

Boletim de Serviço
nº 60, de 14 de janeiro de 2021
Extraordinário

**Complexo
Hospitalar
Universitário
CHU-UFPA**

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO – UFPA

Rua dos Mundurucus, 4487 – Guamá | CEP: 66073-000
Belém-PA | Telefone: (91) 3201-6664 | www.ebserh.gov.br

MILTON RIBEIRO

Ministro de Estado da Educação

OSWALDO DE JESUS FERREIRA

Presidente

EDUARDO CHAVES VIEIRA

Diretor Vice-Presidente Executivo

REGINA FATIMA FEIO BARROSO

Superintendente CHU/UFPA

DANIEL PAULO SERIQUE JÚNIOR

Gerente Administrativo CHU /UFPA

JANETE DO SOCORRO RODRIGUES TRINDADE

Gerente de Atenção à Saúde- Substituta - CHU/HUJBB/UFPA

ROSILENE REIS DELLA NOCE

Gerente de Atenção à Saúde CHU/HUBFS/UFPA

PEDRO PAULO FREIRE PIANI

Gerente de Ensino e Pesquisa CHU/UFPA

Sumário

SUPERINTENDÊNCIA	32
CALENDÁRIO 2021	32
Portaria-SEI nº 464, de 13 de janeiro de 2021	32
REPUBLICAÇÃO	34
Portaria-SEI nº 447, de 08 de janeiro de 2021	34
PROTOCOLO	35
INSULINIZACAO DO PACIENTE NÃO CRÍTICO	35

SUPERINTENDÊNCIA

CALENDÁRIO 2021

Portaria-SEI nº 464, de 13 de janeiro de 2021

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário - CHU UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, na cidade de Belém/PA, nomeada pela Portaria nº 436, de 05 de agosto de 2019, no uso de suas atribuições, RESOLVE:

Art. 1.º Aprovar o calendário de feriados e pontos facultativos do ano de 2021, com vistas à sua implantação no Complexo Hospitalar Universitário - UFPA, filial da Ebserh, sendo obrigatória a sua observância no estabelecimento das escalas de trabalho e plantões, visando a manutenção da continuidade na prestação de serviços considerados essenciais e o bom andamento dos trabalhos do Hospital.

§ 1.º São considerados essenciais todos os serviços necessários à assistência contínua ao paciente.

CALENDÁRIO 2021

- I. 1º de janeiro, Confraternização Universal (feriado nacional);
- II. 12 de janeiro, Aniversário de Belém (ponto facultativo)
- III. 15 de fevereiro, Carnaval (ponto facultativo);
- IV. 16 de fevereiro, Carnaval (ponto facultativo);
- V. 17 de fevereiro, quarta-feira de cinzas (ponto facultativo até as 14 horas);
- VI. 2 de abril, Paixão de Cristo (feriado nacional);
- VII. 21 de abril, Tiradentes (feriado nacional);
- VIII. 1º de maio, Dia Mundial do Trabalho (feriado nacional);
- IX. 3 de junho, Corpus Christi (ponto facultativo);
- X. 15 de agosto, Adesão do Pará à Independência (feriado estadual);
- XI. 7 de setembro, Independência do Brasil (feriado nacional);
- XII. 11 de outubro, Pós Círio (ponto facultativo até as 14 horas);
- XIII. 12 de outubro, Nossa Senhora Aparecida (feriado nacional);
- XIV. 25 de outubro, Recírio (ponto facultativo até as 14 horas);

XV. 28 de outubro, Dia do Servidor Público, a ser comemorado no dia 1º de novembro (ponto facultativo);

XVI. 2 de novembro, Finados (feriado nacional);

XVII. 15 de novembro, Proclamação da República (feriado nacional);

XVIII. 8 de dezembro, Nossa Senhora da Conceição (feriado estadual);

XIX. 24 de dezembro, véspera de Natal (ponto facultativo após às 14 horas);

XX. 25 de dezembro, Natal (feriado nacional); e

XXI. 31 de dezembro, véspera de ano novo (ponto facultativo após às 14 horas).

Art. 2.º Os dias considerados como ponto facultativo não deverão ser compensados pelos empregados e servidores que cumprem jornada normal de trabalho (diaristas).

