



ACESSO ABERTO

Data de Recebimento:

27/02/2026

Data de Aceite:

06/04/2026

Data de Publicação:

27/04/2026

***Autor correspondente:**

Catarina Roberta Nunes Pieralisi, Nutricionista, Mestranda em Promoção da Saúde, Avenida Cerro Azul, 1335. Jardim Novo Horizonte, Maringá -Paraná. Contato: (43) 99809-0909
E-mail de contato: nutri.catarinaandrade@gmail.com

Citação:

PIERALISI, C.R.N, OLIVEIRA, L.P; O Papel da Nutrição na Transição de Cuidados: Proposta de Protocolo de Alta para Sobreviventes de Cuidados Intensivos

Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 7, n. 2, 2026. <https://doi.org/10.51161/integrar/rem/4802>

DOI: 10.51161/integrar/rem/4802

Editora Integrar© 2026.

Todos os direitos reservados.

O PAPEL DA NUTRIÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ALTA PARA SOBREVIVENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Catarina Roberta Nunes Pieralisi^a, Leonardo Pestillo de Oliveira^b

^a Mestranda em Promoção da Saúde, Unicesumar, Avenida Guedner, nº 1610, Jardim Aclimação, CEP 87050-390, no bloco 07.

^b Professor Orientador, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS), Unicesumar, Avenida Guedner, nº 1610, Jardim Aclimação, CEP 87050-390, no bloco 07.

RESUMO

Introdução: A medicina intensiva moderna conseguiu aumentar significativamente a sobrevivência de pacientes críticos. Essa vitória clínica, no entanto, cobra um preço alto. O indivíduo frequentemente desenvolve a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS), um quadro marcado por declínio funcional severo e desnutrição. A passagem da UTI para a enfermaria ou para casa representa um momento de extrema vulnerabilidade, onde o cuidado nutricional se perde ou se fragmenta. **Objetivo:** Estruturar um protocolo de alta hospitalar e transição de cuidados em nutrição para pacientes críticos, focado na mitigação da desnutrição e na reabilitação. **Métodos:** Estudo metodológico de natureza aplicada, fundamentado em revisão integrativa da literatura. Foram analisados artigos e diretrizes clínicas dos últimos dez anos. As evidências embasaram a construção de um instrumento de tecnologia em saúde voltado para a rotina hospitalar. **Resultados:** O protocolo desenvolvido articula seis eixos operacionais que vão desde o rastreamento precoce pré-alta até a estruturação do monitoramento ambulatorial. A ferramenta inclui a definição de metas para reabilitação, adequação da via de alimentação e um forte componente de educação em saúde para cuidadores, materializado em um fluxograma de decisão clínica para uso à beira do leito. **Conclusão:** Padronizar a alta nutricional funciona como uma ponte para garantir a continuidade do cuidado. A intervenção otimiza a recuperação do sobrevivente e fornece indicadores tangíveis de qualidade assistencial.

Palavras-chave: Cuidado de transição; Terapia Nutricional; Alta do Paciente; Estado Terminal; Síndrome Pós-Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Introduction: Modern intensive care medicine has significantly increased the survival rates of critically ill patients. This clinical achievement, however, comes at a high cost. Survivors frequently develop Post-Intensive Care Syndrome (PICS), a condition marked by severe functional decline and malnutrition. The transition from the ICU to the ward or home represents

a moment of extreme vulnerability, during which nutritional care is often lost or fragmented. **Objective:** To develop a hospital discharge and nutritional care transition protocol for critically ill patients, focused on mitigating malnutrition and supporting rehabilitation. **Methods:** Applied methodological study based on an integrative literature review. Articles and clinical guidelines published over the past ten years were analyzed. The evidence gathered informed the construction of a health technology instrument designed for routine hospital use. **Results:** The developed protocol articulates six operational axes, ranging from early pre-discharge nutritional screening to the structuring of outpatient monitoring. The tool includes the definition of rehabilitation goals, adjustment of feeding routes, and a strong health education component for caregivers, materialized in a clinical decision flowchart for bedside use. **Conclusion:** Standardizing nutritional discharge serves as a bridge to ensure continuity of care. The intervention optimizes survivor recovery and provides tangible indicators of care quality.

Keywords: Transitional care; Nutrition Therapy, Patient Discharge; Critical Illness; Post-Intensive Syndrome.

