

PARECER
Nº **13/2026/CÂMARA TÉCNICA DE PARECERES TÉCNICOS**

PROCESSO
Nº **00239.009009/2025-59**

ASSUNTO: **POSSIBILIDADE DE ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA POR VIA ENDOVENOSA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS).**

I. RELATÓRIO

Coordenadora de Unidade Básica de Saúde (UBS) solicita parecer técnico sobre a administração de insulina regular humana com solução fisiológica a 0,9% via endovenosa na UBS.

II. FUNDAMENTAÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um componente essencial. Trata-se da porta de entrada principal do SUS, sendo referência para o acolhimento inicial às urgências e emergências, organização de ações curativas, reabilitadoras, de prevenção, promoção e vigilância à saúde individual e coletiva. Neste cenário, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se inserem na lógica de regionalização, territorialização, longitudinalidade de cuidado e operacionalização de distintas linhas de cuidado, protocolos e fluxos de atendimento, sempre observando a hierarquização da Rede, procedendo encaminhamentos e contrareferenciamentos dos usuários levando-se em conta os diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2017; BRASIL, 2013).

Nesse cenário, com frequência as equipes de saúde se deparam com a necessidade de acolhimento e atendimento de usuários com alterações glicêmicas, as quais podem ser correlacionadas com distintas causas e explicações fisiopatológicas. Apesar de muito rapidamente ser possível correlacionar a sua incidência ao diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM), doença que por sua relevância epidemiológica possui, inclusive, uma publicação do Ministério da Saúde contendo estratégias de cuidado – nos Cadernos de Atenção Básica, n. 36, convém ressaltar que a necessidade de manejo de hiperglicemia pode advir de pacientes sem diagnóstico prévio de (DM), os quais podem apresentar condições em que há inibição da liberação ou da ação da insulina, dentre outros fenômenos, tais como: a presença de doenças agudas, com liberação de hormônios de estresse (epinefrina, glucagon, GH e cortisol), pacientes em uso de corticoides e/ou catecolaminas, ou processos inflamatórios, sepse e/ou presença de traumas (BRASIL, 2013; GOMES; FOSS; FOSS-FREITAS, 2014; COUTO et al, 2021).

Embora o reconhecimento de hiperglicemia nem sempre apresente sintomatologia em todos os pacientes, alguns de seus sinais e sintomas típicos envolvem a poliúria, polidipsia, polifagia, desidratação e perda de peso. Outros sinais e sintomas sugestivos podem incluir noctúria, visão turva, cansaço, cicatrização deficitária e infecções recorrentes (RODACKI et al., 2024).

A DM é uma doença endócrino-metabólica que pode evoluir com complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2020). De modo resumido, a DM pode ser classificada em: tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2) – o mais comum, e o diabetes gestacional (DMG), embora outros subtipos também possam ser identificados (RODACKI et al., 2024).

Enquanto o DM2 é caracterizado pela ocorrência de resistência à insulina e deficiência de sua secreção pelas células β pancreáticas, no DM1 há deficiência de insulina pela destruição dessas células, geralmente por causa autoimune. “A apresentação clínica clássica do DM 1 geralmente é abrupta, com maior propensão à cetose e cetoacidose, necessidade de insulinoterapia plena desde o diagnóstico ou após curto período” (RODACKI et al., 2023). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) o diagnóstico da DM pode considerar os marcadores: glicemia em jejum (≥ 126 mg/dl), a HbA1c ($\geq 6,5\%$), a glicemia no TTGO-1h (≥ 209 mg/dl) ou a glicemia no TTGO-2h (≥ 200 mg/dl) . Mediante alteração de somente um desses resultados, o exame deverá ser repetido (RODACKI et al., 2024).

Distúrbios do metabolismo de glicose constituem emergências endócrinas. No caso da Cetoacidose Diabética (CAD) a deficiência de insulina associada ao nível excessivo de glucagon culminam em produção do estado hiperglicêmico,

acidótico e com depleção de volume, o paciente pode apresentar desidratação grave, cetose, acidose metabólica, náusea, emese, sonolência, torpor e coma. Tal condição frequentemente está relacionada a desequilíbrios eletrolíticos (NAEMT, 2022; BRASIL, 2020).

