

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE SANTA MARIA DO OESTE

Rua Ceso Ferreira Jorge, S/N – E-mail secsaudesmo2022@gmail.com

Farmácia Municipal de Saúde Endereço: Rua Celso Ferreira Jorge		
POP	EMISSÃO	APROVADO
04	13/2022	2022
Elaborado Por: Josias Gonçalves Cargo: Secretário Municipal de Saúde		Aprovado Por: Crisdelby Stremel Leite Cargo: Farmacêutica

INSULINAS

Garantir o uso seguro e esclarecer o fluxo correto da solicitação e retiradas dos insumos destinados ao monitoramento da glicemia capilar dos portadores de diabetes mellitus.

1. RESPONSÁVEIS PELO PROCEDIMENTO

Farmacêuticos e Atendentes sob supervisão farmacêutica, técnicos de enfermagem e Enfermeiros responsáveis pelas Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Maria do Oeste.

2. RESPONSABILIDADE

Farmacêutico

3. MATERIAIS

Caneta, Carimbo, Refrigerador Indrel, Tira teste, Lancetas, Algodão, Luvas, Aparelhos de Monitoramento.

4. Considerações

O Diabetes Mellitus 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.

As intervenções terapêuticas do diabetes visam ao rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas no sentido de prevenir ou retardar a progressão da doença para as complicações mais graves.

De acordo com a Portaria nº 2.583, de 10 de outubro de 2007, os insumos:

- Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina;
- Agulhas para canetas;
- Tiras reagentes de medida de glicemia capilar;

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE SANTA MARIA DO OESTE

Rua Ceso Ferreira Jorge, S/N – E-mail secsaudesmo2022@gmail.com

- Lancetas para punção digital.
- Glicosímetro

5. PROCEDIMENTO

A Insulina deverá ser disponibilizada aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus, insulino dependentes e diabetes gestacional que estejam cadastrados no cartão SUS e no Programa de Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA.

Para efetivar o cadastramento, o paciente deverá comparecer a Farmácia Municipal de Saúde, onde fará a apresentação da receita médica e acompanhamento via Unidade Básica de Saúde.

Os insumos fornecidos para monitoramento do uso da insulina deverá ser de uso exclusivo e somente para pacientes Insulino dependentes e devem ser disponibilizados aos usuários do SUS, portadores de diabetes mellitus ou diabetes gestacional que estejam cadastrados no cartão SUS e no Programa de Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA.

Uma vez realizado o cadastro (anexo I e II) na Unidade Básica de Saúde, a enfermagem, deverá enviar o cadastro do paciente que será acompanhado, à Coordenação Atenção básica e posteriormente para Coordenação da Assistência Farmacêutica, para controle do paciente que será acompanhado.

Insumos disponibilizados aos portadores de diabetes, usuários de Insulina Fornecimento para pacientes já cadastrados.

- Solicitar o receituário médico, com validade para 6 meses.
- Verificar se o paciente trouxe transporte adequado para armazenamento da Insulina.
- Caixa de Isopor com gelo/ou outro que visa segurar a temperatura (2C° a 8C°);
- Disponibilizar Frasco de Insulina NPH ou REGULAR, para pacientes insulino dependentes devidamente cadastrados (contendo 1000UI);
- Disponibilizar Caneta de Insulina NPH ou REGULAR, para pacientes menores de 16, e maiores de 50 anos, devidamente cadastrados (contendo 300UI);
- Realizar cálculo de acordo com quantidade prescrita, para fornecimento e uso para 28 dias;
- Orientar o paciente o uso correto da insulina, bem como sua validade após aberto 28 (vinte oito dias);
- Dispensar de seringas descartáveis: Todo paciente do SUS, portador de diabetes e usuário de insulina, poderá receber até 60 seringas com agulha acoplada ao mês, para a auto aplicação de insulina.
- Fornecimento de tiras reagentes para automonitorização: As tiras reagentes para

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE SANTA MARIA DO OESTE

Rua Ceso Ferreira Jorge, S/N – E-mail secsaudesmo2022@gmail.com

medida da glicemia capilar serão disponibilizadas até 100 tiras por mês, aos usuários do SUS, portadores de diabetes e usuários de insulina, que estejam cadastrados.