INTRODUÇÃO

A medicina intensiva transformou o prognóstico de condições antes invariavelmente fatais (VINCENT; MARSHALL, 2020). Vidas são salvas diariamente através de intervenções tecnológicas complexas, ventilação mecânica avançada e suporte hemodinâmico de precisão (ALHAZZANI et al., 2017). Essa conquista inegável, porém, revelou um novo e intrincado desafio para as equipes de saúde. Sobreviver à fase aguda da doença não significa, nem de longe, retornar à normalidade prévia (HERRIDGE et al., 2011). O paciente que deixa a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) carrega as marcas profundas de um intenso estresse metabólico, inflamação sistêmica descontrolada e imobilidade prolongada (SINGER et al., 2019). Esse conjunto de agressões biológicas culmina na Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS), uma condição debilitante que aprisiona o indivíduo em um ciclo de fraqueza muscular adquirida, disfunção cognitiva e sofrimento psicológico (NEEDHAM et al., 2012).

A PICS afeta entre 25% a 50% dos adultos que sobrevivem à internação em UTI (MOISEY et al., 2018). As manifestações incluem comprometimento físico, comprometimento cognitivo e comprometimento psicológico (HISER et al., 2023). Durante a internação crítica, o organismo entra em um estado de sobrevivência que prioriza órgãos vitais em detrimento da musculatura esquelética (SINGER et al., 2019). O catabolismo severo consome rapidamente a massa magra, utilizando os aminoácidos musculares como substrato para a resposta inflamatória e cicatrização (HSU et al., 2021). O aumento da degradação proteica muscular, mais do que a diminuição da síntese, é o mecanismo principal da perda muscular (VAN GASSEL et al., 2020). Segundo Puthuchery et al. (2013), pacientes críticos perdem cerca de 2% de sua massa muscular esquelética por dia apenas na primeira semana de UTI. Essa degradação acelerada pode resultar em perda de até 20% da massa muscular durante a internação (SINGER, 2020).

Essa degradação acelerada não cessa magicamente no momento da alta do setor (HERRIDGE et al., 2011). O indivíduo sobrevive ao evento crítico, mas herda uma profunda dívida metabólica que compromete sua autonomia, sua capacidade de realizar atividades básicas e sua qualidade de vida global (MOISEY et al., 2018). Estudos demonstram que até 75% dos sobreviventes apresentam fraqueza muscular persistente meses ou mesmo anos após o evento agudo (HERRIDGE et al., 2011). Deficiências funcionais são comuns em sobreviventes de UTI e podem afetar sua capacidade de viver independentemente (MESINA et al., 2024).

A transição de cuidados expõe as maiores fragilidades do nosso sistema de saúde (ROSA et al., 2016). O momento da alta da UTI, que deveria representar um alívio para a família e uma vitória para a equipe, frequentemente se transforma em um período de perigosa ruptura assistencial (NIVEN et al., 2014). A adequação nutricional, tão vigiada no ambiente de terapia intensiva, perde o protagonismo quando o paciente é transferido para a enfermaria (SLINGERLAND-BOOT et al., 2025). Na prática diária dos hospitais, observamos a entrega burocrática de prescrições dietéticas genéricas e a transferência abrupta de responsabilidades para familiares exaustos e despreparados (ROSA et al., 2016). Pessoas sem qualquer letramento em saúde são repentinamente encarregadas de manejar vias de alimentação complexas, como sondas nasoenterais ou gastrostomias, no ambiente domiciliar (NIVEN et al., 2014).

Essa descontinuidade no cuidado retarda a reabilitação física e empurra o paciente de volta para a porta do pronto-socorro (NIVEN et al., 2014). A nutrição precisa deixar de ser vista como um mero suporte fisiológico de fase aguda (VAN ZANTEN et al., 2019). Ela atua como o verdadeiro alicerce da recuperação em longo prazo (MOISEY et al., 2022). O paciente necessita de energia e proteína não apenas para manter suas funções basais, mas para reconstruir a musculatura perdida, cicatrizar tecidos e recuperar sua funcionalidade motora (SINGER et al., 2019). A transição da nutrição enteral para a oral, por exemplo, costuma ser acompanhada de uma queda abrupta e perigosa na ingestão calórica e proteica (SLINGERLAND-BOOT et al., 2025). Conforme demonstrado por Slingerland-Boot et al. (2025), dados recentes indicam reduções de mais de 20% na adequação energética no exato primeiro dia após a retirada da sonda de alimentação. Estudos mostram que após a alta da UTI, pacientes consomem menos de 50% de suas necessidades nutricionais apenas por via oral (SLINGERLAND-BOOT et al., 2025).

