

PROTOCOLO MUNICIPAL

ATENDIMENTO À HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICA NO ADULTO

Pronto-Socorro Municipal • Sala Vermelha • Atenção Primária à Saúde

CONFIRMAR → EXCLUIR CAD/SHH → PROCURAR A CAUSA → DEFINIR O DESTINO



 **PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI**
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

 **SAÚDE
ITARIRI**

PROTOCOLO MUNICIPAL

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICA

PASSO A PASSO NO ATENDIMENTO

ADULTO • PRONTO-SOCORRO • SALA VERMELHA • APS

CONFIRMAR → EXCLUIR CAD/SHH → PROCURAR A CAUSA → DEFINIR O DESTINO

VERSÃO 1.0 • 2026

Versão 1.0 | Agosto de 2026

Código institucional sugerido: PMUE-ENDO-001

CONTROLE DO DOCUMENTO

CAMPO	INFORMAÇÃO
Título	Protocolo Municipal de Atendimento à Hiperglicemia Assintomática no Adulto
Código sugerido	PMUE-ENDO-001
Versão / data	1.0 / agosto de 2026
Abrangência	Pronto-Socorro Municipal, Sala Vermelha e Atenção Primária à Saúde de Itariri-SP
Público-alvo	Médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, farmacêuticos e equipes da APS
Vigência	Após aprovação institucional
Revisão programada	Anual ou antes, se houver atualização normativa, evento adverso ou mudança de capacidade assistencial
Documento-base	Apostila Aquecimento 2 - Hiperglicemia assintomática: passo a passo no atendimento

APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

ETAPA	NOME / ASSINATURA	DATA
Elaboração técnica	_____	___/___/___
Revisão assistencial	_____	___/___/___
Direção clínica	_____	___/___/___
Departamento Municipal de Saúde	_____	___/___/___

USO SEGURO Este protocolo regula a hiperglicemia sem crise confirmada. Não substitui protocolos específicos de cetoacidose diabética (CAD), síndrome hiperglicêmica hiperosmolar (SHH), diabetes na gestação ou pediatria.

SUMÁRIO OPERACIONAL

1. Objetivo, escopo e princípios
2. Definições e classificação de risco
3. Responsabilidades da equipe
4. Avaliação inicial e confirmação da glicemia
5. Exclusão de CAD/SHH e exames indicados
6. Investigação do fator precipitante
7. Manejo do paciente estável
8. Insulina: indicações, preparo e contraindicações
9. Destino, transferência, alta e seguimento
10. Populações especiais
11. Checklists, prescrições-modelo e registro clínico
12. Indicadores, implantação e referências

ALGORITMO EXECUTIVO - PRIMEIROS 15 MINUTOS

MENSAGEM CENTRAL A glicemia isolada não define alta nem internação. O objetivo imediato é confirmar a medida, identificar crise ou doença grave, tratar o precipitante e garantir um plano seguro.

1	CONFIRMAR	Repetir a glicemia capilar se inesperada/HI; checar tiras, aparelho, perfusão e contexto alimentar. Preferir glicose plasmática se perfusão ruim, choque ou valor extremo.
2	PROCURAR ALERTAS	Estado mental, sinais vitais, hidratação, vômitos, dor abdominal, Kussmaul, infecção, dor torácica, déficit focal, gestação, DM1/LADA e uso de SGLT2.
3	EXCLUIR CAD/SHH	Se houver risco, solicitar glicose, eletrólitos, função renal, gasometria venosa, beta-hidroxibutirato/cetonúria e osmolaridade. HI ou ≥ 600 mg/dL = possível SHH até exclusão.
4	TRATAR A CAUSA	Corrigir desidratação quando presente; identificar omissão de tratamento, infecção, isquemia, fármacos, gestação, pancreatite, trauma ou diabetes novo.
5	DEFINIR DESTINO	Alta/APS apenas se estável, crise excluída, plano exequível e retorno garantido. Observar, internar ou transferir se houver incerteza, alto risco ou recursos insuficientes.

DECISÃO RÁPIDA

DESTINO	CONDIÇÕES
Fluxo ambulatorial / alta	Assintomático de fato; estável; sem suspeita de CAD/SHH ou doença grave; tolera líquidos; tratamento, insumos e retorno garantidos.
Observação	Exames pendentes; necessidade de hidratação IV; incerteza diagnóstica; ajuste com risco de hipoglicemia; fragilidade ou barreira social.
Sala Vermelha / transferência	Alteração do sensorio; instabilidade; desidratação importante; HI/ ≥ 600 com crise não excluída; CAD/SHH; vômitos; precipitante grave; limitação local para monitorização seriada.

NÃO FAZER Não administrar insulina apenas para 'baixar o número' e liberar. Não usar insulina em possível CAD/SHH sem conhecer o potássio. Não considerar <400 mg/dL como critério obrigatório ou suficiente de alta.

1. OBJETIVO, ESCOPO E PRINCÍPIOS

OBJETIVO: Padronizar o reconhecimento, a avaliação, o manejo inicial, a decisão de destino e o seguimento de adultos com hiperglicemia sem sintomas ou instabilidade aparente atendidos na rede municipal de Itariri.

ESCOPO: Adultos com DM2 conhecido ou provável, atendidos no PS, Sala Vermelha ou APS. O protocolo orienta a fronteira entre hiperglicemia não complicada e emergência hiperglicêmica.

FORA DO ESCOPO: Crianças/adolescentes, gestantes, CAD/SHH confirmadas e situações que exijam protocolo específico. Esses grupos aparecem apenas como critérios de priorização e encaminhamento.

1.1 Princípios assistenciais

- Segurança clínica tem prioridade sobre a normalização aguda da glicemia.
- O rótulo 'assintomática' exige ausência verdadeira de sintomas e sinais de acidose, hiperosmolaridade, desidratação relevante ou doença precipitante grave.
- A decisão de alta deve considerar estabilidade, capacidade de autocuidado, acesso a medicamentos/insumos e seguimento - nunca apenas um valor de glicose.
- A ausência de exames locais não autoriza insulinização empírica nem alta quando a crise não puder ser excluída.
- Toda intervenção com insulina deve prever identificação do produto, dose em unidades, via, horário, alimentação, monitorização e manejo de hipoglicemia.

2. DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

TERMO	DEFINIÇÃO
Hiperglicemia assintomática	Glicemia aleatória ≥ 250 mg/dL, sem sintomas, usualmente ≤ 600 mg/dL e sem sinais de acidose ou hiperosmolaridade, conforme Linha de Cuidado do Ministério da Saúde [1].
HI / HIGH	Resultado acima da faixa do glicosímetro. Deve ser repetido e confirmado por glicose plasmática quando possível; tratar como valor extremo, sem presumir precisão numérica.
CAD	Tríade diagnóstica: diabetes/hiperglicemia, cetose e acidose metabólica. Pode ocorrer com glicose pouco elevada, especialmente com SGLT2, gestação, jejum ou redução de insulina [2].
SHH	Hiperglicemia importante, hiperosmolaridade e desidratação, geralmente com pouca cetose/acidose; alteração neurológica aumenta a suspeita [2].
Precipitante	Condição que desencadeia ou agrava a hiperglicemia, como omissão terapêutica, infecção, isquemia, fármacos, trauma, pancreatite ou desidratação.

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO

1º PASSO - DESCARTAR CAD E SHH



Hiperglicemia assintomática

Glicemia ≥ 250 mg/dL, sem outros sintomas, usualmente glicemia ≤ 600 mg/dL, e sem sinais de acidose ou hiperosmolaridade.
Não necessita de investigação laboratorial adicional.
O paciente pode ser avaliado na Atenção Primária à Saúde (APS).

Glicemia ≥ 250 mg/dL, sem outros sintomas, usualmente glicemia ≤ 600 mg/dL, e sem sinais de acidose ou hiperosmolaridade.
Não necessita de investigação laboratorial adicional.
O paciente pode ser avaliado na Atenção Primária à Saúde.

Figura 1. Enquadramento da hiperglicemia assintomática apresentado na aula. Aplicar somente após confirmar estabilidade e ausência de CAD, SHH ou precipitante grave.

REGRA MUNICIPAL DE SEGURANÇA HI ou glicose plasmática ≥ 600 mg/dL não será classificada como hiperglicemia assintomática até que SHH/CAD tenham sido adequadamente excluídas.

3. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE

RESPONSÁVEL	ATRIBUIÇÃO
Recepção / acolhimento	Reconhecer relato de HI, alteração de comportamento, vômitos, dispneia, gestação, DM1 ou uso de insulina; direcionar imediatamente à enfermagem.
Enfermagem	Realizar triagem, glicemia capilar, sinais vitais, avaliação breve do estado mental/hidratação; repetir medida duvidosa; monitorizar e obter acesso venoso quando indicado. Não administrar insulina sem prescrição completa.
Médico	Confirmar enquadramento, excluir CAD/SHH/doença grave, solicitar exames conforme risco, prescrever manejo, documentar critério de destino e realizar comunicação/regulação quando necessária.
Farmácia / dispensação	Apoiar conciliação, disponibilidade de insulina/antidiabéticos, conservação, seringas/canetas, tiras e orientação segura.
APS	Reavaliar em prazo definido, confirmar diagnóstico em assintomáticos, revisar adesão e técnica, individualizar tratamento crônico e rastrear complicações.
Regulação / transporte	Organizar transferência segura quando a capacidade local for insuficiente, com comunicação clínica estruturada e continuidade do cuidado.

3.1 Classificação assistencial

NÍVEL	EXEMPLOS	AÇÃO
EMERGÊNCIA IMEDIATA	Alteração do sensório, convulsão, choque/hipotensão, Kussmaul, SpO ₂ baixa, dor torácica, déficit focal, sepse ou desidratação importante.	Sala Vermelha; ABCDE; monitor; acesso; investigação e regulação.
ALTA PRIORIDADE	HI/≥600; vômitos; dor abdominal; DM1/LADA; SGLT2; gestação; jejum prolongado; omissão de basal; DRC/IC; diabetes novo catabólico.	Avaliação médica rápida e exames para crise conforme risco.
FLUXO NÃO EMERGENTE	Assintomático de fato, sinais vitais normais, sem alto risco, bom estado geral, hidratação preservada e seguimento possível.	Avaliação clínica; manejo ambulatorial/APS quando seguro.

ATENÇÃO A classificação acima é uma priorização clínica específica deste protocolo e não substitui o sistema formal de acolhimento/classificação de risco vigente no serviço.

4. AVALIAÇÃO INICIAL E CONFIRMAÇÃO

4.1 Passo zero - validar a medida

- Confirmar identificação do paciente, horário, relação com refeição, última dose de antidiabético/insulina e uso recente de glicose/corticoide.
- Repetir a glicemia capilar se o resultado for inesperado, discordante da clínica ou indicado como HI/HIGH.
- Verificar validade e conservação das tiras, limpeza do aparelho, volume de amostra e contaminação dos dedos por açúcar.
- Preferir glicose plasmática/venosa se houver má perfusão periférica, choque, hipotensão, edema importante ou valor extremo.
- Registrar o modelo/faixa do glicosímetro quando o resultado for HI, pois o limite varia entre equipamentos.

4.2 Anamnese dirigida

DOMÍNIO	PERGUNTAS-CHAVE
Sintomas hiperglicêmicos	Poliúria, polidipsia, noctúria, perda ponderal, visão borrada, fraqueza.
Sinais de crise	Náuseas, vômitos, dor abdominal, respiração profunda/rápida, sonolência, confusão, convulsão.
Tratamento	Tipo de diabetes, doses, última aplicação, omissões, técnica, armazenamento, acesso a insumos, hipoglicemias.
Precipitantes	Febre/infecção, dor torácica, dispneia, déficit focal, trauma, cirurgia, pancreatite, álcool/drogas.
Fármacos	Corticoides, SGLT2, antipsicóticos, fenitoína, diuréticos; infusão/dieta enteral.
Contexto	Gestação possível, jejum, baixa ingestão, vômitos, fragilidade, apoio familiar e possibilidade de retorno.