Tanto a CAD quanto a Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmótica Não Cetótica (SHHNC), ou Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH) constituem emergências de saúde, requerendo reconhecimento e tratamento imediatos devido ao seu significativo índice de morbimortalidade (SANTOMAURO JR et al., 2025; NAEMT, 2022). “Comparativamente à CAD (que pode surgir em poucas horas) a SHHNC evolui ao longo de dias, com desidratação e distúrbios hidroeletrólitos e metabólicos mais intensos” (SANTOMAURO JR et al., 2025).

Nesse contexto, a determinação de níveis de potássio (K) anterior ao início da administração de insulina é recomendado, devendo-se proceder a sua correção imediata sempre que indicado (SANTOMAURO JR et al., 2025; COUTO et al., 2021). Haja vista, inclusive, que a hipopotassemia constitui uma complicação frequente em infusões de insulina (COUTO et al., 2021; NAEMT, 2022).

A SBD esclarece que o uso de insulina endovenosa em modo de infusão contínua no manejo e tratamento de hiperglicemia nos pacientes críticos possui maior eficácia no alcance de metas terapêuticas, embora também seja considerada uma medicação de alto risco de eventos adversos. Para uso endovenoso, o tipo de insulina mais comum e efetivo é a regular, a qual contém como princípio ativo a insulina humana monocomponente - hormônio idêntico ao produzido pelo pâncreas humano, trata-se de uma medicação amplamente utilizada (portanto, com maior experiência clínica), de baixo custo, de ação curta e mecanismo de ação rápido – características que garantem pronta possibilidade de correções de oscilações da glicose, e devido ajuste na sua dosagem de infusão diante da evolução clínica apresentada (BRASIL, 2020; MOMESSO et al., 2025; SANTOMAURO JR, 2025).

A administração de insulina via endovenosa (EV) é frequentemente associada a ambientes controlados e mediados por dispositivo/ bomba de infusão contínua em contextos de cuidados intensivos, os quais devem ser orientados por rígidos protocolos que permitam a predefinição de ajustes na taxa de sua infusão (BRASIL, 2013; GOMES; FOSS; FOSS-FREITAS, 2014; SALAZAR et al., 2019).

A frequência de monitorização contínua de dados vitais e especialmente de glicemia no paciente crítico deve ser sempre baseado em cada caso e ainda levando-se em consideração a existência ou não de oferta de dieta. A SBD sugere que podem haver planos de aferição de glicemia de 1 em 1 hora, 2 em 2 horas em pacientes estáveis e com dosagem de infusão também estável; ou ainda de 30 em 30 minutos para os casos de instabilidade glicêmica ou risco de hipoglicemia. Em casos em que há suporte calórico ou dieta contínua enteral ou parenteral, os intervalos podem estar em torno de 4 a 6 horas, já nas ofertas cíclicas das mesmas modalidades de dieta a glicemia pode ser realizada anteriormente a cada nova etapa da dieta. Em dietas zero a aferição pode ocorrer a cada 1 a 4 horas e, por fim, em dietas orais as aferições podem ser realizadas antes das refeições e ao final do dia (ao deitar-se) (MOMESSO et al., 2025).

Em relação ao preparo da insulina para administração via endovenosa, é comum observar em protocolos institucionais o padrão de solução endovenosa contendo soro fisiológico (SF) a 0,9% na concentração de 01 unidade por ml, ou seja; com preparação de 99ml de SF0,9% somadas a 01ml de insulina regular (10 unidades). Em função da progressiva redução de estabilidade e eficácia, (apesar de indicações de alguns fabricantes apontarem a validade de 24 horas), a SBD orienta a troca de solução a cada 6 horas, devendo-se atentar para a eficácia clínica da solução quando as instituições optarem pelo limite máximo aceitável de 24hrs. Outro cuidado de enfermagem importante se refere a consideração da adsorção do equipo plástico pela insulina corrente podendo atrasar a sua ação, motivo pelo qual orienta-se desprezar parte da solução antes de iniciar a infusão no paciente a depender das características do dispositivo utilizado (MOMESSO et al., 2025; COUTO et al., 2021).