Art. 3.º Os empregados e servidores que cumprem jornada especial de trabalho (escala mista ou regime de plantões) e forem escalados para trabalhar nos dias considerados como ponto facultativo, não terão direito a folga em outro dia.

Art. 4.º É vedado antecipar ponto facultativo em discordância com o que dispõe esta Portaria.

Art. 5.º Caberá aos gestores a preservação e o funcionamento dos serviços essenciais afetos às suas respectivas áreas de competência.

Art. 6.º Deverá ser dado amplo conhecimento desta Portaria a todo o quadro de pessoal do Complexo Hospitalar Universitário - UFPA, filial da Ebserh.

Art. 7.º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Drª Regina Fátima Feio Barroso

REPUBLICAÇÃO

Portaria-SEI nº 447, de 08 de janeiro de 2021

*Portaria republicada para alteração de membros da comissão. Portaria-SEI nº 447, de 16 de dezembro de 2020, Boletim nº 54, de 18/12/2021.

A Superintendente do Complexo Hospitalar Universitário – CHU-UFPA, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, nomeada pela Portaria nº 436 de 05 de agosto de 2019, publicada no Boletim de Serviço Ebserh nº 637, de 06 de agosto de 2019, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019, publicada no Boletim de Serviço nº 518, na mesma data, e no Diário Oficial da União em 10 de janeiro de 2019, **Resolve:**

Art.1º Constituir a Comissão do Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza –CHU-UFPA – Filial da Ebserh, composta pelos representantes conforme abaixo descrito:

Nome	Status	SIAPE	Lotação
Rubenita Helena Carlos Marques	Coordenação	1152745	Divisão de Enfermagem
Núbia Fernanda Campos da Silva	Vice-Coordenação	1432738	Unidade da Visão
Ivanete Miranda Castro de Oliveira	Membro	3071400	Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica
Diego João de Lima Arrais	Membro	1049954	Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica
Luciany Lopes da Silva Costa	Membro	3075359	Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica
Maria Elizangela Oliveira Farias	Membro	2227664	Unidade de Cirurgias/RPA/CME
Nilza Maria de Sena Barbosa	Membro	1422257	Unidade de Otorrinolaringologia
Maria Luisa Pinho Rabelo	Membro	1373504	Unidade de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica
Elaine Pinheiro Mendes da Silva	Membro	3061371	Unidade de Apoio à Saúde da

Nome	Status	SIAPE	Lotação
			Criança e do Adolescente

Parágrafo único. Esta portaria poderá ser alterada, quando da substituição dos membros designados.

Art. 2º A Comissão designada nesta portaria tem duração indeterminada.

Art. 3º A participação na Comissão não enseja remuneração de qualquer espécie, sendo considerada serviço público relevante.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e publicação no boletim de serviços.

Dra. Regina Fátima Feio Barroso.

PROTOCOLO

INSULINIZACAO DO PACIENTE NÃO CRÍTICO

1. SIGLAS E CONCEITOS

HUJBB – Hospital Universitário João de Barros Barreto

ADA – American Diabetes Association

ADO – Anti-diabetico oral

DTI – Dose total de insulina a ser usada nas 24 horas e distribuída por Kg de peso

UI/Kg – Unidades / Kilo

HbA1C – Hemoglobina glicosilada

NPH – Neutral Protamine Hagedorn

SC – Subcutâneo

IV – Intravenoso

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

Basal- bolus – Esquema com insulina basal de ação lenta e bolus, doses de insulina de ação rápida ou ultra-rápida, pré – prandiais

Insulinas análogas – Insulinas mais modernas produzidas a partir de insulina humana modificada por meio de engenharia genética, de ação mais curta ou prolongada

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

2. OBJETIVOS

2.1 Uniformizar as condutas e orientar os profissionais das diversas clínicas, sobre o manejo de hiperglicemia hospitalar do paciente não crítico do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB)

2.2 Reduzir as complicações relacionadas a hiperglicemia hospitalar do paciente não crítico e o tempo de interação hospitalar

