

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROTOCOLO MUNICIPAL

de fornecimento de BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA (BII) e insumos para pacientes diabéticos tipo 1, menores de 18 anos, em cumprimento à ação cível (401/2004).

BAURU
2024

Versão 1 – 2008 (eproc:35772/2004. Apensado eproc32986/2008 f.4-f.7)

Proposta de Protocolo de Atendimento para pacientes usuários da Bomba de Infusão em Insulina

Dr Carlos Alberto Macharelli. Diretor Técnico Dpto de Saúde.

Dr Mario Ramos de Paula e Silva. Secretário Municipal de Saúde.

Versão 2 – 2011 (eproc:35772/2004 f.295-298)

Protocolo de Atendimento para pacientes menores de 18 anos, usuários da Bomba de Infusão em Insulina

Doroti da Conceição Vieira Alves da Silva. Diretora Técnica do Dpto Regional de Saúde - DRS VI

José Fernando Casquel Monti. Secretário Municipal de Saúde.

Dra Maria Ligia Gerdullo Pin. Diretora de Dpto de Unidades Ambulatoriais (DUA).

Katia Cristina R. Turato. Chefe de Seção de Apoio Social.

Jussemi Biazon Daltin. Diretora de Divisão de Assistência Farmacêutica (DAF).

Versão 3 – 2023 (eproc: 134274/2023)

Protocolo Municipal de fornecimento de Bomba de Infusão de Insulina (BII) para pacientes diabéticos tipo 1, menores de 18 anos.

Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti. Secretária Municipal de Saúde.

Grupo Revisor/elaboração:

Jussemi Biazon Daltin. Farmacêutica. Diretora da Divisão de Avaliação e Planejamento. DAP. CPPAS/SMS.

Karina Fuzisaka Ferreira. Enfermeira.

Michele Cristina Vermelho. Enfermeira. Diretora DUR.

Marcia Regina Martins Lopes. Assistente Social. Chefe da Unidade de Apoio Social.

Maria Eugenia Guerra Mutro. Enfermeira. Presidente da Comissão Permanente de Protocolos de Assistência à Saúde CPPAS/SMS.

Validação

Núcleo de Segurança do Paciente (NSP). Gestão 2023-2024.

Autorização (14/03/2024)

Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti. Secretária Municipal de Saúde – Bauru/SP.

Sumário

1. SOBRE A BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA (BII).....	1
2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, MANUTENÇÃO, EXCLUSÃO E FORNECIMENTO DE BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA (BII) E INSUMOS:	1
2.1 Inclusão	1
2.2 Manutenção no programa	2
2.3 Exclusão	3
3. FLUXO DE ENTREGA DA BII E INSUMOS	3
APÊNDICES	7
APÊNDICE I – Contrato de permissão de uso Bomba de Infusão de Insulina (BII)	7
APÊNDICE II - Formulário para devolução de equipamentos – BII	9
APÊNDICE III - Relação dos pacientes cadastrados e encaminhados para fornecimento da BII e insumos para o estado e município. Bauru,2023.	10

APRESENTAÇÃO

Este protocolo trata-se do fluxo de entrega de insumos e equipamentos pacientes diabéticos tipo 1, menores de 18 anos, em cumprimento à ação cível (401/2004) pela Unidade de Apoio Social, no município de Bauru.

1. SOBRE A BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA (BII)

A BII é um sistema de alto custo, do tamanho de um cartão de crédito, com cerca de 3 centímetros de espessura, com peso aproximado de 100 a 400 gramas, que deve estar ligado ao corpo por um cateter com agulha flexível em sua extremidade. É programada automaticamente para garantir o controle eficiente da glicemia no organismo, injetando doses de insulina no paciente numa quantidade pré-determinada e personalizada pelo médico especialista.

Permite maior conforto ao paciente uma vez que ele não precisa ficar restrito a horários rígidos de refeição e pode levar uma vida com melhor qualidade.

Indicado para Indivíduos insulino dependentes, portadores de Diabetes mellitus tipo 1, que apresentem dificuldades nos métodos tradicionais de controle da glicemia menores de 18 anos, de acordo com uma ação cível (nº401/2004). Por se tratar de um controle oneroso, o tratamento deve ser amplamente apresentado e discutido entre o paciente, familiares e o médico prescritor.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, MANUTENÇÃO, EXCLUSÃO E FORNECIMENTO DE BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA (BII) E INSUMOS:

2.1 Inclusão

O paciente deve:

1. Ter até 17 anos, 11 meses e 29 dias;
2. E Ter Diabetes mellitus tipo 1, insulino dependente e falência do controle glicêmico pelos métodos convencionais;
3. Ter laudo do médico endocrinologista, atestando a necessidade do uso de BII. A prescrição deve estar isenta de marca e modelo;
4. O responsável pelo paciente deverá preencher/assinar o contrato de permissão de uso de responsabilidade sobre o aparelho (apêndice I).
5. Ser morador de Bauru/SP. Apresentar comprovante de residência (no nome do responsável) e comprovante de matrícula escolar.

Documentos necessários:

- () Receituário médico/endocrinologista com descrição dos insumos (SUS ou saúde suplementar);
- () Relatório médico da necessidade do paciente (BII + insumos);
- () Três resultados de hemoglobina glicada (caso não possua 3, apresentar justificativa);
- () Relatório de monitoramento de glicemia;
- () Comprovante de endereço;
- () Comprovante de matrícula escolar;
- () Documentos pessoais (RG, Cartão Nacional de Saúde).

Considerações:

- ✓ O médico/endocrinologista da rede pública ou saúde suplementar deverá fazer a prescrição isenta de marca ou modelo, uma vez que o aparelho e seus respectivos insumos serão adquiridos baseados nos descritivos de compra e licitação municipal que atendam à ação cível e às necessidades do paciente.
- ✓ As bombas de infusão serão fornecidas de modo compartilhado entre município e o estado para pacientes com até 17 anos, 11 meses e 29 dias. Mediante o preenchimento dos critérios para seu fornecimento, conforme Lei estadual 10.782/2001(SP) em seu Art. 3º prevê que “a direção do SUS, estadual e municipal, garantirá o fornecimento universal de medicamentos, insumos, materiais de autocontrole e autoaplicação de medicações, além de outros procedimentos necessários à atenção integral da pessoa portadora de diabetes”.

2.2 Manutenção no programa

1. Apresentar prescrição médica (a cada 3 meses) à Unidade de Apoio Social, reiterando o uso da BII/insumos e situação de saúde, para aqueles que estão inscritos pelo município.
Se houver alteração da prescrição, os insumos serão fornecidos no mês seguinte à entrega da receita, devido à provisão de insumos.
2. Apresentar anualmente comprovante de residência e matrícula escolar, no mês de janeiro ou no primeiro mês do ano que coincida com a entrega da prescrição médica.
3. As crianças e adolescentes, moradores de Bauru, que usam BII deverão ter acompanhamento ambulatorial com equipe multidisciplinar no Ambulatório de Especialidades Médica Municipal (CEMM) – Policlínica.

2.3 Exclusão

1. Ao completar 18 anos o paciente será desligado automaticamente do programa devendo devolver o equipamento à Unidade de Apoio social, uma vez que a ação cível prevê o fornecimento apenas aos menores de 18 anos, podendo responder judicialmente por apropriação indébita; (Apêndice II – Formulário para devolução de equipamentos/insumos - BII);
2. Não apresentar a prescrição do tratamento, seguimento com endocrinologista e uso do equipamento para controle glicêmico a cada 3 meses conforme critério 1, de manutenção no programa;
3. Mudar-se de cidade, estado ou país;
4. Óbito;

Considerações:

1. Os pacientes excluídos do programa (municipal) deverão devolver a BII e seus insumos à Unidade de Apoio Social e continuar o seguimento na atenção primária de saúde (APS) próxima a sua casa (área adscrita) ou convênios/rede privada de saúde.
2. O responsável pelo paciente deverá devolver o equipamento à Unidade de Apoio Social imediatamente quando houver troca do modelo.

3. FLUXO DE ENTREGA DA BII E INSUMOS

Cada um dos entes requeridos (Município/Estado) na ação civil pública nº 401/2004, se responsabiliza integralmente pelo fornecimento da bomba de infusão de insulina e os respectivo insumos, alternando um paciente para cada ente.

