



C A P Í T U L O 9

TRANSIÇÃO DO CUIDADO NUTRICIONAL NA ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA A ENFERMARIA EM PACIENTES ADULTOS

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.1782515109>

Laíse Balbinotti

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/6196666929020918>

Amanda Soares Bandeira

Acadêmica do curso de nutrição
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<https://lattes.cnpq.br/7663062081832583>

Jéssica Eisenmann

Centro Universitário Ritter dos Reis, Canoas - Rio Grande do Sul
<https://lattes.cnpq.br/4538842690086577>

Juliana Peçanha Antônio

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - Rio Grande do Sul
<http://lattes.cnpq.br/0337293859334445>

RESUMO: A transição do cuidado nutricional entre a Unidade de Terapia Intensiva e a enfermaria representa um período crítico para pacientes adultos, marcado por instabilidade clínica residual, alterações metabólicas persistentes e elevada vulnerabilidade à desnutrição. Estudos demonstram que déficits acumulados durante a internação crítica, interrupções na terapia nutricional e mudanças abruptas no plano alimentar na transferência podem contribuir para piora da funcionalidade, prolongamento da hospitalização e aumento de complicações. A literatura reforça a necessidade de protocolos estruturados de transição, incluindo reavaliação nutricional sistemática, monitoramento da tolerância e adequação da terapia nutricional (enteral, oral ou combinada) e comunicação efetiva entre equipes multidisciplinares. A implementação de ferramentas de rastreamento específicas para o período pós-UTI, somada ao planejamento de metas individualizadas e ao acompanhamento da

ingestão real, pode reduzir déficits nutricionais cumulativos e favorecer melhores desfechos clínicos. Desse modo, a transição do cuidado nutricional é uma etapa essencial na recuperação do paciente crítico, exigindo integração entre equipes, abordagem centrada no paciente e continuidade terapêutica baseada em evidências.

INTRODUÇÃO

A alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa uma das fases mais críticas na trajetória de pacientes adultos sobreviventes de doença grave. Embora a transferência para unidades de menor complexidade denote estabilidade clínica relativa, o processo não implica resolução completa das alterações metabólicas, inflamatórias e funcionais decorrentes da fase aguda da doença.

Com o aumento das taxas de sobrevivência após doenças críticas, a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (Post-Intensive Care Syndrome – PICS) tem emergido como um relevante problema de saúde pública. Esse período é caracterizado por fragilidade física, déficits nutricionais, perda significativa de massa muscular, presença de disfagia, ingestão oral subótima e alterações metabólicas persistentes (Dudzik; Balk; Deierlein, 2025). Nesse contexto, a conscientização acerca da PICS e dos riscos de comprometimentos físicos, cognitivos e mentais associados à síndrome constitui uma responsabilidade fundamental dos profissionais de saúde. Além disso, torna-se imprescindível que profissionais de diferentes áreas envolvidos no cuidado de sobreviventes de UTI ao longo do processo de recuperação disponham de informações, capacitação e recursos adequados, de modo a viabilizar intervenções eficazes e suporte integral à essa população (Needham et al., 2012; Elliott et al., 2014).

A nutrição desempenha papel central nesse contexto, influenciando a recuperação funcional, a cicatrização tecidual, a resposta imunológica e o risco de readmissão hospitalar. O objetivo da terapia nutricional em pacientes críticos é fornecer uma quantidade adequada de energia e proteína, ao mesmo tempo que se corrigem deficiências nutricionais específicas para que o paciente sobreviva à resposta inflamatória e promova a recuperação das disfunções orgânicas. A estratégia de alimentação para prevenir a PICS, como terapia nutricional, envolve a administração de quantidades suficientes de aminoácidos ou proteínas no final da fase aguda, após a fase hiperaguda, com atenção especial para evitar a superalimentação energética (Oshima T; Hatakeyama J., 2024).