O abismo assistencial na transição da UTI para a enfermaria e, posteriormente, para o domicílio, exige uma resposta estruturada (ROSA et al., 2016). Propomos a estruturação de um protocolo de alta hospitalar focado exclusivamente na jornada nutricional de pacientes críticos. A ferramenta busca organizar condutas multidisciplinares, garantir a entrega efetiva de calorias e proteínas durante a fase de reabilitação e, em última análise, melhorar os desfechos clínicos após a alta (VAN ZANTEN et al., 2019).

METODOLOGIA

O desenho deste trabalho caracteriza-se como um estudo metodológico de natureza aplicada. O esforço central concentrou-se na construção de um instrumento de tecnologia em saúde, materializado em um protocolo assistencial e um fluxograma de decisão clínica para a transição de cuidados nutricionais. Estruturamos o desenvolvimento do projeto em duas fases operacionais distintas: o levantamento teórico aprofundado e a modelagem prática do instrumento.

O embasamento científico derivou de uma revisão integrativa da literatura conduzida com rigor metodológico nas bases de dados PubMed/MEDLINE, LILACS e SciELO. A estratégia de busca cruzou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e o Medical Subject Headings (MeSH) utilizando os termos "Alta Hospitalar", "Cuidados Críticos", "Terapia Nutricional", "Transição de Cuidados" e "Síndrome Pós-Cuidados Intensivos". O foco primário recaiu sobre as diretrizes oficiais mais recentes publicadas pelas principais sociedades de nutrição clínica mundiais, incluindo a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN), a European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) e a American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) (SINGER et al., 2019). Delimitamos a

janela temporal da busca aos últimos dez anos para capturar as mudanças de paradigma no tratamento da PICS (NEEDHAM et al., 2012).

A pesquisa inicial nas bases de dados retornou 142 artigos potencialmente elegíveis. A primeira etapa de filtragem consistiu na remoção de duplicatas e na triagem cega por título e resumo, o que permitiu selecionar 45 textos para leitura na íntegra. Aplicamos critérios de exclusão rigorosos: descartamos estudos com populações pediátricas, relatos de caso isolados, artigos de opinião sem revisão por pares e publicações que focavam exclusivamente na fase aguda da internação, ignorando o período de transição ou o acompanhamento pós-alta. A amostra final que sustentou a construção do protocolo englobou 18 artigos originais de alto impacto e 3 diretrizes societárias internacionais.

Após a extração meticulosa dos dados, iniciamos o processo de síntese. O desafio não era apenas compilar informações, mas traduzir recomendações teóricas densas em etapas operacionais claras e algoritmos de decisão perfeitamente aplicáveis à beira do leito, considerando a realidade de hospitais públicos e privados de alta complexidade (VAN ZANTEN et al., 2019).

