

O PAPEL INTEGRADO DO MÉDICO E DO NUTRICIONISTA NO CONTEXTO DA DESNUTRIÇÃO HOSPITALAR

THE INTEGRATED ROLE OF THE DOCTOR AND THE NUTRITIONIST IN THE CONTEXT OF HOSPITAL MALNUTRITION

EL ROL INTEGRADO DEL MÉDICO Y DEL NUTRICIONISTA EN EL CONTEXTO DE LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA

Mário Barone Neto¹
Vinicius Barbosa Parula Fernandes²
Ynara Caroline de Abreu Furquim³
Ciro Gadelha Queiroga⁴
Marcos Henrique Nunes da Silva⁵
Raíssa Arielle Barros Reis⁶

RESUMO: A desnutrição hospitalar é uma comorbidade subestimada, que afeta a morbimortalidade e aumenta os custos de saúde. Sua etiologia é multifatorial, exigindo uma abordagem integrada. A prevenção começa com a triagem nutricional precoce, usando ferramentas como a NRS-2002, para identificar pacientes em risco. O diagnóstico requer a sinergia entre médico e nutricionista, combinando parâmetros antropométricos e clínicos. O tratamento é individualizado, com o nutricionista prescrevendo a dieta e o médico garantindo a via de acesso (enteral ou parenteral). A monitorização contínua é crucial para ajustar a terapia e manejar complicações. A colaboração se estende à alta hospitalar, garantindo a continuidade do cuidado. Em essência, a integração do médico e do nutricionista é vital para reverter a desnutrição, otimizar o prognóstico e melhorar a qualidade do cuidado.

3236

Palavras-chave: Desnutrição. Equipe de Assistência ao Paciente. Terapêutica.

ABSTRACT: Hospital malnutrition is an underestimated comorbidity that impacts morbidity and mortality and increases healthcare costs. Its etiology is multifactorial, requiring an integrated approach. Prevention begins with early nutritional screening, using tools such as the NRS-2002, to identify patients at risk. Diagnosis requires synergy between a physician and a nutritionist, combining anthropometric and clinical parameters. Treatment is individualized, with the nutritionist prescribing the diet and the physician ensuring the appropriate access route (enteral or parenteral). Continuous monitoring is crucial for adjusting therapy and managing complications. Collaboration extends to hospital discharge, ensuring continuity of care. In essence, the integration of physician and nutritionist is vital to reverse malnutrition, optimize prognosis, and improve the quality of care.

Keywords: Malnutrition. Patient Care Team. Therapeutics.

¹Nutricionista pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e Pós-graduado em Nutrição Hospitalar pelo Albert Einstein Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa.

²Acadêmico de Medicina pela Faculdade Atenas.

³Médica pelo Centro Universitário IMEPAC.

⁴Médico pelo Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes - Fortaleza / Ce.

⁵Médico pela Faculdade Atenas.

⁶Médica pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UniBH).

RESUMEN: La desnutrición hospitalaria es una comorbilidad subestimada que impacta la morbilidad y la mortalidad, e incrementa los costos de la atención médica. Su etiología es multifactorial y requiere un enfoque integral. La prevención comienza con el cribado nutricional temprano, utilizando herramientas como la NRS-2002, para identificar a los pacientes en riesgo. El diagnóstico requiere la sinergia entre un médico y un nutricionista, combinando parámetros antropométricos y clínicos. El tratamiento es individualizado: el nutricionista prescribe la dieta y el médico asegura la vía de acceso adecuada (enteral o parenteral). La monitorización continua es crucial para ajustar la terapia y manejar las complicaciones. La colaboración se extiende hasta el alta hospitalaria, asegurando la continuidad de la atención. En esencia, la integración del médico y el nutricionista es vital para revertir la desnutrición, optimizar el pronóstico y mejorar la calidad de la atención.

Palabras clave: Desnutrición. Grupo de Atención al Paciente. Terapéutica.

1 INTRODUÇÃO

A desnutrição hospitalar, um quadro clinicamente relevante e frequentemente subestimado, representa uma das mais significativas comorbidades em pacientes internados, impactando adversamente o prognóstico, a morbimortalidade e os custos do sistema de saúde. A sua prevalência, que varia consideravelmente entre diferentes populações e contextos clínicos, atinge taxas alarmantes em hospitais gerais, especialmente em unidades de terapia intensiva (UTIs) e em pacientes oncológicos, geriátricos ou com doenças crônicas. Esta condição não é apenas uma consequência da doença de base, mas um fator que agrava a resposta inflamatória sistêmica, compromete a função imunológica e muscular, e prolonga o tempo de internação.

3237

A etiologia é multifatorial, englobando desde a ingestão alimentar inadequada – seja por anorexia, disfagia ou náuseas – até o hipermetabolismo e hipercatabolismo induzidos pela resposta ao estresse da doença. A abordagem eficaz da desnutrição hospitalar exige uma sinergia ininterrupta entre o médico e o nutricionista, estabelecendo um modelo de cuidado integrado que se inicia na triagem e se estende por todo o tratamento.

Tendo em vista a grande importância do tema para o contexto de saúde como um todo, o presente artigo possui como objetivo principal fornecer uma revisão do papel integrado do médico e do nutricionista na prevenção, diagnóstico e tratamento da desnutrição hospitalar, mostrando a importância da comunicação interdisciplinar.

2 MÉTODOS

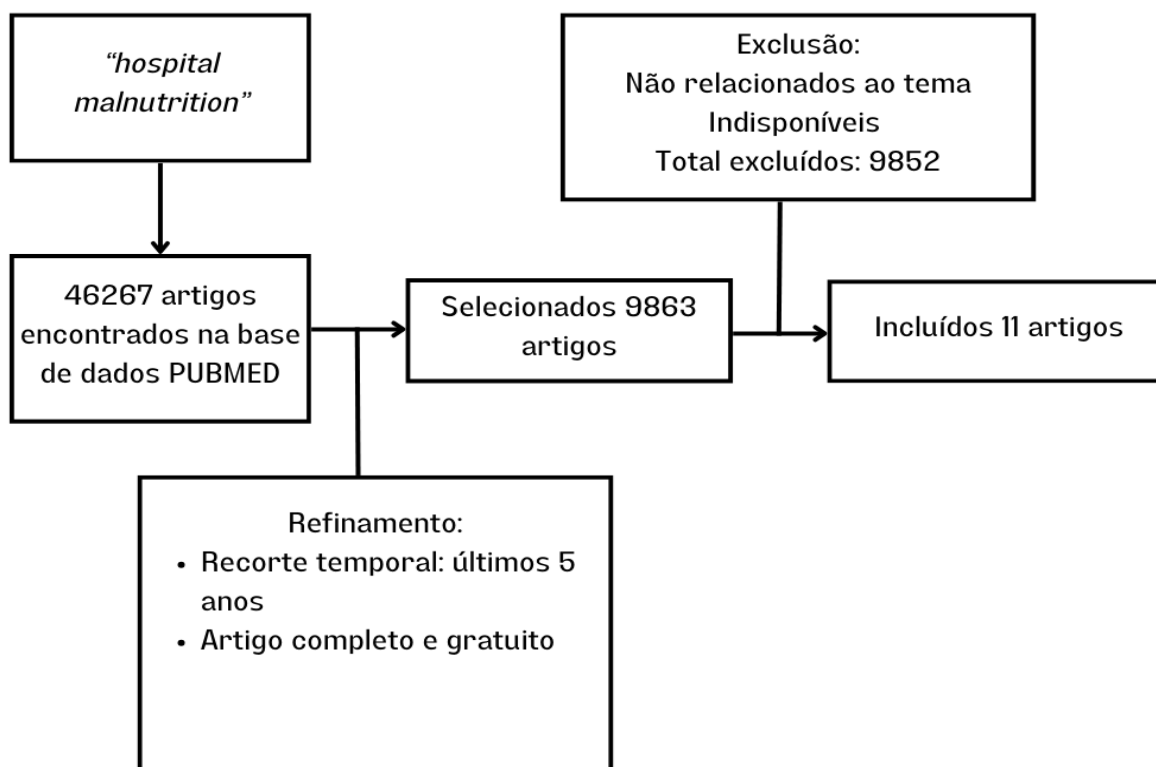
Trata-se de uma revisão narrativa de literatura que utilizou artigos publicados de forma integral e gratuita na base de dados U.S. *National Library of Medicine* (PUBMED). Deu-se

preferência para a bibliografia publicada nas línguas inglesa, portuguesa, espanhola e francesa. O unitermo utilizado para a busca foi: “*hospital malnutrition*”, presente nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Visando uma abordagem mais atual acerca do objetivo almejado, um recorte temporal foi incorporado à filtragem, que incluiu pesquisas publicadas nos últimos cinco anos. No entanto, livros referência da medicina também foram consultados no intuito de melhor conceituar os termos aqui utilizados, trazendo maior assertividade e confiabilidade à pesquisa.

Nos meses de julho e agosto de 2025, os autores deste trabalho se dedicaram a uma busca minuciosa pelos estudos elegíveis dentre aqueles encontrados. A seleção incluiu a leitura dos títulos dos trabalhos, excluindo aqueles cujo tema não era convergente com o aqui abordado. Posteriormente, realizou-se a leitura integral dos estudos e apenas 11 dos 9863 artigos encontrados foram utilizados aqui de alguma forma. As etapas citadas foram descritas na figura a seguir (**Figura 1**):

Figura 1 - Artigos encontrados na PUBMED: metodologia utilizada



Fonte: De autoria própria, 2025.

Ademais, vale ressaltar que esta pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), tendo em vista que não aborda e nem realiza pesquisas clínicas em seres humanos e animais. Por conseguinte, asseguram-se os preceitos dos aspectos de direitos autorais dos autores vigentes previstos na lei (BRASIL, 2013).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O primeiro passo para mitigar o problema reside na prevenção. A triagem nutricional universal e precoce, realizada nas primeiras 24 a 48 horas da admissão, é um pilar fundamental. Ferramentas de rastreamento validadas, como a NRS-2002 (Nutritional Risk Screening 2002) ou a MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), permitem identificar pacientes em risco nutricional, mesmo que o peso corporal e o índice de massa corporal (IMC) estejam dentro dos parâmetros de normalidade. Essa avaliação inicial, conduzida por enfermeiros ou nutricionistas, aciona um alerta para a equipe médica.

O médico, por sua vez, deve considerar o risco nutricional como um sinal vital adicional, integrando-o ao exame físico e à anamnese. A história clínica deve explorar a perda ponderal involuntária recente, alterações no apetite, dificuldades na deglutição (disfagia), e a presença de comorbidades que predisponham à desnutrição, como síndromes de má-absorção, insuficiência renal ou cirrose hepática. A ausência de uma abordagem proativa na fase de triagem inviabiliza as etapas subsequentes, permitindo que a desnutrição se instale ou se agrave.

3239

Após a identificação do risco, o diagnóstico da desnutrição requer uma avaliação nutricional completa, uma responsabilidade compartilhada que exige a expertise de ambos os profissionais. O nutricionista, utilizando parâmetros antropométricos, como pregas cutâneas e circunferências musculares, e exames bioquímicos, como albumina e pré-albumina séricas – embora estes últimos sejam mais marcadores de resposta inflamatória do que de estado nutricional –, constrói o perfil nutricional detalhado do paciente. A avaliação da composição corporal por métodos como a bioimpedância elétrica (BIA) ou, em centros de referência, a absorciometria de raios-x de dupla energia (DEXA), oferece uma visão mais precisa da massa magra e da gordura corporal.

Paralelamente, o médico complementa essa avaliação com a análise do contexto clínico geral. A distinção entre a desnutrição primária (por ingestão deficiente) e a desnutrição secundária (associada a hipercatabolismo e inflamação) é crucial para a definição da terapia. A desnutrição sarcopênica, caracterizada pela perda de massa muscular e força, é um diagnóstico de crescente importância, especialmente na população idosa, e deve ser ativamente pesquisada. A colaboração no diagnóstico se manifesta na discussão dos achados, onde o nutricionista

apresenta os dados objetivos e o médico interpreta-os à luz do quadro clínico geral, incluindo a presença de sepse, neoplasias, ou doenças gastrointestinais inflamatórias.

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o tratamento se torna o foco central do trabalho integrado. O plano terapêutico nutricional deve ser individualizado, considerando a doença de base, o grau de desnutrição, a via de acesso digestiva (oral, enteral ou parenteral) e a presença de disfunções orgânicas. O nutricionista é o responsável pela prescrição dietética, calculando as necessidades energéticas e proteicas do paciente e selecionando o tipo de dieta (normal, branda, pastosa, líquida), os suplementos nutricionais orais, ou as fórmulas de nutrição enteral. A prescrição nutricional deve ser revisada e ajustada diariamente, uma tarefa que exige a monitorização contínua.

O médico, por sua vez, deve garantir o acesso à nutrição, seja através da passagem de sondas enterais (nasogástrica, nasoentérica) ou da instalação de cateteres venosos centrais para nutrição parenteral total (NPT). O manejo de complicações relacionadas à nutrição, como a síndrome de realimentação, hiperglicemia, hipertrigliceridemia ou desequilíbrios eletrolíticos, é uma responsabilidade médica, mas que requer a orientação do nutricionista na modificação da composição da fórmula. A comunicação entre ambos é vital para a otimização da terapia. Um exemplo disso é o paciente com insuficiência renal que necessita de uma dieta com restrição de proteínas e eletrólitos, um ajuste que deve ser acordado entre os profissionais para evitar a sobrecarga metabólica.

3240

A implementação da terapia nutricional exige monitorização rigorosa e multidisciplinar. O médico monitora os sinais vitais, a função renal e hepática, e os exames laboratoriais, como glicemia, eletrólitos e triglicerídeos, ajustando as medicações concomitantes para otimizar a tolerância à dieta. O nutricionista, por sua vez, avalia a ingestão real de calorias e proteínas, a presença de náuseas, vômitos, distensão abdominal ou diarreia, e a evolução dos parâmetros nutricionais. A discussão de caso, idealmente em reuniões de equipe ou em visitas conjuntas, permite que os ajustes sejam feitos em tempo real, garantindo a eficácia do plano. O sucesso do tratamento não se mede apenas pela estabilização do peso, mas pela melhora dos parâmetros funcionais, como a força muscular, a cicatrização de feridas e a capacidade de deambulação.

O papel do médico e do nutricionista se estende para além do ambiente hospitalar, englobando o planejamento da alta e a educação do paciente e de seus familiares. A transição do cuidado nutricional para o domicílio é um momento crítico. O nutricionista deve elaborar

um plano alimentar prático e sustentável, ensinando o paciente a se alimentar adequadamente e orientando sobre a utilização de suplementos orais, se necessário. O médico, por sua vez, deve reforçar a importância da nutrição na recuperação pós-hospitalar e coordenar a comunicação com a atenção primária à saúde, garantindo a continuidade do seguimento nutricional. A falta de um plano de alta nutricional adequado pode levar à recidiva da desnutrição, comprometendo a recuperação a longo prazo e aumentando o risco de readmissões hospitalares.

Em suma, a desnutrição hospitalar é uma entidade clínica complexa que demanda uma abordagem integrada e colaborativa. O trabalho conjunto do médico, com seu conhecimento sobre a fisiopatologia das doenças e o manejo clínico, e do nutricionista, com sua expertise em avaliação e terapia nutricional, é a chave para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento eficazes. A criação de protocolos institucionais, a educação continuada de ambos os profissionais e a valorização da equipe multidisciplinar são essenciais para transformar a abordagem da nutrição clínica de uma ação secundária para uma prioridade estratégica.

A desnutrição hospitalar não é apenas uma questão nutricional; é uma questão de segurança e qualidade do paciente. A superação desse desafio requer a integração de saberes, a comunicação transparente e o compromisso inabalável de todos os membros da equipe de saúde em colocar a nutrição no centro do cuidado do paciente internado, garantindo um prognóstico mais favorável e uma recuperação mais completa. A colaboração é a espinha dorsal de um cuidado de excelência, e a sinergia entre o médico e o nutricionista é o exemplo paradigmático desse modelo, demonstrando que, juntos, podem reverter os desfechos negativos associados à desnutrição e construir um sistema de saúde mais robusto e humanizado.

3241

4 CONCLUSÃO

A desnutrição hospitalar, um desafio clínico de magnitude considerável, transcende a mera deficiência nutricional, manifestando-se como um fator que agrava a morbimortalidade e aumenta os custos assistenciais. A superação desse quadro complexo não reside em abordagens isoladas, mas em um modelo de cuidado integrado, onde a colaboração entre o médico e o nutricionista se estabelece como a pedra angular. Essa sinergia profissional é essencial em todas as fases do manejo, desde a triagem precoce na admissão até o planejamento da alta hospitalar.

A atuação conjunta do médico, com sua expertise no diagnóstico e tratamento da doença de base, e do nutricionista, especialista na avaliação e prescrição da terapia nutricional, otimiza

o cuidado do paciente. O médico, ao integrar o estado nutricional como um sinal clínico vital, e o nutricionista, ao fornecer dados objetivos e planos de intervenção detalhados, criam um sistema de vigilância e resposta rápido e eficaz. Essa parceria permite a identificação precoce de pacientes em risco, a implementação de estratégias de suporte nutricional adequadas e o manejo proativo de complicações metabólicas.

Em última análise, o enfrentamento da desnutrição hospitalar exige uma mudança de paradigma. A nutrição clínica deve ser reconhecida como uma prioridade terapêutica, e não como um aspecto secundário do cuidado. A integração dos saberes e a comunicação transparente entre os profissionais são fundamentais para que o paciente receba um cuidado holístico e humanizado. A colaboração entre o médico e o nutricionista é o caminho para reduzir a prevalência da desnutrição, encurtar o tempo de internação, acelerar a recuperação funcional e, por fim, melhorar significativamente os desfechos clínicos. Esse modelo de trabalho não apenas fortalece a equipe de saúde, mas eleva a qualidade da assistência, garantindo que o bem-estar do paciente esteja no centro de todas as decisões.

REFERÊNCIAS

- BELLANTI, F. et al. Malnutrition in Hospitalized Old Patients: Screening and Diagnosis, Clinical Outcomes, and Management. **Nutrients**; 2022, 14(4): 910. 3242
- BERG, G.H. et al. Effects of nursing nutrition interventions on outcomes in malnourished hospital inpatients and nursing home residents: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**; 2021, 117:103888.
- BOAZ, M.; KAUFMAN-SHRIQUI, V. Systematic Review and Meta-Analysis: Malnutrition and In-Hospital Death in Adults Hospitalized with COVID-19. **Nutrients**; 2023, 15(5): 1298.
- BRASIL. **Lei Nº 12.853**. Brasília: 14 de agosto de 2013.
- 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**; 2022, 35(6): 1043-1058.
- INCIONG, J.F.B. et al. Hospital malnutrition in northeast and southeast Asia: A systematic literature review. **Clinical Nutrition ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)**; 2020, 39:30-45.
- INCIONG, J.F.B.; CHAUDHARY, A.; HSU, H.S. et al. Economic burden of hospital malnutrition: A cost-of-illness model. **Clinical Nutrition ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism)**; 2022, 48:342-350.

KAEGI-BRAUN, N. et al. Evaluation of Nutritional Support and In-Hospital Mortality in Patients With Malnutrition. **JAMA Netw Open**; 2021, 4(1): e2033433.

LIMA, V.C.O.; LOSS NETO, P.G.; BECK, B.D. et al. **Nutrição Clínica**. Porto Alegre: SAGAH, 2018. E-book. ISBN 9788595023277. Disponível em: <https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595023277/>. Acesso em: 18 ago. 2025.

MORI, N. 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**; 2023, 42(2): 166-172.

RINNINELLA, E. et al. Hospital Services to Improve Nutritional Intake and Reduce Food Waste: A Systematic Review. **Nutrients**; 2023, 15(2): 310.

SERÓN-ARBELOA, C. et al. Malnutrition Screening and Assessment. **Nutrients**. 2022, 14(12): 2392.

WUNDERLE, C. et al. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. **Clinical Nutrition**; 2023, 42(9): 1545-1568.