4.3 Exame físico mínimo

- Sinais vitais completos, SpO₂, nível de consciência/orientação e perfusão periférica.
- Mucosas, turgor, enchimento capilar, frequência/volume urinário e sinais de sobrecarga.
- Padrão respiratório/Kussmaul; ausculta pulmonar e cardíaca; dor abdominal.
- Foco infeccioso respiratório, urinário, cutâneo, odontológico e pés.
- Exame neurológico breve quando houver lentificação, confusão ou queixa focal.

IDOSOS E NEUROPATIA AUTONÔMICA Podem apresentar infecção, isquemia e desidratação sem febre, dor ou taquicardia exuberante. Uma queixa discreta não equivale a baixo risco.

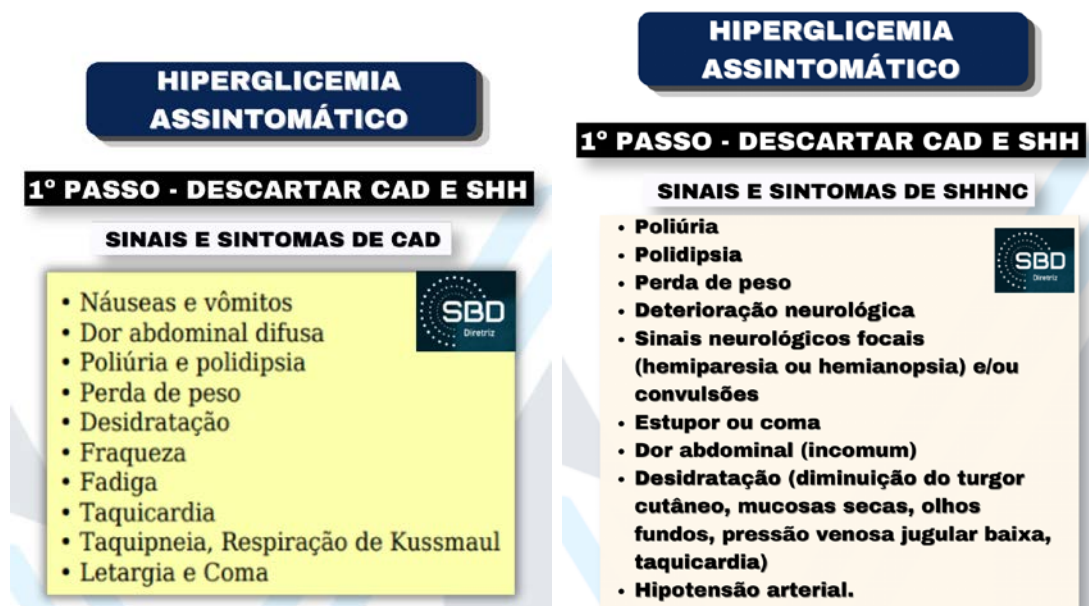
5. EXCLUSÃO DE CAD E SHH

Quando houver sintomas, fator de alto risco, HI/≥600 mg/dL ou dúvida clínica, a exclusão de crise exige avaliação laboratorial. A ausência de sintomas reduz a probabilidade, mas não basta em apresentações atípicas.



Figura 2. Esquema fisiopatológico didático: deficiência insulínica favorece lipólise e cetogênese na CAD; hiperglicemia e perda hídrica predominam na SHH.

COMPONENTE	CAD - CONSENSO 2024	SHH - CONSENSO 2024
Glicose / diabetes	Glicose ≥200 mg/dL OU história prévia de diabetes	Glicose ≥600 mg/dL
Cetose	Beta-hidroxibutirato ≥3,0 mmol/L OU cetonúria ≥2+	Beta-hidroxibutirato <3,0 mmol/L OU cetonúria <2+
Ácido-base	pH venoso <7,3 OU bicarbonato <18 mmol/L	pH ≥7,3 E bicarbonato ≥15 mmol/L
Osmolalidade	Não é requisito diagnóstico	Efetiva >300 mOsm/kg OU total >320 mOsm/kg
Regra	Todos os 3 componentes presentes	Todos os 4 componentes presentes; sobreposição é possível



Figuras 3 e 4. Sinais e sintomas que elevam a suspeita de CAD e SHH. A confirmação ou exclusão depende dos critérios clínicos e laboratoriais atualizados na tabela acima.

CAD EUGLICÊMICA Considere cetose/acidose mesmo com glicemia <250 mg/dL em usuários de SGLT2, gestantes, jejum/baixa ingestão, consumo excessivo de álcool ou redução/omissão de insulina.

5.1 Exames quando indicados

FINALIDADE	EXAMES
Essenciais para crise	Glicose plasmática; sódio, potássio, cloro; ureia/creatinina; gasometria venosa; beta-hidroxibutirato (preferível) ou cetonúria.
Para SHH	Osmolalidade medida ou calculada; avaliação neurológica seriada.
Precipitante	Hemograma, urina/cultura, lactato/culturas, ECG/troponina e imagem conforme história/exame.
Cronificação	HbA1c pode ajudar a diferenciar hiperglicemia crônica de estresse, com cautela em anemia, hemoglobinopatias, transfusão e DRC.

5.2 Fórmulas úteis

CÁLCULO	FÓRMULA PRÁTICA
Osmolalidade efetiva	$2 \times \text{Na medido} + \text{glicose}/18$
Osmolalidade total	$2 \times \text{Na medido} + \text{glicose}/18 + \text{ureia}/2,8$
Ânion gap	$\text{Na} - (\text{Cl} + \text{HCO}_3)$; interpretar conforme referência laboratorial

LIMITAÇÃO LOCAL Se os exames/monitorização seriada necessários não estiverem disponíveis e a crise não puder ser excluída, estabilizar e regular transferência; não improvisar tratamento definitivo.