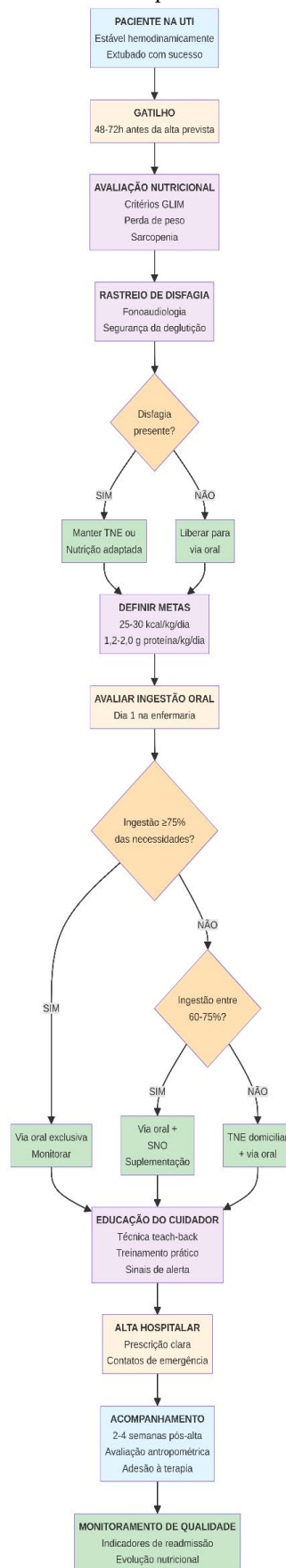
RESULTADOS E DISCUSSÃO

O cruzamento sistemático dos dados da literatura com as demandas reais da prática hospitalar resultou na elaboração de um protocolo estruturado em seis etapas sequenciais. A intervenção foi desenhada com uma visão longitudinal: ela inicia no ambiente controlado da terapia intensiva, acompanha o paciente na enfermaria e estende-se até o monitoramento ambulatorial (VAN ZANTEN et al., 2019).

3.1 Fluxograma de Transição Nutricional

O fluxograma abaixo apresenta o caminho clínico do paciente desde o momento em que atinge estabilidade hemodinâmica na UTI até o acompanhamento pós-alta. Cada ponto de decisão (representado em losango) marca um momento crítico onde a equipe deve avaliar se o paciente segue para a próxima etapa ou se requer intervenção adicional (ROSA et al., 2016).

Figura 1: Fluxograma de decisão clínica para transição nutricional de pacientes críticos. O protocolo inicia com a identificação do gatilho (estabilidade hemodinâmica 48-72h antes da alta) e segue através de avaliações de disfagia, ingestão oral e adequação de via alimentar, culminando no acompanhamento ambulatorial e monitoramento de qualidade.



Fonte: Elaborado pelos autores 2026

3.2 Detalhamento das Etapas Operacionais

O planejamento nutricional da alta não pode esperar o dia em que o médico assina o formulário de liberação (ROSA et al., 2016). A intervenção deve começar entre 48 e 72 horas antes da transferência prevista da UTI, condicionada à estabilidade hemodinâmica do paciente e à resolução do choque inicial (SINGER et al., 2019). Antecipar esse preparo permite que a equipe multidisciplinar identifique barreiras anatômicas ou sociais e inicie o treinamento familiar sem a pressão caótica característica das manhãs de alta hospitalar (ROSA et al., 2016). O gatilho para acionar o protocolo é a extubação bem-sucedida associada ao desmame de drogas vasoativas (SINGER et al., 2019).

A perda de peso e a sarcopenia adquirida na UTI precisam ser documentadas de forma objetiva, fugindo das avaliações visuais subjetivas que subestimam a gravidade do quadro (PUTHUCHEARY et al., 2013). Recomendamos fortemente a aplicação de ferramentas validadas globalmente, como os critérios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) (CEDERHOLM et al., 2019). Conforme indicado por Cederholm et al. (2019), essa ferramenta exige a combinação de indicadores fenotípicos, como perda de peso não intencional e redução de massa muscular, com indicadores etiológicos, como a redução da ingestão alimentar ou a presença de inflamação sistêmica, para fechar o diagnóstico de desnutrição. A avaliação conjunta com a equipe de fonoaudiologia torna-se um passo inegociável (SINGER et al., 2019). O rastreamento de disfagia pós-extubação identifica um obstáculo silencioso, porém frequente, para a realimentação oral segura (SINGER et al., 2019). Ignorar a mecânica da deglutição neste estágio condena o paciente à broncoaspiração ou à subnutrição crônica (SINGER et al., 2019).

O paradigma metabólico muda drasticamente quando o paciente sobrevive à fase aguda (SINGER et al., 2019). O foco sai da simples manutenção e passa para a reconstrução tecidual agressiva (VAN ZANTEN et al., 2019). Segundo Singer et al. (2019), as diretrizes da ESPEN reforçam que a preservação e a recuperação da massa muscular exigem um aporte nutricional muito mais robusto do que o praticado convencionalmente nas enfermarias. O protocolo estabelece uma meta energética ambiciosa de 25 a 30 kcal/kg/dia (SINGER et al., 2019). O aporte proteico, verdadeiro motor da recuperação da sarcopenia, deve ser agressivo, variando de 1,2 a 1,5 g/kg/dia (SINGER et al., 2019). Existe a possibilidade real de atingir até 2,0 g/kg/dia quando o paciente estiver ativamente engajado em programas de fisioterapia motora (SINGER et al., 2019). A função renal deve balizar a prescrição, acompanhada por exames laboratoriais, mas o medo infundado de sobrecarga renal não pode impedir a oferta proteica adequada sem uma justificativa clínica clara e documentada (SINGER et al., 2019).

