



Terapia nutricional no obeso crítico: revisão de Literatura



Nutritional therapy in the critically obese:
literature review

Ana Carolina Prudente dos Reis

Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.¹

Departamento de Nutrição, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil.²

RESUMO: Introdução: A obesidade é uma condição crônica, progressiva e multifatorial, e sua prevalência vem aumentando ao longo dos anos. O número de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) acima do peso apresentou um aumento expressivo. A obesidade implica em uma série de complicações adicionais ao paciente crítico, o que reforça a necessidade de discutir acerca da Terapia Nutricional (TN) adequada para este público. **Objetivo:** Discutir o manejo da TN e as implicações da obesidade no tratamento do paciente crítico. **Material e métodos:** Foi realizada uma análise abrangente e sistematizada, por meio de uma revisão integrativa da literatura. A busca dos materiais ocorreu no período de outubro a janeiro de 2026 nas bases de dados *PubMed*, *Scielo* e *Google Scholar*. Foram incluídas diretrizes, protocolos, artigos originais e revisões publicadas entre 2015 e 2025, em português ou inglês, disponíveis nas plataformas digitais. **Resultados:** A presença da obesidade no paciente crítico implica em desafios para o tratamento. Deve-se considerar as comorbidades, falta de equipamentos, estigmas, ausência de condutas específicas, etc. O suporte nutricional deve ser iniciado, nas primeiras 24 a 48 horas após a internação, sendo a nutrição enteral a via de acesso preferencial seguida pela via parenteral quando houver contra indicações

para utilização do trato gastrointestinal. A calorimetria indireta é considerada padrão ouro para estimar as necessidades energéticas. Quando não for possível, as fórmulas de bolso podem ser utilizadas, sendo a recomendação uma dieta hipocalórica e hiperproteica. Diante desse cenário, é importante avaliar a necessidade de considerar as calorias não nutricionais, advindas de medicamentos ou de diálise, para evitar a sobrealimentação. **Conclusão:** Nessa situação o cuidado nutricional vai além das características da doença crítica. A atuação do nutricionista corrobora com um menor tempo de permanência na UTI e desfechos clínicos favoráveis.

Palavras-chave: Obesidade; Estado Nutricional; Cuidados Críticos; Terapia Nutricional; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT: Introduction: Obesity is a chronic, progressive, and multifactorial condition, and its prevalence has been increasing over the years. The number of overweight patients in Intensive Care Units (ICUs) has shown a significant increase. Obesity is associated with a series of additional complications for critically ill patients, which underscores the need to discuss appropriate Nutritional Therapy (NT) for this population. **Objective:** To discuss the management of NT and the implications of obesity in the treatment of critically ill patients. **Materials and Methods:** A comprehensive and systematic analysis was conducted through an integrative literature review. The material search took place from October to January 2025 in the PubMed, Scielo, and Google Scholar databases. Guidelines, protocols, original articles, and reviews published between 2015 and 2025, in Portuguese or English, and available on digital platforms were included. **Results:** The presence of obesity in critically ill patients poses challenges for treatment. Comorbidities, lack of equipment, stigma, absence of specific protocols, etc., must be taken into account. Nutritional support should be initiated within the first 24 to 48 hours after admission, with enteral nutrition being the preferred route, followed by parenteral nutrition when there are contraindications for using the

gastrointestinal tract. Indirect calorimetry is considered the gold standard for estimating energy needs. When this is not possible, pocket formulas can be used, with the recommendation being a hypocaloric and high-protein diet. In this context, it is important to assess the need to consider non-nutritional calories, coming from medications or dialysis, to avoid overfeeding. **Conclusion:** In this situation, nutritional care goes beyond the characteristics of the critical illness and should be discussed. The role of the nutritionist contributes to a shorter stay in the ICU and favorable clinical outcomes.