3. JUSTIFICATIVA

A prevalência de internação de pacientes com diabetes mellitus é elevada, 1 em cada 4 pacientes tem diagnóstico prévio de diabetes e muitos desconhecem o diagnóstico. A hiperglicemia durante a internação esta associada ao maior risco de complicações e longos períodos de hospitalização, elevando os custos médicos. (CRISTENSEN, et al, 2016)

Pacientes sem diagnóstico prévio de diabetes, podem evoluir também com hiperglicemia diante de situações, como doenças graves, cirurgias, traumas, uso de medicamentos e nutrição enteral e parenteral. E mesmo nessa situação, decorrente de resposta hormonal e inflamatória, deve ser bem manejada com vistas a reduzir as complicações. (SBD, 2015)

Estudos tem mostrado que controle glicêmico intensivo, com glicemias ≤ 110 mg/dl, reduziram a morbimortalidade hospitalar, sendo as metas glicêmicas recomendadas pela ADA para o paciente não crítico, entre 140- 180 mg/dl. (CRISTENSEN, et al, 2016/ KODNER, et al, 2017)

As medicações orais devem ser suspensas durante a internação, a metformina pelo risco de acidose láctica, principalmente nos pacientes que necessitem de uso de contraste endovenoso; as sulfanilureias aumentam o risco de hipoglicemia; as glitazonas aumentam a retenção hídrica e o risco de insuficiência cardíaca; o agonistas de GLP1 provocam náuseas e devem ser avaliados quando a ingesta alimentar estiver diminuída; os inibidores de SGLT2, foram associados com cetoacidose diabética euglicêmica e os inibidores de DPP4 (sitagliptina),

foram a única classe que associado ao uso de insulina basal apresentaram bom controle glicêmico, sendo uma opção para alguns pacientes. (KODNER, et al, 2017/ PEREZ, et al, 2019)

A insulina é então, o tratamento de escolha para o paciente hospitalizado, devendo-se sempre considerar a ingestão calórica do paciente, as comorbidades e a taxa de filtração glomerular, para iniciar o uso da medicação. (CRISTENSEN, et al, 2016/ KODNER, et al, 2017/PASQUEL, et al, 2019)

O esquema basal-bolus é recomendado pela ADA, apresentando melhores taxas de controle glicêmico, quando comparado ao sliding scale (maior variabilidade glicêmica), resultando em menores taxas de infecção, insuficiência respiratória e insuficiência renal, durante a internação. (CRISTENSEN, et al, 2016/ KODNER, et al, 2017)

O início da prescrição é baseado na necessidade de dose total de insulina diária, calculada pelo peso, distribuindo-se as insulinas com metade da dose de insulina basal, de longa ação e a outra metade de bolus, insulina de ação rápida ou intermediária. A monitorização é realizada através da glicemia capilar, a cada 4 a 6 horas, reduzindo os riscos de hipoglicemia, a principal complicação associada ao uso de insulinas e que também eleva as taxas de morbimortalidade. (KODNER, et al, 2017)

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Serão submetidos ao protocolo de manejo de hiperglicemia hospitalar, todo paciente diabético prévio, em uso de insulina e/ou ADO, com diagnóstico durante a internação ou que apresente hiperglicemia de estresse, internado nas diversas enfermarias do hospital: clínica médica, cirúrgica, infectologia, pneumologia.

Aqueles pacientes que não apresentarem diagnóstico prévio de diabetes mellitus, nem alterações glicêmicas nas primeiras 24 horas de internação ou mesmo com uma hemoglobina glicada abaixo de 6,5%, estão excluídos do protocolo de hiperglicemia hospitalar do paciente não crítico.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Profissionais do HUIBB	Devem seguir as recomendações deste documento
Administração hospitalar	Apoiar a implementação destas recomendações, fornecendo recursos técnicos,