A transição da nutrição por sonda para a via oral exige extrema cautela e monitoramento diário (SLINGERLAND-BOOT et al., 2025). Dados contundentes do estudo PROSPECT-1 mostram que pacientes que dependem exclusivamente de alimentação oral após a alta da UTI apresentam as menores taxas de adequação nutricional de todo o hospital (SLINGERLAND-BOOT et al., 2025). A via oral exclusiva só recebe indicação segura quando o paciente consegue ingerir voluntariamente e sem engasgos mais de 75% de suas necessidades diárias calculadas (SLINGERLAND-BOOT et al., 2025). Ingestões que flutuam na zona de perigo entre 60% e 75% exigem a prescrição imediata de Suplementação Nutricional Oral (SNO) (SINGER et al., 2019). A equipe não deve esperar o paciente perder mais peso na enfermaria para intervir (VAN ZANTEN et al., 2019). Se o consumo oral permanecer teimosamente abaixo de 60%, a Terapia Nutricional Enteral (TNE) domiciliar deve ser mantida ou instituída, garantindo uma rede de segurança calórica (SINGER et al., 2019).

Entregar um papel impresso com orientações genéricas não configura educação em saúde (ROSA et al., 2016). O protocolo incorpora obrigatoriamente a técnica de teach-back (ROSA et al., 2016). Neste modelo, o profissional explica o procedimento de forma acessível e, em seguida, pede que o paciente ou cuidador demonstre na prática o que entendeu (ROSA et al., 2016). O treinamento abrange a higienização rigorosa dos frascos, o preparo exato da dieta, a administração em horários fracionados e, principalmente, o reconhecimento de sinais de alerta clínico, como distensão abdominal severa e risco iminente de broncoaspiração (SINGER et al., 2019). Essa capacitação prática transforma o familiar, antes um espectador passivo e assustado, em um verdadeiro agente de cuidado domiciliar (ROSA et al., 2016).

O ciclo de transição apenas se fecha com o agendamento prévio do retorno ambulatorial, previsto para ocorrer impreterivelmente entre 2 a 4 semanas após a alta hospitalar (VAN ZANTEN et al., 2019). A consulta de revisão avalia a adesão real à terapia prescrita, a evolução das medidas antropométricas e a recuperação da força muscular (VAN ZANTEN et al., 2019). Os dados coletados nesta etapa alimentam o sistema de gestão do hospital com indicadores de qualidade tangíveis (ROSA et al., 2016). Isso permite que a administração cruze as informações de adequação nutricional na alta com as taxas de readmissão em 30 dias, comprovando financeiramente o valor da intervenção nutricional (NIVEN et al., 2014).

3.3 Tabela Detalhada do Protocolo

A tabela abaixo apresenta cada etapa do protocolo com especificação de momento, responsáveis, ações, critérios de sucesso e documentação necessária:

Tabela 1: Protocolo de transição nutricional com especificação de etapas, responsáveis, ações e documentação. Cada linha representa um momento crítico no caminho do paciente desde a UTI até o acompanhamento ambulatorial.

Etapa	Momento	Responsáveis	Ações Principais	Crítérios de Sucesso	Documentação
1. Gatilho para Planejamento	48-72h antes da alta prevista	Médico + Enfermagem	Identificar estabilidade hemodinâmica; acionar protocolo de transição	Paciente hemodinamicamente estável; extubado com sucesso	Anotação em prontuário: "Protocolo de transição iniciado em [data/hora]"
2. Avaliação Nutricional	Dia 1 do protocolo	Nutricionista	Aplicar critérios GLIM; documentar perda de peso; calcular massa magra	Diagnóstico de desnutrição definido; peso atual vs. peso pré-internação registrado	Avaliação nutricional completa anexada ao prontuário
3. Rastreio de Disfagia	Dia 1 do protocolo	Fonoaudiologia	Avaliar segurança da deglutição; testar consistências; identificar risco de broncoaspiração	Parecer fonoaudiológico documentado; liberação ou restrição de via oral definida	Relatório de avaliação fonoaudiológica no prontuário
4. Definição de Metas	Dia 1-2 do protocolo	Nutricionista + Médico	Prescrever 25-30 kcal/kg/dia; definir aporte proteico (1,2-2,0 g/kg/dia); considerar função renal	Prescrição nutricional clara e viável; metas documentadas	Prescrição nutricional assinada e datada