6. INVESTIGAÇÃO DO FATOR PRECIPITANTE

Após afastar emergência hiperglicêmica, a pergunta principal é: por que a glicose aumentou agora? O precipitante pode representar a verdadeira urgência e deve ser documentado.

DOMÍNIO	O QUE PROCURAR
Falha terapêutica	Omissão, subdose, técnica inadequada, insulina vencida/mal conservada, falha de bomba/caneta, falta de receita ou insumos.
Infecção	Respiratória, urinária, pele/partes moles, pé diabético, odontológica; idosos podem não ter febre.
Cardiovascular / neurológico	IAM silencioso, AVC, TEP, insuficiência cardíaca, isquemia de membro.
Medicamentos / substâncias	Corticoides, SGLT2, alguns antipsicóticos, fenitoína, simpaticomiméticos; álcool e cocaína.
Estresse metabólico	Pancreatite, trauma, queimadura, cirurgia, desidratação, dieta/infusão enteral, jejum.
Diabetes novo	Perda ponderal, cetose, sintomas catabólicos, história familiar; considerar DM1/LADA em adulto magro ou de evolução rápida.
Gestação	Hiperglicemia e cetose têm maior risco materno-fetal e exigem avaliação obstétrica imediata.
Vulnerabilidade	Baixa alfabetização em saúde, comprometimento cognitivo, ausência de cuidador, insegurança alimentar, dificuldade de acesso/retorno.

HIPERGLICEMIA ASSINTOMÁTICO

2º PASSO - AVALIAR POSSÍVEIS FATORES QUE PODEM LEVAR A CAD E SHHNC

- Diabetes mellitus desconhecido
- Desidratação
- Infecções (respiratória, urinária, celulite, etc)
- Uso incorreto de insulina ou hipoglicemiantes
- Medicamentos: corticoides, interferon, glifozinas (inibidores do SGLT2), fenitoína
- Gravidez
- Abuso de substâncias: álcool, cocaína
- IAM
- AVC
- TEP

**SE ALGUMA DESSAS CONDIÇÕES ESTIVER
PRESENTE = MANEJO DA CONDIÇÃO SEM
MANEJO DA HIPERGLICEMIA NA FASE AGUDA**

Figura 5. Principais condições precipitantes destacadas na aula. A condição desencadeante deve ser reconhecida e tratada como prioridade clínica.

6.1 Investigação orientada

CENÁRIO	CONDUTA
Sem pista e baixo risco	Não solicitar bateria ampla de exames de rotina; revisar tratamento e organizar APS.
Sinais focais	Direcionar exames ao provável precipitante: urina, RX, ECG/troponina, culturas, imagem, entre outros.
Diabetes novo / perda de peso	Avaliar cetose, função renal e gravidade; evitar tratar como simples DM2 sem excluir deficiência insulínica.
Recorrência	Revisar barreiras de acesso, técnica, saúde mental, uso de substâncias e falhas do plano de alta.

PRINCÍPIO DE PARCIMÔNIA Paciente verdadeiramente assintomático, estável e sem alto risco não necessita automaticamente de investigação laboratorial adicional; a decisão deve ser individualizada [1].

7. MANEJO DO PACIENTE ESTÁVEL SEM CRISE

7.1 Objetivos

- Corrigir fatores reversíveis e falhas de acesso/adesão.
- Restabelecer hidratação quando clinicamente indicada, sem sobrecarga.
- Evitar hipoglicemia, hipocalemia e mudanças terapêuticas complexas sem seguimento.
- Garantir plano longitudinal; não perseguir normalização em uma única passagem pelo serviço.

7.2 Hidratação

CENÁRIO	CONDUTA
Hidratação preservada e tolera via oral	Incentivar água em volumes fracionados, conforme sede e tolerância. Não usar bebida açucarada como hidratação de rotina.
Hipovolemia leve / baixa ingestão	Considerar SF 0,9% 500 mL IV em 60-120 minutos e reavaliar sinais vitais, pulmões, perfusão, diurese e sintomas.
Idoso, DRC ou insuficiência cardíaca	Usar bolus menores (ex.: 250 mL) e reavaliar frequentemente; interromper diante de congestão, dispneia, crepitações ou piora da SpO ₂ .
Suspeita de CAD/SHH ou choque	Não seguir este esquema simplificado; iniciar estabilização segundo protocolo de crise e capacidade local, com regulação precoce.

PRESCRIÇÃO-MODELO - HIDRATAÇÃO IV SELECIONADA CLORETO DE SÓDIO 0,9%, 500 mL, VIA INTRAVENOSA, INFUNDIR EM 60-120 MINUTOS. REAVALIAR ANTES DE NOVO VOLUME. Individualizar em cardiopatia, DRC, cirrose, fragilidade e idosos.

7.3 Tratamento crônico e conciliação

- Confirmar exatamente quais medicamentos o paciente usa, doses, última tomada/aplicação e disponibilidade em casa.
- Não reiniciar metformina durante desidratação importante, hipóxia, sepse ou suspeita de injúria renal aguda; confirmar função renal quando clinicamente indicado.
- Evitar iniciar sulfonilureia ou intensificar múltiplas drogas no PS quando houver risco de hipoglicemia, ingestão incerta ou seguimento frágil.
- Não suspender insulina basal de pessoa com DM1. Dúvida sobre o esquema ou omissão recente exige avaliação médica prioritária e cetonas conforme risco.
- Ajustes de longo prazo devem preferencialmente ocorrer na APS, com HbA1c, função renal, educação e plano de monitorização.

8. INSULINA: INDICAÇÕES, PREPARO E CONTRAINDICAÇÕES

POSIÇÃO DO PROTOCOLO Insulina não é rotina para toda hiperglicemia assintomática e não deve ser usada apenas para alcançar um número antes da alta. Se utilizada, requer prescrição individual, monitorização e reavaliação.

