

ASPECTOS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL NO CUSTO DO TRATAMENTO DE DIABÉTICOS*

*Suzana Fiore Scain ***
*Ceuzo Helena de Oliveira ****
*Elenara Franzen *****

RESUMO: O trabalho foi efetuado considerando nossa preocupação relativa ao custo do tratamento do diabético a nível ambulatorial, principalmente ao que se refere a dieta, medicamentos específicos, aparelho para aplicação de insulina e fitas reagentes, realizados à domicílio. Relatamos quanto gasta um diabético considerando a média destes aspectos e o que a enfermeira do consultório orienta a clientela para minimizar os custos do tratamento. Para tanto fizemos um estudo retrospectivo em 144 prontuários de diabéticos atendidos num Programa de Saúde do Adulto de um Hospital-Escola da cidade, perfazendo 17% do total da clientela atendida em 4 anos.

1 – INTRODUÇÃO

Atualmente não temos mais nenhuma dúvida da importância da educação do cliente diabético como elemento essencial para seu autocui-

-
- * Trabalho orientado pela Enf. Anna H. Luz, Professora Adjunta do Departamento Materno-Infantil, da UFRGS, Mestra em Enfermagem Materno-Infantil.
 - ** Enfermeira do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública, HCPA-RS, Pós-graduada em Enfermagem do Adulto e Metodologia do Ensino Superior pela UFRGS, COREN-RS-10905.
 - *** Enfermeira do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública, HCPA-RS, Habilitada em Enfermagem em Saúde Pública pela UFRGS e Pós-graduação em Saúde Pública pelo Instituto Metodista de Educação e Cultura, COREN-RS-20101.
 - **** Enfermeira do Serviço de Enfermagem de Saúde Pública, HCPA-RS, Habilitada em Enfermagem em Saúde Pública pela UFRGS, COREN-RS-21404.

çado e sucesso do seu tratamento. Nem dúvidas a respeito de que a Diabetes Mellitus como doença crônica não é mais encarada como um assunto privado, de interesse individual, mas sim como uma responsabilidade social e como um problema de Saúde Pública.

Na literatura mundial e nacional, cada vez mais encontramos trabalhos relacionados com a importância da educação sanitária ao cliente diabético. Em nossa atividade profissional percebemos que para o paciente diabético a aprendizagem é fundamental e a influência disto é indispensável para seu futuro.

As informações disponíveis, a experiência acumulada e a certeza de que a educação já faz parte do dia-a-dia do cliente diabético e sua família, nos permite tranquilamente repensar outros aspectos relacionados com a rotina dos nossos clientes e que traz a idéia do nosso estudo, ou seja: quanto custa ser diabético?

A finalidade deste trabalho é dar início a uma série de estudos visando o questionamento do custo do tratamento do diabético em nosso meio e o que a enfermeira tem auxiliado através de ações educativas para diminuí-los. Para tanto procuramos verificar através desta pesquisa:

- os aspectos quanto ao tipo de tratamento, tais como dieta, uso de medicamentos, aparelhos para aplicá-los, uso de fitas reagentes, freqüência em consultas médicas e de enfermagem, determinado em um Hospital-Escola;
- o custo do tratamento para o diabético quando realizado à domicílio;
- as ações da enfermeira a fim de minimizar estes custos.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

A doença impõe uma carga sobre os nossos recursos de duas maneiras: primeiro, recursos são gastos na prevenção, diagnóstico, tratamento, que incluem consultas médicas, de enfermagem, medicamentos, etc. e são chamados de custos econômicos diretos. O indiretos seriam aqueles que impossibilitariam o indivíduo de participar na produção de bens e serviços. A produção pode prejudicar-se por uma doença de curto prazo, crônica, incapacidade permanente e morte antes mesmo da idade de aposentadoria, segundo JÖNSSON⁵. No Brasil ainda não temos um sistema de registro organizado que nos permita discorrer sobre custos indiretos como é possível na Suécia e E.U.A., de acordo com a bibliografia a alcance, neste estudo.

Em nosso meio tivemos dificuldade de encontrar trabalhos mostrando a análise do custo do tratamento do diabético, orientado a nível ambulatorial, para ser realizado à domicílio. Nosso grupo de enfermeiras acredita que as orientações feitas a este nível diminui os custos a curto, médio e longo prazo. Primeiro pelo fato de que o autocuidado reduz os custos totais de controle da diabetes, através do conhecimento que tem o paciente para lidar com sua dieta, suas fitas reagentes, insulina, aparelhos para aplicá-la, entre outros, podendo ocorrer diminuição de consultas médicas e de enfermagem ou evitando a baixa hospitalar. Segundo, melhorando o nível da glicemia sagüínea, evita-se posteriores complicações, reduzindo recursos no cuidado institucional e terceiro, melhor controle e prevenção de complicações podem reduzir os custos através de reduzida morbidade e mortalidade.

JÖNSSON⁵ no seu estudo comparou o nível de custos diretos entre a Suécia e E.U.A. e chegou a constatações interessantes: *"na Suécia a relação entre custo institucional e ambulatorial é 1,7: 1 o inverso dos E.U.A. 1:1,7. Um uso aumentado de recursos em cuidado ambulatorial com ênfase no autocuidado irá resultar em melhor controle de diabetes, e conseqüentemente custos mais baixos que cuidados institucionais e talvez custos diretos totais mais baixos"*.

DUDL² no seu programa de controle do diabético com automonitoramento de glicose preocupou-se com o custo-benefício, e aborda que inicialmente um custo deste tipo de tratamento pode parecer caro, mas ao longo do tempo diminui, pelo fato de que com a glicemia controlada ocorre menos utilização dos serviços. No seu estudo houve um decréscimo de 57% em visitas à emergência, 87% em hospitalizações, 9:1 na cetoacidose, entre outros.

JÖNSSON⁵ discorre que para a análise de um custo é necessário avaliar-se além do custo imediato, o mediato, i. e., aquilo que podemos economizar evitando por exemplo, que um diabético apresente complicações.

GRAYMAN⁴ et alii defende o uso do monitoramento como uma forma de diminuição de custos para as instituições, prevenindo-se melhor a cetoacidose e poupando também aos diabéticos o desgaste emocional que decorrem das visitas freqüentes a laboratórios. Com isso queremos demonstrar que existem estimativas do custo e custo-benefício em alguns aspectos mas não do tratamento domiciliar como um todo. Outro exemplo, são as propostas de REPETTO & GIACOMET⁷ para diminuir o custo das dietas a clientes diabéticos e estimou para o valor da época (1981) que se gastaria no máximo 25% do salário mínimo para uma alimentação correta. MONDARDO⁶, cita o padrão econômico como indispensável para estabelecimento de uma dieta equilibrada ao paciente diabético.

Sem dúvida, o grupo de enfermeiros do nosso ambulatório vem se preocupando com o custo do tratamento do diabético há algum tempo e percebendo que repetidamente a situação econômica da nossa comunidade impede a clientela de fazer um autocuidado adequado. ROCHA⁸ na sua experiência enfatiza que a situação sócio-econômica é um empecilho para o autocuidado uma vez que o diabético deve ter um acompanhamento periódico para a continuidade ou supervisão do aprendizado quanto aos cuidados de sua doença.

Para ALMEIDA² *"oferecer qualificado serviço de Enfermagem e compatibilizar com seu custo passou a ser um desafio... cabe aos enfermeiros contribuir para uma inovação do seu trabalho, dentro de uma nova mentalidade quanto ao controle de custos"*.

Em síntese, os aspectos acima citados permitem-nos considerar sobre a importância de conhecermos melhor o quanto custa ser diabético de uma maneira mais ampla em nosso meio, e que orientações e atitudes poderemos como enfermeiras tomar, a fim de auxiliar na diminuição destes custos.

3 – MATERIAL E MÉTODO

3.1 – População.

A população alvo para a realização deste estudo foram clientes diabéticos inscritos num Programa de Saúde do Adulto, frequentadores da Consulta de Enfermagem, independente do sexo ou idade.

3.2 – Amostragem

Foram sorteados, aleatoriamente, 144 pacientes de um total de 864 diabéticos dos anos de 1983 a 1986. Os pacientes cujo registro do prontuário não preenchessem os itens do protocolo eram excluídos e novos sorteados. Calculou-se a distribuição destes pacientes e estabeleceu-se os percentuais, por ano, conforme o número encontrado ou seja, 31 (21,88%), 22 (15,85%), 47 (32,87%) e 44 (29,40%). Determinou-se 1983 como marco para a amostra porque foi o ano que o serviço iniciou a orientação de pacientes na reutilização de seringa descartável, um dos aspectos analisados neste estudo.

3.3 – Fonte de Dados.

Os dados de identificação, nome do paciente e registro foram colhidos da Ficha de Danos Crônicos, do Programa de Saúde do Adulto (Anexo 1), que é de uso exclusivo da enfermeira e aberta na ocasião da primeira consulta.

Os dados referentes ao tratamento (Anexo 2) foram colhidos dos prontuários médicos do Hospital-Escola e dali retirados dados referentes às calorias das dietas prescritas, uso e dose de insulina e hipoglicemiantes orais, tipos de aparelhos para aplicação de insulina e reutilização, uso, frequência e tipos de fitas reagentes, periodicidade das consultas médicas e de enfermagem e classificação social dos clientes.

Os custos foram obtidos da lista oficial de congelamento da SUNAB, farmácias e distribuidora de medicamentos e fitas reagentes, e, classificação social estabelecida pelo Hospital-Escola, da cidade de Porto Alegre, RS, no mês de julho de 1986.

3.4 – Procedimentos.

3.4.1 – A realização do estudo.

Para coletar os dados, observaram-se os seguintes passos:

- a) utilização da Ficha de Danos Crônicos para identificação do Cliente;
- b) sorteio de 144 dos 864 diabéticos do estudo;
- c) utilização do Protocolo para anotar do prontuário os aspectos já referidos no item 2.3.;
- d) distribuição dos preços dos medicamentos, aparelhos e fitas verificados em três distribuidoras e 3 farmácias aleatórias de pontos diferentes da cidade e classificação social (A, B, C), do Hospital-Escola.

3.4.2 – Processamento de dados.

Determinamos as médias diárias de cada um dos aspectos do tratamento realizado à domicílio pelos diabéticos e seus respectivos preços médios e encontramos:

Para calcularmos quanto um diabético gasta em um mês tomamos a média diária de cada aspecto estudado, multiplicamos pelo custo diário de cada um deles e multiplicamos por 30.

Ainda fizemos associações do custo mensal de todos os possíveis tratamentos e estabelecemos o percentual em relação ao salário mínimo vigente Cz\$ 804,00. Finalmente comparamos a diminuição do custo com as orientações da enfermeira em consulta de enfermagem.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando conhecer o tipo de tratamento prescrito no Hospital-Escola deste estudo encontramos a maioria dos diabéticos (75,70%) classificados como "c", freqüentando a consulta médica e de enfermagem, realizando dieta prescrita entre 1400 a 1600 Kcal, onde 27% (39) usavam o hipoglicemiante, sendo o mais prescrito o Daonil. Outros 37% (53) aplicavam insulina, quando 44 faziam dose sem associações por ex. só N.P.H., e 09 com associações, por ex. NPH + Simples. O aparelho indicado e aceito é o descartável reutilizado 60% (32). O uso de fitas reagentes perfaz um percentual pequeno, 14%, sendo a Glico-fita a mais indicada. Constatamos através de alguns registros em prontuários que: os pacientes não necessitavam usá-la no momento, e foram orientados para tal; ou não foram orientados para seu uso; ou não tinham dinheiro para comprá-la; ou aumentavam sua ansiedade com a glicosúria a domicílio.

Com a finalidade de fazermos associações entre os diversos aspectos do tratamento apresentamos os quadros que se seguem:

QUADRO 1 – Custo mensal do tratamento do diabético, acumulado, em cruzados, conforme o que ele gasta para seu autocuidado.

CONSULTAS	DIETA	HIPOGLICEMIANTE	FITAS REAGENTES	INSULINA	APARELHOS
Médica 20,47	253,5	Daonil 10,5	GLICO-FITA Diário 80,1 Semanal 10,48	NPH 40 58,8	Descartável 78,9
				NPH 80 53,7	
				NPH 80 + Simples 60,3	Descartável reutilizada 6,3
Enfermagem 13,43		Diabnese 9,0	DIASTIX Diário 100,8	MONOTARD 119,1	VIDRO +AGULHA 21,0
			HAEMO GLU- KO-TEST (HGT) Semanal 115,2	ACTRA- PID+ SE- MI-LENTA 138,9	

O quadro apresenta o custo do tratamento mensal dos diabéticos em estudo, onde predominou o Diabetes tipo II, sem dúvida influenciando o custo do tratamento pelas suas características.

QUADRO 2 – Valor das consultas acumuladas com a dieta.

