Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Análise do manejo diagnóstico e terapêutico dos pacientes não críticos com hiperglicemia

Analysis of the diagnostic and therapeutic management of non-critical patients with hyperglycemia in the clinical ward

Análisis del manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes no críticos con hiperglucemia en la sala clínica

Amanda Wosny Guimarlães[1], Thamires de Castro Navegantes[1], Rudival Faial de Moraes Junior[1].

RESUMO

Objetivo: Identificar o manejo diagnóstico e terapêutico da hiperglicemia em pacientes não críticos internados na enfermaria de clínica médica. **Método:** Estudo transversal, quantitativo e retrospectivo, com dados obtidos de prontuários. Considerou-se hiperglicemia hospitalar glicemia capilar >180 mg/dl. A análise estatística utilizou os testes Qui-Quadrado de Aderência e G de Aderência, adotando-se nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A amostra incluiu 165 pacientes, predominantemente do sexo masculino, com idade entre 60 e 79 anos. A glicemia capilar foi aferida na maioria dos casos, com prevalência de hiperglicemia de 21,2%. Não houve diferença estatística entre pacientes com diagnóstico prévio de diabetes e os demais. Entre os diabéticos, 57,1% tiveram solicitação de hemoglobina glicada. O esquema terapêutico mais utilizado foi o *sliding scale* (58,2%). **Conclusão:** O diagnóstico e o manejo da hiperglicemia hospitalar em pacientes não críticos permanecem inadequados, em desacordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes, o que pode contribuir para maior risco de complicações.

Palavras-chave: Hiperglicemia hospitalar, Diabetes mellitus, Pacientes não críticos.

ABSTRACT

Objective: To identify the diagnostic and therapeutic management of hyperglycemia in non-critical patients hospitalized in the internal medicine ward. **Method:** A cross-sectional, quantitative, and retrospective study was conducted using data obtained from medical records. Hospital hyperglycemia was defined as capillary blood glucose levels >180 mg/dL. Statistical analysis was performed using the Chi-square goodness-of-fit test and the G goodness-of-fit test, with a significance level of 5% and a 95% confidence interval. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The sample included 165 patients, predominantly male, aged between 60 and 79 years. Capillary blood glucose was measured in most cases, with a prevalence of hyperglycemia of 21.2%. There was no statistically significant difference between patients with a previous diagnosis of diabetes and those without. Among patients with diabetes, 57.1% had glycated hemoglobin testing requested. The most frequently used therapeutic regimen was sliding-scale insulin(58.2%). **Conclusion:** The diagnosis and management of hospital hyperglycemia in non-critical patients remain inadequate and are not in accordance with the recommendations of the Brazilian Diabetes Society, which may contribute to an increased risk of complications.

Keywords: Hospital hyperglycemia, Diabetes mellitus, Non-critical patients.

[1] Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FPEHCGV), Belém – PA.

SUBMETIDO EM: 1/2026 | **ACEITO EM: 2/2026** | **PUBLICADO EM: 3/2026**

RESUMEN

Objetivo: Identificar el manejo diagnóstico y terapéutico de la hiperglucemia en pacientes no críticos hospitalizados en la sala de medicina interna. **Método:** Estudio transversal, cuantitativo y retrospectivo, con datos obtenidos de historias clínicas. Se definió hiperglucemia hospitalaria como glucemia capilar >180 mg/dL. El análisis estadístico se realizó mediante las pruebas de ji cuadrado y G de bondad de ajuste, con un nivel de significancia del 5% y un intervalo de confianza del 95%. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** La muestra incluyó 165 pacientes, predominantemente hombres, con edades entre 60 y 79 años. La prevalencia de hiperglucemia fue del 21,2%. No se observaron diferencias significativas entre pacientes con diagnóstico previo de diabetes y los demás. Entre los diabéticos, el 57,1% tuvo solicitud de hemoglobina glicosilada. El esquema terapéutico más utilizado fue el *sliding scale* (58,2%). **Conclusión:** El diagnóstico y manejo de la hiperglucemia hospitalaria en pacientes no críticos siguen siendo inadecuados y no concordantes con las recomendaciones de la Sociedad Brasileña de Diabetes, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones.