8.1 Situações em que uma correção SC pode ser considerada

- Paciente conhecido como usuário de insulina, estável e sem CAD/SHH, com plano de correção individual previamente definido e verificado.
- Paciente selecionado em observação, após avaliação médica, com alimentação planejada, função renal/risco de hipoglicemia considerados e capacidade de monitorização no serviço.
- Nunca como substituto da investigação de HI/≥600 mg/dL, sintomas de crise ou doença precipitante grave.

8.2 Prescrição segura

ITEM	PADRÃO
Produto	Escrever nome completo e concentração: INSULINA REGULAR U-100 ou ANÁLOGO DE AÇÃO RÁPIDA U-100.
Dose	Escrever por extenso em unidades. Evitar abreviação ambígua 'U' ou 'UI' manuscrita.
Via	Subcutânea. Não utilizar bolus IV para hiperglicemia não complicada.
Preparo	Insulina SC U-100 NÃO É DILUÍDA. Usar seringa própria para U-100 ou caneta compatível; dupla checagem quando disponível.
Monitorização	Registrar glicemia antes; programar nova medida conforme produto (em geral 1-2 h para análogo rápido e cerca de 2 h para regular), quadro e protocolo local.
Saída	Não liberar imediatamente após dose corretiva; reavaliar clínica, tendência e risco de hipoglicemia tardia, com alimentação/retorno definidos.

8.3 Contraindicações e barreiras de segurança

SITUAÇÃO	CONDUTA
Possível CAD/SHH sem potássio conhecido	A insulina desloca potássio para o intracelular. Em crise, se K <3,5 mmol/L, a reposição de potássio precede a insulina conforme protocolo específico [2].
HI sem investigação	Não administrar dose empírica e liberar; confirmar e excluir crise.
Ingestão incerta / alto risco de hipoglicemia	Cautela ou evitar: idoso frágil, DRC avançada, hepatopatia, desnutrição, álcool, hipoglicemia prévia ou uso de sulfonilureia.
Repetição precoce	Não repetir correção antes da janela de ação sem avaliação médica; risco de empilhamento de insulina.
Prescrição incompleta	Não executar se faltarem nome/concentração, dose em unidades, via, horário e plano de monitorização.

TABELA DE ESCALA MÓVEL A escala mostrada na apostila deriva de pacientes hospitalizados não críticos e não foi validada como dose única para alta do PS. Este protocolo não adota uma escala universal de correção; usar apenas plano individual ou prescrição médica contextualizada.

9. DESTINO, OBSERVAÇÃO E TRANSFERÊNCIA

DESTINO	CRITÉRIOS
Alta / APS	Estável; sem crise/precipitante grave; tolera líquidos; plano terapêutico e insumos disponíveis; compreensão, apoio e retorno garantidos.
Observação no PS	Hidratação IV; exames pendentes; reavaliação após insulina; diagnóstico incerto; risco de hipoglicemia; fragilidade ou barreira social.
Internação / transferência	CAD/SHH ou impossibilidade de excluí-las; alteração do sensório; instabilidade; desidratação importante; vômitos; precipitante grave; DM1/gestação com cetose; incapacidade de autocuidado.

9.1 Fluxo local - Itariri

1. Estabilizar no PS/Sala Vermelha: ABCDE, monitorização, acesso venoso, glicose/eletrolitos/gasometria/cetonas conforme disponibilidade e tratamento do precipitante.
2. Acionar regulação/CROSS precocemente quando houver CAD/SHH, necessidade de monitorização seriada/bomba/laboratório não disponível, internação ou suporte especializado.
3. Definir transporte conforme gravidade e orientação regulatória; realizar comunicação estruturada SBAR e enviar cópia de exames, prescrições e evolução.
4. Não atrasar a transferência para atingir glicemia arbitrária. Término de plantão não interrompe o cuidado sem passagem formal e continuidade assegurada.

9.2 SBAR mínimo para regulação

ETAPA	CONTEÚDO
S - Situação	Idade, tipo de diabetes, glicemia/HI, motivo da transferência, estabilidade e estado mental.
B - Background	Comorbidades, medicamentos (incluindo SGLT2/insulina), última dose, sintomas, precipitante provável e tempo de evolução.
A - Avaliação	Sinais vitais, hidratação, pH/HCO ₃ , cetonas, K/Na, creatinina, osmolalidade, ECG e resposta às medidas.
R - Recomendação	Necessidade de leito/monitorização, suporte durante transporte, infusões em curso, pendências e risco previsto.

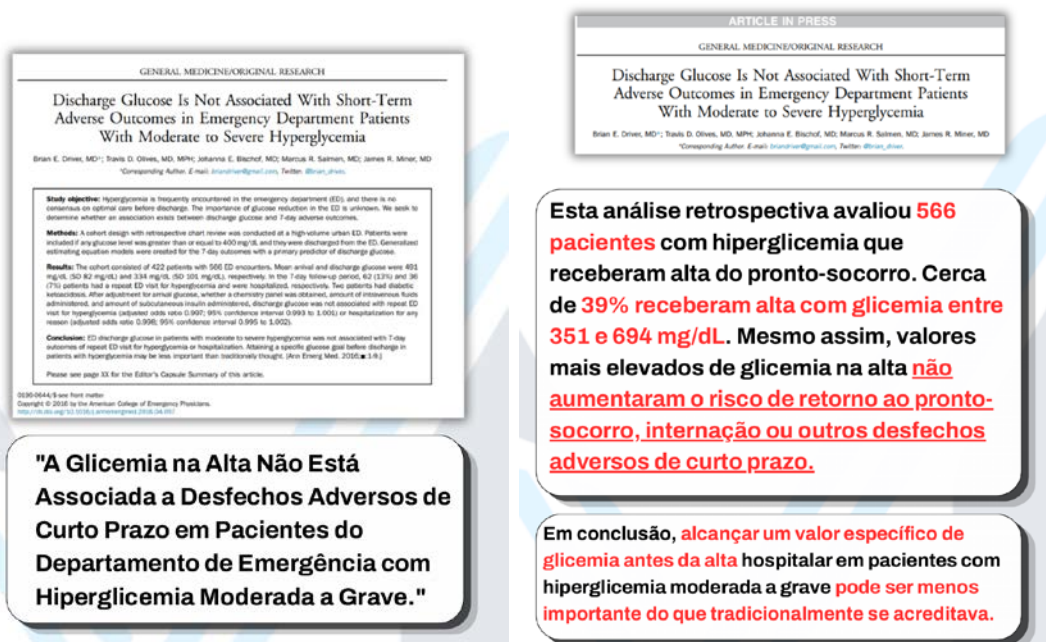
VAGA REGULADA A comunicação com a regulação não substitui estabilização e monitorização. A equipe assistente mantém responsabilidade até a transferência efetiva e a passagem do caso.

10. ALTA SEGURA E SEGUIMENTO

10.1 Critérios cumulativos de alta

- Hemodinamicamente estável, estado mental habitual e sem sinais de desidratação importante.
- CAD/SHH e doença precipitante grave afastadas de forma adequada ao risco.
- Tolerância à via oral e ausência de vômitos persistentes.
- Tratamento conciliado; receita, medicamentos, insumos e técnica disponíveis/compreendidos.
- Sem hipoglicemia atual ou risco elevado não mitigado após intervenção com insulina.
- Paciente/cuidador compreende sinais de alarme, dias de doença e quando retornar.
- Reavaliação organizada: preferencialmente 24-72 h se alto risco/ajuste de insulina e, nos demais, em até 7 dias [1].

ALTA NÃO É UM NÚMERO Não existe corte formal obrigatório de <400 mg/dL. Estudos em pacientes selecionados sugerem que perseguir uma meta numérica antes da alta não melhora desfechos de 7 dias, mas não autorizam alta sem excluir crise e garantir seguimento [8,9].



Figuras 6 e 7. Evidência observacional sobre glicemia na alta. Interpretação restrita a pacientes selecionados e elegíveis para alta; não se aplica a CAD, SHH, instabilidade ou precipitante grave.

10.2 Diagnóstico de diabetes no assintomático

Glicemia plasmática casual ≥ 200 mg/dL confirma diabetes quando há sintomas clássicos ou crise. Na pessoa realmente assintomática, confirmar o diagnóstico com segundo teste anormal (na mesma amostra ou em nova coleta), como glicemia de jejum, HbA1c ou teste oral de tolerância, salvo hiperglicemia inequívoca em crise [4].

10.3 Orientações obrigatórias

TEMA	ORIENTAÇÃO
Hidratação	Beber água em volumes fracionados, salvo restrição médica; evitar bebidas açucaradas.
Alimentação	Manter refeições regulares; não fazer jejum prolongado para 'baixar a glicose'.
Medicamentos	Usar exatamente como prescrito; não dobrar dose esquecida; não interromper insulina basal por conta própria.
Monitorização	Registrar glicemias conforme plano; anotar horário, refeições e sintomas; reconhecer e tratar hipoglicemia.
Retorno imediato	Vômitos, dor abdominal, respiração profunda/rápida, sonolência/confusão, desmaio, convulsão, dispneia, dor torácica, febre, incapacidade de beber, pouca urina, hipoglicemia ou HI persistente.

11. POPULAÇÕES E SITUAÇÕES ESPECIAIS

GRUPO / SITUAÇÃO	CONDUTA DIFERENCIADA
DM1 / LADA provável	Nunca omitir insulina basal. Baixo limiar para cetonas/gasometria; perda ponderal, cetose ou rápida progressão não devem ser manejadas como simples DM2.
Uso de SGLT2	Risco de CAD euglicêmica. Em doença aguda, jejum, náusea, dor abdominal ou taquipneia, suspender temporariamente e investigar cetose/acidose conforme avaliação médica.
Gestação	Hiperglicemia/cetose pode deteriorar com rapidez e envolve risco fetal. Avaliação obstétrica imediata; não aplicar este fluxo de alta isoladamente.
Criança/adolescente	Fora do escopo. Encaminhar para protocolo pediátrico; novo diabetes frequentemente é DM1 e requer avaliação urgente.
Idoso frágil / demência	Avaliar apresentação atípica, cuidador, acesso e risco de hipoglicemia. Preferir planos simples e hidratação cautelosa.
DRC / insuficiência cardíaca	Maior risco de sobrecarga e hipoglicemia; volumes menores e reavaliações frequentes; considerar eletrólitos/função renal antes de ajustes.
Uso de corticoide	Relacionar padrão glicêmico ao horário/dose; tratar doença de base e organizar ajuste longitudinal, sem interromper corticoide essencial abruptamente.
Diabetes novo com catabolismo	Perda de peso, poliúria intensa, cetose, fraqueza ou desidratação exigem avaliação urgente e possível insulinização estruturada.

11.1 Dias de doença - mensagem mínima

AÇÃO	ORIENTAÇÃO
Manter	Hidratação, monitorização mais frequente e insulina basal no DM1, conforme plano.
Reavaliar / pausar quando indicado	SGLT2 em doença aguda/jejum; metformina em desidratação, hipóxia, sepse ou IRA; decisões sempre individualizadas.
Procurar atendimento	Cetonas elevadas, vômitos, incapacidade de beber, respiração anormal, alteração mental, hipoglicemia recorrente ou HI persistente.

EVITAR GENERALIZAÇÃO Este protocolo não fornece esquema universal de início de insulina ambulatorial. Pessoas com diabetes novo, catabolismo ou provável deficiência insulínica precisam de plano individual e seguimento garantido.

12. CHECKLISTS E PRESCRIÇÕES-MODELO

12.1 Checklist médico antes de definir destino

- ☐ Glicemia confirmada; contexto alimentar/medicações registrado.
- ☐ Sinais vitais, estado mental, hidratação e exame dirigido documentados.
- ☐ CAD/SHH e CAD euglicêmica consideradas conforme risco.
- ☐ Potássio conhecido antes de insulina se houver possibilidade de crise.
- ☐ Precipitante investigado e tratado/encaminhado.
- ☐ Intervenções, resposta e risco de hipoglicemia reavaliados.
- ☐ Critério de alta/observação/transferência explicitamente registrado.
- ☐ Receita, insumos, orientações, sinais de alarme e prazo de retorno definidos.