De igual importância, a atenção ao estabelecimento de protocolo institucional padronizado, de infusão contínua de insulina endovenosa se faz primordial, com vistas à sensibilidade insulínica de cada paciente, permitindo ajustes seguros de acordo com o cenário clínico e as glicemias apresentadas. As orientações devem ser claras e diretivas tanto para as correções quanto para o manejo e prevenção de hipoglicemia, uma vez que se trata de complicação comum entre pacientes em insulino terapia (MOMESSO et al., 2025; COUTO et al., 2021).

Após o alcance da estabilidade clínica, hemodinâmica e do controle glicêmico adequado, deverá ser considerada a pertinência da transição da insulina endovenosa para a subcutânea, a seguir algumas recomendações da SBD:

- Para o sucesso na transição de insulina EV para SC, os seguintes fatores clínicos devem estar presentes: ausência de hiperglicemia e glicemias estáveis nas últimas 4 a 6 horas consecutivas; estabilidade clínica e hemodinâmica; não estar em uso de vasopressores; apresentar baixa variabilidade na dose de insulina EV; dieta estável enteral e/ou início de dieta oral.
- Os fatores associados à falência na transição de insulina EV para SC são: alta variabilidade nas taxas de infusão de insulina, variabilidade glicêmica, altas doses de insulina EV (maior do que 02 unidades/ hora), tempo de insulina EV menor do que 6 horas, hemoglobina glicada da admissão elevada, uso de corticoides, instabilidade clínica e hemodinâmica.
- A administração de insulina SC deve ocorrer antes da suspensão de insulina EV, sendo sugerido período mínimo de 1 hora para as insulinas de ação rápida e 2 a 3 horas para as insulinas basais. O principal erro na transição da insulina EV para SC está relacionado com a suspensão da insulina EV sem administração de nenhuma dose de insulina SC.
- O início de insulina basal deve ser considerado em pacientes com uso prévio de insulina basal e/ou com doses de insulina EV elevadas (dose de insulina EV > 02 UI/hora).
- Diversos protocolos estão disponíveis para orientar a transição de insulina EV para SC.
- A dose total diária (DTD) de insulina SC é usualmente calculada com base na dose total de insulina EV das últimas 6

horas extrapolada para 24 horas (multiplicada por 4), podendo ser reduzida em 20-40%.

- A dose total de insulina basal SC pode ser calculada como 50-60% da DTD calculada de insulina SC ou considerando a dose utilizada previamente e/ou dose por kilo de peso.
- Nos pacientes em uso de insulino terapia basal- bolus SC, a dose de bolus deve ser dividida pelas refeições e pode ser calculada como 40-50% a DTD calculada de insulina SC ou considerando a dose utilizada previamente ou dose por kilo de peso.
- Todos os pacientes devem ter prescrita monitorização de glicemia de acordo com dieta e insulina suplementar de correção de acordo com a glicemia (MOMESSO et al., 2025).

A Lei nº. 7.498 de 1986 e o Decreto nº 94.406 de 1987 regulamentam o exercício profissional da Enfermagem da seguinte forma:

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;
- [...] consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13. O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

[...] Art. 15. As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro. (BRASIL, 1987).

Dentre as atribuições da equipe de enfermagem listadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) listam-se:

4.2.1 - Enfermeiro:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
- IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
- V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
- VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
- VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
- VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
- IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

- I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e
- III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação (BRASIL, 2017).

A Resolução COFEN nº 734 de 21 de dezembro de 2023 normatiza a atividade do Enfermeiro em cuidados e educação às pessoas com DM e dá outras providências. Dentre outras áreas de atuação, encontra-se a definição da atuação do profissional enfermeiro nos âmbitos da atenção primária, secundária e terciária especializada, corroborando com o protagonismo da Enfermagem no âmbito do SUS (COFEN, 2023). Por ocasião da referida publicação, listou-se as competências gerais esperadas do profissional enfermeiro:

