UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

RAYANE LARISSA SALES DA SILVA

TRIAGEM, AVALIAÇÃO E CONDUTA DA DESNUTRIÇÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Cuité
2026

Universidade Federal de Campina Grande - UFCG
Sistema de Bibliotecas - SISTEMOTECA
Catalogação de Publicação na Fonte. UFCG - Biblioteca Central

S586t Silva, Rayane Larissa Sales.
Triagem, avaliação e conduta da desnutrição em pacientes hospitalizados: uma revisão integrativa / Rayane Larissa Sales da Silva. – 2026.
43 f. : il.

Monografia (bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, 2026.
"Orientação: Profa. Dra. Ana Paula de Mendonça Falcone".
Referências.

1. Nutrição. 2. Desnutrição Hospitalar. 3. Terapia Nutricional. 4. Avaliação Nutricional. 5. Manejo Hospitalar. I. Falcone, Ana Paula de Mendonça. II. Título.

UFCG/BC CDU 612.39(04)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225

RAYANE LARISSA SALES DA SILVA

TRIAGEM, AVALIAÇÃO E CONDUTA DA DESNUTRIÇÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito obrigatório para a obtenção de título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.ª Dr. Ana Paula Mendonça

BANCA EXAMINADORA

Prof.ª Dra. Ana Paula Mendonça
Universidade Federal de Campina Grande
Orientadora

Prof.ª Dra. Nilcimelly Rodrigues Donato
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Prof.ª Me. Maria Juliete da Silva Oliveira
Universidade Federal de Campina Grande
Examinadora

Cuité

2026

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADEMICA DE NUTRICAO-CES
Sítio Olho D'água da Bica, Acesso Professora Maria Anita Furtado Coelho - Bairro Zona Rural, Cuité/PB, CEP 58175-000
E-mail: uanutri.ces@setor.ufcg.edu.br
Telefone: (83) 3372-51937

REGISTRO DE PRESENÇA E ASSINATURAS

ATA DA DEFESA PARA TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

Aos **03 dias do mês de agosto, do ano de 2026, às 19 horas**, na modalidade híbrida, com a presença das professoras participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado **"TRIAGEM, AVALIAÇÃO E CONDUTA DA DESNUTRIÇÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA",** desenvolvido pela aluna RAYANE LARISSA SALES DA SILVA, regularmente matriculado no componente curricular TCC, orientado pelo(a) professor(a) Prof.ª Dr. Ana Paula Mendonça. O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pela resolução de TCC. A aluna utilizou ***20 minutos*** para a apresentação do seu TCC. Após a avaliação, definiu-se que o (a) aluno (a) foi considerado (a): (X) APROVADO ou ( ) REPROVADO.

Eu, Professor(a)-Orientador(a), lavrei a presente Ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da banca examinadora.

Assim, dou fé.

Prof.ª Dr. Ana Paula Mendonça

(Orientadora)

BANCA EXAMINADORA:

1º MEMBRO: Prof. Dra. Nilcimelly Rodrigues Donato

2º MEMBRO: Prof.ª Me. Maria Juliete da Silva Oliveira

Documento assinado eletronicamente por **ANA PAULA DE MENDONCA FALCONE**, **PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 10/08/2026, às 09:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018.

Documento assinado eletronicamente por **NILCIMELLY RODRIGUES DONATO**, **COORDENADOR(A) ADMINISTRATIVO(A)**, em 10/08/2026, às 11:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018.

Documento assinado eletronicamente por **MARIA JULIETE DA SILVA OLIVEIRA**, **Usuário Externo**, em 10/08/2026, às 11:34, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufcg.edu.br/autenticidade, informando o código verificador **6749648** e o código CRC **0CEA91FC**.

Referência: Processo nº 23096.040604/2026-10 SEI nº 6749648

Dedico esse trabalho a minha mãe,
Cassandra, que correu para que eu pudesse voar.
Se cheguei até aqui, foi por que ela esteve comigo

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me manteve de pé durante a minha jornada acadêmica, sempre acreditei que daria certo porque Ele se fez presente em todo momento. Quem como Deus? Ninguém como Deus.

A minha mãe, Cassandra Simone, uma grande mulher, que foi a minha base mesmo sem nunca ter tido a oportunidade de se graduar, criou eu e meus irmãos sozinha, ensinando que os estudos eram tudo de mais valioso que ela poderia nos dar. As vezes que estava em Cuité e pensava em voltar para casa e desistir, lembrava da risada dela, a mais contagiosa que já ouvi, e lembrava que era por ela que eu devia continuar. Meu maior incentivo é ser sua filha e a minha vida é pra te honrar, mãe, obrigada por absolutamente tudo.

Aos meus irmãos, Jéssica e Théo, que me dão força todos os dias pra ir em busca dos meus objetivos. Jéssica sempre me inspirou nesse mundo acadêmico, uma estudante excepcional, que mesmo se tornando mãe no meio de sua graduação, não deixou de ser a melhor no que faz, será uma brilhante Médica Veterinária. Théo, o caçula, que me faz querer ser melhor, para poder proporcionar a vida que ele merece. Vocês são tudo na minha vida.

Ao meu sobrinho, José Felipe, meu bebê, uma extensão do amor que sinto pela minha irmã. Com ele aprendi sobre encontrar a felicidade nas pequenas coisas, meu companheiro, ser sua tia é uma dádiva que não canso de agradecer a Deus.

Meu namorado, João Victor, amor da minha vida, meu parceiro para tudo. Com você sei que nunca estarei sozinha, obrigada por todo apoio, incentivo, encorajamento e acolhimento, principalmente nesta reta final do curso. Você foi e sempre será essencial na minha vida.

As minhas ´´irmãs´´, amigas que Cuité me presenteou, Alessandra, Stefannie, Sabrina, Malu, Júlia e Sofhia. Saibam que vocês mudaram a minha vida, com vocês aprendi a ser eu mesma e ainda sim saber que posso ser acolhida, compreendida, amparada e muito amada. Espero que sintam todo o amor que tenho por vocês, todos os nossos momentos estão guardados no meu coração em uma caixinha chamada: eu e minhas irmãs. Nela guardo as lembranças, desde a primeira vez que nos reunimos lá em casa, o nascimento dos apelidos, até ir embora e não saber como iria viver sem vocês. Obrigada por tudo, sem vocês eu não teria conseguido.

SILVA, Rayane Larissa Sales da. *Triagem, avaliação e conduta da desnutrição em pacientes hospitalizados: uma revisão integrativa*. 2026. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde, Cuité, 2026**.**

RESUMO

A desnutrição hospitalar constitui um dos principais problemas de saúde enfrentados por pacientes internados, estando associada ao aumento do tempo de permanência hospitalar, maior risco de complicações clínicas e elevação da mortalidade. Nesse contexto, o manejo adequado da desnutrição representa um fator determinante para a recuperação do estado nutricional e para a melhora do prognóstico clínico. Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa que tem como objetivo analisar as estratégias de manejo da desnutrição em pacientes hospitalizados e suas repercussões nos desfechos clínicos. Para isso, foram consultadas as bases de dados científicas Google Acadêmico, PubMed, Scielo e BVS, considerando artigos publicados nos últimos cinco anos de (2021 a 2026), que abordassem métodos de triagem e diagnóstico nutricional, intervenções terapêuticas e seus impactos na evolução clínica, desta forma, foram incluídos 15 artigos nesta revisão. Foram identificados evidências que reforçam a importância da avaliação nutricional precoce e do tratamento oportuno da desnutrição, ressaltando a contribuição dessas práticas para a redução de complicações, tempo de internação, custos hospitalares e taxas de mortalidade. Conclui-se que o manejo adequado da desnutrição deve ser considerado parte fundamental da assistência hospitalar, representando uma estratégia de cuidado capaz de promover melhores resultados clínicos e qualidade de vida aos pacientes.

Palavras-chaves: terapia nutricional; avaliação nutricional; manejo hospitalar.

SILVA, Rayane Larissa Sales da. *Screening, assessment, and management of malnutrition in hospitalized patients: an integrative review*. 2026. 51 p. Undergraduate Thesis (Bachelor's Degree in Nutrition) – Federal University of Campina Grande, Center for Education and Health, Cuité, Brazil, 2026.

ABSTRACT

Hospital malnutrition is one of the major health problems affecting hospitalized patients and is associated with prolonged hospital stays, an increased risk of clinical complications, and higher mortality rates. In this context, the appropriate management of malnutrition is a determining factor in the recovery of nutritional status and the improvement of clinical outcomes. This study is an integrative literature review aimed at analyzing strategies for the management of malnutrition in hospitalized patients and their impact on clinical outcomes. Scientific databases, including Google Scholar, PubMed, SciELO, and the Virtual Health Library (VHL), were searched for articles published within the last five years (2021–2026) addressing nutritional screening and diagnostic methods, therapeutic interventions, and their effects on clinical progression. A total of 15 articles were included in this review. The findings highlight the importance of early nutritional assessment and timely treatment of malnutrition, emphasizing their contribution to reducing complications, length of hospital stay, healthcare costs, and mortality rates. It is concluded that the appropriate management of malnutrition should be considered an essential component of hospital care, representing a healthcare strategy capable of promoting better clinical outcomes and improving patients' quality of life.

Keywords: Nutrition Therapy; Nutritional Assessment; Hospital Management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos (critérios prisma) …… 22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Quantitativo de estudos identificados, removidos e incluídos na revisão por base de dados bibliográfica …….. 23

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos estudos sobre **Triagem e Avaliação Nutricional** incluídos na revisão de literatura…….24

Quadro 2 - Caracterização dos estudos sobre **Intervenções, Manejo e Prática Hospitalar na Terapia Nutricional** incluídos na revisão de literatura…….26

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 4

2 OBJETIVO..... 6

2.1 OBJETIVO GERAL..... 6

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 6

3 REFERENCIAL TEÓRICO..... 7

3.1 DEFINIÇÕES E CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR 7

3.2 FERRAMENTAS DE TRIAGEM NUTRICIONAL 8

3.3 FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS …… 10

3.4 PREVALÊNCIA E DADOS EPIDEMIOLÓGICOS ……... 11

3.5 MANEJO NUTRICIONAL …….. 13

3.5.1 Objetivos da terapia nutricional …… 13

3.5.2 Terapia nutricional oral …….. 13

3.5.3 Nutrição enteral …… 14

3.5.4 Nutrição parenteral …….. 16

3.5.5 Etapas da terapia nutricional hospitalar …… 17

3.6 REPERCUSSÕES DO MANEJO NUTRICIONAL NO PROGNÓSTICO CLÍNICO …… 18

4 METODOLOGIA …….. 20

4.1 Estratégia de busca…….. 20

5 RESULTADOS 23

6 DISCUSSÃO ……... 31

6.1 Importância da triagem e avaliação nutricional ……... 31

6.2 Impacto da intervenção, manejo e prática hospitalar na terapia nutricional 32

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS ……. 37

8 REFERÊNCIAS..... 38

LISTA DE ABREVIAÇÕES E SIGLAS

BRASPEN	Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral
ADA	Associação Americana de Dietética
OMS	Organização Mundial da Saúde
ESPEN	European Society for Parenteral and Enteral Nutrion
GLIM	Iniciativa Global de Liderança em Desnutrição
NRS-2002	Nutritional Risk Screening
IMC	Índice de massa corporal
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
ASPEN	American Society Parenteral and Enteral Nutrition
IBRANUTRI	Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar
SNO:	Suplementação Nutricional Oral
NE	Nutrição Enteral
NUTRIC	Nutrition Risk in the Critically III Score
UTI	Unidade de Terapia IntensIva
NP	Nutrição Parenteral
SUS	Sistema Único de Saúde
PUBMED	Publisher Medline
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
ASG	Avaliação Subjetiva Global
NPP	Nutrição Parenteral Periférica

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição é uma condição comumente observada nos ambientes hospitalares, estando associada ao aumento do tempo de internação, à ocorrência de lesões por pressão, ao aumento da taxa de mortalidade, além de elevar os custos hospitalares e demandas de recursos humanos.. De acordo com a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN, 2023), a desnutrição é definida como um estado resultante da deficiência de nutrientes, capaz de provocar alterações na composição corporal, na funcionalidade e no estado mental, comprometendo o desfecho clínico dos pacientes, podendo ser desencadeada por fatores como privação alimentar, presença de doenças e idade avançada, de forma isolada ou combinada. Além disso, outros fatores como saúde bucal, isolamento social, vícios, doença mental, distúrbios da deglutição e mudanças na percepção do paladar podem influenciar o estado nutricional (LOSER, 2010).