12.2 Checklist de enfermagem

- ☐ Identificação correta e resultado/horário da glicemia registrados.
- ☐ Repetição de medida HI/discordante e comunicação imediata ao médico.
- ☐ Sinais vitais e nível de consciência seriados conforme risco.
- ☐ Acesso, fluidos e coleta executados conforme prescrição; balanço/diurese quando indicado.
- ☐ Insulina conferida: nome, concentração, dose em unidades, via, horário e glicemia de controle.
- ☐ Hipoglicemia reconhecida, material de tratamento disponível e evento documentado.
- ☐ Orientações de alta reforçadas e compreendidas pelo paciente/cuidador.

12.3 Modelos de prescrição

CENÁRIO	TEXTO-BASE
Paciente estável, via oral	HIDRATAÇÃO ORAL COM ÁGUA, EM VOLUMES FRACIONADOS, CONFORME TOLERÂNCIA E AUSÊNCIA DE RESTRIÇÃO HÍDRICA. DIETA REGULAR CONFORME PLANO CLÍNICO.
Hipovolemia leve selecionada	CLORETO DE SÓDIO 0,9%, 500 mL, IV, EM 60-120 MIN. REAVALIAR PA, FC, SpO ₂ , AUSCULTA, PERFUSÃO E DIURESE ANTES DE REPETIR.
Monitorização após insulina SC	GLICEMIA CAPILAR ANTES DA DOSE E NOVA MEDIDA EM ____ HORAS, CONFORME INSULINA PRESCRITA. OBSERVAR SINAIS DE HIPOGLICEMIA E GARANTIR ALIMENTAÇÃO PLANEJADA.
Suspeita de crise	MONITORIZAÇÃO; ACESSO VENOSO; COLETA DE GLICOSE, Na/K/Cl, UREIA/CREATININA, GASOMETRIA VENOSA, CETONAS E OSMOLALIDADE CONFORME DISPONIBILIDADE; ECG; TRATAR PRECIPITANTE; REGULAR TRANSFERÊNCIA. INSULINA APÓS CONHECER K E CONFORME PROTOCOLO ESPECÍFICO.

VALIDAÇÃO OBRIGATÓRIA Modelos não substituem prescrição médica individual. Conferir alergias, comorbidades, função renal/cardiovascular, acesso, horário e compatibilidade com o quadro clínico.

13. REGISTRO CLÍNICO E COMUNICAÇÃO

13.1 Conteúdo mínimo do prontuário

DOMÍNIO	REGISTRO
Contexto	Motivo da aferição, sintomas negados/presentes, relação com refeição e última dose de medicamento/insulina.
Dados objetivos	Glicemias e horários, sinais vitais, estado mental, hidratação, exame dirigido e tendência após intervenção.
Risco	Fatores para CAD/SHH/CAD euglicêmica, exames realizados e justificativa clínica quando não indicados.
Precipitante	Hipótese, investigação e tratamento.
Conduta	Fluidos, insulina (produto/dose/horário), resposta, eventos adversos e conciliação terapêutica.
Destino	Justificativa para alta, observação, internação ou transferência; orientação, receita, insumos e prazo de retorno.

13.2 Texto-base para PS / e-SUS PEC

MODELO DE REGISTRO PACIENTE COM HIPERGLICEMIA CONFIRMADA (___ mg/dL ÀS ___), HEMODINAMICAMENTE ____, ESTADO MENTAL ____, HIDRATAÇÃO _____. NEGA/REFERE VÔMITOS, DOR ABDOMINAL, RESPIRAÇÃO ANORMAL, FEBRE, DOR TORÁCICA OU DÉFICIT FOCAL. FATORES DE RISCO PARA CAD/SHH/CAD-E: _____. EXAMES/CRITÉRIOS AVALIADOS: _____. PRECIPITANTE PROVÁVEL: _____. CONDUTA E RESPOSTA: _____. MEDICAÇÕES/INSUMOS CONCILIADOS: _____. DESTINO DEFINIDO POR _____. ORIENTADOS SINAIS DE ALARME E RETORNO IMEDIATO. REAVALIAÇÃO EM _____.

13.3 Termos que exigem precisão

EXPRESSÃO	COMO DOCUMENTAR
'Assintomático'	Especificar os sintomas investigados e negados, não apenas usar o rótulo.
'Crise excluída'	Registrar quais dados clínicos/laboratoriais sustentam a conclusão.
'Orientado'	Documentar sinais de alarme, prazo/local de retorno e entendimento do paciente/cuidador.
'HI'	Registrar repetição, faixa do aparelho e valor plasmático quando disponível.

ANEXO A - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/CUIDADOR

GLICOSE ALTA SEM SINAIS DE EMERGÊNCIA

O QUE FOI AVALIADO Hoje sua glicose estava elevada, mas você não apresentou critérios de emergência hiperglicêmica na avaliação realizada. Isso não significa que a glicose possa ficar alta sem acompanhamento.

Cuidados em casa

- Tome os medicamentos exatamente como prescritos. Não aumente, dobre ou suspenda doses por conta própria.
- Beba água em pequenas quantidades ao longo do dia, salvo se tiver restrição de líquidos orientada por médico.
- Faça refeições regulares. Não fique em jejum para tentar reduzir a glicose.
- Meça e anote a glicose nos horários definidos; registre sintomas, alimentação e medicamentos.
- Confirme se possui remédios, insulina, agulhas/seringas, tiras e lancetas suficientes até o retorno.
- Compareça à reavaliação no prazo orientado, mesmo que esteja se sentindo bem.