- Orientar o paciente sobre o descarte consciente e correto dos insumos a serem descartados, após o uso, onde poderá realizar a logística reversa para o setor de saúde em frascos Pets/ Frascos de amaciantes, e assim serem colhidos por empresa contratada para descarte de contaminado biológico.

Critérios para inclusão de pacientes para automonitoramento da glicemia capilar (AMGC)

O automonitoramento da glicemia capilar não deve ser considerado como uma intervenção isolada; sua necessidade e finalidade devem ser avaliadas pela equipe de saúde de acordo com o plano terapêutico, que inclui intervenções de mudança de estilo de vida e medicamentos. Deve estar integrado ao processo terapêutico e, sobretudo, ao desenvolvimento da autonomia do portador para o autocuidado por intermédio da Educação em Saúde. A indicação deve ser reavaliada pelo médico e regulada a depender dos diversos estágios da evolução da doença, acordado com o paciente que deve ser capacitado a interpretar os resultados e fazer as mudanças apropriadas nas dosagens da insulina.

Avaliação e controle

A avaliação e controle para os pacientes que realizam o automonitoramento devem ser feita mensal no máximo trimestralmente na Unidade de Saúde de Referência. Para isso, o paciente deverá realizar acompanhamento mensal do monitoramento glicêmico através do Cuidado Farmacêutico (verificação do glicosímetro com impressão de relatório);

No ato da dispensação devem ser observados na receita:

- I - Data da receita;
- II - Realizar a dispensação no sistema;
- III – Quantidade em unidades utilizadas pelo paciente;
- IV – Número de frascos/ canetas, bem como o lote da insulina a ser dispensado;
- V – Transporte térmico com gelo.

Anexos

ANEXO I

DECLARAÇÃO MÉDICA – PROGRAMA INSULINODEPENDENTE

EU (nome do médico), MÉDICO DO SERVIÇO DE SAÚDE (nome da Unidade de Saúde - SUS), venho por meio de este solicitar a inclusão do paciente (nome do paciente), cartão SUS nº (nº cartão SUS do paciente) no PROGRAMA INSULINODEPENDENTE, a fim de que o paciente receba mensalmente os insumos do PROGRAMA.

SECRETARIA MUNICIPAL SAÚDE DE SANTA MARIA DO OESTE

Rua Ceso Ferreira Jorge, S/N – E-mail secsaudesmo2022@gmail.com

Atesto que o paciente é diabético e usuário de insulina. Por este motivo, solicito a dispensação de:

() 50 fitas reagentes ao mês

() 100 fitas reagentes ao mês

() 100 fitas reagentes ao mês – paciente DIABETES GESTACIONAL () 1 aparelho glicosímetro

() 30 seringas descartáveis com agulha acoplada ao mês, para aplicação de insulina.

() 60 seringas descartáveis com agulha acoplada ao mês, para aplicação de insulina.

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO E CRM:

ANEXO II

ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM – INSCRIÇÃO NO PROGRAMA HIPERDIA

EU (nome do enfermeiro), ENFERMEIRO DO SERVIÇO DE SAÚDE (nome da Unidade de Saúde - SUS), venho por meio de este solicitar a inclusão do paciente (nome do paciente), cartão SUS nº (nº cartão SUS do paciente) no PROGRAMA INSULINODEPENDENTE, a fim de que o paciente receba mensalmente os insumos do PROGRAMA.

Atesto que o paciente é cadastrado no PROGRAMA HIPERDIA e poderá fazer o acompanhamento nesta Unidade de Saúde.

DATA: / /

ASSINATURA DO ENFERMEIRO E COREN:

Josias Gonçalves
Secretário Municipal de Saúde

Crisdelby Stremel Leite
Cargo: Farmacêutica