- Realizar e registrar o Processo da Assistência de Enfermagem no atendimento da pessoa com diabetes;
- Realizar educação e cuidado referente a farmacodinâmica/farmacocinética, administração, armazenamento, conservação e descarte de medicamentos orais e injetáveis;
- Orientar o manejo dos dispositivos tradicionais disponíveis para administração de insulina (seringa e caneta);
- Conhecer os fundamentos de alimentação saudável para incentivo da prática e encaminhamento, quando necessário, ao Nutricionista;
- Conhecer os fundamentos de atividade física para incentivo da prática com segurança;
- Orientar o manejo dos dispositivos para a realização do controle da glicemia capilar;
- Orientar horário de realização da glicemia, metas de controle, avaliação do perfil glicêmico associado a rotina com ação mediante ao resultado;
- Realizar avaliação de risco e cuidados de menor complexidade das doenças dos pés relacionada ao diabetes;
- Rastrear e monitorar as complicações crônicas do diabetes: retinopatia, nefropatia, cardiopatia, neuropatia autonômica e sensitivo motora;
- Identificar a alteração do estado emocional da pessoa com diabetes e encaminhar ao especialista;
- Realizar educação em saúde às pessoas com diabetes, familiares e cuidadores;
- Participar em campanha e projetos assistenciais integrados.

IV – DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS – PELO ENFERMEIRO EM CUIDADOS E EDUCAÇÃO ÀS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS:

- a) Orientar o manejo dos dispositivos complexos disponíveis para administração de insulina (Sistema de infusão contínua de insulina, I – port e Smartpens);
- b) Ter conhecimento em terapia nutricional de contagem de carboidrato e do seu impacto no controle glicêmico;
- c) Ter conhecimento do impacto da atividade física no controle glicêmico;
- d) Orientar o manejo dos dispositivos complexos disponíveis para a realização do controle da glicose (Monitorização contínua de glicose associada ou não ao Sistema de Infusão Contínua de Insulina);
- e) Analisar os resultados do controle glicêmico para tomada de decisão no plano de intervenção;
- f) Identificar, avaliar e tratar as doenças complexas dos pés relacionada ao diabetes;
- g) Reconhecer o Diabetes Distress traçando um plano de cuidados com encaminhamento, se necessário, ao Psicólogo/Psiquiatra;
- h) Elaborar um Programa de Transição de Cuidados;
- i) Ter conhecimento das estratégias pedagógicas de Educação em Diabetes contemplando os sete comportamentos para o autocuidado, barreiras psicossociais, mudança de comportamento, adesão e identificação de rede de apoio;

- j) Conhecer e contribuir nos protocolos de esquemas terapêuticos recomendados pelas sociedades, órgãos e serviços de saúde;
- k) Implementar e acompanhar indicadores de avaliação da pessoa com diabetes e do serviço;
- l) Atuar nos direitos e deveres específicos das pessoas com diabetes (COFEN, 2023).

A Resolução COFEN Nº 564/2017 determina o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem esclarecendo aos seus os direitos e deveres de:

“[...] Art. 2º Exercer atividades em locais de trabalho livre de riscos e danos e violências física e psicológica à saúde do trabalhador, em respeito à dignidade humana e à proteção dos direitos dos profissionais de enfermagem.

Art. 4º Participar da prática multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade, observando os preceitos éticos e legais da profissão.

[...] Art. 9º Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, de forma fundamentada, quando impedido de cumprir o presente Código, a Legislação do Exercício Profissional e as Resoluções, Decisões e Pareceres Normativos emanados pelo Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem.

[...] Art. 13 Suspender as atividades, individuais ou coletivas, quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional e/ou desrespeitar a legislação vigente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo formalizar imediatamente sua decisão por escrito e/ou por meio de correio eletrônico à instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem.

[...] Art. 22 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, à família e à coletividade.

[...] Art. 28 Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem e aos órgãos competentes fatos que infrinjam dispositivos éticos-legais e que possam prejudicar o exercício profissional e a segurança à saúde da pessoa, família e coletividade.

[...] Art. 44 Prestar assistência de Enfermagem em condições que ofereçam segurança, mesmo em caso de suspensão das atividades profissionais decorrentes de movimentos reivindicatórios da categoria.

