



## Terapia Nutricional no pós-UTI: como guiar a continuidade do cuidado?



### Thaisa de Assis

Nutricionista Especialista em Nutrição Parenteral e Enteral pela BRASPEN/SBNPE  
Coordenadora do Departamento de Nutrição da SOPATI gestão 2024-2025  
Mestranda em Pesquisa Clínica pela UNESP  
Pós-graduada em Cuidado Intensivos de Adultos - Residência Multiprofissional UNIFESP



## Introdução

O impacto da doença grave no estado nutricional dos pacientes já é bem estabelecido em literatura, com dados que revelam **alta prevalência de desnutrição, importante perda de massa muscular e desenvolvimento de fraqueza adquirida na UTI**, a chamada **FAUTI**. Estes dados reforçam que sobreviver a doença crítica inicia uma longa e árdua jornada de recuperação da **síndrome pós-UTI**, caracterizada por **comprometimentos físicos, psicológicos e cognitivos**.<sup>1</sup>

Do ponto de vista do cuidado com o paciente e considerando a importância da nutrição como componente essencial da reabilitação, parece lógica a **continuidade da terapia nutricional pós-alta**. No entanto, há poucas orientações e recomendações sobre o cuidado pós-UTI e a subalimentação iatrogênica dos sobreviventes parecer ser uma condição comum.<sup>2,3</sup>

# A inadequação nutricional no pós-UTI

O estudo PROSPECT-I descreveu a ingestão de energia e proteínas de 48 pacientes em recuperação de doenças críticas e revelou que apenas **51,2%** dos participantes do estudo atingiram acima de **90% das metas proteicas** prescritas durante toda a sua permanência na enfermaria pós-UTI.<sup>4</sup>

A **inadequação alimentar pós-UTI é multifatorial**. Fatores como a **perda de apetite, depressão e disfagia orofaríngea** são as barreiras fisiológicas mais proeminentes responsáveis pela diminuição ingesta alimentar. No entanto, outras barreiras para adequação nutricional pós-UTI são discutidas, incluindo **barreiras organizacionais** como o baixo conhecimento de nutrição nas equipes de enfermaria e as falhas no processo de transferência do cuidado (figura 1).<sup>3</sup>



Figura 1. Fatores que contribuem para a inadequação da ingestão alimentar pós-UTI. Adaptado de Zanten et. al (2023).<sup>5</sup>

## A estratégia de terapia nutricional

A via de alimentação parece definir o alcance das necessidades nutricionais nestes pacientes. Pacientes que mantiveram a **terapia nutricional enteral (TNE)** na transferência da UTI para enfermaria receberam **62-104% das metas calóricas** e **59-100% das metas proteicas**, enquanto a retirada precoce da nutrição enteral e oferta de alimentação exclusivamente via oral refletiu em adequações mais baixas, com um alcance de apenas **55-75% das metas calóricas** e **27-74% das metas proteicas**.<sup>3</sup>

A interrupção da TNE representou um risco nutricional, resultando em redução imediata de **44,1% de ingestão calórica** e **50,7% de ingestão proteica**. Este déficit nutricional foi sustentado ao longo dos dias, sendo necessário mais de **seis dias** para aumento da ingestão e retomada da adequação das metas.

Estas evidências sugerem que protocolos de desmame gradual da nutrição enteral e introdução de suplementos nutricionais orais após retirada a TNE são essenciais para otimização da nutrição na fase de recuperação pós-UTI.<sup>4</sup>

## As metas nutricionais - calorias e proteínas

A avaliação da adequação nutricional depende da definição das necessidades, levantando questões sobre a determinação das metas calóricas e proteicas nesta fase.<sup>3</sup>

Considerando que uma ingestão ótima de energia e proteínas é necessária para a recuperação da massa muscular é provável que ocorra um aumento nas

demandas no pós-UTI que embasam as orientações atuais de oferta acima de **30 kcal/kg/dia** (figura 2).<sup>5</sup> No entanto, o primeiro estudo a investigar o gasto energético de repouso (GER) na população pós-UTI revelou um gasto energético de repouso (GER) de **22-23 kcal/kg/dia**, medida significativamente inferior às sugestões tradicionais. Por outro lado, informações de outros estudos, encontraram um gasto energético