Se formos considerar os efeitos potencialmente prejudiciais da desnutrição, como por exemplo, a perda de massa muscular prejudicando a função do trato gastrointestinal, dos músculos respiratórios e cardíacos acarretando maiores chances de complicações que podem inferir num elevado comprometimento nutricional (Waitzberg DL,2002), é crucial identificar pacientes que poderiam se beneficiar de uma avaliação mais aprofundada ou de uma intervenção para desnutrição. Desta forma, na área da saúde é fundamental o aperfeiçoamento das medidas que reduzem o desenvolvimento dessa desnutrição, tais como o suporte nutricional como um meio de melhoria de parâmetros de saúde no ambiente hospitalar.

Apesar dos impactos amplamente reconhecidos da desnutrição hospitalar, muitos pacientes permanecem sem diagnóstico e, consequentemente, não recebem intervenção nutricional em tempo oportuno. A ausência de identificação precoce favorece a progressão da perda do estado nutricional durante a internação, aumentando o risco de complicações clínicas, prolongando o tempo de hospitalização e comprometendo a recuperação dos pacientes. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias que possibilitem o reconhecimento precoce do risco nutricional e a implementação de intervenções capazes de minimizar os efeitos da desnutrição sobre o prognóstico clínico.

Nesse contexto, o manejo nutricional constitui uma das principais estratégias para prevenir e tratar a desnutrição hospitalar. A adoção de medidas como a identificação precoce do risco nutricional, a avaliação do estado nutricional, a implementação do suporte nutricional adequado e o acompanhamento contínuo do paciente favorecem a recuperação clínica, reduzem complicações e contribuem para melhores desfechos durante a hospitalização (ADA,

1994). Entretanto, embora a importância do manejo nutricional seja amplamente reconhecida, ainda existem lacunas na literatura acerca das repercussões das diferentes estratégias de manejo sobre o prognóstico clínico de pacientes hospitalizados.

Diante desse quadro, é preocupante que muitos pacientes desnutridos em ambientes hospitalares não sejam identificados como tal e, consequentemente, não sejam encaminhados para avaliação e tratamento nutricional. Ademais, fica explícito que a desnutrição hospitalar ocorre principalmente pelo maior tempo de internação do paciente associado a um risco aumentado de complicações, somado a isso, o manejo nutricional adequado em pacientes hospitalizados reduz complicações clínicas e melhora o prognóstico. No entanto, ainda existem lacunas no que se refere ao conhecimento sobre a progressão da desnutrição durante a internação, dificultando o diagnóstico precoce, um prognóstico clínico positivo e tratamento adequado.

A partir do exposto, o objetivo deste trabalho é identificar as principais causas e estratégias de prevenção, manejo e tratamento da desnutrição hospitalar, com foco na segurança do paciente e ênfase nas repercussões sobre o prognóstico clínico por meio de uma revisão integrativa da literatura.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as principais causas, estratégias de prevenção, manejo e tratamento da desnutrição hospitalar, e repercussões sobre o prognóstico clínico por meio de uma revisão integrativa da literatura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✔ Identificar fatores contribuintes para o desenvolvimento da desnutrição em pacientes hospitalizados;
- ✔ Revisar as principais ferramentas de triagem e classificação de risco nutricional utilizados na prática clínica;
- ✔ Avaliar os principais instrumentos de diagnóstico de desnutrição;
- ✔ Avaliar o impacto das intervenções nutricionais no desfecho clínico dos pacientes hospitalizados, especialmente aqueles em risco nutricional;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DEFINIÇÕES E CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

A OMS (Organização Mundial da Saúde), destaca a desnutrição como deficiências ou excessos na ingestão de nutrientes, desequilíbrio de nutrientes essenciais ou utilização prejudicada de nutrientes. Ainda evidencia que a desnutrição se manifesta em quatro formas amplas: emagrecimento, nanismo, baixo peso e deficiências de micronutrientes. No ambiente hospitalar, essa condição pode estar presente no momento da admissão ou desenvolver-se durante o período de internação, em decorrência de causas como a interação entre a doença de base e a resposta inflamatória.

De acordo com a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN, 2021), durante o processo de adoecimento, especialmente em pacientes hospitalizados, ocorre uma resposta inflamatória sistêmica que desencadeia alterações hormonais e metabólicas, caracterizadas pelo aumento do catabolismo proteico, da demanda energética e da degradação da massa muscular. Essas alterações comprometem o estado nutricional, favorecendo a perda de peso, a redução da capacidade funcional e o agravamento do quadro clínico (BRASPEN 2023).

Quando grave, a desnutrição energético-protéica acarreta depleção nutricional global do indivíduo hospitalizado. A diminuição dos estoques de glicogênio e gorduras promove redução da reserva energética, fazendo com que a massa proteica se torne fonte de energia (Fechner, A et al.,2001). Além da escassez de macronutrientes, há deficiência de micronutrientes (vitamina A e E, cobre, magnésio, zinco e selênio), contribuindo para a disfunção do sistema imune, aumento da produção de radicais livres produzidos e redução da síntese de enzimas e proteínas (Castillo-Duran, C et al., 1987). Ademais, a desnutrição possui uma significativa associação com fatores socioeconômicos, idade avançada, presença de doenças crônicas, neoplasias, internação prolongada, uso de múltiplos medicamentos, redução da ingestão alimentar e gravidade da doença, componentes que acabam influenciando o estado nutricional do paciente (Pirlich M et al., 2006).

De acordo com Krause e Mahan (2018), a desnutrição pode ser classificada em três categorias etiológicas no caso de pacientes adultos hospitalizados: desnutrição relacionada com inanição, desnutrição relacionada com doença crônica e desnutrição relacionada com doença aguda. Dessa forma, se existe um risco nutricional identificado e o paciente apresentar inflamação de grau leve a moderado a desnutrição está relacionada com doença crónica

(insuficiência de orgão, cancer do pancreas, artrite reumatoide, obesidade sarcopênica), entretanto, se o paciente apresentar uma reação inflamatória acentuada, a desnutrição está relacionada com doença ou lesão aguda (grande infecção, queimaduras, trauma), por fim, se o paciente não apresentar nenhum grau de inflamação a desnutrição está relacionada com a inanição (inanição crônica pura, anorexia nervosa). Atualmente, além dessa classificação etiológica, o consenso internacional da Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) recomenda que o diagnóstico da desnutrição seja realizado pela associação de pelo menos um critério fenotípico e um critério etiológico, permitindo uma avaliação mais padronizada dos pacientes hospitalizados (Cederholm et al., 2019).

3.2 FERRAMENTAS DE TRIAGEM NUTRICIONAL

A identificação precoce do risco nutricional é uma etapa essencial da assistência ao paciente hospitalizado, pois permite reconhecer indivíduos suscetíveis à desnutrição e possibilita a implementação precoce da terapia nutricional. Em decorrência disso, existem as ferramentas validadas de risco nutricional para classificar os pacientes, oferecer um bom prognóstico e realizar diagnósticos que auxiliem no tratamento adequado.

Uma das ferramentas muito utilizadas para realizar a triagem de risco nutricional é a NRS-2002 (Nutritional Risk Screening), que tem o propósito de detectar risco nutricional, foi desenvolvida na última década por Kondrup et al., e é recomendada pela ESPEN. Essa ferramenta destacou-se por apresentar boa correlação com os parâmetros antropométricos, bioquímicos, inclusive com a previsão de mortalidade e maior eficácia quando comparada à outros protocolos (Barbosa, A. A. de O et al., 2019). Ela consiste em duas etapas, sendo a primeira etapa a triagem inicial composta por perguntas relacionadas ao IMC do paciente, se houve perda de peso nos últimos três meses, se teve sua ingestão dietética reduzida na última semana e se o paciente está gravemente doente. Dependendo das respostas, é iniciado a segunda e última fase da triagem, que equivale à soma de pontuações de acordo com a deterioração do estado nutricional do paciente e a gravidade de sua doença, conforme o total de pontos, é determinado se é necessário ou não iniciar o suporte nutricional.

Como mais um exemplo de ferramentas de identificação de risco nutricional, existe o MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), uma ferramenta de rastreio em cinco passos que identifica adultos que sofram de desnutrição, portanto, que estejam em risco de subnutrição ou que sofram de obesidade. Inclui ainda as linhas de orientação de controle que podem ser utilizadas para desenvolver um plano de cuidados. Destina-se a ser utilizada em

hospitais, na comunidade e noutras instalações de cuidados e pode ser utilizada por todos os profissionais de saúde. Os cinco passos dessa ferramenta baseiam-se respectivamente em: medir a altura e peso para obter a pontuação de IMC utilizando a tabela fornecida; anotar a percentagem de perda de peso involuntária e pontuar utilizando as tabelas fornecidas; estabelecer a consequência de doença grave e pontuar; somar as pontuações dos passos 1, 2 e 3 para obter o risco geral de malnutrição; utilizar as linhas de orientação de controlo e/ou a política local para desenvolver um plano de cuidados. A MUST apresenta ampla aplicabilidade clínica por ser simples, rápida e de fácil utilização, podendo ser empregada tanto no ambiente hospitalar quanto na atenção primária e em instituições de longa permanência (BAPEN, 2011).

Após a identificação do risco nutricional por meio de ferramentas de triagem validadas, recomenda-se a utilização de critérios diagnósticos para confirmar a presença da desnutrição e determinar sua gravidade. Nesse contexto, destacam-se os critérios da Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM), desenvolvidos por representantes das principais sociedades internacionais de nutrição clínica com o objetivo de padronizar o diagnóstico da desnutrição. O processo proposto pela GLIM consiste em duas etapas: inicialmente, o paciente é identificado como estando em risco nutricional por meio de uma ferramenta de triagem validada e, em seguida, realiza-se a avaliação nutricional utilizando critérios fenotípicos e etiológicos. Os critérios fenotípicos incluem perda de peso não intencional, baixo índice de massa corporal (IMC) e redução da massa muscular, enquanto os critérios etiológicos compreendem a redução da ingestão ou assimilação de alimentos e a presença de doença ou inflamação. Para o diagnóstico da desnutrição, é necessária a presença de pelo menos um critério fenotípico e um critério etiológico (Cederholm et al., 2019).