	humanos e materiais para sua execução
Gerência de Assistência à saúde	Apoiar a implantação destas recomendações, fornecendo recursos técnicos, humanos e materiais para sua execução
Divisão de cuidados	Monitorar, através do retorno dos profissionais, as dificuldades de implantação deste protocolo
Chefes de Unidade	Assegurar a adesão dos profissionais, bem como reforçar a necessidade de implementação das recomendações, incentivando a participação nos treinamentos
Comissão de farmácia e Terapêutica	Apoiar a implementação das recomendações
Serviço de Farmácia	Revisar a padronização das medicações, gerenciar seus estoques
Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais	Apoiar e participar dos treinamentos sobre insulinização dos pacientes não críticos
Equipe médica	Avaliar a necessidade de início de insulinização e ajuste glicêmico de pacientes não críticos
Equipe de enfermagem	Realizar a monitorização das glicemias capilares dos pacientes com indicação, de acordo com as recomendações das prescrições, administrar as doses de insulinas fixas e as correções, quando indicado e acionar a equipe médica diante de dúvidas e complicações
Nutrição	Avaliar a prescrição de pacientes diabéticos ou com hiperglicemia de estresse e ajustar as dietas de acordo com as necessidades glicêmicas e fornecer orientações sobre reeducação alimentar na alta.

6. MANEJO DA HIPERGLICEMIA DO PACIENTE NÃO CRÍTICO

6.1 Metas: Glicemias pré- prandiais entre 100-140 mg/dl e pós -prandiais 140 – 180 mg/dl, glicemias aleatórias < 180 mg/dl. Glicemias < 70 mg/dl são consideradas hipoglicemias devendo ser evitadas pelas complicações. Paciente em cuidados paliativos: evitar hipoglicemias e hiperglicemias acentuadas e meta entre 110-270 mg/Dl.

6.2 Insulinização : Pacientes diabéticos em uso de antidiabéticos orais ou glicemias fora da meta, deve-se suspender as medicações orais e iniciar esquema basal bolos com insulinas NPH e Regular, respectivamente. Calcular a dose total de insulina pelo peso, de acordo com tabela abaixo e dividir a dose em 50% basal (NPH em 2 doses: manhã e noite) e 50% bolus (insulina regular 30 minutos antes das refeições: café, almoço e jantar). Manter monitorização com glicemia capilar de 6/6h.

Tabela 1 – Cálculo de DTI por perfil de pacientes

Idosos	0,3 UI/Kg
Glicemia entre 140-200 mg/dl	0,4 UI/Kg
Glicemia > 200 mg/dl	0,5 UI/Kg
Uso d Glicocorticoides	0,5 UI/Kg

Fonte: Felício (2018)

Exemplo 1: Paciente de 50 anos, 72 kg, diabético prévio e em uso de medicações orais: glifage XR 500 mg, 02 comprimidos após o café e 02 comprimidos após o jantar e glibenclamida 5 mg 02 comprimidos em jejum e 02 antes do jantar, com glicemia na admissão de 300 mg/dL. Internado para tratamento de pneumonia. Ao considerar que paciente é idoso, com quadro infeccioso, deve-se suspender os anti-diabéticos orais e insulinizar o paciente com esquema basal-bolus.

1ª etapa: cálculo da dose total de insulina

DTI: P x quantidade de insulina em UI de acordo com a tabela 1

DTI: $72 \times 0,5 = 36$ UI/Kg/dia (total de insulina a ser utilizada nas 24h)

2ª etapa: distribuição das doses

Dose de insulina basal (NPH): $36 : 2 = 18$ UI SC (deve ser dividida 2/3 pela manhã as 8h e 1/3 à noite as 20h) → 12 UI as 8h e 6 UI as 20h

Dose de insulina bolus (Regular): $18:3 = 6$ UI SC (distribuídas três vezes ao dia, 30 minutos antes três principais refeições do paciente – café, almoço e jantar)

3ª etapa: monitoramento das glicemias

Considerando as metas de glicemia entre 140 – 180 mg/dL para o paciente não crítico, deve-se monitorar as glicemias capilares, pelo menos quatro vezes ao dia, nos seguintes horários: 6h, 11h, 17h, 22h, para avaliar a necessidade de ajuste de doses e corrigido os picos glicêmicos de acordo com a esquema a baixo

$180 - 230 = 2$ UI

$231 - 250 = 4$ UI

$251 - 300 = 6$ UI

$301 - 350 = 8$ UI

$350 - 400 = 10$ UI

$>401 = 12$ UI

4ª etapa: correções de glicemias

O paciente deve ser reavaliado após 48 h do início das insulinas, devendo o ajuste considerar a quantidade de unidades de insulina utilizada nas correções do dia anterior e distribuir metade dessa dose em insulina basal (NPH) e a outra metade de insulina bolus (regular).

