza; coordenação Fernanda Ferreira ...[et al]. – 1ª Ed. – São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2015. Il.

Equipe de Regulação Municipal

Município de Araranguá