Assim, a triagem nutricional representa a primeira etapa do cuidado nutricional ao paciente hospitalizado, devendo ser realizada nas primeiras 24–48 horas de internação, ela vai permitir a identificação precoce dos indivíduos em risco e subsidiar a avaliação nutricional e o planejamento de intervenções adequadas. Concomitante a isso, quando realizada de forma sistemática e utilizando instrumentos validados, contribui para um diagnóstico mais preciso e para a adoção de condutas terapêuticas compatíveis com as necessidades de cada paciente (Bischoff et al., 2021; Cederholm et al., 2019).

3.3 FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS

Com relação aos fatores de risco para a desnutrição hospitalar, a ASPEN (American Society for Parenteral and Enteral Nutrition) destaca que os fatores de risco que podem comprometer o estado nutricional de pacientes são: idade avançada, internações prolongadas, disfagia, trauma, perda de peso, presença de doença crônica, aumento de necessidades nutricionais, alterações dietéticas, dentre outros. Outro fator de risco é a presença de comorbidades, como diabetes, doença renal crônica e doença hepática. Essas condições podem afetar a absorção e o uso de nutrientes pelo corpo, aumentando o risco de desnutrição (MULDER et al., 2019).

No que se refere às consequências da desnutrição no ambiente hospitalar, um dos principais efeitos da desnutrição hospitalar é o aumento do risco de infecções. Segundo Correia et al. (2016), a desnutrição pode afetar o sistema imunológico, tornando os pacientes mais suscetíveis a infecções, além da disfunção imunológica, essa condição está relacionada à redução da síntese proteica, comprometendo a integridade das barreiras fisiológicas e a resposta inflamatória adequada. Esse cenário favorece o desenvolvimento de infecções nosocomiais, como pneumonia associada à ventilação mecânica e infecções de corrente sanguínea, além de contribuir para deterioração hemodinâmica e progressão da disfunção orgânica (Lew et al., 2017; Mira et al., 2017).

Outro aspecto significativamente afetado pela desnutrição é a cicatrização de feridas e reparo tecidual, uma vez que se trata de um processo que demanda muita energia, exigindo uma variedade de macronutrientes e micronutrientes para restaurar a integridade da pele de forma eficiente (Almadani YH et al., 2021). Quando existe deficiência de macronutrientes, incluindo carboidratos, lipídeos, proteínas e fluidos, juntamente com micronutrientes, como vitaminas e minerais, ocorre comprometimento na síntese de colágeno, na angiogênese e na resposta inflamatória local, prolongando o tempo de recuperação e aumentando o risco de complicações associadas à integridade tecidual (Seth et al., 2024).

Os prejuízos da desnutrição também impactam diretamente a massa muscular, comprometendo a função do trato gastrointestinal, dos músculos respiratórios e cardíacos, além de aumentar o risco de fraturas ósseas e lesões por pressão (Waitzberg et al., 2002). A perda progressiva de massa e força muscular reduz a capacidade funcional do paciente, dificulta a mobilização precoce e o processo de reabilitação, favorecendo o declínio da independência para a realização das atividades diárias. Essas alterações podem prolongar o tempo de recuperação, aumentar a permanência hospitalar e elevar a probabilidade de

complicações clínicas durante a internação. Além disso, pacientes desnutridos frequentemente apresentam manifestações psicológicas, como apatia, fadiga e sintomas depressivos, fatores que podem comprometer a adesão ao tratamento e repercutir negativamente na qualidade de vida e na recuperação clínica (Meguid; Laviano, 2001).

Além dos impactos clínicos, a desnutrição hospitalar também apresenta repercussões econômicas significativas para os serviços de saúde. Em estudo realizado por Amaral et al. (2007), observou-se que pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição apresentaram aumento médio de 19,3% nos custos hospitalares quando comparados àqueles com diagnósticos semelhantes, porém sem a presença da desnutrição. Esse aumento está relacionado à maior ocorrência de complicações, necessidade de intervenções terapêuticas adicionais e prolongamento do período de internação (Correia et al., 2016). Corroborando esses achados, Kruizenga et al. (2005) demonstraram que a implementação de intervenção nutricional precoce esteve associada à redução média de 2,5 dias no tempo de hospitalização, contribuindo consequentemente para a diminuição dos custos relacionados ao tratamento. Dessa forma, a identificação precoce do risco nutricional e a adoção de estratégias de intervenção adequadas representam medidas fundamentais para melhorar os desfechos clínicos e otimizar os recursos hospitalares (ESPEN, 2021).

.

3.4 PREVALÊNCIA DA DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

A prevalência da desnutrição hospitalar apresenta grande variabilidade entre os estudos, devido às diferenças relacionadas ao perfil dos pacientes avaliados, aos métodos diagnósticos utilizados, às características das instituições e ao contexto clínico. Entretanto, a literatura demonstra que a desnutrição permanece como um problema frequente nos serviços hospitalares, com prevalência estimada entre 20% e 60% dos pacientes hospitalizado, condição que afeta principalmente pacientes idosos, críticos e portadores de doenças crônicas (Imoberdorf et al., 2010).

O Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), no final da década de 1990, realizou uma pesquisa multicêntrica em 25 hospitais da rede pública distribuídos em 12 estados do Brasil e relatou os seguintes resultados: 48,1% dos pacientes internados apresentavam algum grau de desnutrição, entre esses pacientes, 12% apresentaram desnutrição grave e 35,5%, moderada. Além disso, observou-se que a prevalência de desnutrição em pacientes recém-admitidos (até dois dias) foi de 33,2% e naqueles com mais de 15 dias de hospitalização, o índice foi de 61%. Esses resultados evidenciam que a

desnutrição hospitalar constitui um importante problema de saúde pública e demonstram que sua frequência tende a aumentar com o prolongamento da internação, reforçando a necessidade de identificação precoce e intervenção nutricional adequada.

Embora estudos mais recentes apresentem prevalências inferiores às observadas pelo IBRANUTRI, a desnutrição hospitalar permanece altamente frequente. Em um estudo multicêntrico com pacientes adultos hospitalizados, a prevalência global de desnutrição foi de 24,6%, sendo 13,8% dos casos classificados como desnutrição moderada e 10,8% como grave. Além disso, verificou-se maior prevalência entre pacientes com neoplasias (38,6%), seguidos por aqueles com doenças infecciosas e parasitárias (33,6%) e doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos (32,8%), demonstrando que determinadas condições clínicas aumentam significativamente o risco de comprometimento do estado nutricional (Liu Y et al., 2025). Esses achados demonstram que, apesar dos avanços na assistência nutricional hospitalar, a desnutrição continua sendo altamente prevalente, sobretudo entre pacientes com doenças de maior gravidade clínica.

A título de comparação de dados, cerca de uma década atrás, a Pesquisa Australasian Nutrition Care Day Survey 2010 descobriu que a prevalência de desnutrição em hospitais australianos era de 32% e 41% dos pacientes de cuidados agudos estavam em risco de desnutrição. Todavia, apesar da alta prevalência de desnutrição e seus resultados negativos, muitos hospitais australianos e neozelandeses em 2010 não fizeram uso de uma ferramenta de triagem de risco nutricional validada, em consequência disso, os pacientes em risco de desnutrição, ou já desnutridos na admissão, podem não ser identificados e, portanto, não receber avaliação e intervenção nutricional oportunas. Esses resultados reforçam que a implementação rotineira de protocolos de triagem nutricional constitui uma estratégia essencial para identificar o quanto antes pacientes em risco e possibilitar o início oportuno da terapia nutricional.

3.5 MANEJO NUTRICIONAL

3.5.1 Objetivos da terapia nutricional

A terapia nutricional constitui um dos principais componentes do manejo da desnutrição hospitalar, sendo considerada uma estratégia fundamental para prevenir e tratar alterações do estado nutricional, além de minimizar as repercussões clínicas da desnutrição sobre o prognóstico dos pacientes hospitalizados. Seus principais objetivos incluem atender às necessidades energéticas e proteicas do paciente, preservar ou recuperar a massa muscular, corrigir deficiências nutricionais, favorecer a resposta imunológica e a cicatrização, reduzir complicações clínicas, diminuir o tempo de internação hospitalar, reduzir a mortalidade e contribuir para a melhoria da qualidade de vida (McClave et al., 2013).

Além de prevenir e tratar a desnutrição, a terapia nutricional deve ser planejada de forma individualizada, considerando as necessidades metabólicas, o estado nutricional, a gravidade da doença e a funcionalidade do trato gastrointestinal. As diretrizes da ASPEN ressaltam que o suporte nutricional deve integrar o tratamento clínico desde as fases iniciais da internação, priorizando, sempre que possível, a utilização da via enteral e o monitoramento contínuo da resposta terapêutica, com o objetivo de otimizar a recuperação clínica e reduzir complicações relacionadas à hospitalização (McClave et al., 2013).

É imprescindível ressaltar que a terapia nutricional não deve ser compreendida apenas como uma medida de suporte alimentar, mas como parte integrante do tratamento clínico do paciente hospitalizado. Sua implementação adequada contribui para atenuar as alterações metabólicas desencadeadas pela doença, preservar a funcionalidade dos órgãos e sistemas e favorecer a recuperação clínica. Assim, o suporte nutricional deve ser instituído em conjunto com as outras condutas terapêuticas, respeitando as necessidades individuais e a evolução clínica de cada paciente (ESPEN, 2021; BRASPEN, 2023).

3.5.2 Terapia nutricional oral

A terapia nutricional oral representa a primeira opção de tratamento para pacientes hospitalizados com risco nutricional ou diagnóstico de desnutrição que apresentam trato gastrointestinal funcionante e capacidade de ingestão pela via oral. Por constituir a via mais fisiológica de alimentação, sua utilização deve ser priorizada sempre que possível, permitindo

atender às necessidades nutricionais do paciente e contribuindo para a preservação do estado nutricional durante a internação (Braspen, 2023).

De acordo com a BRASPEN (2023), a terapia nutricional oral deve ser recomendada após a identificação do risco nutricional ou da desnutrição, especialmente quando associada à baixa aceitação alimentar e/ou perda de peso. Nesses casos, quando a alimentação habitual não é suficiente para atender às necessidades nutricionais do paciente, recomenda-se a utilização da suplementação nutricional oral (SNO) como estratégia complementar ao plano alimentar.

Evidências provenientes de revisões sistemáticas e metanálises demonstraram que a SNO é capaz de aumentar a ingestão energética e proteica, favorecer o ganho de peso e promover melhora da função física, da força muscular, da capacidade de deambulação e da realização das atividades de vida diária, além de contribuir para a redução da morbimortalidade. Paralelamente, a prescrição dietética deve ser individualizada, garantindo o adequado fornecimento de macro e micronutrientes, considerando fatores como nível de atividade física, tolerância gastrointestinal, risco de síndrome da realimentação e condições clínicas e metabólicas do paciente (BRASPEN, 2023).

Análises científicas demonstram que a suplementação nutricional oral está associada ao aumento da ingestão energética e proteica, melhora do estado nutricional, preservação da capacidade funcional e redução de complicações clínicas. Além disso, estudos indicam que sua utilização contribui para redução do tempo de internação hospitalar e da mortalidade, especialmente quando associada ao aconselhamento nutricional e iniciada precocemente em pacientes em risco nutricional (Schuetz P et al., 2021). Tendo todas essas informações em vista, considera-se que, quando a ingestão pela via oral é insuficiente para atender às necessidades nutricionais do paciente ou quando essa via se torna inviável, torna-se necessária a adoção de outras modalidades de terapia nutricional, sendo a nutrição enteral a primeira escolha quando o trato gastrointestinal permanece funcionante.