Exemplo:

O paciente apresentou os seguintes controles no dia anterior:

As 6h → 140 as 11h → 306 as 17h → 300 as 22h → 230

Total de 18 UI de insulina nas correções

Deve acrescentar metade da dose total de correção no dia seguinte, dividida entre basal e bolus

Novas doses de insulina:

NPH → 27 UI total = 18 UI SC as 8h e 9 UI SC as 20h

9 UI de insulina regular SC dividida nas três refeições

9 UI } 30 minutos antes do café

9 UI 30 minutos antes do almoço

9 UI 30 minutos antes do jantar

Exemplo 2: Paciente idoso, internado para tratamento de infecção do trato urinário, diabético de longa data e já em uso de insulinas em esquema basal-bolus e glifage XR 500 mg 2x ao dia.

Deve-se:

1º Suspender o antidiabético oral pelo risco de acidose láctica

2º Manter as doses usuais de insulina

3º Deixar esquema de correções de hiperglicemias com insulina regular

4º Ajuste das doses, se glicemias acima da meta, semelhante ao exemplo anterior

Exemplo 3: Paciente de 40 anos, sem história prévia de diabetes, internado para procedimento cirúrgico. Deve-se:

1º Monitorar glicemias nas primeiras 48 horas

2º Solicitar hemoglobina glicada:

se > 6,5% considerar diabetes prévio e se glicemias fora da meta insulinizar o paciente;

se < 6,5% desconsiderar diabetes prévio e se apresentar hiperglicemias, considerar hiperglicemia de estresse e insulinizar o paciente se as glicemias estiverem acima da meta.

6.3 Procedimentos cirúrgicos: Metas entre 140-180 mg/dL

A) Diabéticos não insulino-dependentes: suspender diabéticos orais 2 -3 dias antes do procedimento, manter dieta hipoglicemiante, monitorar glicemia capilar, insulinizar paciente se fora da meta e no dia da cirurgia realizar metade da dose de insulina basal, paciente em jejum suspender os bolus de insulina rápida e realizar correções conforme esquema (tabela 2).

B) Diabéticos insulino-dependentes: estabilizar glicemias na meta, até véspera da cirurgia, se paciente com glicemias acima de 180 mg/dL, iniciar infusão de insulina IV, de acordo com esquema abaixo e velocidade de infusão conforme tabela 3.

Esquema:

Insulina + soro fisiológico

Solução (1UI de insulina / 10 mL): SF 0,9% 250 mL + insulina regular 25 UI

Dose inicial da solução: 1UI/h = 10 mL/h

Tabela 2 – Ajuste de insulina IV de acordo com glicemia

glicemia	Insulina	Velocidade de infusão (mL/h)
151-200	2 UI	20
201-250	4 UI	40
251-300	6 UI	60
301-400	UI	80
>401	Bolus 0,1 UI/kg	0

Fonte: FELICIO (2018)

6.4 Hipoglicemias: A hipoglicemia é a principal complicação do uso de insulinas e tem relação com a piora do prognóstico do paciente, deve-se sempre atentar para o ajuste de insulinas e quantidade de carboidratos oferecidas, considerando-se hipoglicemia valores de glicemias abaixo de 70mg/dL.

Na correção para pacientes conscientes, pode-se oferecer 15 g de glicose via oral, de preferência alimentos açucarados e líquidos. Lembrando que 15 gramas de glicose equivalem a uma colher de sopa de açúcar ou 30 mL de soro glicosado a 5% diluído em água filtrada. Devendo-se rever a glicemia capilar, após 15 minutos, se não houver reversão da hipoglicemia, repetir o processo.

Em pacientes inconscientes a correção deverá ocorrer via endovenosa, com glicose a 50%, de acordo com a formula abaixo de soro glicosado a 50% diluído em água filtrado. Rever o valor da glicemia capilar (GC) após 15 minutos; se não houve reversão da hipoglicemia, repetir o processo

Volume de glicose à 50% = $(100 - \text{glicemia do paciente}) \times 0,4$

6.5 Insuficiência renal e hepática: pacientes com clearance de creatinina < 50% reduzir as doses de insulinas em 25% do usual, naqueles com clearance <10% as doses de insulinas deverão ser reduzidas pela metade. Para os que estiverem em hemodiálise, a tendência

de hipoglicemia é maior durante e após a terapia, por isso a dose insulina basal deve ser reduzida em no mínimo 15% e as insulinas de ação rápida ou ultrarrápida (pré-prandiais) suspensas, nas 24 horas após a diálise.