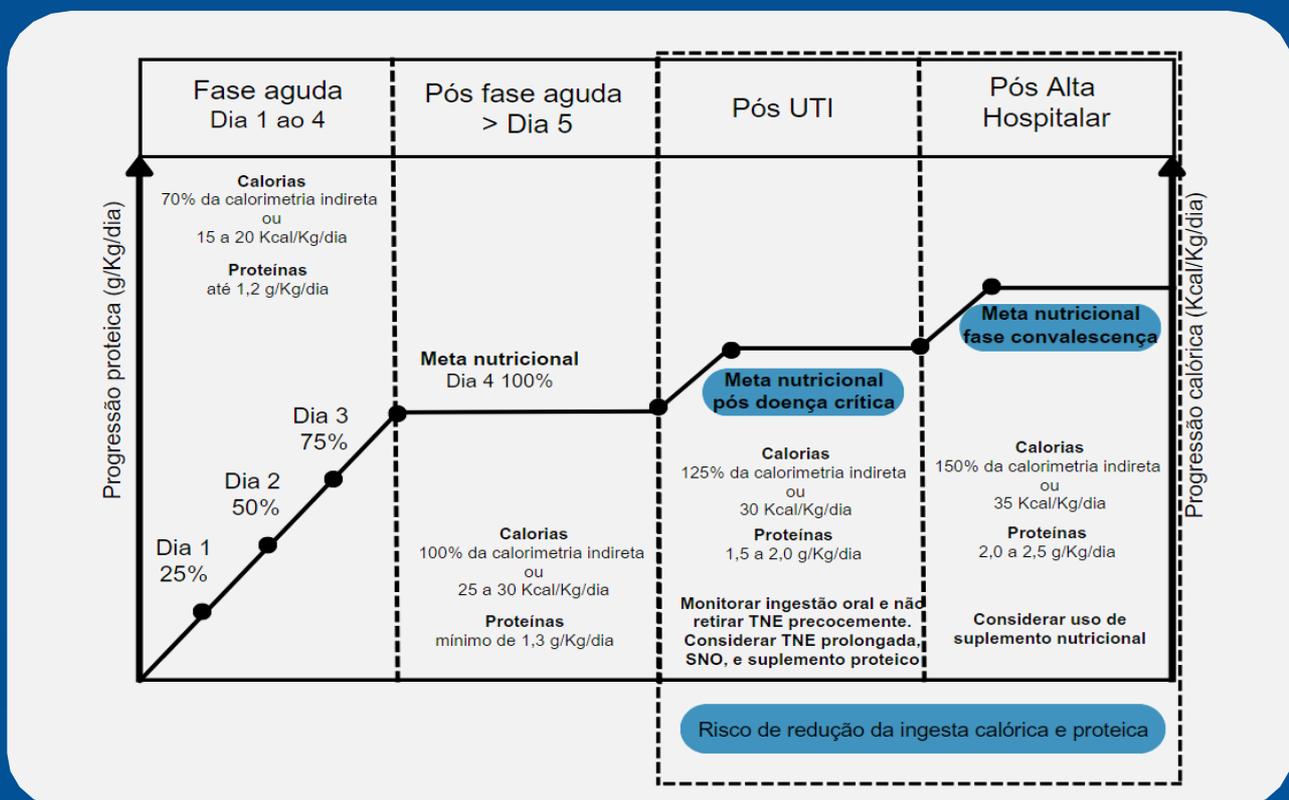


Figura 2. Abordagem prática de oferta calórica e proteica nas fases da UTI até a convalescença. Adaptado de Zanten et. al (2019).<sup>2</sup>

total **1.7 vezes maior** que o **gasto energético de repouso**, em especial em condições pós-trauma ou sepse, com necessidades que alcançavam **49 a 57 kcal/kg de peso**.<sup>2</sup>

Ainda há muitas questões em aberto a respeito da determinação das metas calóricas e do quanto estas seriam influenciadas pela fisiopatologia da doença crítica ou pela condição clínica subjacente. No momento, a aferição do gasto energético pela calorimetria indireta é considerada padrão ouro para estimativa, uma vez que as equações preditivas não apresentam boa correlação.<sup>3,6</sup>