Palabras clave: Hiperglucemia hospitalaria, Diabetes mellitus, Pacientes no críticos.

INTRODUÇÃO

A hiperglicemia hospitalar, é definida pela diretriz brasileira de diabetes de 2025, como qualquer valor de glicemia acima de 140 mg/dl no paciente hospitalizado, enquanto valores de glicemia capilar acima de 180 mg/dl em duas ou mais aferições em 24 horas, é definida como hiperglicemia hospitalar persistente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025).

A hiperglicemia hospitalar engloba pacientes portadores de diabetes prévio ou diagnosticados na internação, e indivíduos não diabéticos que apresentam hiperglicemia na presença de doenças agudas, a chamada hiperglicemia de estresse, um fenômeno frequente em pacientes hospitalizados (GOMES PM, et al., 2014). Pessoas com diabetes são mais propensas a serem hospitalizadas e costumam ter internações mais longas. Esses achados são devidos em parte à expansão mundial da epidemia de diabetes, sobretudo do tipo 2 (MOGHISSI ES, et al., 2009). Além disso, de 20 a 50% dos pacientes desconhecem que são diabéticos e muitos dos quais recebem o diagnóstico durante a hospitalização (WEXLER DJ, et al., 2008).

Informações sobre a epidemiologia do diabetes e controle glicêmico no Brasil são muito escassas. Em 2015, 7,4% das pessoas com mais de 18 anos entrevistadas pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) referiram ser portadoras de diabetes, sendo que em Belém essa proporção foi de 6,3%. De acordo com um estudo realizado pelo Ministério da Saúde brasileiro em 1992, o diabetes foi à quinta causa mais comum de hospitalização e ficou entre as dez causas mais comum de mortalidade. Além do mais, em uma pesquisa nacional brasileira multicêntrica, a prevalência de diabetes tipo 1 e tipo 2 mal controlados em pacientes ambulatoriais foi de 90% e 73%, respectivamente (MOREIRA JR ED, et al., 2013).

Estudos sobre o impacto da hiperglicemia hospitalar em pacientes não-críticos ainda são escassos na literatura, porém em tais pacientes, é sabido que a hiperglicemia está associada com internações mais prolongadas, aumento da incidência de infecções, mais incapacidade funcional após a alta hospitalar e óbito (CLEMENT, S, et al., 2004; BACKER EH, et al., 2006; UMPIERREZ GE, et al., 2012; MACALLISTER DA, et al., 2014). Por este motivo, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2025), considera iniciar o tratamento para aqueles pacientes com glicemia capilar acima de 180 mg/dl e determina que a glicemia hospitalar de pacientes não-críticos hospitalizados deve ser mantida na faixa de 140-180 mg/dl.

Entretanto, ao se avaliar o controle glicêmico intra-hospitalar, observa-se que este ainda é pouco valorizado e inadequadamente tratado na maioria dos centros hospitalares do Brasil e do mundo (UMPIERREZ GE, et al., 2012; GOMES PM, et al., 2014; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016). Além disso, há estudos que evidenciam que o manejo da hiperglicemia hospitalar é considerado secundário em comparação com a condição que levou o paciente à internação (CLEMENT S, et al., 2004; LERARIO AC, et al., 2008; LEAL CL, et al., 2010; CRAWFORD K, 2013; GODINHO C, et al., 2015)

Assim, o conhecimento do estado atual do grau do controle glicêmico em pacientes hospitalizados no Brasil torna-se essencial para o planejamento de programas com o intuito de melhorar o controle do diabetes e da hiperglicemia.

Diante deste contexto para a Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), que possui 49 leitos de internação em clínica médica, torna-se indispensável avaliar e levantar as estatísticas das informações referentes sobre o manejo diagnóstico e terapêutico da hiperglicemia, nestes pacientes não críticos, que serão o foco principal desta pesquisa.