5. Avaliação de Ingestão Oral	Diariamente na enfermaria	Enfermagem + Nutrição	Monitorar consumo real vs. prescrito; registrar tolerância; avaliar sinais de intolerância	Percentual de ingestão calculado diariamente; decisão sobre via alimentar tomada	Planilha de ingestão diária; evolução nutricional no prontuário
6. Adequação da Via Alimentar	Conforme ingestão oral	Nutricionista + Médico	Se $\geq 75\%$: via oral exclusiva; se 60-75%: adicionar SNO; se $< 60\%$: manter TNE	Via alimentar definida e prescrita; paciente tolerando	Prescrição de SNO ou TNE domiciliar; orientação ao paciente/cuidador
7. Educação do Cuidador	2-3 dias antes da alta	Enfermagem + Nutrição	Treinar técnica de administração; higienização; preparo da dieta; reconhecimento de sinais de alerta	Cuidador demonstra segurança na prática; compreende sinais de alerta	Registro de treinamento: "Cuidador treinado e demonstrou compreensão em [data]"
8. Preparação para Alta	Dia da alta	Equipe multidisciplinar	Confirmar prescrições; entregar receitas/orientações; agendar retorno ambulatorial	Paciente sai com prescrição clara; retorno agendado; contatos de emergência fornecidos	Alta com prescrição nutricional anexada; comprovante de agendamento de retorno
9. Acompanhamento Pós-Alta	2-4 semanas após alta	Nutricionista ambulatorial	Avaliar peso; tolerância à dieta; adesão às orientações; reavaliação de necessidades	Peso estável ou em ganho; paciente/cuidador relatam boa tolerância	Consulta ambulatorial registrada; evolução nutricional documentada
10. Monitoramento de Qualidade	Mensal	Gestor + Nutricionista	Auditar prontuários; calcular taxa de adequação proteica na alta; correlacionar com readmissão em 30 dias	Indicadores de qualidade coletados; dados cruzados com readmissão	Relatório mensal de qualidade; análise de tendências

Fonte: Elaborado pelos autores 2026

3.4 Desafios na Implementação

A implementação empírica deste protocolo, no entanto, esbarra de frente com barreiras sistêmicas e socioeconômicas profundas (ROSA et al., 2016). O cenário do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde suplementar impõe desafios financeiros significativos para a continuidade do tratamento (NIVEN et al., 2014). O alto custo de suplementos hiperproteicos e fórmulas enterais industrializadas induz muitas famílias de baixa renda para o uso improvisado de dietas artesanais (ROSA et al., 2016). Atingir a densidade calórica e proteica necessária para reverter a PICS utilizando apenas alimentos convencionais liquidificados, sem

entupir a sonda, beira o impossível na prática domiciliar cotidiana (SINGER et al., 2019).

O baixo letramento em saúde é outro gargalo operacional crítico (ROSA et al., 2016). Ensinar o manejo seguro de uma sonda nasointestinal para indivíduos leigos, muitas vezes idosos cuidando de outros idosos, exige tempo, paciência e didática refinada (ROSA et al., 2016). A dinâmica acelerada das altas hospitalares, quase sempre concentradas de forma caótica nos turnos matutinos, pressiona a equipe multidisciplinar a abreviar orientações (ROSA et al., 2016). O alinhamento rigoroso e a comunicação fluida entre médicos, enfermeiros e nutricionistas representam a única forma de garantir que o paciente não deixe as dependências do hospital sem o treinamento técnico e emocional adequado para sua nova realidade (ROSA et al., 2016).

CONCLUSÃO

A transferência do paciente crítico para fora da UTI não encerra sua jornada de cura; pelo contrário, inaugura a fase mais árdua da reabilitação (HERRIDGE et al., 2011). A grave depleção muscular sofrida durante os dias de imobilidade e inflamação exige um plano de recuperação estruturado, contínuo e individualizado (SINGER et al., 2019). Interromper abruptamente o suporte nutricional no exato momento da transferência de setor significa desperdiçar todo o massivo esforço tecnológico, financeiro e humano investido para salvar aquela vida na fase aguda da doença (VAN ZANTEN et al., 2019).