Dados sobre os alvos de oferta proteica pós-UTI também não estão disponíveis na literatura, mas considerando **potencial fragilidade** e **resistência anabólica** dos pacientes, **uma ingestão proteica mais alta, entre 1,5-2,5 g/kg/dia, deve ser considerada**.<sup>2</sup>

## Considerações finais

As lacunas de investigação neste campo de estudo, contribuem para subestimar o papel que a nutrição desempenha na recuperação e melhoria da qualidade de vida dos sobreviventes da UTI, sendo necessário maior discussão sobre este tema a fim **desenvolver protocolos de cuidado baseados em evidência no pós-UTI**.<sup>3</sup>

Até o momento não existem recomendações formais sobre a terapia nutricional na fase de recuperação do paciente crítico, mas é possível afirmar que a ingestão nutricional dos sobreviventes de UTI não cobre as necessidades nutricionais tradicionalmente estipuladas e que a via de alimentação desempenha um papel importante neste cenário. Deste modo, **monitorar a ingestão de nutrientes e avaliar as causas de inadequação** é primordial a fim de garantir a **continuidade do cuidado nutricional**.

### Pontos-chave:

- A ingestão alimentar dos sobreviventes de UTI **não cobre as necessidades nutricionais** tradicionalmente estipuladas;
- Os sobreviventes de UTI se beneficiam mais da **terapia combinada de nutrição oral, enteral e parenteral** para adequação nutricional;
- **Não existem recomendações formais** sobre a terapia nutricional na fase pós-UTI, evidenciando a necessidade de maiores investigações sobre o tema.

# Linha Nutrison | UTI

O padrão em tolerabilidade



**Segurança & Qualidade  
de mãos dadas com você**

*Além das nossas dietas padrão, conheça também nossa dieta especializada Nutrison Advanced Dison Energy HP com nutrientes que contribuem para o controle glicêmico<sup>7-9</sup>*

**Referências:** 1. Moisey LL, Merriweather JL, Drover JW. The role of nutrition rehabilitation in the recovery of survivors of critical illness: underrecognized and underappreciated. Crit Care. 8 de setembro de 2022;26(1):270. 2. van Zanten ARH, De Waele E, Wischmeyer PE. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. Crit Care. 21 de dezembro de 2019;23(1):368. 3. De Waele E, Rosseel Z, Pen JJ. Post-ICU nutrition: the neglected side of metabolic support. Curr Opin Crit Care. agosto de 2023;29(4):360-2. 4. Slingerland-Boot R, van der Heijden I, Schouten N, Driessen L, Meijer S, Mensink M, et al. Prospective observational cohort study of reached protein and energy targets in general wards during the post-intensive care period: The PROSPECT-I study. Clinical Nutrition. outubro de 2022;41(10):2124-34. 5. Hermans AJH, Laarhuis BJ, Kouw IWK, van Zanten ARH. Current insights in ICU nutrition: tailored nutrition. Curr Opin Crit Care. 2023 Apr 1;29(2):101-107. doi: 10.1097/MCC.0000000000001016. Epub 2023 Jan 27. PMID: 36762671; PMCID: PMC9994849. 6. Rousseau AF, Fadeur M, Colson C, Missel B. Measured Energy Expenditure Using Indirect Calorimetry in Post-Intensive Care Unit Hospitalized Survivors: A Comparison with Predictive Equations. Nutrients. 25 de setembro de 2022;14(19):3981. 7. Castro, M.G. et al. Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente Grave. BRASPEN J 2023; 38 (2o Supl 2): 2-46. 8. Vaisman N, et al. Tube feeding with a diabetes-specific feed for 12 weeks improves glycaemic control in type 2 diabetes patients. Clin Nutr. 2009 Oct; 28(5):549-55. 9. Singer P, et al, ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit, Clinical Nutrition (2018).

**DANONE ATENDIMENTO  
AO CONSUMIDOR**

**☎ 0800 701 7561**  
**✉ dac@danone.com**

**A LINHA NUTRISON  
NÃO CONTÉM GLÚTEN.**  
Imagens ilustrativas.  
Maio/2024



**NUTRICIA**  
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION