

Abordagem multiprofissional nas emergências hiperglicêmicas no pronto atendimento: desafios no reconhecimento e manejo

Multiprofessional approach to hyperglycemic emergencies in urgent care: challenges in recognition and management

Kaylanny Sander da Cruz Freire¹; Ana Clara Guimarães da Silva²; Lorena Furtado Licar³; Eshley da Rocha Moreira⁴; Lizandra Santos dos Santos⁵; Steffanny Geovanna da Silva⁶; Giovanna Maria Rebouças dos Reis⁷; Guilherme Augusto Alves Luzia⁸; Rylla Érika Bezerra de Lima⁹; Michele Akemi Fuchiue Teofilo¹⁰; Jamyle Santos Lima¹¹; Almiere da Silva Campos Viegas Machado¹²

RESUMO

As emergências hiperglicêmicas, especialmente a cetoacidose diabética e o estado hiperosmolar hiperglicêmico, representam condições agudas de alta gravidade, frequentemente atendidas em serviços de pronto atendimento. O reconhecimento precoce e o manejo oportuno dependem de avaliação clínica, confirmação laboratorial, hidratação, insulino terapia, reposição eletrolítica, vigilância contínua e articulação entre diferentes profissionais. Este artigo tem como objetivo

¹ Graduanda em enfermagem. ORCID: 0009-0002-4772-0382 - Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste, Cachoeira, BA. E-mail: enfkaylannysander@gmail.com

² Graduanda em enfermagem. ORCID: 0009-0006-4054-7125 - Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste, Cachoeira, BA. E-mail: aninhaguimaraes134@gmail.com

³ Graduanda em Enfermagem. ORCID: 0009-0000-5321-8896 - Centro Universitário Adventista De Ensino Do Nordeste Cachoeira, BA E-mail: licarlorena@gmail.com

⁴ Graduanda em Enfermagem. ORCID: 0009-0007-7838-8710 - Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste, Cachoeira, BA. E-mail: eshleyrocha@outlook.com

⁵ Graduanda em Enfermagem. ORCID: 0009-0002-5932-45 - E-mail: lizandrasantys47@gmail.com
Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste, Cachoeira, BA

⁶ Graduanda em Enfermagem. ORCID: 0009-0008-3405-0969 - Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste, Cachoeira, BA. E-mail: steffannygeovanna06@gmail.com

⁷ Graduanda em Enfermagem. ORCID: 0009-0007-2200-5354 - Centro Universitário Adventista de Ensino do Nordeste, Cachoeira, BA. E-mail: giovannamariareboucas@gmail.com

⁸ Graduando em Enfermagem. ORCID: 0009-0000-1895-1056 - Faculdade Anhanguera Educacional, Campinas, SP
E-mail: guilhermeaugustoalves504@gmail.com

⁹ Mestra em Gestão Pública. ORCID: 0009-0006-6234-7220 - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE.
E-mail: rylla.lima@ufrpe.br

¹⁰ Bacharel em Farmácia. ORCID: 0009-0000-0572-5367 - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas-MG.
E-mail: mihfuchiue@gmail.com

¹¹ Bacharel em Enfermagem. Universidade de Ciências e Empreendedorismo - ORCID: 0000-0002-5858-5721
drajamylelima@outlook.com

¹² Bacharel em Enfermagem. ORCID: 0000-0003-1508-9610 - Centro universitário do Estado do Pará- CESUPA
E-mail: almiereenf2017@gmail.com

analisar, por meio de revisão integrativa, os desafios da abordagem multiprofissional nas emergências hiperglicêmicas no pronto atendimento, com ênfase no reconhecimento, estratificação de risco, tomada de decisão e continuidade do cuidado. A busca bibliográfica considerou publicações científicas, consensos e diretrizes nacionais e internacionais relacionados ao tema, priorizando fontes atuais e verificáveis. Os resultados indicam que os principais entraves envolvem apresentação clínica inespecífica, sobreposição entre cetoacidose diabética e estado hiperosmolar, limitações de estrutura, atraso na coleta e interpretação de exames, insegurança no uso de protocolos, falhas de comunicação, subestimação de alterações eletrolíticas e dificuldade de transição segura após estabilização. Conclui-se que a abordagem multiprofissional qualificada reduz riscos, padroniza condutas e fortalece a segurança do paciente, desde que apoiada por protocolos institucionais, educação permanente, registros adequados e definição clara de atribuições.