O protocolo delineado traduz evidências científicas robustas em um fluxo de trabalho perfeitamente aplicável à realidade das enfermarias (VAN ZANTEN et al., 2019). Assumir a responsabilidade pela transição alimentar, definir metas proteicas claras para a reconstrução muscular e priorizar o treinamento prático do cuidador preenchem uma lacuna histórica e negligenciada na assistência hospitalar (ROSA et al., 2016). Padronizar a alta nutricional reduz drasticamente o risco de desnutrição tardia, diminui as chances de o paciente retornar ao pronto-socorro semanas depois e devolve a autonomia física ao sobrevivente (NIVEN et al., 2014). Sistematizar esse processo pavimentará o caminho para a aplicação inteligente de análise de dados em saúde, conectando definitivamente o estado nutricional no momento da alta aos desfechos clínicos e à qualidade de vida em longo prazo (MOISEY et al., 2022).

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

ALHAZZANI, W.; MØLLER, M. H.; ARABI, Y. M.; LOEB, M.; GONG, M. N.; FAN, E.; OCZKOWSKI, S.; LEVY, M. M.; DERDE, L.; DZIERBA, A.; DU, B.; ABOODI, M.; WUNSCH, H.; CECCONI, M.; KOH, Y.; CHERTOW, D. S.; MAITLAND, K.; ALSHAMSI, F.; BELLEY-COTE, E.; GRECO, M.; LAUNDY, M.; MORGAN, J. S.; KESECIOGLU, J.; MCGINTY, M.; MERMEL, L.; MAMMEN, M. J.; ALEXANDER, P. E.; ARRINGTON, A.; CENTOFANTI, J. C.; CITERIO, G.; BAW, B.; MEMISH, Z. A.; FOWLER, R. A. Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019. **Critical Care Medicine**, v. 48, n. 6, p. e440-e469, 2020. DOI: 10.1097/CCM.0000000000004363.

CEDERHOLM, T.; JENSEN, G. L.; CORREIA, M. I. T. D.; GONZALEZ, M. C.; FUKUSHIMA, R.;

HIGASHIGUCHI, T.; BAPTISTA, G.; BARAZZONI, R.; BLAAUW, R.; COATS, A.; CRIVELLI, A.; EVANS, D. C.; GRAMLICH, L.; FUCHS-TARLOVSKY, V.; KELLER, H.; LLIDO, L.; MALONE, A.; MOGENSEN, K. M.; MORLEY, J. E.; RADRIZZANI, D.; SCHOLS, A.; FORMAN, J. T.; UKLEJA, A.; WAITZBERG, D.; GLIM CORE LEADERSHIP COMMITTEE. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 1, p. 1-9, 2019. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.11.005.

HERRIDGE, M. S.; TANSEY, C. M.; MATTÉ, A.; TOMLINSON, G.; DIAZ-GRANADOS, N.; COOPER, A.; GUEST, C. B.; MAZER, C. D.; MEHTA, S.; STEWART, T. E.; KUDLOW, P.; COOK, D.; SLUTSKY, A. S.; CHEUNG, A. M. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. **New England Journal of Medicine**, v. 364, n. 12, p. 1293-1304, 2011. DOI: 10.1056/NEJMoa1011802.

HISER, S. L.; FATIMA, A.; ALI, M.; NEEDHAM, D. M. Post-intensive care syndrome: recent updates. **Journal of Intensive Care**, v. 11, p. 670-687, 2023. DOI: 10.1186/s40560-023-00670-7.

HSU, C. C.; CHANG, C. H.; LIN, C. H.; CHANG, Y. C.; CHEN, C. M. Metabolism of Proteins and Amino Acids in Critical Illness. **Nutrients**, v. 10, n. 12, p. 1761, 2021. DOI: 10.3390/nu10121761.

MESINA, R. S. JR.; SANTOS, A. C.; OLIVEIRA, M. S.; SILVA, R. A.; COSTA, M. F. Long-term functional disabilities in intensive care unit survivors: A prospective cohort study. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 59, p. 102-110, 2024. DOI: 10.1016/j.clnesp.2023.11.010.

MOISEY, L. L.; MERRIWEATHER, J. L.; DROVER, J. W. The role of nutrition rehabilitation in the recovery of survivors of critical illness: underrecognized and underappreciated. **Critical Care**, v. 26, p. 143, 2022. DOI: 10.1186/s13054-022-04143-5.

MOISEY, L. L.; MOURTZAKIS, M.; COTTON, B. A.; PREMKUMAR, A.; HEYLAND, D. K.; BERGLUND, L. J.; WISCHMEYER, P. E. Skeletal muscle predicts ventilator-free days, ICU-free days, and mortality in critically ill patients. **Critical Care**, v. 22, n. 1, p. 11, 2018. DOI: 10.1186/s13054-017-1923-7.

NEEDHAM, D. M.; DAVIDSON, S. B.; COHEN, A.; HOPKINS, R. O.; WEINERT, C.; WUNSCH, H.; ZAWISTOWSKI, C.; BEMIS-DOUGHERTY, A.; BERNEY, S. C.; SCHUL, T.; HOPKINS, J. D. 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. DOI: 10.1097/CCM.0b013e318232da75.

NIVEN, D. J.; BASTOS, J. F.; STELFOX, H. T. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from an ICU: a systematic review and meta-analysis. **Critical Care Medicine**, v. 42, n. 1, p. 179-187, 2014. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182a27909.

PUTHUCHEARY, Z. A.; RAWAL, J.; MCPHAIL, M.; CONNOLLY, B.; RATNAYAKE, G.; CHAN, P.; HOPKINSON, N. S.; PHADKE, R.; DEW, T.; SIDHU, P. S.; VELLOSO, C.; SEYMOUR, J.; AGLEY, C. C.; SELBY, A.; LIMB, M.; EDWARDS, L. M.; SMITH, K.; ROWLERSON, A.; RENNIE, M. J.; MOXHAM, J.; HARRIDGE, P. R.; HART, N.; MONTGOMERY, H. E. Acute skeletal muscle wasting in critical illness. **JAMA**, v. 310, n. 15, p. 1591-1600, 2013. DOI: 10.1001/jama.2013.278481.

ROSA, R. G.; MACCARI, J. G.; CREMONESE, R. V.; OLIVEIRA, R. P.; FONSECA, M. C.; TEIXEIRA, C.; FALAVIGNA, M.; ROBINSON, C. C.; TEIXEIRA, P. J. The impact of critical care

transition programs on outcomes after intensive care unit (ICU) discharge: can we get there from here?

Journal of Critical Care, v. 31, n. 1, p. 10-19, 2016. DOI: 10.1016/j.jcrc.2015.10.024.

SINGER, P.; BLASER, A. R.; BERGER, M. M.; ALHAZZANI, W.; CALDER, P. C.; CASAER, M. P.; HIESMAYR, M.; MAYER, K.; MONTEJO, J. C.; PICHARD, C.; PREISER, J. C.; VAN ZANTEN, A. R. H.; OCZKOWSKI, S.; SZCZEKLIK, W.; BISCHOFF, S. C. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 1, p. 48-79, 2019. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.037.

SINGER, P. Protein metabolism and requirements in the ICU. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 40, p. 45-52, 2020. DOI: 10.1016/j.clnesp.2020.09.006.

SLINGERLAND-BOOT, R.; VAN ZANTEN, A. R. H.; DE VAN DER SCHUEREN, M. A. E. Transition from Enteral to Oral Nutrition in Intensive Care and Post Intensive Care Patients: A Scoping Review. **Nutrients**, v. 17, n. 11, p. 1780, 2025. DOI: 10.3390/nu17111780.

VAN GASSEL, R. J. J.; BAGGERMAN, M. R.; BONGERS, B. C.; DEJONG, C. H. C.; POEZE, M. Metabolic aspects of muscle wasting during critical illness. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, v. 23, n. 2, p. 96-105, 2020. DOI: 10.1097/MCO.0000000000000645.

VAN ZANTEN, A. R. H.; DE WAELE, E.; WISCHMEYER, P. E. Nutrition therapy and critical illness: practical guidance for the ICU, post-ICU, and long-term convalescence phases. **Critical Care**, v. 23, n. 1, p. 257, 2019. DOI: 10.1186/s13054-019-2657-5.

VINCENT, J. L.; MARSHALL, J. C. Infectious diseases: a global perspective. **Intensive Care Medicine**, v. 46, n. 6, p. 1257-1267, 2020. DOI: 10.1007/s00134-020-06050-1.