Dessa maneira, todos os pacientes elegíveis para o programa BII/insumos acolhidos pela Unidade de Apoio Social Municipal deverão ser encaminhados paritariamente, ou seja, um paciente para o Estado (DRS VI) e um paciente para o município (preencher planilha controle de encaminhamento – apêndice III)

A relação dos pacientes (paridade) deverá ser disponibilizada, trimestralmente ao diretor de Divisão de Unidades Referenciais (DUR/DUA) pelo email: dua_saude@bauru.sp.gov.br, contendo Nome (paciente) ou iniciais, data de nascimento e data de inclusão no programa.

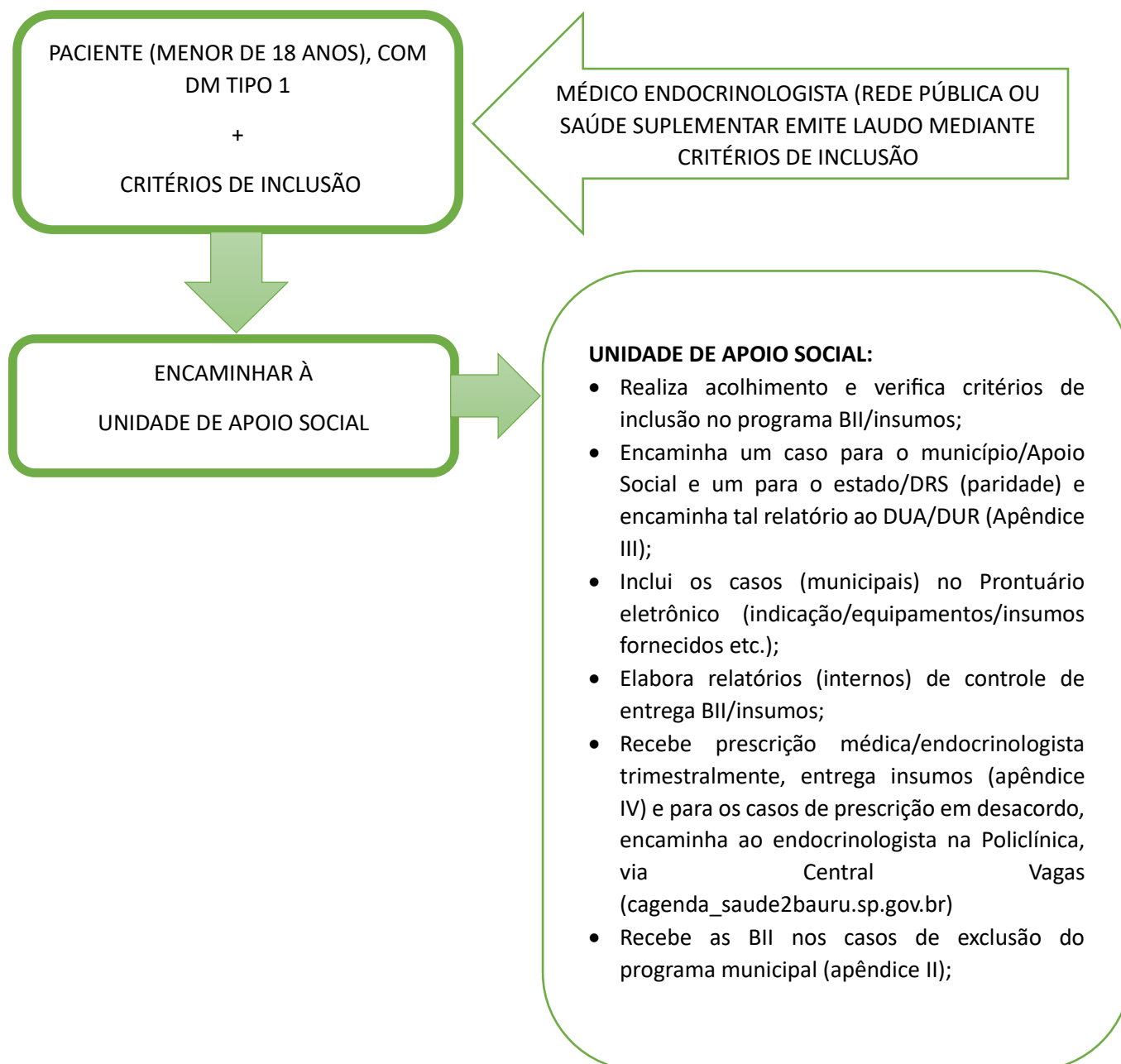
Na Secretaria Municipal de Saúde, todo o processo para o fornecimento dos equipamentos/insumos é feito pela Unidade de Apoio Social, vinculado à Secretaria Municipal de

Saúde. Rua Cussy Junior, nº 2-60. Centro. Bauru. E no estado, pela DRS 6, situada na Rua Quintino Bocaiúva, 545 - CEP: 17015-100 - fone: (14) 3235-0150 / 3235-0151 / 3235-0154.
drs6@saude.sp.gov.br

Quando o processo se der pelo município, a Unidade de Apoio Social irá fornecer o contato da empresa contratada e o responsável pelo paciente detém o compromisso de entrar em contato com tal empresa para orientação técnica, manuseio e calibragem da BII e insumos.