Procure o PS imediatamente se ocorrer

ÁREA	SINAL DE ALERTA
Respiração	Respiração funda/rápida, falta de ar ou dor no peito.
Digestivo	Vômitos persistentes, dor abdominal ou incapacidade de beber líquidos.
Neurológico	Sonolência, confusão, desmaio, convulsão ou fraqueza de um lado do corpo.
Hidratação	Boca muito seca, pouca urina, tontura, desmaio ou fraqueza intensa.
Glicose	HI persistente, piora apesar do plano ou sinais de hipoglicemia (suor, tremor, confusão).
Infecção	Febre, piora de tosse, ardor urinário intenso, ferida infectada ou pé vermelho/inchado.

Plano entregue

ITEM	PREENCHER
Retorno na UBS em	___ / ___ / ___ às ___
Unidade / profissional	_____
Como medir a glicose	_____
Mudanças na medicação	_____
Contato / orientação local	_____

14. IMPLANTAÇÃO, TREINAMENTO E INDICADORES

14.1 Requisitos para implantação

- Aprovação formal e divulgação do fluxo entre PS, Sala Vermelha, APS, farmácia, regulação e transporte.
- Treinamento inicial e anual sobre CAD/SHH, CAD euglicêmica, segurança da insulina, hidratação e comunicação SBAR.
- Disponibilidade verificada de glicosímetros/tiras, monitor, acesso venoso, cristaloide, insulina identificada, insumos U-100, tratamento de hipoglicemia e exames essenciais conforme nível de serviço.
- Definição do protocolo específico para CAD/SHH e do fluxo de transferência quando monitorização/laboratório seriado não estiverem disponíveis.
- Auditoria de eventos adversos, retornos precoces e casos de HI liberados sem investigação adequada.

14.2 Indicadores sugeridos

TIPO	INDICADOR
Processo	% com sinais vitais + estado mental + hidratação documentados.
Processo	% de HI/≥600 com avaliação de CAD/SHH registrada.
Segurança	% de insulina administrada com produto, concentração, dose em unidades e glicemia de reavaliação registrados.
Segurança	Hipoglicemia após tratamento no PS (por 100 atendimentos).
Continuidade	% de altas com prazo/local de seguimento e sinais de alarme documentados.
Desfecho	Retorno em 72 h e 7 dias; internação por CAD/SHH após alta; transferência sem eventos evitáveis.

15. REFERÊNCIAS ESSENCIAIS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Linha de Cuidado do Diabetes Mellitus tipo 2 no adulto: Hiperglicemia assintomática - UPA. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/diabetes-mellitus-tipo-2-%28DM2%29-no-adulto/unidade-de-pronto-atendimento/dm2-aguda/hiperglicemia/assintomatica/>. Acesso em: 9 ago. 2026.
2. UMPIERREZ, G. E. et al. Hyperglycemic Crises in Adults With Diabetes: A Consensus Report. *Diabetes Care*, v. 47, p. 1257-1275, 2024. DOI: 10.2337/dci24-0032.
3. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises: Standards of Care in Diabetes - 2026. *Diabetes Care*, v. 49, supl. 1, 2026.
4. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes - 2026. *Diabetes Care*, v. 49, supl. 1, 2026.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz SBD 2025: Manejo da síndrome hiperglicêmica hiperosmolar. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-sindrome-hiperglicemica-hiperosmolar-nao-cetotica-shhnc/>. Acesso em: 9 ago. 2026.
6. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diagnóstico e tratamento da cetoacidose diabética. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-tratamento-da-cetoacidose-diabetica/>. Acesso em: 9 ago. 2026.
7. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Manejo da hiperglicemia hospitalar em pacientes não críticos. Diretriz SBD 2025. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-hiperglicemia-hospitalar-em-pacientes-nao-criticos/>. Acesso em: 9 ago. 2026.
8. DRIVER, B. E. et al. Discharge Glucose Is Not Associated With Short-Term Adverse Outcomes in Emergency Department Patients With Moderate to Severe Hyperglycemia. *Annals of Emergency Medicine*, v. 68, n. 6, p. 697-705.e3, 2016. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2016.04.057.
9. DRIVER, B. E. et al. Comparison of two glycemic discharge goals in ED patients with hyperglycemia, a randomized trial. *American Journal of Emergency Medicine*, 2019. PMID: 30316635.
10. BABU, A. et al. Safe and simple emergency department discharge therapy for patients with type 2 diabetes mellitus and severe hyperglycemia. *Endocrine Practice*, v. 15, n. 6, p. 696-704, 2009. PMID: 19625243.

REVISÃO TÉCNICA Conteúdo consolidado a partir da apostila fornecida e confrontado com fontes oficiais/primárias vigentes até agosto de 2026. Recomenda-se revisão anual e após qualquer atualização relevante.

HISTÓRICO DE REVISÕES

VERSÃO	DATA	ALTERAÇÃO	STATUS
1.0	09/08/2026	Conversão da apostila em protocolo municipal; inclusão de fluxo local, responsabilidades, segurança da insulina, figuras didáticas, checklists, modelos e indicadores.	Minuta técnica

REGISTRO DE CAPACITAÇÕES

DATA	UNIDADE	TEMA / INSTRUTOR	Nº	LISTA / RESPONSÁVEL
___/___/___ -	_____	_____	_____ -	_____
___/___/___ -	_____	_____	_____ -	_____
___/___/___ -	_____	_____	_____ -	_____
___/___/___ -	_____	_____	_____ -	_____

CHECKLIST PARA ENTRADA EM VIGOR

- ☐ Aprovação formal registrada e status da capa atualizado.
- ☐ Fluxo divulgado ao PS, Sala Vermelha, APS, farmácia, regulação e transporte.
- ☐ Insumos, exames disponíveis e contingências de transferência verificados.
- ☐ Equipes capacitadas e protocolo específico de CAD/SHH acessível.
- ☐ Data de início da vigência comunicada: ___/___/___.

CONTROLE DE VERSÃO Após aprovação, substituir 'MINUTA TÉCNICA' por 'APROVADO', preencher responsáveis e preservar este histórico em futuras revisões.