

11 de fevereiro de 2026

<http://justnews.pt/noticias/diabetes-mellitus-no-hospital-o-que-ha-de-novo-o-que-podemos-melhorar>



«Diabetes mellitus no hospital. O que há de novo? O que podemos melhorar?»

Joana Paixão
Internista na ULS de Coimbra

A diabetes mellitus (DM) é uma condição prevalente no contexto hospitalar, afetando uma percentagem significativa de doentes internados (22% a 46% dos não-críticos). A hiperglicemia e a gestão subóptima da glicemia são fatores de risco independentes associados a piores outcomes clínicos, complicações e maior tempo de permanência hospitalar. As recentes evoluções na abordagem da DM hospitalar refletem o abandono de metas glicémicas restritas em favor de um controlo moderado e individualizado, priorizando a segurança do doente face ao risco de hipoglicemia.

Inovações como a monitorização contínua de glicose (MCG) e os sistemas de circuito fechado (pâncreas artificial) representam avanços cruciais. Importa ainda sublinhar a urgência de melhorias organizacionais, nomeadamente a implementação de Programas de Controlo Glicémico Hospitalar (PCGH) e a formação contínua das equipas de saúde, visando uma transição da prática reativa para uma abordagem proativa e estruturada.

A DM2 constitui a maioria dos casos de diabetes e a sua prevalência elevada traduz-se, em ambiente hospitalar, numa maior vulnerabilidade dos doentes. O controlo glicémico deficiente em internamento está associado a infeções mais frequentes e difíceis de debelar, má cicatrização de feridas, complicações cardiovasculares, maior número de admissões em unidades de cuidados intensivos e maior morbimortalidade.

Portanto, a gestão da DM no hospital é um indicador crítico de qualidade de cuidados e uma responsabilidade transversal a toda a equipa de saúde. A avaliação da HbA1c à admissão é consensual para todos os doentes sem resultado nos últimos 3 meses, permitindo diferenciar a hiperglicemia de stresse de uma diabetes cronicamente mal controlada.

A evolução na gestão da DM em ambiente hospitalar baseia-se na personalização, na segurança e na tecnologia, afastando-se de protocolos padronizados e estritos. O paradigma de controlo excessivamente rigoroso foi abandonado. As novas recomendações priorizam um controlo mais moderado e seguro, alinhado com o estado clínico do doente.

A hipoglicemia está hoje associada a consequências mais imediatas e graves do que a hiperglicemia moderada. O regime basal-bólus estabeleceu-se como o padrão de cuidados para a maioria dos doentes não-críticos, sendo mais eficaz do que a insulina de correção isolada (abordagem reativa).

Concretizando as metas: em doentes críticos, preconiza-se um controlo entre 140-180 mg/dL; em doentes não-críticos, o intervalo glicémico é 100-180 mg/dL, desde que alcançado sem hipoglicemias significativas.

O internamento exige cautela redobrada na utilização de novas classes de fármacos. Os agonistas do recetor GLP-1, por exemplo, requerem protocolos de suspensão e reinício bem definidos, nomeadamente nos doentes cirúrgicos, devido ao risco de atraso no esvaziamento gástrico, que pode aumentar o risco de regurgitação e aspiração pulmonar do conteúdo gástrico durante a sedação ou a anestesia

A monitorização contínua de glicose (MCG) é uma das maiores inovações tecnológicas na DM. A sua utilização, validada para o ambiente hospitalar, permite maior precisão e segurança na avaliação glicémica, facilitando a deteção de hipoglicemias e da variabilidade glicémica. Os sistemas de circuito fechado (pâncreas artificial) estão

em permanente evolução, perspetivando a sua utilização na DM2, além da DM1, de acordo com resultados promissores de estudos recentes.

A reconhecida lacuna na gestão do diabético internado reside na necessidade de implementar melhorias sistémicas, pois, o controlo glicémico insuficiente é frequentemente exacerbado pela inércia terapêutica e pela falta de adesão aos protocolos. O estabelecimento formal de um PCGH é a estratégia mais custo-efetiva para otimizar os cuidados. O PCGH deve incluir protocolos claros e baseados em evidências para a gestão da hiperglicemia e da hipoglicemia, garantindo uma abordagem proativa e não reativa e promovendo uma cultura de segurança glicémica.

É crucial investir na educação contínua das equipas de saúde (médicos e enfermeiros), capacitando-os para atuarem como educadores do doente e família, garantindo a adesão aos protocolos. Adicionalmente, o cuidado centrado na pessoa e na transição para ambulatório é fundamental, assegurando que o doente compreende o seu novo regime terapêutico, prevenindo complicações no período pós-alta.

A gestão da DM no hospital requer uma evolução dos cuidados reativos para um modelo proativo, individualizado e focado na segurança. As novidades no controlo glicémico moderado e o recurso crescente à MCG são passos importantes. Contudo, a melhoria duradoura dos outcomes exigirá a implementação generalizada dos PCGH e o investimento contínuo na capacitação das equipas de saúde. É imperativo transformar o paradigma da gestão padronizada e reativa para um modelo preventivo, personalizado e focado na segurança do doente.

JORNAL
MÉDICO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE MULTIDISCIPLINARES



Nota: Este artigo de opinião de Joana Paixão foi publicado no Jornal Médico de fevereiro 2026.