3.5.3 Nutrição enteral

A nutrição enteral (NE) constitui uma modalidade de terapia nutricional indicada para pacientes que apresentam trato gastrointestinal funcionante, mas que não conseguem atender às suas necessidades nutricionais por via oral de forma segura ou suficiente. De acordo com as diretrizes da BRASPEN (2023) e da ESPEN (2021), a via enteral deve ser priorizada sempre que possível, por preservar a integridade anatômica e funcional do trato

gastrointestinal, favorecer a manutenção da barreira intestinal e estar associada a menor risco de complicações quando comparada à nutrição parenteral. Para o início da terapia, recomenda-se que o paciente apresente estabilidade hemodinâmica. A administração da nutrição enteral é realizada por meio de dispositivos de acesso ao trato gastrointestinal, como sondas nasoenterais, gastrostomias ou jejunostomias, possibilitando o fornecimento adequado de energia, proteínas e demais nutrientes necessários à recuperação clínica (Braspen, 2023).

O início precoce da nutrição enteral é amplamente recomendado pelas diretrizes nacionais e internacionais, especialmente para pacientes em risco nutricional ou desnutridos que apresentam trato gastrointestinal funcionante. Segundo a BRASPEN (2023), em pacientes hospitalizados com alto risco nutricional, definido por escore **NRS-2002 > 5** ou **NUTRIC Score ≥ 5**, a terapia nutricional enteral deve ser instituída prioritariamente. Já para pacientes classificados como de baixo risco nutricional (**NRS-2002 ≤ 3** ou **NUTRIC Score ≤ 5**), recomenda-se o início da terapia enteral entre o quinto e o sétimo dia de internação, quando a via oral não for capaz de suprir adequadamente as necessidades nutricionais. Evidências demonstram que a instituição precoce da nutrição enteral contribui para a manutenção da integridade da mucosa intestinal, preservação da barreira imunológica, redução da translocação bacteriana e menor incidência de complicações infecciosas. Além disso, quando comparada à nutrição parenteral, a nutrição enteral apresenta menor custo e está associada a melhores desfechos clínicos, incluindo redução do tempo de internação e da morbimortalidade (ESPEN, 2021; BRASPEN, 2023).

Dentro desse planejamento, a adequação da oferta energético-proteica representa um dos principais objetivos da terapia nutricional, uma vez que contribui para minimizar o catabolismo proteico, preservar ou recuperar a massa muscular, favorecer a cicatrização de tecidos, manter a competência imunológica e reduzir o risco de complicações infecciosas e metabólicas. Além disso, evidências demonstram que o alcance das metas energéticas e proteicas está associado à melhora da capacidade funcional, preservação da massa muscular, menor perda de força e melhor recuperação clínica durante a hospitalização (Singer et al., 2019; ESPEN, 2021).

A prescrição da terapia nutricional deve ser individualizada e contemplar o adequado fornecimento de energia, proteínas, macro e micronutrientes, considerando as características clínicas e nutricionais de cada paciente. Para isso, devem ser avaliados fatores como idade, estado nutricional, diagnóstico de base, gravidade da doença, demanda metabólica, nível de atividade física, tolerância gastrointestinal, função dos órgãos, risco de síndrome da realimentação e evolução clínica durante a internação (BRASPEN, 2023).

3.5.4 Nutrição parenteral

A nutrição parenteral (NP) consiste na administração intravenosa de nutrientes, incluindo glicose, aminoácidos, lipídeos, eletrólitos, vitaminas e minerais, sendo indicada principalmente para pacientes que apresentam impossibilidade de utilização do trato gastrointestinal ou quando a nutrição enteral não é capaz de suprir as necessidades nutricionais. Essa modalidade terapêutica permite o fornecimento de energia e substratos essenciais para manutenção das funções metabólicas e prevenção da deterioração do estado nutricional em pacientes hospitalizados (Pironi et al., 2016; Braspen, 2023).

Apesar de seus benefícios, a utilização da nutrição parenteral deve ser cuidadosamente avaliada, considerando que a manutenção da função intestinal e a utilização da via enteral devem ser priorizadas sempre que possível. Entretanto, em situações como insuficiência intestinal, obstruções gastrointestinais, intolerância à nutrição enteral ou impossibilidade de atingir as metas nutricionais por essa via, a NP apresenta papel fundamental no manejo nutricional dos pacientes (Worthington et al., 2017).

A indicação e o momento de início da nutrição parenteral devem considerar o estado nutricional, a gravidade da doença e a expectativa de duração da terapia. Em pacientes críticos, a literatura demonstra que a decisão entre iniciar precocemente ou aguardar a evolução clínica deve ser individualizada, visto que tanto a oferta insuficiente de nutrientes quanto a administração excessiva podem estar associadas a desfechos desfavoráveis (Casaer et al., 2011).

Durante sua utilização, é fundamental o monitoramento clínico e laboratorial do paciente, devido ao risco de complicações metabólicas, como alterações glicêmicas, distúrbios eletrolíticos, hipertrigliceridemia e síndrome da realimentação, além de complicações infecciosas relacionadas ao acesso venoso. Dessa forma, o acompanhamento multiprofissional torna-se indispensável para garantir segurança e efetividade da terapia (Worthington et al., 2017).

3.5.5 Etapas da terapia nutricional hospitalar

O manejo da desnutrição hospitalar envolve diferentes etapas que devem acompanhar a evolução clínica e metabólica do paciente, considerando desde a estabilização inicial até o processo de recuperação nutricional e continuidade do cuidado após a alta hospitalar. Em 2016, o Ministério da Saúde publicou o Manual de Terapia Nutricional na Atenção

Especializada Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual são descritas as principais fases do tratamento nutricional, organizadas de acordo com as necessidades e condições clínicas apresentadas pelo paciente.

A primeira fase corresponde ao período de estabilização clínica e metabólica, sendo direcionada aos pacientes que apresentam maior gravidade e baixa tolerância ao aporte nutricional. Nesse momento, o objetivo principal consiste em controlar alterações metabólicas e eletrolíticas, corrigir deficiências específicas de micronutrientes, prevenir complicações relacionadas à terapia nutricional e iniciar a oferta alimentar de forma progressiva e segura. Durante essa etapa, deve-se considerar a possibilidade de alterações na utilização dos nutrientes, especialmente em pacientes com desnutrição grave, devido ao risco de síndrome da realimentação, sendo necessária monitorização criteriosa da evolução clínica e laboratorial (Brasil, 2016).

A segunda fase corresponde ao período de reabilitação nutricional, iniciado após a estabilização clínica e metabólica do paciente. Nessa etapa, o objetivo da terapia nutricional é promover a recuperação do estado nutricional, favorecer o ganho de massa muscular, melhorar a capacidade funcional e contribuir para a recuperação global do indivíduo. Dessa forma, pacientes com desnutrição podem necessitar de uma oferta nutricional aumentada, com dietas hipercalóricas e hiperproteicas, quando adequadamente indicadas, visando atender às demandas metabólicas e favorecer o processo anabólico. Além da adequação alimentar, essa fase deve envolver estratégias associadas, como estímulo à mobilização e reabilitação física, uma vez que a recuperação nutricional está diretamente relacionada à melhora da funcionalidade e qualidade de vida do paciente (Brasil, 2016).

Por fim, a terceira fase refere-se ao seguimento ambulatorial ou domiciliar, etapa fundamental para garantir a continuidade do cuidado nutricional após a alta hospitalar. Nesse período, busca-se prevenir recaídas, manter os ganhos obtidos durante a internação e assegurar a continuidade das estratégias nutricionais estabelecidas. O acompanhamento periódico permite reavaliar o estado nutricional, ajustar a conduta alimentar conforme a evolução clínica e identificar precocemente possíveis alterações que possam comprometer a recuperação do paciente (Brasil, 2016). Sendo assim, a terapia nutricional hospitalar deve ser compreendida como um processo contínuo e individualizado, no qual cada etapa possui objetivos específicos e complementares. A atuação integrada da equipe multiprofissional é essencial para garantir a adequação da intervenção nutricional, reduzir complicações associadas à desnutrição e favorecer melhores desfechos clínicos.

3.6 Repercussões do manejo nutricional no prognóstico clínico

O manejo nutricional adequado apresenta papel fundamental na evolução clínica dos pacientes hospitalizados, uma vez que a identificação precoce da desnutrição e a implementação de estratégias nutricionais individualizadas podem modificar significativamente o prognóstico clínico. A terapia nutricional, quando instituída de forma oportuna, não tem como objetivo apenas corrigir déficits nutricionais, mas também minimizar as alterações metabólicas associadas à doença, preservar a massa muscular, favorecer a resposta imunológica e contribuir para o processo de recuperação do paciente. Dessa forma, a intervenção nutricional deve ser considerada parte integrante do tratamento clínico, especialmente em indivíduos com risco nutricional ou desnutrição instalada (McClave et al., 2013).

Evidências demonstram que a implementação de intervenções nutricionais durante a hospitalização está associada à redução de complicações e melhora dos desfechos clínicos. Estratégias como adequação da ingestão alimentar, suplementação nutricional oral e terapia nutricional especializada podem contribuir para o aumento da oferta energética e proteica, recuperação do estado nutricional e redução do risco de eventos adversos. Além disso, pacientes que recebem suporte nutricional adequado apresentam menor ocorrência de complicações relacionadas à desnutrição, como infecções, pior cicatrização e maior deterioração funcional (Schuetz et al., 2019)

O impacto do manejo nutricional também está relacionado à redução do tempo de internação hospitalar e dos custos associados ao tratamento. A desnutrição hospitalar está diretamente associada ao aumento da permanência hospitalar, maior necessidade de intervenções terapêuticas, maior frequência de complicações e elevação dos gastos em saúde. Nesse contexto, a identificação precoce do risco nutricional e a implementação de estratégias de intervenção adequadas representam medidas fundamentais para minimizar os efeitos negativos da desnutrição e otimizar a recuperação clínica dos pacientes (Correia et al., 2016).

Além dos efeitos sobre os desfechos clínicos imediatos, o manejo nutricional adequado exerce influência sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida dos indivíduos hospitalizados. A oferta adequada de energia e proteínas contribui para a preservação da massa muscular, redução da perda de força e melhora da mobilidade, fatores essenciais para a recuperação da independência funcional, principalmente em idosos e pacientes submetidos a internações prolongadas (Deutz et al., 2014). Portanto, a terapia nutricional deve ser compreendida como uma intervenção capaz de modificar positivamente o prognóstico dos

pacientes hospitalizados, reduzindo complicações, favorecendo a recuperação e contribuindo para melhores resultados clínicos.

4 METODOLOGIA

A presente pesquisa tem como base metodológica a revisão integrativa da literatura, método escolhido por sua amplitude e abrangência, uma vez que permite sintetizar e analisar, de forma sistemática, o conhecimento científico produzido sobre determinado tema, contribuindo para o aprofundamento da problemática investigada e para a identificação de novas perspectivas e reflexões (Botelho; Cunha; Macedo, 2011; Cooper, 1982).