No entanto, a transição do cuidado nutricional entre a UTI e a enfermaria é frequentemente fragilizada por falhas de comunicação, ausência de protocolos institucionais, interrupções na terapia nutricional oral, enteral e/ou parenteral além da subestimação da complexidade nutricional do paciente após o período da doença crítica (Van Zanten et al., 2019). Diante disso, este capítulo tem como

objetivo sintetizar a literatura disponível sobre os fatores determinantes, desafios, recomendações e estratégias assistenciais para a transição segura e eficaz da terapia nutricional na alta da UTI.

METODOLOGIA

Foi realizada uma extensa revisão a partir da análise interpretativa de literatura científica baseada em diretrizes nacionais e internacionais, revisões sistemáticas, estudos observacionais e consensos de especialistas publicados nos últimos 15 anos. A busca incluiu bases como PubMed, SciELO, Cochrane Library e Google Scholar, utilizando os descritores (DeCS): “critical care”, “nutritional status”, “nutritional support”, “nutrition rehabilitation”, “patient transfer” e equivalentes em português. A natureza da revisão permitiu a síntese integrativa de conceitos, práticas e evidências relevantes, sem delimitação quantitativa.

Impacto da Doença Crítica no Estado Nutricional e Aspectos Nutricionais no Momento da Alta da UTI

A doença crítica desencadeia uma intensa resposta ao estresse caracterizada por aumento do metabolismo, resistência anabólica e mobilização acelerada de proteínas musculares. Esse processo, aliado à imobilidade prolongada e à redução da ingestão alimentar durante a internação, resulta em perda substancial de massa muscular, frequentemente denominada sarcopenia adquirida em UTI (Wischmeyer, 2017; Singer et al, 2019).

Durante a primeira semana de internação em UTI, os pacientes perdem cerca de 2% da massa muscular do reto femoral por dia. A perda muscular é multifatorial e pode levar à fraqueza muscular e comprometimento da função física após a alta hospitalar. A fraqueza adquirida na UTI afeta cerca de 60% dos pacientes ao despertar na UTI e pode persistir por muito tempo após a alta hospitalar. (Fresenko et al, 2025).

A transição da terapia nutricional no momento da alta da UTI constitui uma etapa crítica do cuidado, caracterizada pelo risco elevado de interrupções, redução da oferta proteico-energética e deterioração do estado nutricional. Estudos indicam que, nas primeiras 48 a 72 horas após a saída da UTI, ocorre frequentemente queda acentuada da ingestão calórica e proteica, que se associa à piora clínica e ao prolongamento da recuperação (Knudsen et al, 2025).

Diversos fatores determinam o sucesso da transição nutricional. O estado nutricional prévio e a perda de massa magra acumulada ao longo da internação estão entre os principais determinantes, sobretudo em pacientes submetidos a períodos prolongados de catabolismo acelerado (Singer et al, 2019; Cederholm et al, 2019.). A

duração da internação e a gravidade da doença também influenciam negativamente a evolução nutricional no período pós-UTI. A presença de dispositivos invasivos, como sonda nasoesteral e traqueostomia, associada a complicações como disfagia pós-extubação, pode dificultar a retomada da via oral (Obeid et al., 2020). Aspectos organizacionais do serviço, incluindo falhas no registro, na comunicação entre os setores e na continuidade da prescrição nutricional, configuram determinantes igualmente relevantes (Boullata et al., 2017).

Os desafios relatados na literatura incluem o déficit nutricional precoce pós-UTI, a ausência de padronização de protocolos para retirada da nutrição enteral e reintrodução da dieta oral, a falta de um plano nutricional no dia da transferência (Knudsen et al., 2025) e a frequente descontinuidade das informações entre as equipes de UTI e enfermaria. A subavaliação da disfagia pós-extubação representa outro desafio, uma vez que aumenta o risco de aspiração e compromete a segurança alimentar (Martino et al., 2021). Limitações assistenciais, como disponibilidade reduzida de nutricionistas e fonoaudiólogos e baixa oferta de acompanhamento após a alta, também são mencionadas (Vinci et al., 2022).