CONSULTAS	DIETA
Médica 20,47	253,5
Enfermagem 13,43	

TOTAL: Cz\$ 287,37

A associação destes três aspectos será incluído em todos os quadros porque consideramos que, para estabelecimento do tratamento e do autocuidado, os diabéticos deverão ter pelo menos uma consulta mensal. O gasto em relação ao salário mínimo é de 35,74%.

QUADRO 3 – Valor médio gasto com hipoglicemiante acumulado com o quadro básico (quadro 1).

CONSULTAS	DIETA	HIPOGLICEMIANTE
Méd. 20,47	253,5	DAONIL 10,5
Enf. 13,43		DIABNESE 9,0

TOTAL: Cz\$ 297,37

Mesmo tendo o Daonil e o Diabnese o mesmo custo, a média de uso do 1º, 1,03 comp/dia é maior, encarecendo mais o tratamento comparado ao segundo 0,9 comp/dia, diminuindo em Cz\$ 1,00 apenas, a diferença.

Em relação ao salário mínimo, 36,98%.

QUADRO 4 – Valor médio gasto com a Glico-fita acumulada ao quadro básico e hipoglicemiantes.

CONSULTA	DIETA	HIPOGLICEMIANTE	FITA REAGENTE
Med. 20,47	253,5	DAONIL 10,5	Glico-fita Diário 80,1
Enf. 13,43		DIABNESE 9,0	Semanal 10,48

TOTAL: Cz\$ 377,47

Usando a Glico-fita diariamente o aumento do custo mensal é significativo, chegando o percentual do salário mínimo 46,95%. Se o uso for semanal e três vezes ao dia o custo cai para Cz\$ 307,85. Quando o paciente não usar hipoglicemiantes, a diferença do custo é pequena e fica em torno de Cz\$ 367,47.

QUADRO 5 – Valor médio gasto com o Diastix acumulado ao quadro básico e hipoglicemiantes.

CONSULTA	DIETA	HIPOGLICEMIANTE	FITA REAGENTE
Med. 20,47	253,5	DAGNIL 10,5	Diastix diário
Enf. 13,43		DIABNESSE 9,0	100,8

TOTAL Cz\$ 398,17

O custo do uso do Diastix como fita reagente encarece em Cz\$ 20,7, comparado a Glico-fita, uso diário. Em relação ao salário mínimo 49,52%.

Se usarmos o HGT 3x dia, 3x semana a diferença com o Diastix é mais Cz\$ 14,4, e comparado à Glico-fita é maior em Cz\$ 35,1. O percentual do salário mínimo atinge os 51,32%.

QUADRO 6 – Valor médio gasto com as insulinas não purificadas e aparelhos, acumulados com o quadro básico e a Glico-fita.

CONSULTAS	DIETA	FITA REAGENTE	INSULINA	APARELHO
Méd. 20,47	253,5	Glico-fita diário 80,1	NPH 40 58,8	Descartável 78,9
Enf. 13,43			NPH 80 53,7	Descartável Reutilizado 6,3
			NPH 80 + Simples 60,3	Vidro+Agu- lha 21,0

Acrescentando a insulina NPH 40 ao tratamento e conseqüentemente uma das três opções para sua aplicação, teremos respectivamente um custo de Cz\$ 515,17; Cz\$ 442,57 e Cz\$ 457,27. Em relação ao salário mínimo o custo representa 64% para a primeira escolha e respectivamente 55% e 56,87%. A diferença no uso de um ou outro aparelho é significativa em termos de custo, representando, o primeiro, no cálculo do custo associado, 85,2% mais caro que o segundo e 57,94% em relação ao terceiro. Ainda, o segundo é 53,86% mais barato que o terceiro.

Quando usamos a Insulina NPH 80, o custo é menor em Cz\$ 5,1, guardando a mesma relação, quando associamos esta à simples.

A glico-fita foi escolhida para o cálculo acumulado por ter sido a de maior escolha (75%) de uso pelos pacientes em estudo.

QUADRO 7 – Valor médio gasto com as insulinas purificadas e aparelhos, acumulados com o quadro básico e a Glico-fita.

CONSULTAS	DIETA	FITA REAGENTE	INSULINA	APARELHOS
Med. 20,47	253,5	Glico-fita diário 80,1	MONOTARD 119,1	Descartável 78,9
Enf. 13,43			ACTRAPID + SEMI- LENTA 138,9	Descartável Reutilizado 6,3
				Vidro+Agulha 21,0

5.3 – Hipoglicemiantes.