A revisão integrativa caracteriza-se como um método de pesquisa que possibilita a inclusão de estudos com diferentes delineamentos metodológicos, permitindo a integração e a análise crítica das evidências disponíveis. Além disso, pode ser direcionado tanto à definição de conceitos quanto à revisão de teorias ou à análise metodológica de pesquisas sobre um tema específico (Botelho; Cunha; Macedo, 2011). De acordo com Cooper (1982), uma revisão integrativa é desenvolvida em cinco projetos metodológicos: formulação do problema de pesquisa; coleta de dados; avaliação dos dados obtidos; análise e interpretação das evidências; e apresentação dos resultados.A primeira fase foi constituída pela elaboração da pergunta norteadora: ´´Quais evidências científicas demonstram a importância da identificação precoce da desnutrição e da intervenção nutricional para o prognóstico clínico de pacientes hospitalizados?´´.

4.1 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

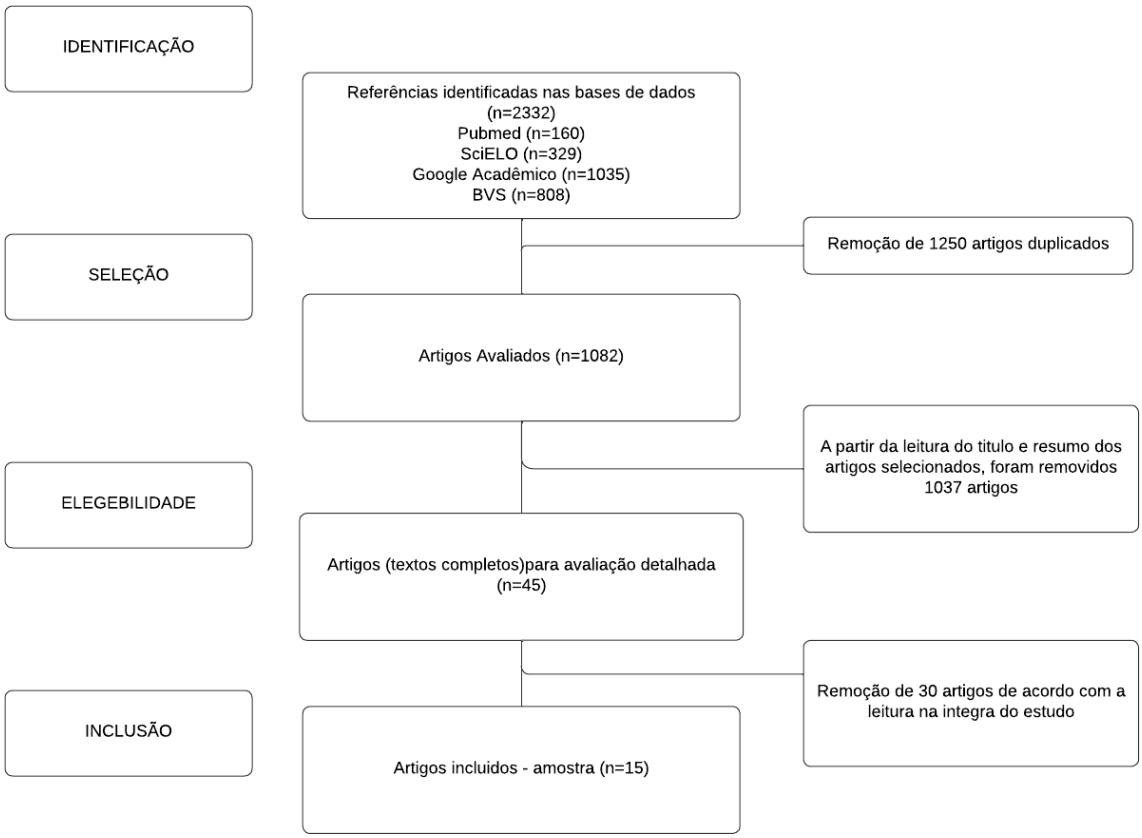
Para tanto, foram feitas buscas e amostragem na literatura, nas bases de dados eletrônicas: Google Acadêmico, PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores e palavras-chaves utilizados foram: ´´desnutrição´´, ´´avaliação nutricional, ´´terapia nutricional´´, ´´pacientes hospitalizados´´, ´´prognósticos´´ como palavras chave em português; ´´Malnutrition´´, ´´Nutritional Assessment´´,´´Nutrition Therapy´´,´´Hospitalized Patients´´ como palavras chaves em inglês. Para encontrar os descritores, utilizou-se o DEsC/MeSH. Como auxílio de pesquisa: os operadores booleanos “AND”,“OR” e “NOT´´, as buscas foram feitas até junho de 2026.

Quanto à definição dos critérios de inclusão, foram considerados: textos completos, ensaios clínicos, ensaios clínicos randomizados controlados, estudos transversais, observacionais, de coorte e retrospectivos que abordassem o tema proposto de desnutrição em pacientes adultos hospitalizados, com ênfase em estratégias de manejo e impacto clínico nutricional e seus desfechos. Foram incluídas pesquisas que estão no idioma português, inglês e espanhol, e que estão disponíveis na literatura no período dos últimos 5 anos (2021 a

2026). No processo de seleção os critérios de exclusão foram artigos de revisão e aqueles que não apresentavam relação direta com o objetivo do estudo e não atendiam os critérios de inclusão. Além disso, foi realizada uma consulta nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), com objetivo de encontrar os referidos descritores de pesquisa.

Inicialmente, foram identificados 2.332 estudos, distribuídos entre Google Acadêmico (1.035), PubMed (160), SciELO (329) e BVS (808). Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram excluídos 2.317 estudos por apresentarem duplicidade, não atenderem ao objetivo da pesquisa, estarem fora do período estabelecido ou não disponibilizarem texto completo. Ao final do processo de seleção, 15 estudos científicos atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos na revisão, sendo cinco provenientes da PubMed, um da SciELO e nove da BVS. O processo de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos estudos encontra-se apresentado no fluxograma da pesquisa.

Figura 1: Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos (critérios prisma)



Fonte: Autoria própria, 2026.

5. RESULTADOS

Foram identificados 2.332 artigos nas bases de dados selecionadas. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, remoção das duplicatas e triagem por títulos e resumos, 45 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Em seguida, 30 artigos foram excluídos por não atenderem aos critérios estabelecidos, como população pediátrica, ausência de abordagem sobre o manejo da desnutrição hospitalar ou incompatibilidade com os objetivos da revisão. Assim, a amostra final desta revisão integrativa foi composta por 15 artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão e elegibilidade.

Na tabela abaixo apresentam-se os estudos selecionados, por meio das bases de dados: PUBMED (05), SCIELO (01) e Biblioteca Virtual em Saúde (09), os quais passaram por minuciosa triagem e, em seguida, inclusão ou remoção da análise.

Tabela 1 - Quantitativo de estudos identificados, removidos e incluídos na revisão por base de dados bibliográfica.

BASE DE DADOS	NÚMERO DE ESTUDOS	ESTUDOS REMOVIDOS	ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO
Google Acadêmico	1035	1035	0
PUBMED	160	155	05
SCIELO	329	328	01
BVS	808	799	09

Fonte: Autoria própria

A base de dados que apresentou maior número de estudos identificados foi o Google Acadêmico (n=1035), seguido pela BVS (n=808). Entretanto, após a aplicação dos critérios de elegibilidade, a BVS foi a que mais contribuiu com estudos na revisão (n=09), seguida da PUBMED (n=05). O Google Acadêmico não apresentou estudos elegíveis para compor a amostra final da revisão.

Os quadros 1 e 2, a seguir, apresentam as características gerais dos estudos selecionados, incluindo autor e ano, país de realização da pesquisa, tipo de estudo, população, intervenção/avaliação/tema e principais resultados do estudo.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos sobre **Triagem e Avaliação Nutricional** incluídos na revisão de literatura

Autor/Ano	**País**	**Delineamento dos estudos**	**População**	**Avaliação**	**Principais resultados**
Anghel et al., 2021	Estados Unidos	Estudo de qualidade	16.669 prontuários de pacientes internados em hospitais	Utilização de intervenções para pacientes com diferentes avaliações nutricionais e diagnósticos realizados por diferentes profissionais de saúde foram comparados	O estudo constatou altos níveis de concordância entre o diagnóstico médico e a avaliação da nutricionista quanto à desnutrição (88%).
Solon et al., 2023	Brasil	Estudo transversal	82 pacientes oncológicos internados	Avaliação nutricional com as ferramentas: Avaliação Subjetiva Global (ASG) e Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)	A GLIM mostrou-se uma ferramenta bastante sensível para diagnosticar desnutrição quando comparada ao padrão ouro, principalmente para desnutrição grave.
Deforel et al., 2024	Argentina	Estudo multicêntrico prospectivo	1546 pacientes internados, com desnutrição	Avaliação através de seis ferramentas de triagem nutricional	As variações na capacidade preditiva entre os métodos de Triagem Nutricional não afetam sua aplicabilidade clínica
Vitoi et al., 2024	Brasil	Estudo transversal descritivo	147 pacientes adultos hospitalizados	Foi aplicado instrumento de triagem nutricional (NRS-2002) na admissão hospitalar	Apenas 15,65% desta população apresentou risco nutricional, associada a patologias

Wunderle et al.,2024	Suíça	Ensaio clínico pragmático	2028 pacientes internados com risco nutricional	Avaliação do suporte nutricional e seus desfechos	As pacientes do sexo feminino apresentaram maior probabilidade de perda de apetite e os do sexo masculino apresentaram maior risco de mortalidade em 180 dias
Chites et al, 2025	Brasil	Estudo de análise comparativa	582 pacientes adultos hospitalizados	Avaliação do risco nutricional através do utilizando o (NRS-2002), o (MST), o Malnutrition Universal Screening Tool, o Short Nutritional Assessment Questionnaire e o Nutritional Risk in Emergency-2017	O risco de desnutrição variou de 34,5% a 49,7% em pacientes com peso normal (n = 171), de 20,8% a 33,9% em pacientes com sobrepeso (n = 221) e de 5,3% a 22,1% em pacientes com obesidade
Chavarro et al., 2025	Colômbia	Estudo de coorte	744 pacientes internados	Triagem nutricional padrão e triagem com a escala MUST	Aumento da mortalidade e do tempo de internação hospitalar nos pacientes que receberam triagem nutricional padrão sem o protocolo MUST.

Fonte: Autoria própria, 2026.

Quadro 2 - Caracterização dos estudos sobre **Intervenções, Manejo e Prática Hospitalar na Terapia Nutricional** incluídos na revisão de literatura

Autor/Ano	País	Delineamento dos estudos	População	Intervenção	Principais resultados
Romero et al., 2022	México	Estudo retrospectivo	255 pacientes adultos hospitalizados	Características de pacientes em Terapia Nutricional	A suplementação nutricional oral foi a terapia mais utilizada e associou-se à redução de mortalidade, enquanto pacientes em NE e NP apresentaram maior frequência de desnutrição
Muresan et al., 2023	Espanha	Estudo prospectivo quase-experimental	90 pacientes com câncer	Implementação de um protocolo de avaliação e suporte nutricional de acordo com as necessidades energéticas e de macronutrientes na admissão de cada paciente	Foram observadas melhorias na composição corporal dos pacientes
Mrkobrada et al., 2023	Canadá	Estudo piloto randomizado	100 pacientes adultos com desnutrição moderada ou grave	Terapia nutricional com Nutrição parenteral periférica (NPP), seguida de suplementação nutricional oral	Houve uma tendência de melhora na prevenção da deterioração do estado nutricional
Keller et al., 2024	Suíça	Ensaio clínico multicêntrico, randomizado	445 adultos hospitalizados com diabetes e risco nutricional	Suporte nutricional individualizado nas primeiras 48 horas após a admissão	Observou-se uma redução de 25% no risco de mortalidade em pacientes com diabetes que receberam suporte nutricional (um plano nutricional personalizado) em comparação com o grupo controle
			40 pacientes com	Dieta com	Após a

Luu; Ha. 2025	China	Estudo piloto randomizado	insuficiência cardíaca crônica e desnutrição	suplementação nutricional hipercalórica e hiperproteica	intervenção nutricional baseada em fornecimento de suplemento hipercalórico e rico em proteínas, houve aumento significativo no peso, IMC, ângulo de fase, força de preensão manual e pré-albumina sérica no grupo intervenção.
Tang et al., 2025	China	Ensaio clínico randomizado piloto	88 pacientes com câncer de mama	Terapia precoce de uma equipe multidisciplinar relacionadas à dieta, além da educação dietética padrão	Houve efeitos intergrupais estatisticamente significativos entre os dois grupos e efeitos do tempo no comportamento de controle alimentar,na autoeficácia do autocuidado e na qualidade de vida
Ridley et al., 2025	Austrália / Nova Zelândia	Ensaio clínico fase II randomizado	237 pacientes críticos internados em uma UTI	Suporte nutricional individualizado, incluiu nutrição enteral (NE) e nutrição parenteral (NP) suplementar	A intervenção alcançou um aumento significativo no fornecimento de energia (+271 kcal/dia) durante a internação
Coiro et al., 2025	Suíça	Ensaio clínico randomizado controlado	52 pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), com risco de desnutrição e sarcopenia	Terapia nutricional hospitalar individualizada	A ingestão de energia e proteína aumentou significativamente mais no grupo de intervenção. A força de preensão manual também apresentou melhora

Fonte: Autoria própria, 2026.

Após a análise dos estudos incluídos, observou-se uma predominância de pesquisas voltadas para a análise do impacto das intervenções nutricionais no prognóstico clínico de pacientes hospitalizados com risco nutricional ou diagnóstico de desnutrição. Os estudos apresentaram diferentes delineamentos metodológicos, com destaque para ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais e estudos transversais, realizados em diferentes países e envolvendo pacientes hospitalizados com distintas condições clínicas, como pacientes oncológicos, cardiopatas, portadores de doenças respiratórias, diabetes mellitus e pacientes críticos.

Em relação às estratégias de conduta nutricional avaliadas, os estudos descreveram a utilização de protocolos de triagem nutricional (como a NRS-2002), avaliação nutricional precoce, implementação de terapia nutricional individualizada baseada nas necessidades energéticas e proteicas, suplementação nutricional oral, nutrição enteral e parenteral, monitoramento periódico do estado nutricional e acompanhamento por equipes multiprofissionais. Alguns estudos também incluíram aconselhamento nutricional, oferta de refeições e lanches enriquecidos e manejo medicamentoso relacionado à alimentação e nutrição. De forma geral, essas intervenções estiveram associadas à melhora da ingestão energético-proteica, do peso corporal, do índice de massa corporal, da força muscular e da capacidade funcional.

Quanto aos desfechos clínicos analisados, os estudos avaliaram principalmente mortalidade, tempo de internação hospitalar, ocorrência de complicações, reinternação, qualidade de vida e recuperação funcional. Observou-se que, embora algumas intervenções tenham apresentado resultados positivos sobre parâmetros nutricionais e funcionais, os efeitos sobre desfechos clínicos mais complexos, como mortalidade e tempo de internação, apresentaram variações conforme a população estudada, gravidade da doença e características da intervenção nutricional aplicada. Quanto aos benefícios da nutrição enteral, Keller e colaboradores (2024) destacaram redução do risco de mortalidade em pacientes hospitalizados com diabetes submetidos ao suporte nutricional precoce, baseado em um plano nutricional personalizado, com meta diária de proteína previamente definida e necessidades nutricionais ajustadas conforme a necessidade do paciente. Além disso, um plano de nutrição oral, que poderia ser estendido para alimentação enteral por sonda e nutrição parenteral caso as metas de proteína e calorias não fossem atingidas em 5 dias também foi desenvolvido (Keller et al., 2024).

Outro benefício encontrado foi o aumento da ingestão energética e proteica (Ridley et al., 2025; Coiro et al., 2025), melhora do estado nutricional, evidenciada pelo aumento do índice de massa corporal (IMC), dos níveis séricos de pré-albumina e da força de preensão

manual, através do uso de suplementação oral hipercalórica e hiperproteica, além de avaliação diária nos pacientes (Luu; Ha, 2025), além da melhora da composição corporal, com a implementação de um protocolo de avaliação e suporte nutricional individualizado desde a admissão hospitalar, baseado nas necessidades energéticas e de macronutrientes de cada paciente, com monitoramento contínuo e adequação da terapia nutricional durante a internação (Muresan et al., 2023).

Os desfechos clínicos em pacientes hospitalizados relacionados à triagem e avaliação nutricional evidenciaram a importância da identificação precoce do risco nutricional para o planejamento das intervenções terapêuticas e para a melhoria destes pacientes. Foram utilizados instrumentos validados, como a Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), a Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), os critérios da Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) e a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP).

Em um estudo transversal realizado com pacientes hospitalizados, a triagem nutricional por meio da NRS-2002 identificou risco nutricional em 15,65% dos indivíduos avaliados. A presença de risco nutricional esteve associada a doenças hematológicas e pulmonares, menor índice de massa corporal (IMC), maior tempo de internação hospitalar e necessidade de terapia nutricional. Além disso, pacientes em risco nutricional que receberam terapia nutricional permaneceram internados por mais tempo, reforçando a importância da identificação precoce do risco nutricional na admissão hospitalar para direcionar intervenções nutricionais adequadas (Vitoi et al., 2023).

Desta forma, a aplicação dessas ferramentas permitiu identificar pacientes em risco nutricional logo na admissão hospitalar, favorecendo a implementação precoce da terapia nutricional. Os critérios GLIM apresentaram elevada sensibilidade para o diagnóstico da desnutrição, especialmente em pacientes com desnutrição grave (Solon et al., 2023). Da mesma forma, os estudos demonstraram que a utilização de instrumentos de triagem nutricional possibilita estratificar adequadamente o risco nutricional sem comprometer sua aplicabilidade clínica (Deforel et al., 2024).

Também foi observado que o risco nutricional esteve presente em pacientes com diferentes perfis antropométricos, incluindo indivíduos eutróficos, com sobrepeso e obesidade (Chites et al., 2025), reforçando a importância da realização da triagem nutricional independentemente do estado nutricional aparente. Além disso, pacientes classificados com risco nutricional apresentaram maior probabilidade de perda de apetite, maior risco de mortalidade em 180 dias (Wunderle et al., 2024) e maior mortalidade, além de maior tempo

de internação hospitalar quando submetidos a protocolos padronizados de triagem utilizando a escala MUST (Chavarro et al., 2025).

Outro estudo realizado também com pacientes internados, observou-se elevada concordância (88%) entre o diagnóstico médico e a avaliação realizada pelo nutricionista quanto ao estado nutricional dos pacientes. Entretanto, menos da metade dos indivíduos identificados como desnutridos receberam alguma intervenção nutricional documentada durante a internação. Os suplementos nutricionais orais constituíram a estratégia mais frequentemente utilizada, enquanto as diferenças nas intervenções adotadas foram observadas de acordo com o profissional responsável pela identificação da desnutrição, evidenciando oportunidades para aprimorar a integração do cuidado nutricional e ampliar a implementação de intervenções em pacientes desnutridos (Anghel et al., 2021).

6. DISCUSSÃO

6.1 Importância da triagem e avaliação nutricional

Os estudos que abordaram a triagem e a avaliação nutricional evidenciaram principalmente que a identificação precoce do risco nutricional é uma etapa essencial no manejo da desnutrição hospitalar, pois permite reconhecer pacientes mais vulneráveis e direcionar intervenções nutricionais adequadas para cada um.

Em pacientes oncológicos hospitalizados, a comparação entre os critérios da Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) e a Avaliação Subjetiva Global Produzida pelo Próprio Paciente (ASG-PPP) demonstrou elevada sensibilidade do GLIM para o diagnóstico da desnutrição, principalmente nos casos graves (Solon et al., 2023). Porém, sua baixa especificidade reforça que nenhuma ferramenta deve ser utilizada de forma isolada, sendo necessária uma avaliação nutricional abrangente, que contemple parâmetros clínicos, antropométricos e funcionais. Esses achados corroboram o consenso internacional da GLIM (Cederholm et al., 2019), que recomenda a associação de critérios fenotípicos e etiológicos para o diagnóstico da desnutrição após a identificação do risco nutricional por meio de instrumentos validados.

De forma semelhante, o estudo multicêntrico AANEP-2, realizado em 64 hospitais argentinos, comparou seis ferramentas de triagem nutricional e demonstrou que, embora existam diferenças quanto à sensibilidade e à especificidade entre os métodos, todas apresentaram aplicabilidade clínica satisfatória. Além disso, observou-se que a desnutrição identificada por qualquer uma das ferramentas esteve associada à maior ocorrência de mortalidade, complicações infecciosas e não infecciosas e prolongamento da internação hospitalar. Destacaram-se a Avaliação Subjetiva Global (ASG) e o NRS-2002, que apresentaram melhor capacidade preditiva para mortalidade (Deforel et al., 2025). Esses resultados deixam claro que, mais importante do que a escolha de uma ferramenta específica, é a aplicação sistemática de instrumentos validados à rotina hospitalar, permitindo a identificação precoce dos pacientes em risco e o início da terapia nutricional o quanto antes (Singer et al., 2023).

Um estudo conduzido em um hospital universitário brasileiro utilizando a NRS-2002 demonstrou associação significativa entre o risco nutricional e a presença de doenças hematológicas e pulmonares, menor índice de massa corporal, necessidade de terapia nutricional e maior tempo de internação. Os autores observaram ainda que pacientes classificados em risco nutricional e submetidos à terapia nutricional permaneceram

hospitalizados por mais tempo, o que evidencia que a triagem é capaz de identificar indivíduos com maior gravidade clínica e maior probabilidade de evolução desfavorável (Vitoi et al., 2023). Isso reforça que a triagem nutricional não deve ser compreendida apenas como um procedimento de rotina, mas como uma ferramenta capaz de identificar o risco e orientar a tomada de decisão clínica ((Kondrup et al., 2003).

Além da capacidade de identificar pacientes em risco, as evidências demonstram que a implementação sistemática de protocolos de triagem nutricional pode repercutir positivamente nos desfechos clínicos. Em um estudo realizado em unidade de terapia intensiva na Colômbia, a adoção da ferramenta MUST, associada à avaliação nutricional e às intervenções específicas, esteve relacionada à redução da mortalidade e do tempo de internação quando comparada ao modelo convencional de triagem baseado apenas na avaliação clínica e no índice de massa corporal (Chavarro et al., 2025). Quando analisados em conjunto, os demonstram que a utilização rotineira de ferramentas validadas, seguida de avaliação nutricional completa e intervenção precoce, favorece a identificação dos pacientes com maior risco de complicações, permitindo instituir condutas terapêuticas em tempo oportuno e contribuindo para melhores desfechos clínicos, conforme recomendado pelas diretrizes da ESPEN (2021) e pelo consenso GLIM (Cederholm et al., 2019).