Palavras-chave: Emergências hiperglicêmicas. Cetoacidose diabética. Estado hiperosmolar hiperglicêmico. Pronto atendimento. Equipe multiprofissional.

ABSTRACT

Hyperglycemic emergencies, especially diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state, are severe acute conditions commonly managed in urgent care settings. Early recognition and timely management depend on clinical assessment, laboratory confirmation, fluid resuscitation, insulin therapy, electrolyte replacement, continuous monitoring, and coordination among different health professionals. This article aims to analyze, through an integrative review, the challenges of the multiprofessional approach to hyperglycemic emergencies in urgent care, with emphasis on recognition, risk stratification, decision-making, and continuity of care. The literature search considered scientific publications, national and international guidelines, and consensus documents related to the topic, prioritizing current and verifiable sources. The results indicate that the main barriers include nonspecific clinical presentation, overlap between diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state, structural limitations, delays in laboratory collection and interpretation, insecurity in protocol use, communication failures, underestimation of electrolyte disturbances, and difficulty ensuring safe transition after stabilization. It is concluded that a qualified multiprofessional approach reduces risks, standardizes care, and strengthens patient safety, provided that it is supported by institutional protocols, continuing education, adequate documentation, and clear definition of professional responsibilities.

Keywords: Hyperglycemic emergencies. Diabetic ketoacidosis. Hyperglycemic hyperosmolar state. Urgent care. Multiprofessional team.

1 INTRODUÇÃO

As emergências hiperglicêmicas constituem complicações agudas do diabetes mellitus e exigem resposta rápida dos serviços de saúde. Entre elas destacam-se a cetoacidose diabética

(CAD) e o estado hiperosmolar hiperglicêmico (EHH), condições associadas a hiperglicemia importante, desidratação, alterações metabólicas e risco de deterioração clínica. Embora apresentem características próprias, ambas podem compartilhar sinais como poliúria, polidipsia, fraqueza, rebaixamento do nível de consciência, náuseas, vômitos, dor abdominal, taquicardia e hipotensão. Essa diversidade de manifestações torna o reconhecimento no pronto atendimento um processo dependente de escuta qualificada, exame físico criterioso, suspeita clínica e acesso oportuno a exames complementares.

No cotidiano do pronto atendimento, a avaliação inicial costuma ocorrer em ambiente de grande demanda, com fluxo intenso de pacientes, pressão por decisões rápidas e disponibilidade variável de recursos. Nessa realidade, sintomas inespecíficos podem ser atribuídos a gastroenterites, infecções, desidratação simples, ansiedade, intoxicações, eventos neurológicos ou outras causas de mal-estar agudo. O desafio aumenta quando o paciente não tem diagnóstico prévio de diabetes, quando utiliza medicamentos que modificam a apresentação clínica, quando é idoso, gestante, criança, pessoa em situação de vulnerabilidade ou quando chega ao serviço sem acompanhante capaz de fornecer informações relevantes.

A literatura atual reforça que o manejo adequado das crises hiperglicêmicas envolve etapas interdependentes: avaliação hemodinâmica, identificação de fatores precipitantes, hidratação venosa, controle da glicemia, avaliação e correção de potássio, monitoramento de cetonas, osmolalidade e equilíbrio ácido-básico, além de decisão sobre necessidade de unidade de terapia intensiva ou transferência. Essas ações raramente são executadas por um único profissional. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, equipes de laboratório, profissionais de regulação e gestores participam direta ou indiretamente do cuidado.

A abordagem multiprofissional torna-se, portanto, elemento central para reduzir atrasos, evitar eventos adversos e garantir continuidade assistencial. O médico contribui com diagnóstico diferencial, prescrição e reavaliação; a enfermagem realiza classificação de risco, monitoramento, administração segura de fluidos e medicamentos; o farmacêutico pode auxiliar na segurança da insulinoterapia, compatibilidades, protocolos e prevenção de erros; o nutricionista participa da transição para alimentação e ajuste do plano terapêutico; o laboratório garante rapidez e confiabilidade dos resultados; e a gestão organiza fluxos, treinamento e disponibilidade de insumos.