6.6 Manejo da hiperglicemia em pacientes com nutrição enteral e parenteral

- **Nutrição enteral:** Deve-se dar preferência para as formulações para diabéticos com menor quantidade de carboidratos.

1ª situação: pacientes com dieta continua pode-se utilizar insulinas análogas (Glargina ou Determir) em dose única (0,15-0,25 UI/Kg/dia) ou NPH (0,15-0,25 UI/Kg/dia) fracionada em 2 ou 3x ao dia.

2ª situação: pacientes com dieta com pausas (intermitente), prescreve-se insulina NPH e Regular no esquema basal-bolus, como o esquema a baixo. A monitorização da glicemia capilar deve ser de 4/4 horas, com esquema de correção de insulina rápida ou ultrarrápida e o ajuste feito, adicionando-se a metade do total de insulina de correção das últimas 24 horas, na dose total de insulina diária do paciente, para os casos de hiperglicemia. Nas hipoglicemias reduzir 20% das doses de insulina.

- **Nutrição parenteral:** Nos pacientes com nutrição parenteral recomenda-se infusão endovenosa continua de insulina regular na proporção de 1UI para cada 10g de glicose, ajustando-se a dose a partir das correções diárias, a cada 4 a 6 horas, acrescentando-se o ajuste no esquema do dia seguinte, metade da dose total de insulina utilizada nas correções do dia anterior

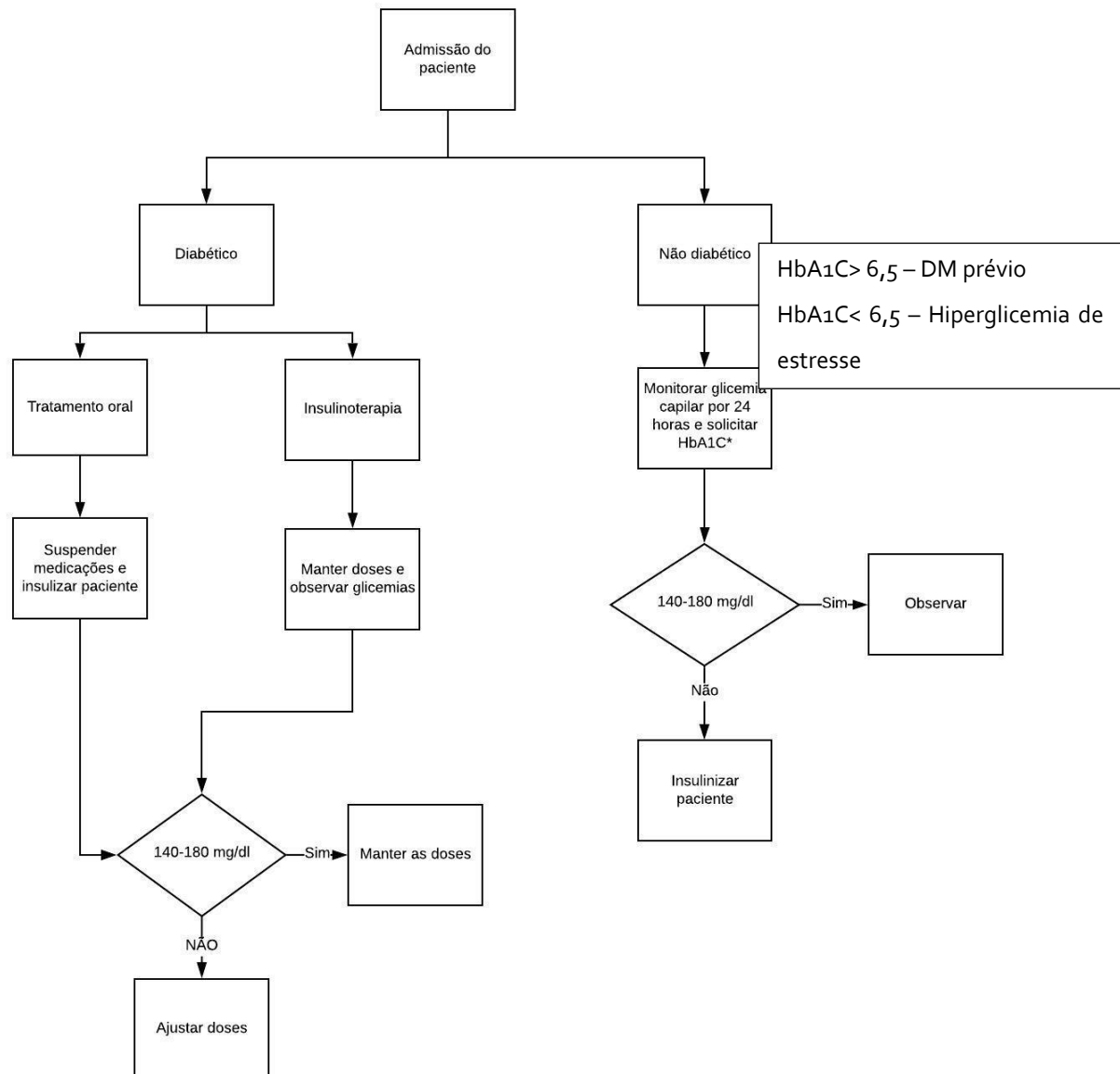
6.7 Paciente em cuidados paliativos: evitar hipoglicemias e hiperglicemias acentuadas e meta entre 110-270 mg/dL