As recomendações dos principais guias internacionais reforçam a necessidade de reavaliar o estado nutricional entre 24 e 48 horas antes da alta, documentando as necessidades energéticas e proteicas, a via de administração utilizada e o plano de continuidade (Singer et al., 2019; Boullata et al., 2017). A suspensão da terapia nutricional enteral ou da nutrição parenteral não deve ocorrer antes que a ingestão oral atinja pelo menos 60% a 65% das necessidades calculadas de forma sustentada (Taylor et al., 2016). A avaliação sistemática da deglutição antes da oferta oral é considerada medida essencial para garantir segurança alimentar e prevenir eventos adversos. Da mesma forma, recomenda-se atribuição clara de responsabilidades pelo acompanhamento nutricional na enfermaria, além de monitoramento nas primeiras 72 horas, período considerado de maior vulnerabilidade (Knudsen et al., 2025).

As estratégias assistenciais sugeridas incluem a adoção de checklists na alta nutricional, a implementação de protocolos de transição gradual da terapia enteral para a oral, a passagem de plantão estruturada entre equipes e a atuação multiprofissional integrada, envolvendo médicos, nutricionistas, enfermeiros, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. A utilização de suplementos nutricionais orais e a manutenção parcial da terapia enteral são recomendadas quando a ingestão espontânea se mostra insuficiente (Singer et al., 2019).

Apesar dos avanços, persistem lacunas importantes relacionadas à efetividade de diferentes modelos de transição e às melhores estratégias de acompanhamento após a alta, reforçando a necessidade de padronização de práticas baseadas em evidências e de fortalecimento da comunicação entre equipes.

Avaliação Nutricional na Transição do cuidado do paciente crítico da UTI para a Enfermaria

A avaliação nutricional realizada no momento da alta da UTI representa um marco decisivo na recuperação do paciente crítico. Mesmo após a estabilização clínica que permite a transferência para a enfermaria, esses indivíduos permanecem metabolicamente frágeis, com alterações persistentes decorrentes do catabolismo, da inflamação prolongada e da perda significativa de massa muscular. Diretrizes internacionais ressaltam que o período pós-UTI configura uma fase de alto risco nutricional, na qual déficits acumulados podem se agravar rapidamente se não houver reavaliação estruturada e planejamento individualizado (Taylor et al., 2016; Singer et al., 2019; Castro et al., 2023). Assim, a transição não deve ser entendida como um desfecho da terapia intensiva, mas como o início de uma nova etapa terapêutica que demanda atenção às necessidades energéticas, proteicas e funcionais do paciente pós-crítico.

Nesse contexto, a avaliação nutricional deve assumir caráter abrangente e multidimensional, incorporando elementos que reflitam a complexidade do período pós-UTI. Recomenda-se a atualização do diagnóstico nutricional, a análise do balanço energético e a revisão detalhada da via de alimentação utilizada, com atenção à tolerância, interrupções recentes e possíveis complicações gastrointestinais (Taylor et al., 2016; Van Zanten et al., 2019; Cederholm et al., 2019; Castro et al., 2023). Para além dos parâmetros nutricionais clássicos, a avaliação funcional, incluindo mensuração da força muscular, mobilidade e desempenho físico, torna-se indispensável, considerando que a fraqueza adquirida em UTI e a sarcopenia são altamente prevalentes nesse período e impactam diretamente o consumo alimentar e a capacidade de recuperação (Cruz-Jentoft et al., 2019; Puthuchery et al., 2013).