Keywords: Obesity; Nutritional Status; Critical Care; Nutritional Therapy; Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

A respeito da obesidade é uma doença crônica, progressiva, com causas multifatoriais associadas principalmente a estilo de vida (sedentarismo, hábitos alimentares inadequados) e também outras condições, como fatores genéticos, hereditários, psicológicos, culturais e étnicos (Pepe et al, 2022). Nesse sentido, o Atlas Mundial da Obesidade, 2025, estimou que até 2030, mais de 2,9 bilhões de adultos provavelmente viverão com IMC alto (IMC de 25 kg/m² ou superior).

Desse modo, considerando a epidemia de obesidade vivenciada atualmente, observa-se um aumento constante da prevalência de indivíduos obesos dentro do ambiente hospitalar, principalmente dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Os pacientes críticos apresentam maior resposta inflamatória sistêmica que pode estar associada com complicações como disfunções orgânicas, tempo de hospitalização prolongada e mortalidade elevada (ASPEN, 2016). O impacto da obesidade entre os pacientes graves pode variar conforme o tipo de doença, a gravidade, bem como as morbidades associadas (NUNES; TOLEDO, 2019).

O paciente crítico é aquele que necessita de cuidados clínicos imediatos e intensivos, sob o risco de perda de massa muscular, atrofia das fibras musculares, levando a maior tempo de internação, uso de suporte ventilatório, desnutrição e aumento da mortalidade hospitalar. A resposta metabólica da doença inclui um catabolismo elevado e o desenvolvimento de resistência à insulina, como um mecanismo adaptativo visando priorizar energia para os tecidos vitais (Preiser et al., 2014).

Nesse sentido, comumente o risco nutricional nos pacientes obesos pode ser negligenciado pela equipe multiprofissional, apesar disso apresentam alto risco nutricional comparados a pacientes eutróficos, uma vez que tem maior proteólise e consumo de massa magra, ocasionando a obesidade sarcopênica (Castro et. al, 2018). Esta condição se apresenta como um desafio não só para a terapia nutricional, mas também para a capacidade de mobilização e de fisioterapia respiratória.

Portanto, levanta-se a necessidade de discutir sobre o tratamento nutricional especificamente para esse público. A esse respeito, é amplamente discutido que o início precoce da Terapia Nutricional Enteral (TNE), em até 48 horas, apresenta benefícios nutricionais e não nutricionais. Dessa forma, o presente artigo teve como objetivo discutir o manejo da Terapia Nutricional e as implicações da obesidade no tratamento do paciente crítico.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma análise abrangente e sistematizada, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Nesse viés, a busca dos materiais foi realizada no período de outubro a janeiro de 2026 nas bases de dados *PubMed*, *Scielo* e *Google Scholar*. Para tal, foram utilizados os descritores “obesidade”, “doença crítica”, “terapia nutricional” e seus correspondentes em inglês (“*obesity*”, “*critical illness*”, “*nutritional therapy*”), combinados pelo operador *AND*.

Desse modo, foram incluídos diretrizes, protocolos, artigos originais e revisões publicadas entre 2015 e 2025, em português ou inglês, disponíveis nas plataformas digitais que abordassem diretamente ou indiretamente o tratamento nutricional do paciente obeso crítico. Por fim, os estudos incluídos foram analisados de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Impactos da obesidade na doença crítica

A doença crítica no paciente obeso implica em desafios para a terapia nutricional, haja vista os fatores de risco para complicações que podem estar previamente associadas nesses pacientes, como resistência à insulina, apneia do sono, hipertensão arterial, hiperglicemia e síndrome metabólica (CASTRO et al, 2018).

Dentre os principais obstáculos encontrados na assistência em saúde para esta população destaca-se: a falta de equipamentos adequados disponíveis, dificuldade de mobilização e posicionamento, além dos estigmas e preconceitos entre os profissionais de saúde (Dikerson, 2022)

Nos pacientes obesos em UTI, a hiperglicemia pode ser recorrente devido a alta incidência de Diabetes Mellitus, maior resistência à insulina e aumento da gliconeogênese induzida pelo estresse. Acrescido do uso de medicamentos que pioram o controle glicêmico, como catecolaminas, glicocorticóides e soroterapia com glicose, reforçando a necessidade de monitorar esse marcador constantemente (CASTRO et al., 2023) A obesidade e a hipertensão frequentemente coexistem em pacientes críticos. Além de aumentar o risco de hipertensão arterial, o sobrepeso e a obesidade elevam o risco cardiovascular por meio de insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, resistência à insulina e outros processos cardiometabólicos, assim como promovem maior mortalidade por todas as causas. A esse respeito, foi constatado que pacientes obesos precisam de doses totais de vasopressores por quilograma mais baixas

para alcançar objetivos clínicos como a pressão arterial média (Droege et al., 2017). Porém, a gravidade e o estágio da doença crítica também exercem influência sobre os níveis pressóricos.

Outro fator resultante da obesidade é a restrição da capacidade pulmonar, elevação da cúpula diafragmática, aumento da resistência das vias aéreas superiores e maior retenção de CO₂. Ou seja, o risco de hipercapnia nesses pacientes deve ser considerado, além de ressaltar o cuidado com a hiperalimentação que pode resultar em acidose respiratória (CASTRO et al., 2023)

Nesse sentido, o “desmame” ventilatório nestes pacientes é o principal desafio encontrado na UTI, visto que esse grupo apresenta um maior risco de complicações cardíacas e respiratórias. Logo, pacientes obesos submetidos a suporte ventilatório frequentemente enfrentam períodos prolongados de ventilação mecânica, além de experimentarem um tempo estendido para desmame e extubação (SIL et al., 2020).

Além disso, a hipertrigliceridemia pode ocorrer devido ao aumento da lipólise e da hiperglicemia. Ressalta-se a importância de avaliação constante da função hepática, visto que cerca de dois terços dos pacientes obesos possuem esteatose hepática. (CASTRO et al., 2023).

Por fim, a obesidade pode influenciar na eficácia e segurança do tratamento medicamentoso. Fatores inerentes à obesidade, como aumento do tecido adiposo, alteração do fluxo sanguíneo e mudanças no tamanho dos órgãos, podem contribuir para variações na distribuição de medicamentos, ligações de proteínas plasmáticas e eliminação de fármacos (GOUJU et al., 2023). De forma geral, indivíduos obesos apresentam um volume de distribuição de fármacos significativamente maior do que aqueles com peso corporal normal (SCHETZ et al.). Logo, nos medicamentos lipofílicos, que são distribuídos principalmente no meio intracelular e no tecido adiposo, observa-se um aumento significativo no seu volume de distribuição. Portanto, podendo alterar seus efeitos terapêuticos e ser necessário ajuste de doses.

Triagem e Avaliação Nutricional No Obeso Crítico

O desafio da assistência nutricional adequada inicia com a triagem, para a qual não existem ferramentas específicas para o paciente obeso crítico. Diante desse cenário a ASPEN, 2022, recomenda a utilização de ferramentas de triagem nutricional validadas para identificar pacientes de alto risco de desnutrição.

Para isso, a realização da triagem nutricional deve ocorrer em até 48 horas da admissão hospitalar, devido a rápida deterioração do estado nutricional que ocorre em pacientes críticos (CASTRO et al., 2023). A ferramenta *Nutrition Risk in Critically Ill* (NUTRIC) e a NRS-2002 são os métodos mais utilizados na avaliação de pacientes graves. A ESPEN, 2023, sugere ainda o uso da Avaliação Subjetiva Global (ASG) e da Miniavaliação Nutricional (MNA) na prática diária.

Contudo, ressalta-se que a NUTRIC possui uma análise mais acurada acerca da gravidade da doença, através de um conjunto de índices prognósticos de UTI, o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) e o *Sepsis-Related Organ Failure Assessment* (SOFA). Por outro lado, a NRS-2002 utiliza apenas um ponto de corte de APACHE II > 10 para determinar a gravidade máxima, porém, abrange outras variáveis indicativas de desnutrição como perda de peso involuntária e ingestão alimentar reduzida.

Em seguida, a avaliação nutricional deve ser realizada e repetida no prazo de 7-10 dias. No indivíduo que vive com obesidade devem ser listados as comorbidades preexistentes, visto que a presença de tais condições exigem maior cuidado no manejo, visando prevenir complicações futuras. (CASTRO et al, 2023).

Nesse sentido, destaca-se os métodos de avaliação à beira leito, como a antropometria e bioquímica, que sofrem limitações nesses casos. Segundo Ceniccola et al. (2019), isto ocorre devido à infiltração edematosa de tecidos e à alteração da composição dos tecidos a longo prazo. Além disso, esses obstáculos são afirmados pela falta de equipamentos de pesagem

que suportem o peso do paciente, as técnicas de antropometria são dificultadas pela distribuição de tecidos corporais e a inexistência de fórmulas estimativas para peso e estatura para esta população.

Desta forma, o profissional nutricionista deve atentar-se para o método de avaliação considerando as individualidades de cada paciente. Por exemplo, pode ser mais assertivo utilizar do exame físico para identificação de sinais e sintomas associados à desnutrição, tais como as condições do músculo temporal, sinais específicos de deficiência de micronutrientes, como anemia ou glossite, estado de hidratação e edema (BARRÉRE et al., 2021)

Durante a avaliação antropométrica deve-se aferir as circunferências, como altura do joelho (AJ) e circunferência do braço (CB), ambas são utilizadas para estimativas de peso e altura através de fórmulas validadas como a de Chumlea e colaboradores de 1988. Por fim, a medida da circunferência da cintura abdominal, quando disponível, pode refletir o estado inflamatório relacionado à adiposidade visceral e à síndrome metabólica (CASTRO et al., 2023).

Todavia, vale destacar que as medidas antropométricas podem sofrer influência da presença de edemas e da má distribuição de fluídos corpóreos. Ademais, o excesso de adiposidade dificulta o exame físico nutricional, mascarando quadros de sarcopenia e desnutrição (Dikerson, 2022).

Outras condições podem comprometer o manejo do paciente para a avaliação antropométrica. A Lesão por Pressão (LPP) é considerada um grave problema de saúde no mundo que acomete principalmente pacientes acamados por longo período, sendo comum em UTI. Ressalta-se que indivíduos obesos são mais propensos ao rompimento de tecido devido à restrição na mobilidade, a vascularização reduzida do tecido adiposo e ausência de elasticidade.

Além disso, ressalta-se a importância de avaliar parâmetros como glicemia, triglicerídeos, colesterol total e frações, além de proteína C reativa (Castro et al., 2018). Entretanto, parâmetros bioquímicos, como

albumina e transtirretina, são frequentemente influenciados pelo estado inflamatório, tornando-se indicadores imprecisos do estado nutricional (EVANS et al.).

Por fim, a avaliação dos micronutrientes é fundamental para a identificação de deficiências. No ambiente da UTI, fatores como estado inflamatório, uso de terapias contínuas de substituição renal, perdas gastrointestinais e baixa ingestão tornam comum a depleção de micronutrientes, como tiamina, zinco e cobre. A reposição de micronutrientes é recomendada em condições de deficiência crônica e aguda (SINGER P et al., 2019).

A monitorização dos níveis de sódio, potássio e fósforo é imprescindível devido ao impacto diretamente na função neurológica, cardiovascular, respiratória e renal. Distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos são comumente observados em pacientes críticos e não críticos e atualmente se sabe que a presença destes distúrbios reflete a manifestação de uma patologia, e a possibilidade de um desfecho negativo (MEDEIROS, 2022).

Terapia Nutricional Enteral

A doença crítica é caracterizada por um estado hipercatabólico e a terapia nutricional deve ter como objetivo a atenuação do catabolismo proteico e otimização da síntese proteica. Nesse sentido, é indispensável a avaliação correta das necessidades nutricionais para evitar a subalimentação tanto como a sobrealimentação (Ochoa Gautier et al., 2017).

Nesse sentido, ambas as condições predispõem à desfechos negativos, como aumento da permanência na UTI e do uso da ventilação mecânica, maior incidência de complicações como infecção e falência orgânica que podem ser consequências da subalimentação. Já a sobrealimentação está frequentemente associada com quadros de hiperglicemia, hipertrigliceridemia, esteatose hepática e aumento da mortalidade (Ndahimana et al., 2018).

De acordo com as diretrizes das sociedades de nutrição enteral e parenteral, o suporte nutricional deve ser implementado em todos os pacientes críticos para os quais não se tenha perspectiva de uma dieta oral completa nos 3 primeiros dias após a admissão na UTI. Esse suporte nutricional deve ser iniciado, idealmente, nas primeiras 24 a 48 horas após a internação. A esse respeito, a nutrição enteral é a via de acesso preferencial, seguida pela via parenteral quando houver contra indicações para utilização do trato gastrointestinal (CASTRO et al., 2023).

Na via enteral não há vantagem da posição de sonda pós pilórica em relação à gástrica para a oferta de nutrientes, exceto quando houver risco de broncoaspiração ou intolerância gástrica (CASTRO et al., 2023). Segundo a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN, 2022), é recomendada a aspiração do resíduo gástrico no paciente crítico a cada 4 horas, sendo a infusão da dieta interrompida se o resíduo for superior a 500 ml.

Para estimar as necessidades energéticas, a calorimetria indireta (CI) é considerada padrão ouro, devendo ser utilizada sempre que disponível. Entretanto, devido ao alto custo, a CI não é comumente utilizada no Brasil. Sendo assim, as equações baseadas no peso demonstraram melhor acurácia em comparação com as equações preditivas em estudos observacionais para estimar as necessidades energéticas de pacientes graves.

Desse modo, a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN, 2023), orienta um aporte de 11-14 kcal/kg de peso corporal real por dia para IMC de 30-50 kg/m² e 22-25 kcal/kg de peso ideal por dia para IMC >50 kg/m². Assim como o fornecimento proteico deve ser de 2 g/kg de peso ideal por dia naqueles com IMC entre 30-40 kg/m², e até 2,5 g/kg de peso ideal por dia para IMC >40 kg/m², de acordo com a recomendação. Nesse sentido, a *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition* (ASPEN, 2022) mantém estas recomendações.

Por outro lado, a *European Society for Enteral and Parenteral Nutrition* (ESPEN, 2023) preconiza como recomendações um aporte de 20-25

Kcal/kg de peso corporal ajustado por dia, caso a CI não esteja disponível. Além de uma oferta proteica calculada com base na excreção urinária de nitrogênio, quando não for possível, utilizar um aporte de 1,3 g/kg de peso ajustado por dia.

De acordo com a recomendação da BRASPEN, 2023, o uso de drogas vasoativas (DVA) não é uma contraindicação para administração de dieta. Porém, a TNE deve ser iniciada/reiniciada em baixa dose (10-20 ml/h), evoluindo com cautela e acompanhando os sinais e sintomas de intolerância, desde que haja estabilidade hemodinâmica.

No que diz respeito a composição das dietas, as fórmulas com proteína intacta (polimérica) são apropriadas para a maioria dos pacientes. Em pacientes com quadro de diarreia persistente, excluídas as causas que exijam tratamento específico, pode ser necessário aderir ao uso de dietas oligoméricas. Quanto à recomendação de fibras, as solúveis podem ser recomendadas em pacientes com diarreia em uso de dieta enteral, desde que estejam sem risco de isquemia intestinal e com motilidade intestinal. Por outro lado, as fibras insolúveis devem ser evitadas em todos os pacientes críticos (CASTRO et al, 2023).

Ademais, o uso de rotineiro de formulações enterais imunomoduladoras não é recomendado em UTI, exceto para pacientes cirúrgicos hemodinamicamente estáveis, em pós-operatório e cirurgias de grande porte, devido às controvérsias dos estudos. Por fim, o uso rotineiro da suplementação de glutamina enteral não está recomendado em pacientes críticos devido à falta de evidências do benefício nesses pacientes.

Terapia Nutricional Parenteral

A Terapia Nutricional Parenteral Total (NPT) é indicada em pacientes com alto risco nutricional ou já desnutridos que estejam impossibilitados de utilizar o trato digestório. Enquanto a Nutrição Parenteral Suplementar (NPS) deve ser utilizada após 7-10 dias, nos pacientes sem condição de atingir > 60% da meta calórico proteica (Castro et al., 2023). A Diretriz

brasileira também orienta levar em consideração algumas variáveis, como risco nutricional, gravidade da doença e demais indicativos clínicos, para avaliar a indicação de NPS.

A respeito da composição da nutrição parenteral, a ASPEN, 2022, propõe que não haja diferença significativa entre o uso de emulsões exclusivamente baseadas em óleo de soja e outros tipos de infusões mistas. Entretanto, as diretrizes da ESPEN e da BRASPEN, 2023, contraindicam o uso isolado de emulsões lipídicas exclusivamente à base de óleo de soja. Nesse sentido, a ESPEN aponta benefícios no uso de gordura de ômega 3 com ácido graxo eicosapentaenoico (EPA) e ácido graxo docosahexaenóico (DHA) na dose de 0,1-0,2 g/kg/dia.

O uso da nutrição parenteral para pacientes sob cuidados intensivos demanda a necessidade de rigorosa monitorização da glicemia. Dessa forma, a coleta de sangue para aferição da glicemia deve ser feita diretamente da veia ou da artéria, evitando o uso da glicemia capilar. A glicemia medida no sangue de pacientes críticos deve estar na faixa de 140 a 180 mg/dL (Castro et al., 2023). E a insulinoterapia venosa deve ter início quando os níveis de glicemia ultrapassam, de modo persistente, essa faixa, com reavaliação da glicemia a cada 1 ou 2 horas.

Por fim, a glutamina é um aminoácido não essencial que participa de diversos processos fisiológicos, metabólicos e imunológicos. Porém, nos pacientes em cuidados intensivos é comum a hipoglutaminemia, ou seja, redução dos níveis plasmáticos desse nutriente. Entretanto, as diretrizes de terapia nutricional enteral e parenteral não recomendam a utilização rotineira da glutamina venosa em pacientes graves.

Calorias Não Nutricionais

Durante a permanência na UTI é comumente administrados fontes calóricas não advindas da nutrição como o propofol, a infusão de dextrose e, nos pacientes em terapia renal substitutiva, a anticoagulação com citrato trissódico. Logo, quando as calorias advindas desses produtos são

negligenciadas podem ocorrer erros nos cálculos energéticos, o que corrobora com o risco de hiperalimentação nesses pacientes.

A recomendação é monitorar a ingestão de calorias do propofol e evitar o excesso de gordura e calorias, a fim de reduzir o risco de hiperalimentação prejudicial (Singer P et al., 2023). Porém, o desafio encontrado neste contexto seria ofertar a quantidade de energia e proteína adequada, sem risco de hiperalimentação.

O medicamento propofol é um indutor de anestesia geral, indicado para indução e manutenção da anestesia e sedação. Em relação às calorias não nutricionais do propofol, a preparação atualmente disponível contém 1-2% de propofol, 10% de óleo de soja, 1,2% de fosfolipídio de ovo purificado como um emulsificante, 2,25% de glicerol como um agente de ajuste de tonicidade e hidróxido de sódio para ajustar pH. O propofol contém 1,1 Kcal/ml, portanto, a uma taxa de infusão de 20 ml/h durante 24 horas, o valor calórico da infusão de propofol é de $20 \times 1,1 \times 24 = 528$ Kcal.

Em 2016, Bousie et al. realizou um estudo com pacientes adultos (>18 anos) em UTI, ventilados mecanicamente (por pelo menos 72 horas), recebendo nutrição enteral com ou sem nutrição parenteral suplementar. Concluiu-se que ao se administrar propofol em altas doses, é necessário monitorizar cuidadosamente o paciente, sobretudo quando o suporte nutricional está atingindo as metas de energia estabelecidas.

Embora o debate acerca da relevância das calorias não nutricionais na terapia nutricional, ainda não há evidência que demonstre a associação entre a contabilização do propofol e o prognóstico. Portanto, ressalta-se a necessidade da terapia nutricional individualizada.

Por fim, diante do expressivo número de indivíduos no ambiente hospitalar que necessitam de Terapia Renal Substitutiva, a recomendação calórica deve considerar a absorção constante de glicose naqueles indivíduos submetidos a Diálise Peritoneal (DP) com o objetivo de evitar hiperalimentação. Em geral, pacientes com capacidade de transporte

peritoneal adequada, absorvem aproximadamente 60% da glicose do dialisato (Dombros et al., 2005).

CONCLUSÃO

Diante do aumento dos casos de obesidade no mundo, é indiscutível a necessidade de se debater acerca do cuidado nutricional. No ambiente intensivo, deve-se considerar além das características da doença crítica, as comorbidades pré-existentes, a falta de equipamentos, condutas específicas e a presença de estigmas dos profissionais de saúde, entre outros, quando trata-se de um paciente que vive com obesidade.

Neste contexto, a triagem e avaliação nutricional devem ser realizadas por profissionais capacitados, considerando as condições e a individualidade do paciente e os recursos disponíveis. A avaliação do estado nutricional permite que a conduta nutricional tenha melhores resultados.

Sendo que para o indivíduo obeso crítico a dieta hipocalórica e hiperproteica demonstra-se como a melhor estratégia. A via enteral é a via de acesso preferencial quando não houver contraindicação do uso do trato gastrointestinal. Já a posição e as características da composição da dieta devem variar de acordo com a individualidade do caso.

Portanto, a atuação do nutricionista no planejamento e manejo da terapia nutricional é de extrema relevância para a recuperação do paciente. A Terapia Nutricional adequada e o cuidado diante das possíveis intercorrências corroboram com um menor tempo de permanência na UTI e desfechos clínicos favoráveis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que me permitiu viver tudo isso e realizar mais um sonho. Aos meus pais, qualquer agradecimento seria

muito pouco para expressar o tamanho do amor e gratidão por vocês. Obrigada por tornarem isso possível e me apoiarem todos os dias.

À minha orientadora, Profa. Ana Paula Boroni, por me ensinar tanto durante a graduação e na execução deste trabalho. Às amigadas que o curso me apresentou, em especial, Giulia Jaloto e Fernanda Dornelas, por estarem ao meu lado em todos os momentos. Obrigada por deixarem essa jornada mais fácil!

Aos meus amigos, em especial, Ana Flávia Moreira, Laira Santos, Livia Bonfá e Wesley Nascimento, que sempre estiveram comigo comemorando todas as minhas conquistas como se fossem as suas. Ao restante da minha família e amigos, por todo amor, suporte e carinho dados ao longo de todos estes anos.

REFERÊNCIAS

1. BARRÉRE, A. P. N.; FREITAS, A. M.; LOPES, G. G.; SHIMA, M.; PIOVACARI, S. M. F. Triagem Nutricional e Avaliação Nutricional no Adulto e Idoso. In: PIOVACARI, S. M. F. Nutrição Hospitalar. 1 ed, Rio de Janeiro, Atheneu, p. 14 15, 2021.
2. Castro MG, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente grave. BRASPEN J. 2023;38(2 Supl 2):1-68.
3. Castro MG, Ribeiro PC, Souza IAO, Cunha HFR, Silva MHN, Rocha EEM, et al. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave. BRASPEN J. 2018;33(1):25-26.
4. Ceniccola GD, Abreu HB, Alves JQ, Moraes MF, Lima FCA. Ferramentas de triagem e avaliação nutricional na unidade de terapia intensiva. In: Toledo D, Castro M, editores. Terapia nutricional em UTI. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2019. p. 23-7.
5. Compher C, Bingham AL, McCall M, Patel J, Rice TW, Braunschweig C, et al. Guidelines for the provision of nutritional support therapy in adult critically ill patients: American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2022 Jan;46(1):12-41.
6. Cunha EM, Cunha KMB. Monitoramento farmacoterapêutico: correção de distúrbios hidroeletrolíticos em unidade de Terapia intensiva-UTI. Rev Soc Cient. 2024;7(1):678-694.
7. Dickerson RN, et al. Obesity and critical care nutrition: current practice gaps and directions for future research. Crit Care. 2022 Sep 20;26(1):283.