Desta forma, este estudo teve como objetivo identificar como está sendo realizado o manejo diagnóstico e terapêutico da hiperglicemia hospitalar no paciente não-crítico, hospitalizado na enfermaria de clínica médica. Além disso, por meio deste trabalho, espera-se aferir o percentual de pacientes portadores de diabetes prévio que tiveram a avaliação do controle glicêmico na admissão hospitalar através da mensuração do marcador hemoglobina glicada; estimar qual a frequência de pacientes com diabetes com diagnostico anterior a admissão, diabetes prévio não diagnosticado e hiperglicemia de estresse naqueles pacientes com hiperglicemia hospitalar; e verificar quais os esquemas de tratamento foram prescritos aos pacientes com hiperglicemia hospitalar.

MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo transversal, quantitativo, retrospectivo com pacientes internados na enfermaria da clínica médica. A pesquisa foi realizada nas dependências da enfermaria da clínica médica de um hospital público estadual de Belém do Pará, que é um órgão da administração indireta vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública e certificada como Hospital de Ensino, tendo como finalidade o tripé Assistência-Ensino-Pesquisa. O hospital atende 100% da demanda do SUS e a enfermaria possui 49 leitos de internação em clínica médica.

Foram incluídos para análise todos os pacientes que foram admitidos primariamente nos 43 leitos de internação na enfermaria de clínica médica de um hospital público estadual de Belém do Pará no período de 1º março de 2024 a 31 de julho de 2024. Foram excluídos desta análise todos os pacientes admitidos em outras unidades de internação dentro do hospital e que foram transferidos para as enfermarias de clínica médica; e pacientes admitidos nos seis leitos do serviço de Nefrologia que estão na enfermaria de clínica médica.

Os dados foram coletados diretamente do prontuário dos pacientes. Os seguintes itens foram avaliados, checados e confirmados: Idade, sexo, peso, estatura, IMC, motivo da internação, realização ou não de glicemia capilar no momento da admissão, solicitação de hemoglobina glicada para pacientes previamente diabéticos.

Para o diagnóstico de hiperglicemia hospitalar foi utilizado o ponto de corte de glicemia capilar acima de 180 mg/dl, pois este valor se persistente é o qual indica avaliar iniciar insulinoterapia no âmbito hospitalar conforme ditado pela Sociedade Brasileira de Diabetes em 2025.

Considerou-se previamente diabéticos todos aqueles indivíduos com histórico de tal diagnóstico realizado anteriormente à admissão. Definiu-se diabetes oculto provável para pacientes com valor de hemoglobina glicada maior ou igual 6,5% detectado durante a internação e sem história prévia de diabetes e hiperglicemia de estresse foi definida como aquela hiperglicemia associada a níveis de hemoglobina glicada inferior a 6,5% (UMPIERREZ GE, et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2025). A dosagem da hemoglobina glicada foi realizada pelo laboratório do hospital que utiliza o método considerado padrão ouro, cromatografia líquida de alta performance. A Glicemia capilar realizada no hospital utiliza o glicosímetro *On Call Plus II* da *ACON* Biotech com método de análise pela amperometria.

Os esquemas de tratamento prescritos para os pacientes com hiperglicemia hospitalar foram enquadrados dentro de quatro categorias: *"sliding-scale*" (somente escala de correção com insulina de ação rápida ou ultrarrápida), basal-plus (insulina de ação intermediária ou prolongada associada à escala de

correção), basal-bolus com escala de correção (insulina de ação intermediária ou prolongada associada à insulina de ação rápida ou ultrarrápida antes das principais refeições com escala de correção) e antidiabético oral associado ou não com a insulina. O tamanho amostral de 165 pacientes foi calculado com base na população atendida na enfermaria de clínica médica.

As informações da caracterização amostral foram digitadas em aplicativo Google FORMS e convertidas em planilha do *software Microsoft® Office Excel® 2016*. Na aplicação da Estatística Descritiva, foram construídos tabelas e gráficos para apresentação dos resultados e calculadas as medidas de posição. A estatística analítica foi utilizada através da aplicação dos testes Qui-Quadrado Aderência e teste G Aderência para comparação das proporções encontradas nas variáveis categóricas.

As estatísticas descritiva e analítica, foram realizadas no *software BioEstat 5.4*. Para a tomada de decisão, foi adotado o nível de significância α = 0,05 ou 5%, sinalizando com asterisco (*) os valores significantes.

Este trabalho respeitou a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O início da execução da pesquisa ocorreu somente após a submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, autorização da direção e assinatura do Termo de Confidencialidade de Utilização de Dados (TCUD- Apêndice B) pelos autores sob o CAAE 90978725.8.0000.0016 e parecer 7.818.327.

Devido ao uso de um banco de dados secundários, ou seja, os casos já ocorreram, assim como, a coleta de dados ter a possibilidade de gerar constrangimento e possível prejuízo psicológico às vítimas não houve coleta de fonte primária, por isso justificou-se a não utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento (TA).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 165 pacientes com proporção estatisticamente significante de pacientes do sexo masculino (*p = 0.0064 – 60.6%). As idades variaram entre 13 e 95 anos, com média aritmética de 64.7 anos. As faixas etárias mais frequentes foram as idades entre 60 e 69 anos (34.5%) e 70 e 79 anos (22.4%), correspondentes a 57% da amostra.

Uma proporção estatisticamente significante dos pacientes teve o peso e a altura aferidos no momento da admissão (*p < 0.0001 – 80.6%). Após o cálculo do IMC foi identificada uma proporção estatisticamente significante de pacientes acima do peso (46.7%), sendo 29.7% sobrepeso e 17.0% de obesos, como mostra a **Tabela 1**.

Tabela 1 - Perfil dos pacientes da amostra, março a julho/2024.

Variáveis		N	%	p-valor
Sexo	Feminino	65	39.4%	**0.0064***
	Masculino	100	60.6%	
Faixa etária (anos)	< 40	11	6.7%	**< 0.0001***
	40 a 49	14	8.5%	
	50 a 59	21	12.7%	
	60 a 69	57	34.5%	
	70 a 79	37	22.4%	
	> = 80	25	15.2%	
	Mínimo / Média / Máximo	**13 / 64.7 / 95 anos**		
Peso e altura aferidos	Sim	133	80.6%	**< 0.0001***
	Não	32	19.4%	
Classificação nutricional	Baixo peso	8	4.8%	**< 0.0001***
	Peso adequado	48	29.1%	
	Sobrepeso	49	29.7%	
	Obesidade	28	17.0%	
	Sem informação	32	19.4%	

Nota:*Teste Qui-Quadrado. **Fonte:** Guimarães AW, et al., 2026.

A glicemia capilar foi medida em quase a totalidade dos pacientes da amostra (90.3%). Entre os que foram avaliados, houve proporção estatisticamente significante de resultados normais (*p < 0.0001 – 69.1%), havendo 21.2% de pacientes com resultados alterados. Em relação aos motivos da internação, o Infarto Agudo do Miocárdio foi o mais frequente (38.2%), seguido das sepses (13.3%) e as arritmias (12.1%), conforme **Tabela 2**.

Tabela 2 - Perfil dos pacientes em relação a glicemia capilar e o motivo da internação, março a julho/2024.

Variáveis		N	%	p-valor
Glicemia capilar medida na admissão	Sim	149	90.3%	**< 0.0001***
	Não	16	9.7%	
Glicemia capilar	Normal	114	69.1%	**< 0.0001***
	Alterada	35	21.2%	
	Não coletada	16	9.7%	
Motivo da internação	Infarto agudo do miocárdio	63	38.2%	**< 0.0001****
	Sepse	22	13.3%	
	Arritmias	20	12.1%	
	Insuficiência cardíaca agudizada	17	10.3%	
	Urgência dialítica	9	5.5%	
	Infecção de cateter de hemodiálise	2	1.2%	
	Outros	32	19.4%	

Nota:*Teste Qui-Quadrado Aderência; **Teste G Aderência. **Fonte:** Guimarães AW, et al., 2026.

Na amostra avaliada, não houve diferença estatisticamente significante entre as proporções de pacientes que já tinham diagnóstico prévio de diabetes e os demais pacientes (p = 0.0617 - 42.4%). Entre os pacientes com diagnóstico prévio de diabetes, um pouco mais da metade deles, teve o exame de HbA1c solicitado (57.1%), não sendo uma proporção estatisticamente significante (p = 0.2320). Entre os pacientes sem diagnóstico prévio de diabetes (n = 95), menos da metade teve o exame de HbA1c solicitado (42.1%). Dos 40 pacientes que realizaram o exame, 32 deles obtiveram resultados alterados, sendo 60.0% pré-diabéticos e 20.0% diabéticos, sendo uma proporção estatisticamente significante (*p = 0.0017) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Perfil da amostra em relação a solicitação e resultados do exame de HbA1c, março a julho/2024.

Variáveis		N	%	p-valor
Diagnóstico prévio de diabetes	Sim	70	42.4%	0.0617
	Não	95	57.6%	
Se sim, foi solicitado HbA1c?	Sim	40	57.1%	0.2320
	Não	30	42.9%	
Não diabético, foi solicitado HbA1c?	Sim	40	42.1%	0.1238
	Não	55	57.9%	
Resultado HbA1c	Normal	8	20.0%	**0.0017***
	Pré-diabetes	24	60.0%	
	Diabético	8	20.0%	

Nota:*Teste Qui-Quadrado Aderência. **Fonte:** Guimarães AW, et al., 2026.

Em relação ao tratamento utilizado para hiperglicemia hospitalar, o *Sliding scale* foi o mais usado com os pacientes da amostra (58.2%), sendo estatisticamente significante (*p < 0.0001) em relação aos demais tratamentos. O segundo mais usado foi o Basal-plus (14.5%), seguido do Basal-bolus com escala de correção (9.7%). Não foi necessário realizar tratamento em 29 pacientes (17.6%), conforme **Tabela 4**.

Tabela 4 - Perfil da amostra em relação ao tratamento para hiperglicemia hospitalar, março a julho/2024

Variáveis		N	%	p-valor
Tratamento para hiperglicemia hospitalar	Sliding scale	96	58.2%	**< 0.0001***
	Basal-plus	24	14.5%	
	Basal-bolus com escala de correção	16	9.7%	
	Sem informação	29	17.6%	

Nota: *Teste Qui-Quadrado Aderência. **Fonte:** Guimarães AW, et al., 2026.

DISCUSSÃO

Vários estudos postulam sobre o impacto da hiperglicemia na piora dos desfechos dos pacientes com eventos cardiovasculares agudos, baseados em dois mecanismos principais: disfunção endotelial e microvascular configurando um estado de inflamação da vasculatura e favorecendo a ocorrência de eventos trombóticos (PINHEIRO CPP, et al., 2013).

Além disso, é importante ressaltar que indivíduos com Doença cardiovascular (Hipertensão arterial Sistêmica, Infarto Agudo do Miocárdio e outras) também tem maior risco de desenvolver diabetes tipo 2 (BANDEIRA B e MOREIRA RO, 2025).

Existe relação também entre a Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 e a Sepse, ambos agem de modo a enfraquecer, ou melhor, suprimir o sistema imune, a primeira de forma crônica e a segunda de modo agudo, através da liberação de citocinas pró-inflamatórias que danificam o endotélio promovendo respostas inflamatórias elevadas, além de prejuízo a homeostase de cálcio e toxicidade, o que juntamente com outros mecanismos patológicos reverberam em complicações infecciosas, e risco aumentado de injúria renal aguda. Nesse contexto, a hiperglicemia hospitalar está atrelada a risco aumentado de mortalidade hospitalar, independente de um status prévio de diabetes controlado (CONSTATINI E, 2021; JIANG L e CHENG M, 2022).