A investigação do risco de disfagia pós-extubação constitui outro componente fundamental da avaliação nutricional. Essa complicação, amplamente documentada em pacientes sobreviventes de ventilação mecânica, está associada a aspiração, pneumonia e piora significativa do estado nutricional. Assim, recomenda-se que a avaliação fonoaudiológica seja realizada antes da liberação de água e da dieta por via oral, assegurando segurança da alimentação e prevenindo eventos adversos (Oliveira et al., 2023). Exames laboratoriais pertinentes, incluindo marcadores de inflamação, eletrólitos, função renal e possíveis deficiências específicas, complementam o processo avaliativo e fornecem subsídios importantes para o ajuste das metas proteico-calóricas (Taylor et al., 2016; Castro et al., 2023).

A continuidade do cuidado nutricional no período pós-UTI depende, além dos aspectos clínicos, da comunicação estruturada entre as equipes assistenciais. Evidências demonstram que interrupções não intencionais da terapia nutricional

enteral, a ausência de metas nutricionais claramente definidas e registros incompletos em prontuário contribuem para redução significativa da ingestão proteico-calórica nas primeiras 48 a 72 horas após a transferência para a enfermaria (Knudsen et al., 2025; Compher et al., 2023). Assim, recomenda-se que o relatório de alta da UTI contenha informações objetivas e sistematizadas sobre necessidades energéticas e proteicas, metas nutricionais, tolerância recente à terapia, presença de disfagia e evolução nas últimas 24 a 48 horas, a fim de favorecer a continuidade do cuidado (Taylor et al., 2016; Castro, 2023).

A avaliação nutricional na transição entre UTI e enfermaria deve ser compreendida como um processo estruturado e contínuo, fundamentado em evidências científicas. Quando realizada de forma sistemática e interdisciplinar, contribui para a prevenção de déficits nutricionais adicionais, para o restabelecimento metabólico e funcional e para a redução de complicações clínicas no período pós-crítico, configurando-se como componente essencial da reabilitação de pacientes adultos sobreviventes de doenças graves (Singer et al., 2019; Van Zanten et al., 2019; Oshima; Hatakeyama, 2024).

Recomendações e Manejo nutricional

As recomendações das principais diretrizes internacionais convergem para metas energéticas entre 25–30 kcal/kg/dia, ajustadas segundo evolução clínica, presença de inflamação e tolerância alimentar. No que se refere à reposição proteica, recomenda-se atingir de 1,2-2,0 g/kg/dia, com ênfase na oferta precoce e na progressão contínua, dado o impacto direto da proteína na síntese muscular e cicatrização (Taylor et al., 2016; Singer et al., 2019, Comper et al., 2022; Castro et al., 2023). O objetivo central dessa etapa é mitigar déficits acumulados ao longo da UTI, promover balanço proteico positivo e apoiar um processo de reabilitação física mais eficiente.

Para alcançar essas metas no período pós-UTI, diferentes estratégias nutricionais são descritas na literatura. A manutenção parcial da terapia enteral, mesmo após reintrodução da via oral, pode ser necessária para complementar ingestão insuficiente e garantir cobertura proteico-energética mínima (Obeid, et al., 2020; Van Zanten et al., 2019; Castro et al., 2023). O uso de suplementos nutricionais orais tem se mostrado benéfico para alcançar resultados clínicos e econômicos, melhorando o estado nutricional, a composição corporal, a densidade mineral óssea, a força muscular e a qualidade de vida dos pacientes. Também está associado à redução das taxas de mortalidade, além da redução dos custos com saúde (Papier, et al. 2025). Na dieta oral, recomenda-se a adoção de refeições fracionadas, densas em energia e proteína, facilitando a ingestão diária total e reduzindo o esforço alimentar, o que é particularmente relevante em pacientes com baixa reserva funcional (Dudzik et al., 2025).

O monitoramento diário da ingestão real é considerado um dos pilares dessa etapa e deve incluir registro objetivo das calorias e proteínas consumidas, avaliação clínica contínua e vigilância para sinais de intolerância ou regressão funcional (Compher et al., 2022; McClave et al., 2016).