6.2 Impacto da intervenção, manejo e prática hospitalar na terapia nutricional individualizada: prognóstico clínico

A terapia nutricional personalizada se destaca como uma das principais estratégias para o manejo da desnutrição hospitalar nos estudos incluídos nesta revisão. De modo geral, as intervenções nutricionais precoces, planejadas conforme as necessidades clínicas e nutricionais de cada paciente, estiveram associadas à melhora do estado nutricional, da ingestão energético-proteica, da capacidade funcional e da qualidade de vida. Esses achados se conectam bastante com as recomendações das diretrizes da ESPEN (2021) e da BRASPEN (2023), que costumam enfatizar a individualização da terapia nutricional como componente essencial do tratamento hospitalar, com o objetivo de minimizar o catabolismo, preservar a massa muscular e favorecer a recuperação clínica.

Entre os estudos analisados, observou-se que pacientes submetidos ao suporte nutricional individualizado apresentaram melhora significativa em diferentes parâmetros nutricionais e funcionais. Em pacientes com insuficiência cardíaca crônica, a suplementação nutricional hipercalórica e hiperproteica promoveu aumento do peso corporal, do índice de

massa corporal, da pré-albumina sérica e da força de preensão manual, demonstrando recuperação do estado nutricional e da função muscular (Luu; Ha, 2025). Alguns resultados semelhantes foram observados em pacientes com risco de desnutrição e sarcopenia durante a reabilitação pulmonar, nos quais o acompanhamento nutricional contínuo, nos parâmetros em que proporcionou maior ingestão energética e proteica, além de melhora da força de preensão manual, considerada importante marcador prognóstico da evolução clínica (Coiro et al., 2025). Esses achados reforçam que a terapia nutricional não se limita ao fornecimento de nutrientes, mas contribui para a preservação da capacidade funcional e para a recuperação do paciente hospitalizado.

Além dos benefícios sobre o estado nutricional, alguns estudos evidenciaram repercussões positivas com outros desfechos clínicos, quanto à precocidade da introdução da intervenção nutricional, como visto no estudo em que as pacientes com câncer de mama submetidos à quimioterapia, intervenções precoces conduzidas por uma equipe multidisciplinar, baseadas em sessões de atendimentos que abordavam temas como gestão de reações adversas, informações dietéticas e regulação de hábitos, treinamento em autoeficácia para o autocuidado, treinamento em autorregulação do tratamento uso de suplementos alimentares, esses métodos de terapia promoveram melhora do comportamento alimentar, do senso de competência para o autocuidado e da qualidade de vida, ainda que sem alterações significativas no índice de massa corporal (Tang et al., 2025).

Desfechos favoráveis foram observados em pacientes hospitalizados com diabetes e risco de desnutrição, o suporte nutricional individualizado apresentou tendência à redução da mortalidade, sem aumento das complicações relacionadas ao controle glicêmico, demonstrando que a terapia nutricional pode ser implementada de forma segura mesmo em pacientes com condições metabólicas complexas (Keller et al., 2024).

Entretanto, os desfechos da conduta nutricional nem sempre apresentam benefícios imediatos. Podemos citar a evidência nos parâmetros nutricionais, sobre desfechos clínicos clássicos, como tempo de internação, mortalidade ou dias livres de ventilação mecânica. O estudo INTENT demonstrou que uma intervenção nutricional personalizada aumentou significativamente a oferta energética durante todo o período de hospitalização, porém não apresentou diferenças significativas nesses desfechos quando comparada ao tratamento convencional (Ridley et al., 2025). Resultados semelhantes foram observados no estudo NutriSup-PPN, um ensaio clínico piloto que avaliou a implementação de um protocolo de cuidado nutricional precoce em pacientes hospitalizados com desnutrição moderada ou grave. Embora a combinação de nutrição parenteral periférica seguida de suplementação nutricional

oral tenha demonstrado tendência à redução de eventos adversos, incluindo readmissão hospitalar, internação prolongada e mortalidade, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quando comparada ao tratamento convencional. Entretanto, o estudo demonstrou viabilidade, segurança e potencial benefício da intervenção na prevenção da deterioração do estado nutricional, reforçando que estratégias precoces e individualizadas podem representar uma abordagem promissora no manejo de pacientes hospitalizados desnutridos (Mrkobrada et al., 2022).

Além da identificação precoce do risco nutricional e da implementação oportuna da terapia nutricional, a adequação da oferta energético-proteica constitui um dos principais fatores para o sucesso da intervenção nutricional. A oferta insuficiente de nutrientes (underfeeding) favorece o agravamento da desnutrição, intensifica o catabolismo proteico, contribui para a perda de massa muscular e compromete a resposta imunológica e a recuperação clínica (Casaer & Van den Berghe, 2014; Preiser et al., 2015). Em contrapartida, a oferta excessiva (overfeeding) está relacionada ao desenvolvimento de complicações metabólicas, como hiperglicemia, esteatose hepática, aumento da produção de dióxido de carbono e maior risco de complicações infecciosas, especialmente em pacientes críticos (Preiser et al., 2015; Compher et al., 2017). Dessa forma, a terapia nutricional deve ser continuamente monitorada e ajustada às necessidades energéticas e proteicas de cada paciente, considerando a evolução clínica e a resposta metabólica ao estresse (Compher et al., 2017; Uhl et al., 2022).

Outro aspecto que deve ser considerado no manejo nutricional de pacientes hospitalizados é a resposta metabólica ao estresse, caracterizada pelas fases ebb e flow. A fase ebb, predominante nas primeiras horas após a agressão, caracteriza-se pela redução do metabolismo, do consumo de oxigênio e do gasto energético, priorizando a manutenção da perfusão dos órgãos vitais. Em seguida, a fase flow é marcada por intenso catabolismo, aumento do gasto energético, resistência à insulina e maior degradação proteica, elevando as necessidades nutricionais e exigindo monitoramento contínuo para adequação da terapia nutricional (Cuthbertson, 1942; Singer et al., 2019).

Além disso, em pacientes gravemente desnutridos, o início da terapia nutricional deve ser realizado de forma cautelosa devido ao risco de síndrome da realimentação, uma complicação potencialmente grave decorrente da rápida reintrodução de nutrientes, caracterizada por alterações hidroeletrolíticas e metabólicas, especialmente hipofosfatemia, que podem comprometer a evolução clínica. Dessa forma, o reconhecimento das diferentes fases da resposta metabólica ao trauma e a prevenção da síndrome da realimentação são

fundamentais para garantir uma terapia nutricional segura, individualizada e eficaz (Preiser et al., 2024; da Silva et al., 2020).

Embora as diretrizes nacionais e internacionais recomendam a implementação precoce da terapia nutricional em pacientes identificados com risco de desnutrição, as evidências demonstram que ainda existem desafios importantes para sua efetiva aplicação na prática hospitalar. Esta realidade pode ser evidenciada em um estudo realizado em quatro hospitais, quanto ao diagnóstico da desnutrição, observou-se concordância quanto ao diagnóstico. Entretanto, menos da metade dos pacientes classificados como desnutridos receberam alguma intervenção nutricional documentada durante a internação. Além disso, foram observadas diferenças entre os profissionais quanto às estratégias terapêuticas adotadas, sugerindo que, apesar do reconhecimento da desnutrição, ainda existem lacunas na implementação do cuidado nutricional e na integração da equipe multiprofissional (Anghel et al., 2021). Esse cenário mostra-se preocupante, uma vez que a ausência ou o atraso da intervenção nutricional favorece a progressão da desnutrição e de suas repercussões clínicas, incluindo perda de massa e força muscular, comprometimento da resposta imunológica, atraso na cicatrização, maior suscetibilidade a infecções, prolongamento do tempo de internação, aumento dos custos hospitalares e maior risco de morbimortalidade (Cederholm et al., 2025; Rinninella et al., 2022).

Desta forma, quando instituída, a terapia nutricional deve ser individualizada de acordo com o estado nutricional e a gravidade clínica dos pacientes, além da brevidade do início da terapia. Pacientes em risco nutricional sem desnutrição confirmada pelos critérios GLIM que receberam suplementação nutricional oral apresentaram menor mortalidade quando comparados aos pacientes submetidos a outras modalidades de terapia nutricional, evidenciando a importância da intervenção precoce nos estágios iniciais do comprometimento nutricional (Romero et al., 2022). A suplementação nutricional oral foi a modalidade mais frequentemente prescrita, enquanto a nutrição enteral, a nutrição parenteral ou a combinação de ambas foram direcionadas principalmente aos pacientes com maior comprometimento nutricional e maiores necessidades energético-proteicas. Nesse contexto, a precocidade da intervenção nutricional representa um fator determinante para a efetividade da terapia, uma vez que a implementação de um suporte nutricional individualizado logo após a identificação do risco nutricional está associada à redução de complicações, da mortalidade e do declínio funcional em pacientes hospitalizados (Schuetz et al., 2019).

A literatura evidencia que a ausência de estratégias sistematizadas para identificação e tratamento da desnutrição pode limitar os benefícios da terapia nutricional, mesmo diante do

reconhecimento do risco nutricional (Cederholm et al., 2019). Nesse sentido, estudos multicêntricos demonstram que a oferta de suporte nutricional individualizado está associada à redução de complicações e melhores desfechos clínicos, reforçando a importância da integração entre triagem, intervenção e monitoramento nutricional durante a hospitalização (Bargetzi et al., 2021). Dessa forma, a consolidação de práticas assistenciais estruturadas representa uma estratégia fundamental para transformar o diagnóstico nutricional em ações terapêuticas capazes de modificar o prognóstico dos pacientes hospitalizados.

Como limitações desta revisão, destacam-se a heterogeneidade das populações estudadas e das intervenções nutricionais avaliadas, o que dificulta a comparação direta entre os resultados e a generalização dos achados. Além disso, a inclusão de estudos com diferentes delineamentos metodológicos pode ter influenciado a consistência das evidências apresentadas, uma vez que cada tipo de estudo possui níveis distintos de robustez científica. Também deve ser considerado o possível risco de viés inerente aos estudos incluídos, bem como a ausência de uma avaliação formal da qualidade metodológica, o que pode comprometer a interpretação dos resultados. Por fim, as limitações da estratégia de busca, relacionadas às bases de dados consultadas, aos descritores utilizados e aos critérios de seleção adotados, podem ter restringido a identificação de estudos potencialmente relevantes, influenciando a abrangência desta revisão.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão integrativa evidenciou que a desnutrição hospitalar permanece como uma condição frequente entre pacientes internados, estando associada ao aumento do risco de complicações clínicas, maior tempo de hospitalização, redução da capacidade funcional e pior prognóstico. Os estudos analisados demonstraram que fatores como doenças crônicas, inflamação, redução da ingestão alimentar e alterações metabólicas contribuem para o comprometimento do estado nutricional durante a internação, reforçando a importância da identificação precoce do risco nutricional.

As evidências apontam que a realização da triagem e da avaliação nutricional possibilita a identificação de pacientes em risco e favorece a implementação de intervenções individualizadas. Nesse contexto, a terapia nutricional, por via oral, enteral ou parenteral, quando indicada, mostrou benefícios na recuperação do estado nutricional, no aumento da ingestão energético-proteica, na preservação da força muscular, na melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida. Entretanto, os efeitos sobre desfechos como mortalidade e tempo de internação apresentaram resultados variados, evidenciando a influência da gravidade da doença, do estado inflamatório e metabólico, das características dos pacientes e do momento de início da intervenção.