[...] Art. 47 Posicionar-se contra, e denunciar aos órgãos competentes, ações e procedimentos de membros da equipe de saúde, quando houver risco de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência ao paciente, visando a proteção da pessoa, família e coletividade.

[...] Art. 59 Somente aceitar encargos ou atribuições quando se julgar técnica, científica e legalmente apto para o desempenho seguro para si e para outrem” (COREN, 2017).

Adicionalmente, acrescenta-se a relevância do registro de todo o processo assistencial da equipe de enfermagem nos moldes da Resolução COFEN Nº 736 de 2024 e Resolução COFEN nº 514 de 2016 (COFEN, 2023; COFEN 2024; COFEN, 2016).

III. CONCLUSÃO

A presente análise fundamentada permite resumir que o objetivo central da infusão endovenosa de insulina é a obtenção de homeostase glicêmica em pacientes que por motivos diversos podem apresentar hiperglicemia. Percebe-se que a equipe de saúde do cenário de prática em questão, pode com frequência se deparar com condições agudas induzidas pela deficiência relativa ou absoluta de insulina, podendo estar acompanhadas de outras comorbidades e/ou situações de estresse e com progressão de liberação de hormônios contra-reguladores, suscetíveis, portanto, a ocorrência de instabilidade hemodinâmica e maior risco de deterioração clínica dos pacientes, como exemplificam as emergências clínicas CAD e a SHHNC.

Diante de tal cenário, exames complementares podem ser requeridos, bem como administração conjunta de outros fármacos de alta vigilância (a exemplo da reposição de sódio e potássio), com risco de implicações diretas na estabilidade hemodinâmica dos pacientes. A realização de infusões e correções rápidas seguidas de interrupções frequentes, ou ainda em alternância com períodos prolongados sem insulina não são indicados. Publicações correlatas demonstram haver boas práticas envolvendo o manejo de tais situações, nas quais se reafirmam que a realização de infusão de insulina regular via endovenosa deve preferencialmente ocorrer em bomba de infusão intermediada por cuidados de alta vigilância que tal fármaco requer, e ainda, com práticas respaldadas por protocolos que padronizem e orientem condutas, garantindo vigilância e monitorização multiparamétrica de dados vitais concomitantes com demais cuidados de enfermagem e da equipe multiprofissional que previnam eventos adversos e/ou atenuem seus efeitos. Nesse sentido, somos do parecer de que **não** se trata de uma terapêutica que deva ocorrer no âmbito da Atenção Primária à Saúde, mas sim nos níveis secundário e/ou terciário.

Complementarmente, sabe-se da necessidade de uma série de cuidados na transição da insulina endovenosa para a subcutânea, já descritos anteriormente, e que por si só levam a crer que o paciente deverá permanecer em observação por um período de tempo que poderá extrapolar o funcionamento habitual de Unidades Básicas de Saúde. Outrossim, a própria ausência de descritivo desse tipo de intervenção na PNAB, Cadernos da Atenção Básica sobre as linhas de cuidado em questão, em convergência com estudos publicados na área, os quais esclarecem sobre o risco de algumas hiperglicemias evoluírem para CAD e/ou SHHNC, e reafirmando tais cenários como emergências clínicas graves, demonstram indiretamente a pertinência da consideração de administração da insulina via endovenosa em outros locais da Rede com maiores possibilidades de suporte terapêutico.

Logo, orienta-se que a equipe de Enfermagem, em conjunto com a equipe multiprofissional e respectivos gestores desenvolvam critérios claros de absorção da demanda, estabilização e manejo inicial seguidos do devido acionamento de suporte para transferência e referenciamento do paciente na Rede, para atendimento oportuno e compatível com o nível de complexidade requerido, garantindo segurança assistencial e respaldo institucional a todos os envolvidos.

Realizado pela câmara técnica de pareceres técnicos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 1973. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5905.htm >. Acesso em: 23 jan. 2026.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 17 jan. 2026.

_____. **Decreto nº 94.406, de 8 de Junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm. Acesso em: 17 jan. 2026

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 1**. Brasília – DF, 2020.