A necessidade de adequação conforme sintomas gastrointestinais é recorrente, uma vez que muitos pacientes apresentam gastroparesia residual, distensão abdominal, constipação ou diarreia no período pós-crítico (Obeid, et al., 2020; Oshima T; Hatakeyama J., 2024). Tais consequências são frequentemente oriundas da resposta inflamatória sistêmica, ao uso de sedativos, opioides e drogas vasoativas, além de apresentar relação com um período prolongado de jejum, de nutrição enteral e/ou parenteral. Nesses casos, ajustes como modificação da osmolaridade da dieta enteral, o uso de fibras específicas, a alteração da velocidade de infusão da dieta enteral ou emprego criterioso de procinéticos podem melhorar a tolerância (Taylor et al., 2016; Castro et al., 2023). O manejo nutricional exige, portanto, uma abordagem individualizada, intensiva e integrada à equipe multiprofissional, centrada na reabilitação plena do paciente.

Disfagia Pós-Extubação: Implicações na Transição Nutricional

A disfagia é um distúrbio da deglutição que envolve a cavidade oral, a faringe, o esôfago ou a junção gastroesofágica. As consequências da disfagia incluem desnutrição e desidratação, pneumonia por aspiração, comprometimento da saúde geral, doença pulmonar crônica, engasgo e até mesmo morte (American Speech-Language-Hearing Association, 2025). Em pacientes de UTI, doença neurológica pré-existente, admissão de emergência e duração da ventilação mecânica invasiva emergiram como importantes fatores de risco independentes para disfagia. Como todos os pacientes de UTI após ventilação mecânica devem ser considerados em risco de disfagia, recomenda-se a triagem sistemática para disfagia nesses pacientes críticos. (Zuercher et al., 2020).

A ocorrência dessa condição está diretamente ligada a fatores como longo período de intubação, trauma laríngeo, redução da sensibilidade orofaríngea, fraqueza muscular oriunda do tempo de internação, bem como o uso de sedativos, que podem comprometer a coordenação e capacidade de deglutição. A falha em reconhecer disfagia é causa comum de broncoaspiração e pneumonia (Brodsky et al., 2014; Zuercher et al., 2019). Nesse contexto, torna-se fundamental que, durante o processo de transição do cuidado entre a UTI e a enfermaria, a presença de disfagia seja adequadamente identificada e comunicada à equipe assistencial. A não detecção ou o registro inadequado dessa condição pode comprometer a progressão segura da terapia nutricional, uma vez que a oferta de via oral tende a ser prejudicada,

frequentemente resultando em interrupções recorrentes da alimentação e em maior risco de desnutrição hospitalar (Carpenito-Moyet, 2017; Cerda et al., 2024). Para além dos fatores mencionados, a falha na identificação precoce da disfagia pós-extubação está notoriamente relacionada à ocorrência de broncoaspiração e pneumonia aspirativa, condições, estas, que podem aumentar o tempo de internação e a morbimortalidade (Skoretz et al., 2010; Brodsky et al., 2014).

Assim, a avaliação do fonoaudiólogo é aconselhada antes da liberação da via oral, possibilitando que o risco para aspiração seja precocemente identificado a fim de definir consistência e estratégia alimentar adequada de maneira individualizada ao paciente (American Speech-Language-Hearing Association, 2025; Brodsky et al., 2014).

No que se refere às intervenções recomendadas, destaca-se a prescrição de dietas com consistência modificada, fundamentada na International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). Com base nesse sistema, a alimentação é ajustada à capacidade funcional da deglutição do paciente, por meio de uma classificação que promove a padronização global das consistências de líquidos e alimentos em diferentes faixas etárias. A adoção da padronização proposta pela IDDSI contribui para maior segurança durante a alimentação, além de favorecer uma comunicação clara e uniforme entre os profissionais de saúde, especialmente no contexto da transição do cuidado (Cichero et al., 2017).

Além disso, a realização de exercícios orofaríngeos, com auxílio e competência do fonoaudiólogo, tem como objetivo melhorar a força, a coordenação e o controle neuromuscular de estruturas atreladas à deglutição, colaborando, portanto, para a recuperação funcional e para a progressão efetiva da via oral. Atrelado a esse cenário, evidencia-se a necessidade de adaptação de utensílios para alimentação, além do controle da velocidade de ingestão, sobretudo quando se trata de pacientes com maior fadiga ou comprometimento motor (Oliveira et al., 2023; Cichero et al., 2017).

Comunicação ineficiente entre equipes

A continuidade da terapia nutricional no período pós-UTI é frequentemente comprometida por fatores assistenciais que elevam o risco de regressão nutricional, especialmente em pacientes ainda metabolicamente frágeis. Entre as barreiras mais comuns, destacam-se as interrupções desnecessárias da terapia enteral, frequentemente associadas à rotina da enfermaria, como deslocamento do paciente para exames, procedimentos diagnósticos, organização do leito ou administração de medicamentos incompatíveis com a infusão da dieta enteral. Em muitos serviços, limitações operacionais, como ausência de bombas de infusão disponíveis, falhas na checagem dos horários de pausa e retomada ou ausência de protocolos padronizados contribuem para períodos prolongados sem oferta nutricional, ampliando o déficit

energético acumulado (Taylor, et al, 2016; Castro et al, 2023). A falta de diretrizes institucionais claras aumenta a variabilidade da prática clínica e favorece pausas excessivas ou inadequadas, resultando em suboferta calórico-proteica significativa durante as primeiras 48-72 horas pós-UTI.

Outro desafio crítico é a comunicação ineficiente entre equipes, reconhecida como um dos principais fatores que comprometem a reprodutibilidade do plano nutricional durante a transição assistencial. Registros incompletos, ausência de metas nutricionais explícitas e falhas no repasse de informações essenciais, como tolerância recente, via de administração utilizada e risco de disfagia, dificultam a continuidade adequada da terapia e favorecem decisões que levam à redução ou suspensão inadvertida da oferta nutricional (Knudsen et al., 2025).

A falta de pessoal especializado, incluindo nutricionistas, fonoaudiólogos e enfermeiros capacitados em terapia nutricional, constitui outra barreira importante. Equipes reduzidas dificultam o acompanhamento próximo da ingestão oral, a avaliação da tolerância enteral, o ajuste oportuno das metas e a detecção precoce de sintomas gastrointestinais que exigem intervenção. Além disso, limita a capacidade de educação do paciente e da família, um componente essencial para manter continuidade após a alta hospitalar (Dudzik et al, 2025).

A subestimação da complexidade nutricional do paciente pós-UTI permanece uma barreira cultural significativa. É comum a crença equivocada de que a liberação para via oral representa plena recuperação nutricional, quando, na realidade, muitos pacientes mantêm ingestão insuficiente, fadiga precoce ao comer, disfagia leve ou moderada e incapacidades funcionais que limitam o consumo adequado (Skoretz et al., 2010). Essa percepção incorreta leva à retirada prematura da terapia enteral ou à falta de suplementação oral hiperproteica, resultando em balanço proteico negativo persistente, exatamente o oposto do que recomenda a literatura para o período pós-crítico (Wischmeyer, 2017; Van Zanten et al., 2019).

Portanto, superar essas barreiras exige estratégias institucionais robustas, comunicação integrada entre equipes e reconhecimento clínico da vulnerabilidade nutricional no período pós-UTI. A adoção de protocolos padronizados, checklists de alta e monitoramento intensivo nas primeiras 72 horas são medidas fundamentais para garantir a continuidade eficaz da terapia nutricional e otimizar a recuperação funcional do paciente.

Transição para o Ambiente Ambulatorial

A recuperação nutricional após a alta hospitalar é um processo prolongado, podendo estender-se por semanas ou meses, especialmente em indivíduos que enfrentaram perda severa de massa muscular, inflamação persistente ou longos

períodos de imobilidade. Estudos apontam que muito sobrevivente de doença crítica mantém déficit funcional, inflamação residual, perda muscular significativa e ingestão oral insuficiente muito além da alta hospitalar, reforçando a importância de um acompanhamento contínuo e multiprofissional no período pós-agudo (Dudzik et al., 2025; Bear et al., 2021; Fresenko et al., 2025). Assim, a reabilitação nutricional ambulatorial não deve ser vista como um complemento, mas como uma extensão fundamental da terapia nutricional iniciada na UTI e ajustada na enfermaria.

As recomendações internacionais sugerem que o seguimento ambulatorial inclua uma equipe integrada, composta por nutricionista, médico, fisioterapeuta e fonoaudiólogo, permitindo monitorar a interação entre estado nutricional, capacidade funcional, força muscular e possíveis limitações relacionadas à deglutição ou ao preparo das refeições (Singer et al., 2019; Needham et al., 2012). Essa abordagem interdisciplinar possibilita identificar precocemente declínios clínicos, ajustar metas proteico-energéticas e otimizar estratégias de reabilitação global. Entre as intervenções nutricionais mais recomendadas está a suplementação proteica por 1 a 3 meses, fundamental para apoiar o anabolismo tardio e minimizar perdas de massa magra acumuladas após a internação crítica (Reignier et al., 2025; Puthuchear et al., 2013). A realização de avaliação nutricional mensal permite revisar a ingestão real, monitorar sintomas gastrointestinais, avaliar o ganho funcional e ajustar a progressão das metas conforme evolução clínica (Compher et al., 2023; Castro et al., 2023).

A literatura também destaca que a combinação entre exercícios de resistência e ingestão proteica adequada é determinante para reduzir a sarcopenia persistente e melhorar a autonomia do paciente (Cruz-Jentoft et al., 2019; Puthuchear et al., 2013). Portanto, alcançar a maior eficácia pode exigir suporte nutricional individualizado combinado com reabilitação física precoce e prolongada (Reignier et al., 2025).

A manutenção de um cuidado contínuo no ambiente ambulatorial é crucial para prevenir declínios clínicos evitáveis, reduzir taxas de readmissão e favorecer a recuperação plena. Pacientes que não recebem acompanhamento estruturado tendem a apresentar ingestão insuficiente, perda progressiva de força e piora funcional — fatores que comprometem o retorno às atividades de vida diária e a qualidade de vida (Needham et al., 2012; Dudzik et al., 2025). Portanto, a transição ambulatorial deve ser planejada ainda durante a internação, garantindo que o paciente deixe o hospital com metas claras, prescrição nutricional organizada e orientações compreensíveis para si e para a família.

CONCLUSÃO

A transição do cuidado nutricional na alta da UTI é fase complexa, crítica e frequentemente negligenciada. O paciente pós-crítico permanece em risco elevado de desnutrição, perda funcional e complicações metabólicas. Portanto, a continuidade

da terapia nutricional exige uma avaliação multidimensional estruturada, além da comunicação clara entre equipes, protocolos institucionais robustos, monitoramento detalhado principalmente nas primeiras 72 horas da admissão na unidade de enfermaria, abordagem interdisciplinar e acompanhamento ambulatorial prolongado. Quando bem conduzida, essa transição otimiza a recuperação funcional, reduz as complicações, diminui as readmissões e melhora a qualidade de vida do paciente adulto sobrevivente da doença crítica.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION et al. Adult Dysphagia. (Practice Portal). **Disponível em:** www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Adult-Dysphagia/. Acesso em: 15, dezembro, 2025.

BEAR, D. E. et al. Nutrition rehabilitation post-ICU: current evidence and gaps. **Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care**, v. 24, n. 2, p. 123–131, 2021.