Apesar desses potenciais, ainda existem lacunas práticas importantes. Em muitos serviços, protocolos não estão claramente disponíveis, os profissionais possuem experiências desiguais com emergências endocrinometabólicas, a comunicação entre turnos e setores é fragmentada e as metas de monitoramento nem sempre são cumpridas. Também podem ocorrer atrasos na identificação de hipocalemia, administração de insulina antes da avaliação adequada do potássio, reposição insuficiente de fluidos, alta precoce sem orientação e ausência de encaminhamento para seguimento ambulatorial. Esses problemas ampliam os riscos de arritmias, edema cerebral, hipoglicemia, hipocalemia, recorrência da crise e reinternação.

Diante desse contexto, este artigo parte da seguinte questão norteadora: quais são os principais desafios da abordagem multiprofissional no reconhecimento e manejo das emergências hiperglicêmicas no pronto atendimento? O objetivo geral é analisar, por meio de revisão integrativa, evidências e recomendações sobre a atuação multiprofissional nessas situações. Como objetivos específicos, busca-se descrever os aspectos técnicos que dificultam o reconhecimento, identificar pontos críticos do manejo inicial, discutir atribuições da equipe multiprofissional e apontar estratégias para melhorar a segurança do paciente e a continuidade do cuidado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite reunir, analisar e sintetizar conhecimentos provenientes de estudos, consensos, diretrizes e documentos técnicos sobre determinado problema de saúde. A revisão integrativa é apropriada para temas assistenciais complexos, pois possibilita aproximar evidência científica, recomendações de prática clínica e realidade dos serviços, favorecendo reflexões aplicáveis ao cuidado multiprofissional.

A questão norteadora foi estruturada a partir do interesse em compreender como equipes multiprofissionais reconhecem e manejam emergências hiperglicêmicas no pronto atendimento. Foram considerados como componentes principais: população ou contexto, pacientes com suspeita ou diagnóstico de crise hiperglicêmica; fenômeno de interesse, reconhecimento e manejo; e contexto assistencial, pronto atendimento, emergência ou ambiente hospitalar de atendimento inicial.

A busca foi orientada por descritores e termos livres em português e inglês, tais como: emergências hiperglicêmicas, cetoacidose diabética, estado hiperosmolar hiperglicêmico, pronto atendimento, equipe multiprofissional, diabetic ketoacidosis, hyperglycemic hyperosmolar state, hyperglycemic crises, emergency department, urgent care e multi professional team. Foram priorizadas publicações disponíveis em bases científicas e em páginas institucionais reconhecidas, incluindo diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, consensos internacionais publicados em periódicos científicos e recomendações de entidades como American Diabetes Association e Endocrine Society.

Os critérios de inclusão abrangeram textos publicados preferencialmente nos últimos anos, documentos com recomendações clínicas verificáveis, estudos ou revisões sobre manejo de CAD e EHH, publicações sobre hiperglicemia hospitalar e materiais que abordassem segurança do paciente, fluxos de emergência ou atuação multiprofissional. Foram excluídos textos sem autoria ou origem institucional clara, opiniões sem suporte técnico, materiais duplicados e publicações que tratavam apenas de controle glicêmico ambulatorial sem relação com emergência ou cuidado hospitalar.

A análise ocorreu em quatro etapas. Na primeira, realizou-se leitura exploratória dos títulos, resumos e escopos dos documentos. Na segunda, foram selecionadas publicações com maior aderência ao tema e ao contexto de pronto atendimento. Na terceira, as informações foram organizadas em eixos temáticos: reconhecimento clínico, diagnóstico laboratorial, manejo inicial, atribuições profissionais, desafios organizacionais e continuidade do cuidado. Na quarta etapa, os achados foram discutidos criticamente com base na aplicabilidade ao serviço de pronto atendimento e na segurança do paciente.

Por se tratar de revisão de literatura, não houve coleta de dados com seres humanos, intervenção clínica ou acesso a prontuários, dispensando submissão ao comitê de ética. Ainda assim, foram observados princípios de integridade acadêmica, com uso de referências reais, verificáveis e apresentadas ao final do texto.

3 RESULTADOS

A literatura analisada demonstra que as crises hiperglicêmicas permanecem relevantes nos serviços de urgência por combinarem gravidade, potencial de reversão e dependência de condutas

tempo-sensíveis. A CAD tende a ocorrer com maior frequência em pessoas com diabetes tipo 1, mas também pode atingir pessoas com diabetes tipo 2 em situações de estresse metabólico, infecção, uso inadequado de insulina ou diagnóstico inicial da doença. O EHH é mais comum em pessoas com diabetes tipo 2, especialmente idosos, e caracteriza-se por hiperglicemia intensa, desidratação acentuada e hiperosmolaridade, com cetose ausente ou menos expressiva.

Um primeiro resultado recorrente foi a dificuldade de reconhecimento precoce. A CAD pode apresentar respiração de Kussmaul, hálito cetônico, dor abdominal, náuseas e vômitos, mas esses sinais nem sempre estão presentes ou podem ser confundidos com outras urgências. O EHH pode evoluir de forma mais lenta, com alteração neurológica, fraqueza, sonolência e sinais de desidratação, o que favorece o subdiagnóstico inicial. A coexistência de infecções, eventos cardiovasculares, uso de corticoides, diuréticos, antipsicóticos, inibidores de SGLT2 ou abandono terapêutico também interfere na apresentação clínica.

Outro achado importante envolve a centralidade dos exames laboratoriais. A glicemia capilar orienta a suspeita inicial, mas não define sozinha a gravidade ou o tipo de crise. A diferenciação entre CAD e EHH depende da avaliação de cetonas, pH ou bicarbonato, anion gap, osmolalidade, sódio, potássio, ureia, creatinina e outros marcadores. A interpretação do sódio corrigido pela hiperglicemia e a avaliação do potássio antes da insulinoterapia são pontos particularmente sensíveis. Quando esses exames atrasam ou não são repetidos conforme necessidade, a equipe perde a capacidade de acompanhar a resposta ao tratamento.

A hidratação venosa aparece como medida inicial fundamental, pois muitos pacientes chegam com déficit volumétrico relevante. A reposição de fluidos melhora a perfusão, reduz hormônios contrarreguladores, favorece queda gradual da glicemia e prepara o organismo para uso seguro de insulina. Entretanto, a literatura ressalta que o volume, a velocidade e o tipo de fluido devem considerar idade, função renal, condição cardiovascular, estado hemodinâmico, sódio corrigido e risco de sobrecarga. Assim, a reposição exige prescrição individualizada e monitoramento de enfermagem constante.

A insulinoterapia é reconhecida como componente indispensável, sobretudo na CAD, mas seu uso demanda cuidado rigoroso. A administração de insulina em paciente com potássio baixo pode precipitar hipocalcemia grave e arritmias. Além disso, a redução rápida da glicemia, especialmente no EHH, pode modificar a osmolalidade de forma insegura. Por isso, os protocolos recomendam avaliação seriada, ajustes de dose e associação de glicose quando a glicemia cai

antes da resolução da acidose ou da hiperosmolaridade. A equipe precisa compreender que melhora glicêmica isolada não significa resolução completa da crise.

Os resultados também indicam que a abordagem multiprofissional é decisiva para reduzir erros. Enfermeiros e técnicos são frequentemente os primeiros a identificar sinais de gravidade, medir glicemia capilar, obter acesso venoso, administrar soluções e acompanhar sinais vitais. Médicos definem diagnóstico, indicam exames, prescrevem tratamento e reavaliam critérios de unidade intensiva. Farmacêuticos podem revisar prescrições, apoiar diluições e alertar para interações ou duplicidades. Nutricionistas orientam retomada alimentar e transição para esquema subcutâneo. A articulação desses papéis evita que o cuidado fique fragmentado.

Foi identificado ainda que protocolos institucionais melhoram a padronização, mas não substituem o julgamento clínico. Protocolos claros auxiliam na frequência de controles, metas de queda glicêmica, critérios de reposição eletrolítica e transição da insulina intravenosa para subcutânea. Entretanto, a aplicação mecânica, sem considerar comorbidades, gravidez, insuficiência renal, risco cardiovascular ou limitações estruturais, pode gerar condutas inadequadas. Assim, o desafio é combinar padronização com avaliação individual.

Quanto aos fatores precipitantes, infecções aparecem entre os mais frequentes, incluindo pneumonia, infecção urinária e infecções cutâneas. Também são citados infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, pancreatite, trauma, uso de medicamentos hiperglicemiantes, consumo de álcool, falhas na aplicação de insulina e dificuldade de acesso a medicamentos. O reconhecimento desses fatores é essencial, pois tratar apenas a hiperglicemia sem investigar a causa pode levar a piora ou recorrência.

Na continuidade do cuidado, os documentos analisados apontam que a alta ou transferência deve ocorrer com segurança. O paciente precisa estar clinicamente estável, com crise resolvida conforme critérios metabólicos, esquema de insulina ou antidiabéticos definido, capacidade de alimentação avaliada, orientações compreendidas e seguimento programado. A ausência de educação em diabetes, a falta de insumos, a dificuldade de acesso ao serviço de referência e a comunicação insuficiente com a atenção primária aumentam o risco de novo episódio.

Quadro 1 - Síntese dos principais documentos analisados na revisão integrativa

Autor/entidade	Ano	Foco principal	Contribuição para o tema
Umpierrez et al.	2024	Consenso internacional sobre CAD e EHH em adultos	Atualiza critérios diagnósticos, tratamento, prevenção e necessidade de atuação coordenada.
American Diabetes Association	2026	Cuidados de diabetes no hospital	Reforça metas hospitalares, segurança da insulino terapia, monitoramento e transição do cuidado.
Sociedade Brasileira de Diabetes	2025	Diagnóstico e tratamento da CAD e manejo do EHH	Contextualiza recomendações para a prática brasileira e orienta manejo clínico.
Endocrine Society	2022	Hiperglicemia em pacientes hospitalizados	Aborda manejo hospitalar, tecnologias, insulino terapia e educação em diabetes.

Pasquel; Umpierrez	2014	Crises hiperglicêmicas: CAD e EHH	Discute fisiopatologia, manifestações e princípios terapêuticos.
Kitabchi et al.	2009	Declaração de consenso sobre crises hiperglicêmicas	Base histórica para critérios, tratamento e prevenção de recorrências.
Page et al.	2021	Revisões integrativas	Apoia a transparência metodológica na seleção e apresentação de evidências.
Whittemore; Knafl	2005	Método de revisão integrativa	Fundamenta organização e análise de diferentes tipos de evidência.

Fonte: Elaborado pela autora com base nas referências consultadas.

4 DISCUSSÃO

A discussão dos achados permite compreender que o pronto atendimento e, ao mesmo tempo, porta de entrada e ponto crítico para o prognóstico das emergências hiperglicêmicas. A identificação tardia de CAD ou EHH pode ocorrer porque o atendimento inicial costuma priorizar queixas aparentes, como vômitos, dor abdominal, febre, confusão mental ou desidratação. Embora essa priorização seja necessária, ela precisa estar associada a triagem que considere diabetes conhecido, uso de insulina, hiperglicemia capilar elevada, sinais de choque, respiração anormal e alterações neurológicas.

A classificação de risco tem papel essencial nesse processo. Pacientes com suspeita de crise hiperglicêmica não devem aguardar longos períodos sem avaliação, pois desidratação, acidose e distúrbios eletrolíticos podem progredir rapidamente. A triagem realizada pela enfermagem precisa incluir perguntas sobre histórico de diabetes, uso recente de medicamentos,

infecções, interrupção do tratamento, perda de peso, ingestão alimentar, vômitos e nível de consciência. A glicemia capilar deve ser entendida como exame de triagem de alta utilidade, mas não como substituto da investigação laboratorial completa.

Um desafio recorrente é a confusão entre controle glicêmico e resolução da emergência. A queda da glicose após hidratação e insulina pode dar falsa impressão de melhora definitiva. Entretanto, na CAD, a resolução depende da correção da cetose e da acidose; no EHH, depende da melhora da osmolalidade, do estado neurológico e da hidratação. Caso o paciente receba alta, ou seja, transferido sem esses critérios, permanece vulnerável à agravamento. Por isso, a equipe multiprofissional deve compartilhar parâmetros claros de melhora, evitando decisões baseadas apenas em um único valor de glicemia.

A reposição de potássio é um dos pontos mais sensíveis da assistência. Muitos pacientes chegam com potássio sérico aparentemente normal ou elevado, mas com déficit corporal total devido à diurese osmótica, vômitos e deslocamentos intracelulares. Quando a insulina é iniciada, o potássio entra nas células e pode ocorrer queda abrupta da concentração sérica. Esse processo exige que médico, enfermagem e farmácia trabalhem de forma integrada: o médico define conduta, a enfermagem monitora sinais e administra a reposição, e a farmácia contribui para concentrações seguras, compatibilidade e prevenção de erros.

Outro aspecto relevante é a hidratação. A reposição volêmica é frequentemente iniciada antes mesmo de todos os resultados laboratoriais, pois muitos pacientes chegam hipovolêmicos. Contudo, o ritmo da infusão precisa ser acompanhado continuamente. Em pessoas idosas, pacientes com insuficiência cardíaca ou doença renal crônica, a reposição agressiva pode causar sobrecarga circulatória. Em contrapartida, reposição insuficiente pode prolongar hipoperfusão, insuficiência renal aguda e hiperosmolaridade. O cuidado seguro exige avaliação clínica repetida, controle de diurese, ausculta pulmonar, pressão arterial, frequência cardíaca e revisão de exames.

A insulino terapia também requer ambiente organizado. Bombas de infusão, seringas adequadas, rótulos, protocolos de checagem e monitoramento horário reduzem riscos. Erros com insulina estão entre os eventos de medicação mais preocupantes em hospitais, pois pequenas variações podem produzir hipoglicemia grave ou tratamento insuficiente. No pronto atendimento, onde interrupções são frequentes, é indispensável estabelecer dupla checagem quando possível, registrar horários de administração, controlar glicemia seriada e comunicar rapidamente mudanças clínicas.

A atuação da enfermagem merece destaque por sua presença contínua junto ao paciente. Além da execução de prescrições, a enfermagem identifica piora do nível de consciência, sinais de choque, alterações respiratórias, hipoglicemia, extravasamento de acesso venoso, náuseas persistentes, dor e dificuldade de adesão. Também participa da educação em saúde, especialmente quando orienta reconhecimento de sinais de alerta, uso correto de insulina, armazenamento de medicamentos e necessidade de retorno se houver vômitos, febre ou hiperglicemia persistente.

A participação do farmacêutico clínico, quando disponível, é uma estratégia de segurança. Esse profissional pode revisar prescrições de insulina regular, soluções com glicose, potássio, antibióticos e medicamentos de uso contínuo. Pode ainda identificar medicamentos que contribuem para a hiperglicemia, orientar substituições quando necessário e apoiar a construção de protocolos. Em unidades com recursos limitados, mesmo a consultoria farmacêutica remota ou periódica pode colaborar para padronização e redução de erros.

O nutricionista tem papel particularmente importante na transição do tratamento intravenoso para o subcutâneo e na retomada da alimentação. A reintrodução alimentar sem planejamento pode gerar oscilações glicêmicas, enquanto a interrupção de insulina sem sobreposição adequada aumenta risco de recorrência da cetose. A avaliação nutricional também identifica vulnerabilidades, como insegurança alimentar, perda ponderal, dificuldades de mastigação, baixa escolaridade em saúde e necessidade de orientações simples e práticas para o pós-alta.

A dimensão social não deve ser subestimada. Muitos episódios de CAD e EHH ocorrem em contexto de dificuldade de acesso a consultas, insumos, transporte, medicamentos ou apoio familiar. Em outros casos, há desconhecimento sobre condutas em dias de doença, medo de usar insulina, uso irregular por falta de recursos ou abandono terapêutico. O assistente social e a rede de atenção primária podem atuar na articulação de recursos, encaminhamentos e continuidade assistencial, diminuindo a chance de recorrência evitável.

A comunicação entre profissionais é outro ponto crítico. Plantões movimentados favorecem perda de informações, especialmente quando há troca de equipe, transferência para observação, regulação para hospital de maior complexidade ou encaminhamento à UTI. Relatos incompletos podem omitir horário da última dose de insulina, volume de fluidos administrado, valor do potássio, resultado de gasometria ou critério de resolução. Ferramentas estruturadas de passagem de caso, como modelos padronizados de comunicação, ajudam a reduzir omissões.

A educação permanente aparece como estratégia transversal. Os protocolos só funcionam quando a equipe os conhece, entende a razão das etapas e tem oportunidade de treinar. Simulações realísticas, discussão de casos, revisão de eventos adversos e atualização sobre diretrizes tornam o cuidado mais seguro. A educação deve incluir não apenas médicos e enfermeiros, mas também técnicos de enfermagem, farmacêuticos, recepcionistas envolvidos no fluxo, profissionais de laboratório e gestores.

Os serviços de pronto atendimento também precisam avaliar sua estrutura. A ausência de glicosímetros em número suficiente, fitas reagentes, bombas de infusão, potássio, soluções cristaloides, acesso rápido a gasometria ou resultados laboratoriais limita a aplicação das melhores recomendações. Nesse sentido, a gestão participa diretamente da segurança do paciente, pois define estoque, fluxos, treinamento, escala de profissionais e mecanismos de auditoria.

Em relação ao diagnóstico diferencial, a equipe precisa manter atenção para condições que coexistem com a crise hiperglicêmica ou a precipitam. Infecções podem estar presentes mesmo sem febre, principalmente em idosos. O infarto agudo do miocárdio pode manifestar-se de forma atípica em pessoas com diabetes. Acidente vascular cerebral pode ser confundido com alteração neurológica da hiperosmolaridade. Dessa forma, o manejo metabólico não elimina a necessidade de investigação ampla conforme quadro clínico.

O uso de medicamentos mais recentes também modificou parte dos desafios. Inibidores de SGLT2, por exemplo, podem estar associados a cetoacidose com glicemias menos elevadas do que as formas clássicas, o que pode atrasar a suspeita quando a equipe espera encontrar hiperglicemia extrema. Esse fato reforça a necessidade de anamnese medicamentosa e avaliação de cetonas e acidose quando houver sinais compatíveis, mesmo diante de valores glicêmicos que não pareçam tão altos.

A literatura também aponta que a prevenção de recorrências deve iniciar antes da alta. Não basta resolver o episódio agudo: é necessário explicar fatores precipitantes, revisar esquema terapêutico, confirmar acesso a insulina e insumos, orientar monitoramento domiciliar, discutir sinais de alerta e programar seguimento. Em pacientes com baixa alfabetização em saúde, orientações verbais longas podem não ser suficientes; materiais simples, demonstrações e envolvimento de familiares podem melhorar a compreensão.

No contexto brasileiro, a organização da rede de atenção influencia diretamente o desfecho. O pronto atendimento pode estabilizar o paciente, mas a continuidade depende de

encaminhamento adequado para unidade básica, endocrinologia, educação em diabetes ou serviços de maior complexidade. Falhas nessa rede tornam o pronto atendimento um ponto repetitivo de cuidado episódico, sem controle longitudinal da doença. Assim, a abordagem multiprofissional deve ultrapassar as paredes da emergência e dialogar com a rede assistencial.

A discussão evidencia, por fim, que o cuidado ideal nas emergências hiperglicêmicas é simultaneamente técnico e organizacional. O conhecimento sobre fisiopatologia, fluidos, insulina e eletrólitos precisa ser acompanhado por trabalho em equipe, comunicação, disponibilidade de exames, protocolos acessíveis e cultura de segurança. Quando esses elementos se articulam, o pronto atendimento deixa de atuar apenas de forma reativa e passa a oferecer cuidado coordenado, resolutivo e preventivo.

Como implicação prática, recomenda-se que o serviço mantenha um fluxo mínimo para suspeita de crise hiperglicêmica: glicemia capilar imediata, classificação de risco proporcional a gravidade, acesso venoso, avaliação de sinais vitais, coleta de exames essenciais, identificação de fatores precipitantes e comunicação rápida ao profissional prescritor. Esse fluxo não precisa ser complexo, mas deve ser conhecido por todos, afixado em local visível e revisado periodicamente.

Também é recomendável que a equipe utilize listas de verificação para momentos críticos, como início de insulina, reposição de potássio, troca de solução venosa, queda importante da glicemia e transição para insulina subcutânea. A lista de verificação não substitui a competência técnica, mas reduz esquecimentos em ambientes de alta carga de trabalho. Quando associada ao registro adequado no prontuário, facilita auditoria, aprendizagem institucional e continuidade entre turnos.

Outro ponto de melhoria é a definição de indicadores simples, como tempo entre chegada e primeira glicemia, tempo até coleta laboratorial, frequências de monitoramento glicêmico, ocorrência de hipoglicemia durante tratamento, necessidade de transferência e retorno ao pronto atendimento após alta. Esses indicadores permitem que a equipe identifique gargalos reais do serviço e não apenas percepções individuais. A gestão pode usar esses dados para planejar treinamento, estoque e revisão de protocolos.