Neste estudo, 38,2% dos pacientes internados foram por infarto agudo do miocárdio (p<0,0001), seguidos por sepse. Com composição majoritariamente masculina com média de idade de 64 anos, e faixa etária mais prevalente de 60 a 79 anos (57% da amostra) (p< 0,0001), internadosem umhospital público estadual de Belém do Pará.

Em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), 46,7% dos pacientes estavam acima do peso, sendo 29,7% com sobrepeso e 17% com obesidade (p<0,0001), o que coaduna com o estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2008-2009, que encontrou 47% dos pacientes admitidos com sobrepeso ou obesidade (CRUZ LB, et al., 2012).

É bem estabelecido que a obesidade, está diretamente relacionada ao desenvolvimento da diabetes, haja vista que existe uma conexão entre o ambiente inflamatório gerado pelos adipócitos disfuncionais, que secretam citocinas pró-inflamatórias, que afetam a funcionalidade do tecido adiposo, e por conseguinte a funcionalidade dos demais órgãos(CORSO MPX, et al., 2023).

Diante desse cenário, é relevante pontuar, que a diretriz de Manejo da Obesidade e Prevenção de Doenças Cardiovasculares e Complicações Associadas à Obesidade, coloca a necessidade de rastreamento de DM, a partir de 35 anos nessa parcela da população, ou até antes, caso haja presença de fatores de risco, tais como: Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Hipertensão arterial sistêmica (HAS) (SARAIVA F, et al., 2025).

Em um estudo da Revista portuguesa de Cardiologia, Rocha S, et al. (2007) discorre que a hiperglicemia de estresse é um fator preditivo independente para complicações intra-hospitalares após Síndrome Coronariana Aguda (SCA) em pacientes diabéticos ou não , e ressaltou a necessidade de avaliarmos a glicemia capilar na admissão em todos os pacientes admitidos por SCA, incluindo os não diabéticos, objetivando encontrar a parcela de doentes não diagnosticados previamente, que também seriam, pacientes de alto risco cardiovascular e teriam maior tendência ao piores desfechos.

A *American Heart Association* num artigo de 2008 (DEEDWANIA P, et al., 2008), ainda reforça que a hiperglicemia hospitalar e seu tratamento, seguem subjugados como fatores de risco para desfechos hospitalares.

Em nosso estudo, a glicemia capilar foi verificada na admissão de 90,3% dos pacientes, com alteração do valor em 21,2% dos casos (p<0,0001). No estudo de Pinheiro, C.P.P, e et.AL, 2013, o percentual de glicemia alterada na admissão foi de 44%, no entanto, os autores utilizaram uma faixa maior de valor para glicose alterada, considerando como a partir de 120, o que diverge do critério utilizado nesta casuística.

Dados do IDF (*International Diabetes Federation*), de 2019, estimam que uma a cada cinco pessoas na faixa etária de 65 e 69 anos vivam com diabetes (cerca de 136 milhões). Na amostra, 57,6% dos pacientes não tinham diagnóstico prévio de DM tipo 2, e destes 42,1% tiverem a Hemoglobina glicada solicitada, com 60% sendo classificados como pré-diabéticos, e 20% recebendo o diagnóstico na internação (p=0,0017). Estima-se que 25% dos pacientes pré-diabéticos desenvolverão diabetes em 3 a 5 anos (SOUZA, 2012), portanto é importante referir que o diagnóstico tardio de diabetes está associado a maior prevalência de todas as complicações patológicas, tais como cardiovasculares, oftalmopatias e nefropatias (LEITÃO VBG, et al., 2025).

Dentre os pacientes internados avaliados neste estudo, apenas 9,7% não tiveram sua glicemia capilar coletada na admissão, fato este que é preocupante, pois pode atrasar o diagnóstico de diabetes e de hiperglicemia hospitalar, visto que em sua maioria, os pacientes não sabem sobre o diagnóstico de DM e que cerca de 10% dos não diabéticos apresentam hiperglicemia hospitalar, as quais são situações bem definidas na literatura que pioram o desfecho clínico de pacientes internados (DA SILVA SANTOS JA, et al., 2022), levando a maior morbimortalidade e a complicações como parada cardiorrespiratória (PCR), processos infecciosos e comprometimento neurológico (COSMO MARQUES e CAETANO GONÇALVES E SILVA H, 2022).

Nesta pesquisa, como o ponto de corte para hiperglicemia hospitalar foi de 180 mg/dl, todos os pacientes que apresentaram hiperglicemia hospitalar foram candidatos ao tratamento. Em relação ao esquema de insulinoterapia instituído para pacientes diabéticos e com hiperglicemia hospitalar, observa-se que o esquema de *Sliding scale* ou escala de correção foi o escolhido para 58,2% da amostra neste estudo, método este que é considerado inferior e ineficaz no tratamento de hiperglicemia hospitalar conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (2025), a qual defende que o tratamento escolhido em pacientes não-críticos deve ser o esquema de insulina basal- bolus, com bolus pré-prandial, para redução de desfechos desfavoráveis e tempo de internação, e melhora do controle glicêmico.

Desde meados de 2007, a literatura já apresenta artigos que postulavam a superioridade do uso do esquema de insulina basal-bolus, por exemplo, temos o estudo randomizado e prospectivo de Umpierrez GE, et al. (2007), que pontuava a eficácia do alcance das metas de controle de hiperglicemia hospitalar em 66% dos pacientes versus 38% nos que usaram apenas a insulina em bolus.

Portanto, apesar de limitações como amostra reduzida, um perfil de internações associado a ocorrência do IAM e sepse, da glicemia capilar na admissão e até a hemoglobina glicada não terem sido solicitados para todos os pacientes da casuística, o estudo conseguiu estabelecer um perfil glicêmico dos pacientes e a forma de tratamento utilizada. Assim como acrescentar informações quanto a aplicabilidade das orientações contidas na diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes em um ambiente hospitalar de enfermaria clínica, haja vista que a literatura aborda de forma mais vasta o controle da hiperglicemia hospitalar num contexto de terapia intensiva.