6.8 Preparação para alta: Os pacientes que utilizavam antidiabéticos orais antes da internação e estavam bem controlados, pode-se reintroduzi-los 2 dias antes da alta e observar a compensação glicêmica, caso presente, manter as medicações prévias na alta ou realizar o ajuste terapêutico. Deve-se aproveitar o momento para realizar a educação em saúde do

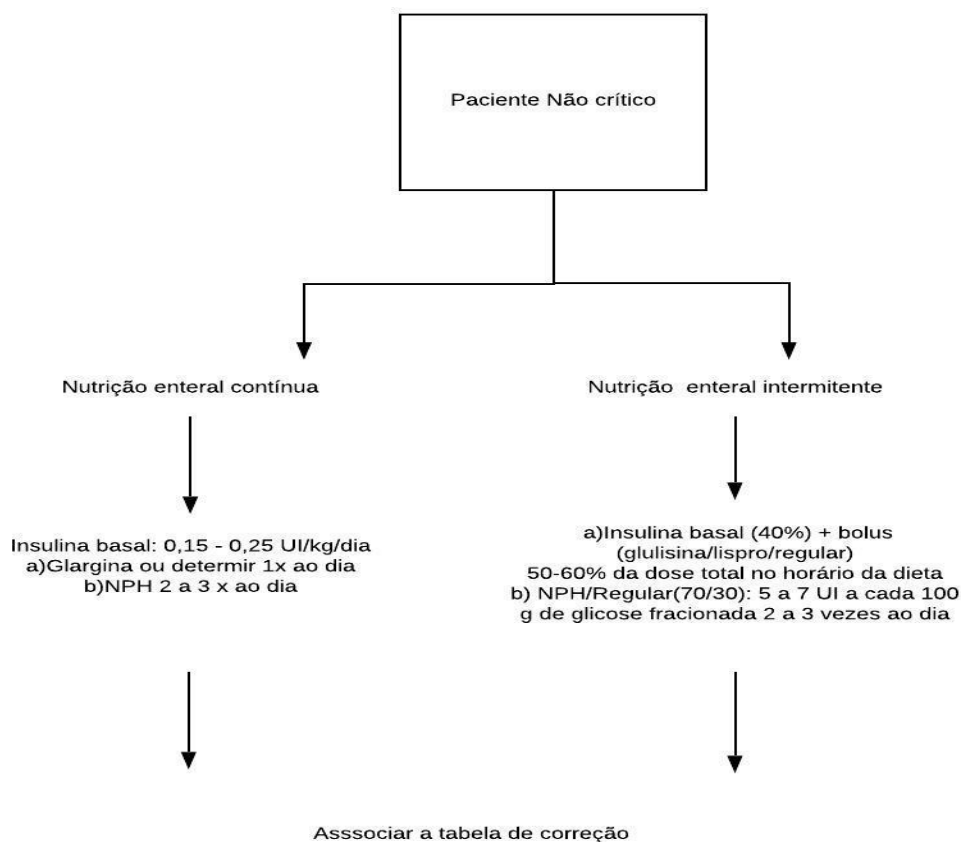
paciente diabético, como uso correto das medicações, mudanças de estilo de vida e prevenção e tratamento de hipoglicemias.

7.FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Insulinização do paciente não crítico



FLUXOGRAMA 2 – ORIENTAÇÕES SOBRE INSULINIZAÇÃO DE PACIENTES COM DIETA ENTERAL



Fonte: adaptado SBD (2015)

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
00	00	00

9. MONITORAMENTO

- Chefes das unidades avaliar o grau de dificuldade de implementação do protocolo pelos médicos assistentes e equipe de enfermagem.
- Compilar o número de admissões na UTI e de complicações associadas a hiperglicemia hospitalar.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. CHISTENSEN, et al. Efficacy of basal-bolus insulin regimens in the inpatient management of non-critically ill patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Metabo Res*, n. 33, p. 1-8, 2017
- II. EMPIERREZ, Guilherme, et al. Management of hyperglycemia in hospitalized pacientes in non-critical care setting: an endocrine Society clinical practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 2012, v. 97, n. 1, p. 16-38
- III. FELICIO, J. S, et al. Controle glicêmico hospitalar. In: _____. *Urgências em endocrinologia e metabologismo: diagnóstico e tratamento na criança, no adulto e na gestante*. Belém: ed.ufpa, 2018. Cap.21 p.221-229
- IV. JOSLIN DIABETES CENTER and BETH ISRAEL DEACONESS MEDICAL CENTER. Guideline for manegement of uncontrolled glucose in the hospitalized adult. 2013.
- V. JOSLIN DIABETES CENTER and JOSLIN CLINIC. Guideline for inpatient management of surgical and ICU Pacientes with diabetes. 2015.
- VI. KODNER, Charles, et al. Glucose Management in Hospitalized Patients. *American Family Physycian*, n.10, v. 96, p. 648-654, 2017
- VII. PASQUEL, Francisco j, el al. Debate on insulin vs non-insuline use in the Hospital setting – is it time to revise the Guidelines for the management of inpatient Diabetes? *Curr Diab Rep*, n. 19, v. 65, p. 1-11.
- VIII. PEREZ, Antônio, et al. Insulin Therapy in Hospitalized Patients. *American Journal of Therapeutics*, p. 1-8, 2019
- IX. RADUAN, R. A. Controle de hiperglicemia intra-hospitalar em pacientes críticos e não críticos. SBD. E-Book 2.0. 2014. Cap. 10. Disponível em:

<https://ebook.diabetes.org.br/component/k2/item/61-controle-da-hiperglicemia-intra-hospitalar-em-pacientes-críticos-e-nao-criticos>. Acessado em: 15/05/19.

- X. SBD. Controle da glicemia do paciente hospitalizado. Posicionamento oficial nº 03/2015
- XI. SBD. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Cannad Editora. 2019. Cap. 10, p. 437-466

Elaborador Deborah Holanda da Silva Brayde/ Médica-residente Suzanny Ladeira Rodrigues Cruz / Médica Márcia Costa dos Santos / Médica Amanda Machado Kahwage/ Médica	Data: 13/12/2020
Validação Lourival Marsola - Médico/ Chefe do setor de Gestão Qualidade e Vigilância em Saúde Edna Cristina Vieira Conceição - Enfermeira / Setor de Gestão Qualidade e Vigilância em Saúde Glória Yanne Martins de Oliveira	Data: 14/12/2020
Aprovação Regina Fátima Feio Barros/ Superintendente do Complexo UFPA-EBSERH Natércia Neves Marques de Queiroz/Chefe da Unidade de Endocrinologia Metabologia e Diabetes	Data: ____/____/____