CASTRO, Melina Gouveia et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente grave. **Braspen Journal**, v. 38, n. 2, Supl 2, p. 0-0, 2023.

CEDERHOLM, Tommy et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition—a consensus report from the global clinical nutrition community. **Journal of cachexia, sarcopenia and muscle**, v. 10, n. 1, p. 207–217, 2019.

CICHERO, Julie AY et al. Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: the IDDSI framework. **Dysphagia**, v. 32, n. 2, p. 293–314, 2017.

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.

CRUZ-JENTOFT, Alfonso J. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and ageing**, v. 48, n. 1, p. 16–31, 2019.

DUDZIK, Josephine M.; BALK, Ethan K.; DEIERLEIN, Andrea L. The nutritional characteristics and experiences of survivors of critical illness after hospital discharge: A multi-method narrative review. **Clinical Nutrition ESPEN**, 2025.

ELLIOTT, Doug et al. Exploring the scope of post-intensive care syndrome therapy and care: engagement of non-critical care providers and survivors in a second stakeholders meeting. **Critical care medicine**, v. 42, n. 12, p. 2518–2526, 2014.

FRESENKO, Lindsey E. et al. Post-intensive care syndrome: physical impairments and function. **Critical Care Clinics**, v. 41, n. 1, p. 1-20, 2025.

KNUDSEN, Anne Wilkens et al. Nutritional gap after transfer from the intensive care unit to a general ward—a retrospective quality assurance study. **Australian Critical Care**, v. 38, n. 1, p. 101102, 2025.

MCCLAVE, Stephen A. et al. ACG clinical guideline: nutrition therapy in the adult hospitalized patient. **Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG**, v. 111, n. 3, p. 315-334, 2016.

NEEDHAM, Dale M. et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. **Critical care medicine**, v. 40, n. 2, p. 502-509, 2012.

OBEID, J. N.; HODGSON, C. L.; RIDLEY, E. J. Nutrition in the post ICU period: where is the evidence?. **ICU Manag Pract**, v. 20, n. 4, p. 283-287, 2020.

OLIVEIRA, Bárbara Carvalho et al. Disfagia em pacientes submetidos a intubação orotraqueal: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 4, p. 14012-14030, 2023.

OSHIMA, Taku; HATAKEYAMA, Junji. Nutritional therapy for the prevention of post-intensive care syndrome. **Journal of intensive care**, v. 12, n. 1, p. 29, 2024.

PAPIER, Irena et al. Prevalence of the use of oral nutritional supplements among acute inpatients at risk of malnutrition and associated patient characteristics. **Journal of Clinical Nursing**, v. 34, n. 3, p. 849-859, 2025.

PUTHUCHEARY, Zudin A. et al. Acute skeletal muscle wasting in critical illness. **Jama**, v. 310, n. 15, p. 1591-1600, 2013.

REIGNIER, Jean et al. Nutritional Support in the ICU. **bmj**, v. 388, 2025.

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

SKORETZ, Stacey A.; FLOWERS, Heather L.; MARTINO, Rosemary. The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. **Chest**, v. 137, n. 3, p. 665-673, 2010.

TAYLOR, Beth E. 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 (ASPEN). **Critical care medicine**, v. 44, n. 2, p. 390-438, 2016.

VAN ZANTEN, Arthur Raymond Hubert; DE WAELE, Elisabeth; WISCHMEYER, Paul Edmund. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. **Critical Care**, v. 23, n. 1, p. 368, 2019.

WISCHMEYER, Paul E. Tailoring nutrition therapy to illness and recovery. **Critical Care**, v. 21, n. Suppl 3, p. 316, 2017.

ZUERCHER, Patrick et al. Risk factors for dysphagia in ICU patients after invasive mechanical ventilation. **Chest**, v. 158, n. 5, p. 1983-1991, 2020.

ZUERCHER, Patrick et al. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. **Critical care**, v. 23, n. 1, p. 103, 2019.