CONCLUSÃO

É possível concluir que a hiperglicemia hospitalar continua sendo um problema de mal prognóstico em pacientes não-críticos hospitalizados. Neste estudo, em quase sua totalidade da amostra, foi verificado a glicemia capilar na admissão, podendo ser identificado aqueles pacientes com hiperglicemia hospitalar, no entanto, dentre os pacientes sem histórico prévio de diabetes, na maioria não foi solicitado o exame de hemoglobina glicada para definição de hiperglicemia de estresse ou confirmar o diagnóstico de diabetes mellitus. Além disso, quando foram avaliados os pacientes com hiperglicemia hospitalar que receberam tratamento, o esquema escolhido em sua maioria foi o *Sliding Scale*, não sendo ajustado para basal-bolus, conforme recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2025), o que pode levar a piores desfechos clínicos do paciente internado. Deste modo, mostra-se a importância de mais estudos nesta área e avaliar a implantação de um protocolo para diagnóstico e manejo terapêutico de hiperglicemia hospitalar em pacientes não-críticos internados em hospital público estadual de Belém do Pará.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes—2016: summary of revisions. Diabetes Care, 2016; 39(Suppl 1): S99–S104.
2. BACKER EH, et al. Hyperglycemia is associated with poor outcomes in patients admitted to hospital with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax, 2006; 61: 284–289.
3. BANDEIRA B e MOREIRA RO. Manual de diabetes e doença cardiovascular [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro; 2025.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014: Saúde Suplementar – vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. CLEMENT S, et al. Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. Diabetes Care, 2004; 27(2): 553–591.
6. CORSO MPX, et al. Obesidade e diabetes. Rev Soc Cardiol Estado Sao Paulo, 2023; 33(4): 382–389.
7. COSMO MARQUES M, et al. Prevalência de diabetes e hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio: análise em um departamento de emergência. LAJEC, 2022; 2(1): e22003.
8. COSTANTINI E, et al. Type 2 diabetes mellitus and sepsis: state of the art, certainties and missing evidence. Acta Diabetol., 2021; 58(9): 1139–1151.
9. CRAWFORD K. Guidelines for care of the hospitalized patient with hyperglycemia and diabetes. Crit Care Nurs Q., 2013; 25: 1–6.
10. CRUZ LB, et al. Perfil antropométrico dos pacientes internados em um hospital universitário. Clin Biomed Res., 2012; 32(2).
11. DA SILVA SANTOS JA, et al. Avaliação da hiperglicemia hospitalar e dos fatores de risco para diabetes em um hospital universitário. Pesqui Soc Desenvolv., 2022; 11(7): e23411729909.
12. DEEDWANIA P, et al. Hyperglycemia and acute coronary syndrome: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 2008; 117(12): 1610–1619.
13. GODINHO, C, et al. Joint Recommendations of the Portuguese Diabetology Society (SPD)/Portuguese Internal Medicine Society (SPMI) on the Management and Treat-ment of Hyperglycemia in Non Critical Hospital Inpatients. Revista Portuguesa de Diabetes, 2015; 1: 18.
14. GOMES PM, et al. Controle de hiperglicemia intra-hospitalar em pacientes críticos e não-críticos. Medicina, 2014; 47(2): 194-200.
15. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels: IDF; 2019.
16. JIANG L e CHENG M. Impact of diabetes mellitus on outcomes of patients with sepsis: an updated systematic review and meta-analysis. Diabetol Metab Syndr., 2022; 14(1): 39.
17. LEAL CL, et al. Manejo da hiperglicemia no paciente hospitalizado não crítico. Medicina, 2010; 43(2): 134-142.
18. LEITÃO VBG, et al. Diabetes mellitus: complications associated with time since diagnosis, health insurance, use of health services, and medication use, Brazilian National Health Survey 2019. Cad Saúde Publica, 2025; 41: e00123424.
19. LERARIO AC, et al. Avaliação da prevalência do diabetes e da hiperglicemia de estresse no infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Endocrinol Metab., 2008; 52(3): 465–472.
20. MACALLISTER DA, et al. Stress hyperglycaemia and 3-year risk of diabetes. PLoS Med., 2014; 11(8): e1001708.
21. MOGHISSI ES, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American Diabetes Association consensus statement on inpatient glycemic control. Diabetes Care, 2009; 32(6): 1119–1131.
22. MOREIRA JR ED, et al. Glycemic control in hospitalized patients in Brazil. Diabet Metab Syndr., 2013; 5: 1–8.
23. PINHEIRO CP, et al. Valor prognóstico da hiperglicemia de estresse na evolução intra-hospitalar na coronariopatia aguda. Arq Bras Cardiol., 2013; 100(2): 127–134.
24. ROCHA S, et al. Glicemia na admissão: fator preditivo de morte após síndrome coronária aguda em doentes não diabéticos? Rev Port Cardiol., 2007; 26(12): 1367–1377.
25. SARAIVA F, et al. Diretriz brasileira baseada em evidências de 2025 para o manejo da obesidade e prevenção de doenças cardiovasculares e complicações associadas à obesidade: uma declaração de posicionamento de cinco sociedades médicas. Arq Bras Cardiol., 2025; 122(9): e20250621.
26. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. O paciente com diabetes no hospital. Diretriz SBD, 2025.
27. SOUZA CF, et al. Pré-diabetes: diagnóstico, avaliação de complicações crônicas e tratamento. Arq Bras Endocrinol Metab. 2012; 56(5).
28. UMPIERREZ GE, et al. Management of hyperglycemia in hospitalized patients. J Clin Endocrinol Metab., 2012; 97(1): 16–38.
29. UMPIERREZ, GE., et al. Randomized study of basal-bolus insulin therapy in the inpatient management of patients with type 2 diabetes (RABBIT 2 trial). Diabetes care, 2007; 30(9): 2181-2186.
30. WEXLER DJ, et al. Prevalence of elevated hemoglobin A1c among patients admitted to the hospital without a diagnosis of diabetes. J Clin Endocrinol Metab., 2008; 93(11): 4238–4244.