A quantidade de insumos (cateteres e sensores) será entregue **mensalmente** de acordo com as recomendações técnicas do fabricante. Em virtude de prescrição que excede a recomendação técnica, o médico deverá emitir um relatório da necessidade. Sendo necessário, o setor de apoio social poderá agendar consulta com endocrinologista da rede municipal de Saúde.

Fluxograma 1: Fluxo de Atendimento e fornecimento do equipamento e insumos. Bauru-SP, 2023.





PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Unidade Ambulatoriais (DUA)
Divisão de Unidades Referenciais (DUR)
Seção de Apoio Social



APÊNDICES

APÊNDICE I – Contrato de permissão de uso Bomba de Infusão de Insulina (BII)

CONTRATO DE PERMISSÃO DE USO DE EQUIPAMENTO: BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA

O presente contrato é firmado entre o Município de Bauru, pessoa jurídica de direito público, com sede na Praça das Cerejeiras, nº 1-59 nesta cidade de Bauru - SP, inscrito no CNPJ sob nº 46.137.410/0001-80, doravante denominado **CEDENTE**, neste ato representado pelo Sra. Giulia da Cunha Fernandes Puttomatti Secretária Municipal de Saúde:

PACIENTE:

Nome:		CPF:
DN:	Naturalidade:	
Endereço instalação:		
Responsável:		CPF:

RESPONSÁVEL PELO USUÁRIO:

Nome:		CPF:
DN:	Naturalidade:	
Endereço:		
Grau de parentesco com o paciente:		

As partes acima identificadas têm, entre si, justos e compromissados o presente Contrato de Permissão de Uso de equipamento bomba de infusão de insulina que se regerá pelas condições descritas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

1.1 Constitui objeto do presente Contrato a prestação de assistência em saúde para controle de Diabetes através do fornecimento de Bomba de Infusão de Insulina e insumos men- sais.

Parágrafo Único. Os equipamentos, objeto deste contrato, serão utilizados para o fim único e exclusivo de Tratamento Diabetes, conforme Ação Cível Pública Processo nº 401/2004.

CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO USUÁRIO

2.1 O USUÁRIO deverá conservar o equipamento, de acordo com as normas técnicas apontadas pelos técnicos da Secretaria Municipal da Saúde-SMS e da empresa mantenedora dos equipamentos.

2.2 O USUÁRIO está obrigado a comunicar imediatamente a CEDENTE, os eventuais defeitos encontrados no equipamento, bem como em caso de perda ou roubo, deverá notificar as autoridades policiais para elaboração de Boletim de Ocorrência Policial referente ao fato, o qual deverá ser apresentado à CEDENTE.

2.3 O USUÁRIO deverá comunicar imediatamente a SMS a alta médica ou óbito do paciente e apresentar cópia do relatório de resumo de alta ou da declaração de óbito. Realizar a devolução do equipamento e seus insumos na Seção de Apoio Social.

2.4 O USUÁRIO deverá providenciar receitas e relatórios para renovação da ficha cadastral a cada 90 dias ou sempre que solicitado, a fim de manutenção no Programa.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Unidade Ambulatoriais (DUA)
Divisão de Unidades Referenciais (DUR)
Seção de Apoio Social



2.5 O USUÁRIO deverá providenciar anualmente comprovante de endereço e comprovante de matrícula, a fim de manutenção no Programa.

2.6 Ao término do Contrato de Permissão de Uso, em caso de exclusão do Programa por alteração terapêutica ou ao cessar a concessão legal, conforme ação cível, aos 18 anos de idade do paciente, o USUÁRIO deverá devolver o equipamento à CEDENTE nas mesmas condições em que o recebeu, respondendo por eventuais danos causados ao equipamento, bem como, pelo seu custo de reposição, se for o caso. Podendo responder legalmente pela não devolução do equipamento.