Conclui-se que o manejo da desnutrição hospitalar deve ser compreendido como um processo contínuo, envolvendo triagem, avaliação, intervenção e monitoramento nutricional, aliado à atuação integrada da equipe multiprofissional. A adoção de protocolos assistenciais e de estratégias nutricionais individualizadas contribui para melhores desfechos clínicos e recuperação funcional dos pacientes hospitalizados. Apesar das evidências favoráveis, permanecem desafios relacionados à implementação efetiva do cuidado nutricional na prática hospitalar, reforçando a necessidade de novos estudos e do fortalecimento das ações voltadas à assistência nutricional como componente essencial da atenção ao paciente internado.

8.REFERÊNCIAS

AGARWAL, Ekta et al. Nutritional status and dietary intake of acute care patients: results from the Nutrition Care Day Survey 2010. *Clinical Nutrition*, Edinburgh, v. 31, n. 1, p. 41-47, 2012.

AMARAL, T. F.; MATOS, L. C.; TAVARES, M. M.; SUBTIL, A.; MARTINS, R.; NAZARÉ, M. et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition*, v. 26, n. 6, p. 778-784, 2007.

ANGHEL, S. et al. Identifying patients with malnutrition and improving use of nutrition interventions: a quality study in four US hospitals. *Nutrition*, v. 91-92, p. 111360, 2021. DOI: 10.1016/j.nut.2021.111360.

ANTHONY, Patricia S. Nutrition screening tools for hospitalized patients. *Nutrition in Clinical Practice*, v. 23, n. 4, p. 373-382, 2008. DOI: 10.1177/0884533608321130.

BAKKALOGLU, O. K. et al. Malnutrition risk in hospitalized patients measured with Nutrition Risk Screening 2002 tool and its association with in-hospital mortality. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, v. 27, n. 12, p. 5812-5821, 2023.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão & Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. *Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CASAER, M. P. et al. Early versus late parenteral nutrition in critically ill adults. *New England Journal of Medicine*, v. 365, n. 6, p. 506-517, 2011. DOI: 10.1056/NEJMoa1102662.

CASTILLO-DURÁN, C.; HERESI, G.; FISBERG, M.; UAUY, R. Controlled trial of zinc supplementation during recovery from malnutrition: effects on growth and immune function. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 45, n. 3, p. 602-608, 1987. DOI: 10.1093/ajcn/45.3.602.

CASTRO, Melina Gouveia et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente grave. *BRASPEN Journal*, v. 38, n. 2, supl. 2, p. 2-46, 2023. DOI: 10.37111/braspenj.diretrizDOENTEGRAVE.

CASS, A. R.; CHARLTON, K. E. Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants of nutritional deterioration during inpatient admissions: A systematic review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v. 35, n. 6, p. 1043–1058, 2022.

COIRO, M. et al. Effect of individual nutritional therapy during inpatient pulmonary rehabilitation in patients at risk for malnutrition and sarcopenia: a randomized controlled trial. *Chronic Respiratory Disease*, v. 22, p. 14799731251350692, 2025. DOI: 10.1177/14799731251350692.

COMPHER, Charlene et al. Guidelines for the provision of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 46, n. 1, p. 12-41, 2022. DOI: 10.1002/jpen.2267.

COOPER, Harris M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. *Review of Educational Research*, v. 52, n. 2, p. 291-302, 1982. DOI: 10.3102/00346543052002291.

CORREIA, M. I. T. D.; CAIAFFA, W. T.; WAITZBERG, D. L. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (IBRANUTRI): metodologia do estudo multicêntrico. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v. 13, p. 30-40, 1998.

CORREIA, M. I. T. D.; WAITZBERG, D. L. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate analysis model. *Clinical Nutrition*, v. 35, n. 1, p. 18-26, 2016. DOI: 10.1016/j.clnu.2015.03.014.

COUNCIL ON PRACTICE (COP) QUALITY MANAGEMENT COMMITTEE. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 94, n. 8, p. 838-839, 1994. DOI: 10.1016/0002-8223(94)92357-4.

CUI, X.; LV, B.; WEI, Y.; YIN, X.; ZHANG, J.; JI, X. Effect of personalized dietary intervention on nutritional status and inflammation in ICU patients: a randomized controlled trial. *Clinical Nutrition*, v. 37, n. 6, pt. A, p. 2231-2237, 2018.

DA SILVA, J. S. V. et al. *ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome*. Nutrition in Clinical Practice, v. 35, n. 2, p. 178–195, 2020.

DEFOREL, María Luisa et al. Desnutrición hospitalaria en Argentina: prevalencia y predicción de riesgo nutricional en adultos hospitalizados según seis herramientas de tamizaje nutricional (Estudio AANEP-2). *Nutrición Hospitalaria*, v. 42, n. 2, p. 265-274, 2025. DOI: 10.20960/nh.05065.

DIEP-PHAM, Huyen-Tran; DONALD, Natasha; WALL, Catherine L. Malnutrition screening tool use in a New Zealand hospital: reliability and rates of malnutrition screening on admission. *Nutrition & Dietetics*, v. 80, n. 5, p. 530-537, 2023.

FECHNER, A.; BÖHME, C.; GROMER, S.; FUNK, M.; SCHIRMER, R.; BECKER, K. Antioxidant status and nitric oxide in the malnutrition syndrome kwashiorkor. *Pediatric Research*, v. 49, n. 2, p. 237-243, 2001. DOI: 10.1203/00006450-200102000-00018.

FONTANE, L. et al. Validity and applicability of the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) criteria in hospitalized patients with acute medical conditions. *Nutrients*, v. 15, n. 18, p. 4012, 2023. DOI: 10.3390/nu15184012.

GEBBIA, V. et al. Nutritional management of the patient with pancreatic cancer: from the diagnostic and therapeutic pathway to an integrated hospital-territory approach. *La Clinica Terapeutica*, v. 174, n. 2, p. 203-210, 2023.

KELLER, B. et al. Nutritional support in hospitalised patients with diabetes and risk for malnutrition: a secondary analysis of an investigator-initiated, Swiss, randomised controlled multicentre trial. *BMJ Open*, v. 14, n. 8, e084754, 2024. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-084754.

KONDRUP, J. et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*, v. 22, n. 3, p. 321-336, 2003. DOI: 10.1016/S0261-5614(02)00214-5.

KRUIZENGA, H. M.; VAN TULDER, M. W.; SEIDELL, J. C.; THIJS, A.; ADER, H. J.; VAN BOKHORST-DE VAN DER SCHUEREN, M. A. E. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *The American Journal of Clinical Nutrition*, v. 82, n. 5, p. 1082-1089, 2005. DOI: 10.1093/ajcn/82.5.1082.

KUTNIK, Paweł et al. Malnutrition risk in elective surgery patients and effectiveness of preoperative nutritional interventions at a pre-anaesthetic clinic: a 4-year apart, single-centre, observational study. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, v. 55, n. 3, p. 179-185, 2023.

LEANDRO-MERHI, Vânia Aparecida et al. Nutritional indicators' performance in malnutrition diagnosis of hospitalized elderly patients. *Experimental Gerontology*, v. 181, p. 112286, 2023. DOI: 10.1016/j.exger.2023.112286.

LIU, Y.; WANG, Y.; CHEN, G.; SONG, Chunhua; CHEN, Wei. Prevalence and predictive significance for short-term clinical outcomes of GLIM-defined malnutrition in hospitalized adult patients: a national cross-sectional study. *Clinical Nutrition*, v. 52, p. 72-81, 2025.

LÖSER, C. Malnutrition in hospital: the clinical and economic implications. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 107, n. 51-52, p. 911-917, 2010. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0911.

LUU, T. N.; HA, T. P. Effectiveness of high-energy, high-protein nutritional supplementation on patients with chronic heart failure and malnutrition: a pilot open-label randomized trial. *Medicine*, v. 104, n. 24, e42941, 2025. DOI: 10.1097/MD.0000000000042941.

MAHAN, L. Kathleen; RAYMOND, Janice L. *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

MCCLAVE, Stephen A. et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 40, n. 2, p. 159-211, 2016. DOI: 10.1177/0148607115621863.

MORAIS, A. A.; GOMES, L. C.; MARTINS, P. R.; PEREIRA, R. C.; LIMA, T. R. Desnutrição em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva: prevalência e associação com complicações clínicas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 33, n. 1, p. 95-102, 2021.

MORI, Naoharu et al. Prognostic implications of the Global Leadership Initiative on Malnutrition criteria as a routine assessment modality for malnutrition in hospitalized patients at a university hospital. *Clinical Nutrition*, v. 42, n. 2, p. 166-172, 2023. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.12.010.

MRKOBRADA, Marko; PATEL, Ameen; CHAKROBORTY, Amitabha; HANDSOR, Stephanie; ARMSTRONG, David; RAHMAN, Adam. NutriSup-PPN: a pilot randomized control trial of oral nutritional supplementation (ONS) and peripheral parenteral nutrition (PPN) in Canadian, malnourished, hospitalized patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, v. 53, p. 107-112, 2023. DOI: 10.1016/j.clnesp.2022.04.008.

MULDER, M.; FOSTER, M.; BROWN, T. Malnutrition and dehydration in hospitalised adults: a narrative review of the evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, v. 32, n. 2, p. 185-196, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Sobre a OMS*. Disponível em: https://www.who.int/pt/about. Acesso em: 25 set. 2025.

PÉREZ-ROMERO, M. T. et al. Characteristics of patients receiving nutrition care and its associations with prognosis in a tertiary hospital. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 68, n. 6, p. 808-813, 2022. DOI: 10.1590/1806-9282.20220072.

PIRONI, L. et al. ESPEN guideline on chronic intestinal failure in adults. *Clinical Nutrition*, v. 35, n. 2, p. 247-307, 2016. DOI: 10.1016/j.clnu.2016.01.020.

PREISER, J.-C. et al. *Metabolic response to the stress of critical illness*. Intensive Care Medicine, 2024.

SETH, I. et al. Impact of nutrition on skin wound healing and aesthetic outcomes: a comprehensive narrative review. *JPRAS Open*, v. 39, p. 291-302, 2024. DOI: 10.1016/j.jpra.2024.01.006.

SINGER, P. et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition, v. 38, n. 1, p. 48–79, 2019.

SOLON, L. A. et al. Comparison between GLIM and PG-SGA methods in the nutritional assessment of hospitalized oncological patients. *Revista de Nutrição*, v. 36, e220195, 2023. DOI: 10.1590/1678-9865202336e220195.

TANG, H. et al. Impact of early multidisciplinary team interventions on dietary management behavior in patients with breast cancer: a pilot randomized controlled study. *BMC Cancer*, v. 25, p. 699, 2025. DOI: 10.1186/s12885-025-13991-7.

UHL, Stacey et al. *Malnutrition in hospitalized adults: a systematic review*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2021.

VITOI, N. C. et al. Associação do risco nutricional com parâmetros clínicos e nutricionais de pacientes internados em um hospital universitário. *HU Revista*, v. 49, p. 1-9, 2024. DOI: 10.34019/1982-8047.2023.v49.41165.

WAITZBERG, Dan Linetzky. Efficacy of nutritional support: evidence-based nutrition and cost-effectiveness. *Nestlé Nutrition Workshop Series Clinical & Performance Programme*, v. 7, p. 257-271, 2002.

WORTHINGTON, P. et al. When is parenteral nutrition appropriate? *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, v. 41, n. 3, p. 324-377, 2017. DOI: 10.1177/0148607117695251.