Orientamos o uso da dosagem correta e sua importância. Na nossa experiência, muitos pacientes desinformados relatam que quando ocorre um aumento alimentar eles também aumentam o hipoglicemiante com a idéia de que irão melhorar. Além disto, comprar um vidro de 100 comp. é mais barato que um de 30 em Cz\$ 0,06 por comprimido.

5.4 - Uso de Fitas Reagentes.

Em primeiro lugar avaliamos a real necessidade do uso destas fitas e o número de vezes que o paciente irá usar e sua periodicidade. Por vezes encontramos pacientes compensados que chegam ao consultório usando fitas diariamente, com resultados obviamente zerados ao longo de 2 a 3 meses, então porque onerá-los com um custo desnecessário. Outro aspecto ensinado é cortar ao meio as tiras reagentes das fitas que assim se apresentam. É como diz DUDL² e JÖNSSON⁵ às vezes o custo de um cuidado pode parecer caro a primeira vista, mas barateia ao longo do tempo. Isto ocorre comparando a Glico-fita com o Diastix e o HGT. O custo da primeira é maior em Cz\$ 29,7 comparado ao segundo e o mesmo custo do HGT, mesmo que a periodicidade do uso seja diferente.

5.5 – Aplicação da Insulina.

A orientação da técnica correta para aplicação de insulina assegura o uso adequado da dosagem, dos locais de aplicação, do ângulo de introdução da agulha, do rodízio, do tipo de material a ser utilizado, da higiene das mãos. A diminuição dos custos se dá a curto, médio e longo prazo. Verificamos isto através do não desperdício da insulina no momento da aspiração, do seu uso correto prevenindo complicações (hipoglicemia, lipodistrofia, abscessos), da reutilização da seringa descartável com segurança ou da fervura do material de vidro no tempo correto, entre outros.

5.6 – Aparelhos para Aplicação da Insulina.

A escolha pelo paciente de um ou outro aparelho é democrática. No entanto, é demonstrado a ele as diferenças quanto a facilidades e custos do

descartável e reutilizado comparado ao vidro, já discutido e comprovado por SCAIN⁹.

Se considerarmos a diminuição do custo direto pelas ações da enfermeira teremos uma redução no quadro 1, de Cz\$ 33,9, usando o hipoglicemiante de 100 comp., ao invés do de 30 comp., teremos uma economia de Cz\$ 0,06 por comp., e ao longo do mês Cz\$ 1,8.

No que se refere as fitas, ao divid-las ao meio a economia feita é de Cz\$ 50,4 para o Diastix e Cz\$ 57,6 para o HGT. Portanto, seria mais vantajoso usá-los ao invés da Glico-fita, que não permite a manobra.

A escolha do uso do aparelho descartável reutilizado diminui o custo em Cz\$ 14,7 comparado ao de vidro e Cz\$ 72,6 se comparado ao descartável não reutilizado.

O custo total fica reduzido em Cz\$ 100,8 por mês tendo como parâmetro o máximo que se gastaria indicado no Quadro 7.

6 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O tipo de tratamento prescrito no Hospital-Escola deste estudo estabelece como mínimo a consulta médica, de enfermagem e orientação dietética. Acumulam-se outros aspectos, tais como hipoglicemiantes, fitas reagentes, insulina e aparelho para aplicá-las conforme a necessidade inerente de cada diabético.

O estudo realizado para avaliar o custo do tratamento de diabéticos permitiu-nos concluir que o mínimo que um diabético gasta para seu autocuidado aproxima-se de 36% do salário mínimo vigente no país. A medida que acumulou-se outros aspectos ao Quadro 1, tratamento mínimo, o gasto aumentou. Quando associamos a este quadro mínimo fitas reagentes, insulina e seus aparelhos o percentual chegou ao seu máximo, ou seja, 70% do salário mínimo.

Os pacientes diabéticos assistidos através da Consulta de Enfermagem aprendem progressivamente o autocuidado e as maneiras de diminuir os gastos com seu tratamento. Neste estudo o gasto máximo que é de Cz\$ 562,47 fica reduzido para Cz\$ 461,67, com uma diferença de Cz\$ 100,8 ao mês, representando um percentual de 18%.

Refletindo sobre as constatações deste trabalho vimos a necessidade de alertar as instituições e estimular o investimento na educação, no ensinamento do autocuidado em ambulatórios para os diabéticos realizarem à domicílio; alertar a necessidade de conter os custos indiretos represen-

tados pelas complicações da Diabetes e pela invalidez que impõe, através da prevenção e da redução na prestação de bens e serviços.