2.7 O USUÁRIO deverá realizar a devolução do equipamento imediatamente se houver troca por outro modelo, fornecido pela CEDENTE.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA RESCISÃO

3.1 É assegurado às partes a rescisão do presente contrato antes do término dos eventos previstos, devendo, entretanto, comunicar à outra parte com antecedência mínima de 02 dias.

3.2 O descumprimento, pelos contratantes, do disposto nas presentes cláusulas também ensejará a rescisão deste instrumento.

CLÁUSULA QUARTA: DA VIGÊNCIA

4.1 Este contrato terá vigência necessária para que sejam realizados os eventos mencionados na cláusula 1ª.

4.2 O presente inicia-se na data de assinatura pelas partes.

CLÁUSULA QUINTA: DO FORO

5.1 Fica eleito o foro da comarca de Bauru para dirimir qualquer questão relacionada à interpretação do presente CONTRATO, renunciando os partícipes, a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E por estarem os partícipes de comum acordo, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e validade.

Bauru, ____/____/____.

CEDENTE

Responsável pelo paciente:
CPF:

USUÁRIO

Responsável pelo paciente:
CPF:

* Preencher 2 vias e entregar (uma via paciente/responsável) e uma via a Seção de Apoio Social/prontuário (processo)



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Departamento de Unidade Ambulatoriais (DUA)
Divisão de Unidades Referenciais (DUR)
Seção de Apoio Social



APÊNDICE II - Formulário para devolução de equipamentos – BII

TERMO DE DEVOLUÇÃO DE BOMBA DE INFUSÃO DE INSULINA

Eu, _____ (servidor municipal), atesto
que nesta data recebi em devolução os equipamentos listados abaixo do usuário

_____.

() Bomba de Insulina modelo: _____

() Transmissor: _____

() Dispositivo de transmissão modelo: _____

() Aplicador

Atesto que o equipamento devolvido encontra-se em:

() perfeito estado de conservação/uso apresentando

() defeito (s) abaixo especificados

Especificar defeito:



Assinatura do servidor: _____

Matrícula do servidor: _____

Nome do responsável: _____

Assinatura: _____

* Preencher 2 vias e entregar (uma via paciente/responsavel) e uma via a Seção de Apoio Social/prontuário (processo)

	<p align="center"> PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Departamento de Unidade Ambulatoriais (DUA) Divisão de Unidades Referenciais (DUR) Seção de Apoio Social </p>	
----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

APÊNDICE III - Relação dos pacientes cadastrados e encaminhados para fornecimento da BII e insumos para o estado e município. Bauru,2023.

UNIDADE DE APOIO SOCIAL – BII

MÊS/ANO: _____

NOME (ou iniciais)	DN	IDADE	TELEFONE	DATA INCLUSÃO NO PROGRAMA BII	ESTADO	MUNICÍPIO
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
NOME	DN			DATA exclusão do programa	ESTADO	
1.					X	
2.						
3.						

Nome (chefia da Unidade de Apoio Social)

Obs: Encaminhar essa planilha trimestralmente ao dua_saude@bauru.sp.gov.br, mesmo em branca, sinalizando que não houve cadastro novo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Seção de Apoio Social - Fone (14) 3236-1514

Recibo de Entrega de Insumos (Bomba de Infusão de Insulina)

Nome do Paciente:

Nome do Responsável:

Telefone:

Endereço:

Prontuário:

Data	INSUMOS	Qde Solicitada	Qde Fornecida	Assinatura

OBS:

Data	INSUMOS	Qde Solicitada	Qde Fornecida	Assinatura

OBS:

Data	INSUMOS	Qde Solicitada	Qde Fornecida	Assinatura

OBS:

RENOVAÇÃO DA RECEITA PARA O PRÓXIMO ATENDIMENTO:

____/____/____

ASS:

PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU/SP
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CONTATO

SMS: 14-3104 1468

PROTOCOLOS DPAC/SMS: 14-3104 1459

SEÇÃO APOIO SOCIAL (SAÚDE): 14-3236 1514 ou 3214 3609

Rua Cussy Junior 2-60

ENDEREÇOS ELETRÔNICOS

protocolo_saude@bauru.sp.gov.br

dua_saude@bauru.sp.gov.br