_____. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em: 10 fev. 2026.

_____. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília – DF, 2013. Disponível em: < chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf >. Acesso em: 10 fev. 2026.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília- DF, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: < https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pdf/caderno_atencaobasica36.pdf/view >. Acesso em: 15 fev. 2026

COUTO, D. N. et al., Protocolos de Manejo de Hiperglicemia em Paciente Crítico e não crítico em ambiente hospitalar. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 45, supl.2, p. 8-23. Out./Dez. 2021. Disponível em: <<https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3557/2884>>. Acesso em: 16 fev. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN Nº 514/2016**. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Brasília – DF, 2016. Disponível em: < <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016/> >.

_____. **Resolução COFEN Nº 564/2017**. Brasília - DF, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html>. Acesso em: 20 jan. 2025.

_____. **Resolução COFEN nº 734 de 21 de dezembro de 2023**. Normatiza a atividade do Enfermeiro em cuidados e educação às pessoas com Diabetes Mellitus DM e dá outras providências. Brasília- DF, 2023. Disponível em: < <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-734-de-21-de-dezembro-de-2023/> >. Acesso em: 02 fev. 2026.

_____. **Resolução COFEN nº 798 de 9 de dezembro de 2025**. Estabelece o percentual mínimo a ser aplicado em atividades finalísticas no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília- DF, 2025. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-798-de-09-de-dezembro-de-2025/>>. Acesso em: 28 jan. 2026.

_____. **Resolução COFEN Nº 736 de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília – DF, 2024a. Disponível em: <<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>> Acesso em: 17 jan. 2026.

GOMES; FOSS; FOSS-FREITAS, 2014. Controle da hiperglicemia intra-hospitalar em pacientes críticos e não-críticos. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.47, n.2, p.194-200. 2014. Disponível em: < <http://revista.fmrp.usp.br/> >. Acesso em: 13 fev. 2026.

MOMESSO, D. et al., **Hiperglicemia hospitalar no paciente crítico**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2025). DOI: , ISBN: 978-65-5941-367-6. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/hiperglicemia-hospitalar-no-paciente-critico/>. Acesso em: 03 fev. 2026.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. (NAEMT). Advanced Medical Life Support (AMLS): Atendimento Pré-Hospitalar às Emergências Clínicas. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

RODACKI, M. et al., **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-1, ISBN: 978-85-5722-906-8. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>. Acesso em: 02 fev. 2026.

RODACKI, M. et al **Diagnóstico de diabetes mellitus**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2024). DOI: 10.29327/5412848.2024-1, ISBN: 978-65-272-0704-7. Disponível em: < <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/>>. Acesso em: 02 fev. 2026.

SANTOMAURO Jr, A. C et al. **Manejo da Síndrome Hiperglicêmica Hiperosmolar não Cetótica (SHHNC)** . Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2025). DOI: 10.29327/5660187.2025-5 , ISBN: 978-65-5941-367-6. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo-da-sindrome-hiperglicemica-hiperosmolar-nao-cetotica-shhnc/>. Acesso em: 04 fev.2026.

SALAZAR, D. et al. Treatment of Diabetes in Hospitalization. **Rev. Portuguesa de Diabetes**, v.14, n.2, p.71-77. 2019. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Davide-Carvalho/publication/335061538_Rev_Port_Diab_2019_1471-77/links/5d4d242592851cd046ad3b01/Rev-Port-Diab-2019-1471-77.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2026.



Documento assinado eletronicamente por **ELIA MACHADO DE OLIVEIRA - Coren-PR 148.804-ENF, Membro**, em 03/06/2026, às 15:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARCIA DANIELE SEIMA - Coren-PR 191.815-ENF, Membro**, em 03/06/2026, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **TALITA CANDIDA CASTRO - Coren-PR 424650-ENF, Membro**, em 03/06/2026, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **MARILENE LOEWEN WALL- Coren-PR 57.238-ENF, Membro**, em 03/06/2026, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **PATRICIA GRASIELI CORREIA - Coren-PR 243.446-ENF, Membro**, em 03/06/2026, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.cofen.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1832855** e o código CRC **E4719ADD**.