Por fim, a alta deve ser compreendida como etapa assistencial e não apenas administrativa. Antes da saída, é importante confirmar que o paciente reconhece sinais de alerta, sabe quando retornar, possui medicamentos e insumos, compreende o esquema prescrito e tem encaminhamento definido. Quando possível, familiares ou cuidadores devem participar das

orientações, principalmente nos casos de idosos, pessoas com baixa escolaridade em saúde ou histórico de recorrência.

5 CONCLUSÃO

As emergências hiperglicêmicas representam situações de alta complexidade no pronto atendimento, pois combinam risco imediato, necessidade de intervenções rápidas e dependência de monitoramento contínuo. A revisão integrativa evidenciou que os principais desafios no reconhecimento envolvem apresentações clínicas inespecíficas, desconhecimento do diagnóstico prévio de diabetes, sobreposição entre CAD e EHH, presença de fatores precipitantes e limitações na realização ou interpretação de exames laboratoriais.

No manejo, os pontos mais críticos são hidratação individualizada, insulino terapia segura, reposição e vigilância de potássio, avaliação de osmolalidade e acidose, identificação da causa precipitante e definição do momento adequado para transição terapêutica. A queda da glicemia, isoladamente, não deve ser confundida com resolução da emergência. A segurança depende da avaliação seriada, de registros completos e de comunicação efetiva entre profissionais.

A abordagem multiprofissional mostra-se indispensável porque distribui responsabilidades, amplia a vigilância clínica e reduz falhas. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, laboratório e gestão compõem uma rede de cuidado que precisa atuar de forma integrada. Cada profissional contribui para uma etapa essencial, desde a classificação de risco até a educação para alta e continuidade na rede.

Conclui-se que a melhoria da assistência exige protocolos institucionais atualizados, treinamento permanente, disponibilidade de insumos, padronização de comunicação, monitoramento de indicadores e articulação com a atenção primária. Tais medidas favorecem reconhecimento precoce, manejo seguro e redução de recorrências. Para estudos futuros, recomenda-se investigar experiências de implementação de protocolos multiprofissionais em prontos atendimentos brasileiros, avaliando impacto em tempo de atendimento, eventos adversos, transferência, mortalidade e internação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 16. Diabetes care in the hospital: Standards of Care in Diabetes - 2026. *Diabetes Care*, v. 49, Supplement 1, p. S339-S355, 2026. DOI: 10.2337/dc26-S016.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 16. Diabetes care in the hospital: Standards of Care in Diabetes - 2024. *Diabetes Care*, v. 47, Supplement 1, p. S295-S306, 2024. DOI: 10.2337/dc24-S016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; ANVISA; FIOCRUZ, 2013.

ENDERLE, M. D.; BERTOLUCI, M. C. Diagnóstico e tratamento da cetoacidose diabética. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025. DOI: 10.29327/5660187.2025-4.

GARG, R. et al. Management of hyperglycemia in hospitalized adult patients in non-critical care settings: an Endocrine Society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, v. 107, n. 8, p. 2101-2128, 2022. DOI: 10.1210/clinem/dgac278.

INZUCCHI, S. E. et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*, v. 45, n. 11, p. 2753-2786, 2022. DOI: 10.2337/dci22-0034.

KITABCHI, A. E. et al. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*, v. 32, n. 7, p. 1335-1343, 2009. DOI: 10.2337/dc09-9032.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.

PASQUEL, F. J.; UMPIERREZ, G. E. Hyperosmolar hyperglycemic state: a historic review of the clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Diabetes Care*, v. 37, n. 11, p. 3124-3131, 2014. DOI: 10.2337/dc14-0984.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Manejo da síndrome hiperglicêmica hiperosmolar não cetótica. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025. DOI: 10.29327/5660187.2025-5.

UMPIERREZ, G. E. et al. Hyperglycemic crises in adults with diabetes: a consensus report. *Diabetes Care*, v. 47, n. 8, p. 1257-1275, 2024. DOI: 10.2337/dci24-0032.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication without harm: global patient safety challenge on medication safety. Geneva: World Health Organization, 2017.