O enfermeiro necessita reavaliar o quanto tem participado e o quanto poderá fazê-lo como orientador da clientela diabética a fim de que o custo do tratamento seja minimizado com suas ações.

Esperamos que este estudo desperte a curiosidade da comunidade de enfermagem quanto aos custos do tratamento imposto pela complexidade de uma doença crônica como a Diabetes Mellitus.

SUMMARY: This work was carried out taking into consideration our concern about the costs of the treatment of diabetics at ambulatorial level, mainly with respect to the diet, specific medicines, equipment for insulin application and reactive strips, done through domiciliary assistance. We report on how much a diabetic spends, taking into account an average of these aspects, and on the orientation given by the office nurse to the patients in order to help them minimize the costs of the treatment. With the purpose of getting such data, we did a retrospective survey on 144 records of diabetics assisted in an Adult Health Program of a hospital school in this city, reaching 17% of the total number of patients assisted in a period of 4 years.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.H. Custos assistenciais e a Enfermagem nos hospitais de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 38(2): 150-5, abr./jun. 1985.
2. DUDL, R.J., BIBY, Christibe, GORDON, Stephan. Acost beneficial diabetic control program with glucose self-monitoring. *Diabetes care*, 5(6):659, Nov./dec. 1982.
3. FRANCO, Guilherme. *Nutrição*. Texto básico e tabela de composição química dos alimentos. 6.ed., Rio de Janeiro, Atheneu, 1982.
4. GRAYYMAN et alii. Simple, economical and effective home blood glucose monitoring. *The Practitioner*, 228:191-4, Fev. 1984.
5. JÖNSSON, Bengt. Diabetes - the cost of illness and the Cost of Control. *Acta Med Scand*, Suppl. 671:19-27, 1983.
6. MONDARDO, Sheila Terezinha. *Estudo das ações de Enfermagem praticadas no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a pacientes diabéticos*. Porto Alegre, UFRGS/Escola de Enfermagem, 1982, 59p. Diss. maestr.

7. REPETTO, Giuseppe & GIACOMET, Verônica. Dietas adaptadas à realidade econômica e alimentar para pacientes diabéticos no Estado do Rio Grande do Sul. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 23(3):224-9, jul./set. 1981.
- 8 ROCHA, Maria do Perpétuo Socorro. Assistência de Enfermagem em uma unidade de cuidados terciários ao diabético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 37(3/4):182-7, jul./dez. 1984.
9. SCAIN, Suzana. Reutilização de seringa descartável para aplicação de insulina. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 5(2):181-5, dez. 1985.

INSTRUMENTO

1. CLASSE SOCIAL

A B C

2. FREQUÊNCIA EM CONSULTAS

Médica							
Enfermagem							
	Semanal	Quinzenal	Mensal	Bimestral	Trimestral	Semestral	Anual

3. HIPOGLICEMIANTES

3.1. Usam

3.2. Não usam

Medicamento/dose	0 — 1	1 — 2	2 — 3	3 — 4
Daonil				
Diabnese				

4. FITAS REAGENTES

4.1. Usam

4.2. Não usam

4.1.1. Urina

	Diário	Semanal
	1x 2x 3x 4x	1 — 3 dias 1x 2x 3x 4x
		4 — 6 dias 1x 2x 3x 4x
Glico-fita		
Diastix		
Ketodiastix		
Clini test		

4.1.2. Sangue

	Diário	Semanal	Mensal
	1x 2x 3x 4x	1 — 3 dias 1x 2x 3x 4x	4 — 6 dias 1x 2x 3x 4x
HGT			
Dextrostix			

5. INSULINA

5.1. Usam

5.2 Não usam

Tipos		NPH40	NPH80	Simples	Monotard	Lenta Porco	Simples Porco	PZI	Associações Actrapid +Semi lenta	NPH80 + Simples	Monotard + Ac	Lenta Simples porco
Dose												
0	→ 10											
10	→ 20											
20	→ 30											
30	→ 40											
40	→ 50											
50	→ 60											
60	→ 70											
70	→ 80											
80	→ 90											

6. APARELHO

Vidro -

Descartável sem reutilização -

Descartável reutiliza -

7. DIETA EM CALORIAS

Nº Calorias	Nº de Pacientes
800	→ 1000
1000	→ 1200
1200	→ 1400
1400	→ 1600
1600	→ 1800
1800	→ 2000
2000	→ 2200
2200	→ 2400
2400	→ 2600