TeleCedeba

O Cedeba mais perto de você

PROTOCOLO DEAUTOMONITORIZAÇÃO DOMICILIAR DA GLICEMIA

SUS

Governo do Estado da Bahia

Secretaria da Saúde

2020. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Todos os direitos de edição reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

ORGANIZAÇÃO:

Núcleo Técnico Científico de Telessaúde do Estado da Bahia e Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia (CEDEBA)

ELABORAÇÃO:

Luciana Santana Leone de Souza

REVISÃO

Daiana Cristina Machado Alves
Érica Lima Costa de Menezes
Flávia Resedá Brandão

REVISÃO GERAL
Flávia Resedá Brandão

COORDENAÇÃO TÉCNICA
Jamile Neves de Souza Barbosa

DIRETORIA
Reine Marie Chaves Fonseca

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Mariana de Azevedo Pinto
Fabio Brito dos Reis

COORDENAÇÃO DO PROJETO DE TELECONSULTORIA ESPECIALIZADA

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes
Flávia Resedá
Maria das Graças Velanes
Reine Marie Chaves Fonseca

EQUIPE TÉCNICA CEDEBA

Ana Cláudia Couto
Ana Luisa Castro Nascimento de Aguiar
Caroline Bulcão Souza
Cícero Fidelis
Fabiana Freire Almeida Silva
Fábio Rogério Trujilho
Flavia Resedá Brandão
Giovanna Feitosa
Julia de Fátima Coutinho
Livia Leite
Luciana Santana Leone de Souza
Ludmila Chaves
Maria das Graças Velanes de Faria
Maria Palmira Carballido Romero
Monique Magnavita
Odelisa Silva de Matos
Regilene Batista
Regilene de Jesus Santos
Renata Peixoto
Rosa Gurgel
Teresa Arruti Rey
Thaisa Dourado Guedes Trujilho

REVISÃO DE TEXTO

Mariana de Azevedo Pinto

PROJETO GRÁFICO E EDITORAÇÃO

Fábio Brito dos Reis

Mariana de Azevedo Pinto

TIRAGEM:

1ª edição – 2020 – Versão eletrônica

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

TELESSAÚDE BAHIA – DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Endereço: 4a Avenida 400, Plataforma 6, 1o andar, sala 112B,

Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA CEP: 41.750-300.

Tel.: (71) 3115-4151

Endereço eletrônico: http://telessaude.ba.gov.br/

Material disponível por meio eletrônico no site http://telessaude.ba.gov.br/

SUMÁRIO

1. OBJETIVO 12
2. JUSTIFICATIVA 12
3. APLICAÇÃO 12
4. DEFINIÇÕES 12
5. METAS DE GLICEMIA (DEVEM SER INDIVIDUALIZADAS) 13
6. DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO PROCEDIMENTO(GLICEMIA CAPILAR) 13
7. METODOLOGIA 13
8. RESPONSABILIDADES 15
9. ANEXOS 16

1. OBJETIVO

Normatizarmodeloexequívelparamonitorização domiciliardaglicemiaacessívelaos pacientesdiabéticosassistidosnaredeSUS.

2. JUSTIFICATIVA

Amonitorizaçãodomiciliardaglicemiaproporcionaotimização dotratamento do diabetesmellituscomconsequente melhoriadocontroleglicêmico,envolvendoo paciente comoagenteativonoprocesso dotratamento.Poroutroladoocustoelevado doprocedimento limitasuautilizaçãoampla.Destaformaéimportanteestabelecer protocoloemconsonânciacomosprincípiosdoSUSsemcomprometerosobjetivos destametodologia,commelhorrelaçãocusto-efetividadeedaqualidadedevidada populaçãoassistida.

3. APLICAÇÃO

Pacientesdiabéticosassistidosounãona redePúblicadoEstadodaBahia

4. DEFINIÇÕES

Monitorizaçãodomiciliardaglicemia:realizaçãodeglicemiascapilaresdeforma sistematizadaemhoráriospré-estabelecidos, afimdeseobterperfilevolutivoda glicemiaeconsequentegraudocontroledodiabetes.

Glicemiacapilar: método deaferição daglicemiaatravésdeumaamostrade sangueobtidadapolpadigital(pontadosdedos), utilizandoaparelhosespecíficospara talprocedimento,quepodeserrealizadopeloprópriopacienteoucuidadortreinado.

SUS:SistemaÚnicodeSaúde

Fase deajuste:períodoemquesefaznecessárioajustenotratamentoafimde seatingirmetasde glicemia.

Fasedemanutenção:períododeestabilidadenosníveisdeglicemianameta estabelecida.

Glicosímetro:aparelhoparamedidadaglicemiacapilar

5. METASDEGLICEMIA (DEVEM SER INDIVIDUALIZADAS)

- Glicemiasjejum:80a120mg/dL
- GlicemiasPré-refeições:<120mg/dL
- GlicemiasPós-refeições(2 horas):<160mg/dL

6. DESCRIÇÃODASETAPASDOPROCEDIMENTO(GLICEMIACAPILAR)

- Reuniromaterial(glicosímetro,fita,algodão,lancetas);
- Lavarasmãos;
- Ligaroglicosímetroecolocarfitareagenteaoaparelho;
- Colocaralancetanolancetador;
- Fazera punçãolateralna pontado dedo;
- Colocarumagotadesanguesobreaáreareagentedafita,deformaqueestaseja completamenterecoberta;
- Aguardar;observarovalorda glicemiaeanotar;
- Desprezarafitareagenteealancetadepositaremumalatadeleitevaziaououtro recipientecomtampa (boca larga) paraevitaracidentes;
- Lavarasmãos.

Fecharimediatamenteacaixadastirasreagentesassimqueretiraratiradedentro damesma,poisaumidadeeiluminaçãointerferemno resultado.

7. METODOLOGIA

As sugestões para a realização das glicemias capilares recomendadas abaixo estão distribuídas por mês.

	MONITORIZAÇÃO GLICÊMICA
*PacientescomDMTipo2 (em uso de insulina NPH).	✓ Glicemia (jejum) todos os dias. ✓ Glicemia (pré) almoço Ejantar (3 x semana). ✓ Glicemia (pós) café OU almoço OU jantar (3 x semana).
** Pacientes com DM Tipo 1 e 2 (uso de insulina NPH e Regular)	✓ Glicemia (jejum) todos os dias. ✓ Glicemia (pré) almoço E jantar todos os dias. ✓ Glicemia (pós) café OU almoço OU jantar (3 x semana).
***Gestantes com diabetes e/ou diabetes gestacional	✓ Glicemias (jejum) todos os dias. ✓ Glicemia (pré) almoço E jantar todos os dias ✓ Glicemias (pós) café E almoço E jantar todos os dias. Observação: Meta Jejum < 95 mg/dl Meta 2 horas (pós prandial) < 120 mg/dl

Nota técnica:

- *A equipe de saúde poderá propor mudanças nos horários das glicemias para ajustes terapêuticos diante de necessidade de cada pessoa com diabetes usuário de insulina. A liberação de 75 tiras/ mês supre as glicemias extras e as perdas pela falta de uso correto da glicemia capilar pelo paciente/responsável.
- ** A equipe de saúde poderá propor mudanças nos horários das glicemias para ajustes terapêuticos diante de necessidade de cada pessoa com diabetes usuário de insulina. A liberação de 100 tiras/ mês supre as glicemias extras e as perdas pela falta de uso correto da glicemia capilar pelo paciente/responsável.
- *** A equipe de saúde poderá propor mudanças nos horários das glicemias para ajustes terapêuticos diante de necessidade de cada

pessoa com diabetes usuário de insulina. A liberação de 175 tiras/ mês supre as glicemias extras e as perdas pela falta de uso correto da glicemia capilar pelo paciente/responsável.

8. RESPONSABILIDADES

Competeaenfermeira (o):

- Orientaroprocedimento,cobrararealizaçãoeavaliarresultadosparareajuste, conformeo protocolomédico.

Competea nutricionista (o):

- Orientaroprocedimento,cobrararealizaçãoeavaliarresultadosparaajustedo planoalimentar.

Competeaomédica (o):

- Estabeleceranecessidadedamonitorizaçãoerespectivoshorários,avaliaros resultadoserealizarajustespertinentesnaterapêutica.

Compete ao farmacêutica (o):

- Favorecer o acesso dos pacientes diabéticos aos insumos necessários para monitorizaçãoglicêmica,deformaagarantiroacompanhamento efetivodos mesmos.

CompeteaosPacientes:

- Realizaradequadamenteo procedimentoconformeorientação,anotaros resultados ecomparecerasconsultasagendadas.

9. ANEXOS

Salvador,_____de_____de 20____

RELATÓRIO MÉDICO

O (A) Sr (a)_____portador de Diabetes Mellitus, CID E10 ( ) ou CID E11 ( ), é acompanhado na Unidade de Saúde _____ e tem indicação de realizar automonitorização glicêmica domiciliar. Utiliza terapia insulínica na dose de_UI/dia e com_aplicações diárias e HbA1c _____: data --------/----------/).
Em consonância com a resolução CIB nº 049/2015, encaminhamos este (a) paciente à Secretaria Municipal de Saúde de_____para pleitear os insumos necessários para realização do referido procedimento:

( ) 01 glicosímetro
( ) 01 lancetador para punção digital
( ) Tiras reagentes para glicemia capilar_____unidades/mês
( ) Lancetas para punção digital_____unidades/mês
( ) Seringas descartáveis para insulina com agulha de 8 mm_____unidades/mês

_____
Assinatura e carimbo do médico assistente

Acompanhamento nutricional (Caso exista profissional disponível na Unidade)
Valor calórico total _____
Carboidratos por refeição: Desjejum_____g Lanche____g Almoço_____g
Lanche_____g Jantar_____g Ceia_____g

_____

Assinatura e carimbo do nutricionista

(CONTINUIDADE DISPENSAÇÃO INSUMOS MONITORAMENTO GLICÊMICO)

À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE _____

O(a) Sr(a)_____

portador de Diabetes Mellitus, CID E10( ) ou CID E11( ), é acompanhado(a) na Unidade de Saúde ---------- e *CONTINUA*com a indicação de realizar automonitorização glicêmica domiciliar. Apresenta HbA1c_____data:_____.

Em consonância com a Resolução nº 049/2015 da *CIB solicitamos que a dispensação dos insumos indicados para a realização do referido procedimento *continue sendo realizado .*

( ) Fitas reagentes para glicemia capilar _____unidades/mês

( ) Lancetas para punção digital_____unidades/mês

( ) Seringa descartável para insulina com agulha de 8 mm _____unidade/mês

Lembrar de levar cópia de identidade, CPF e comprovante de residência.

**CIB: Comissão Intergestor Bipartite*

** O período de dispensação dos insumos fica estabelecido por cada SM Saúde.

_____

Assinatura e carimbo do médico assistente