8. Droege CA, Ernst NE. Impact of Norepinephrine Weight-Based Dosing Compared With Non-Weight-Based Dosing in Achieving Time to Goal Mean Arterial Pressure in Obese Patients With Septic Shock. *Ann Pharmacother*. 2017;51(7):614-616.
9. Evans DC, Corkins MR, Malone A, Miller S, Mogensen KM, Guenter P, et al. The use of visceral proteins as nutrition markers: an ASPEN position paper. *Nutr Clin Pract*. 2021 Feb;36(1):22-28.
10. Frontera JA, Valdes E, Huang J, Lewis A, Lord AS, Zhou T, et al. Prevalence and Impact of Hyponatremia in Patients with Coronavirus Disease 2019 in New York City. *Crit Care Med*. 2020 Dec;48(12):e1211-e1217.
11. García-Díaz HC, Sánchez-Sancho P, Lalueza-Broto P, Nuvials X, Gorgas-Torner MQ, Doménech-Moral L. Drug dosing in obese critically ill patients, a literature review. *Farm Hosp*. 2025;49(3):T169-T178.
12. Gouju J, Legeay S. Pharmacokinetics of obese adults: not only an increase in weight. *Biomed Pharmacother*. 2023;166:115281.
13. Hussid MF, Cepeda FX, Jordão CP, Lopes-Vicente RRP, Virmondes L, Katayama KY, et al. Visceral Obesity and High Systolic Blood Pressure as the Substrate of Endothelial Dysfunction in Obese Adolescents. *Arq Bras Cardiol*. 2021;117(6):1108-1115.
14. Kohler ML, et al. Repercussões e manejo relacionados a Distúrbios Hidroeletrolíticos nos pacientes graves: uma revisão sistemática com metanálise. *Braz J Health Rev*. 2023;6(2):7552-7574.
15. McClave SA, Taylor BE, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, 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.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2016 Feb;40(2):159-211.
16. Medeiros ACS. Avaliação das alterações eletrolíticas produzidas por medicamentos e nutrição enteral [Trabalho de Conclusão de Curso]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2022.
17. Ndahimana D, Kim EK. Energy Requirements in Critically Ill Patients. *Clin Nutr Res*. 2018; 7(2):81-90.
18. Neto JCA, Silva JF, Pereira LM, Santos AC, Oliveira MR, et al. Intervenção nutricional em pacientes obesos adultos em unidade de terapia intensiva. *Europub J Health Res*. 2022;3(4 Esp):965-71.
19. Ochoa Gautier JB, Martindale RG, Rugeles SJ, Hurt RT, Taylor B, Heyland DK, et al. How Much and What Type of Protein Should a Critically Ill Patient Receive? *Nutr Clin Pract*. 2017; 32(1_suppl):6s-14s.

20. Paz LSC, Do Vale Couto A. Avaliação nutricional em pacientes críticos: revisão de literatura. *BRASPEN J.* 2023;31(4):366–74.
21. Pepe RB, Lottenberg AMP, Fujiwara CTH, Beyruti M, organizadoras. Posicionamento sobre o tratamento nutricional do sobrepeso e da obesidade: Departamento de Nutrição da Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO-2022). 1. ed. São Paulo: Abeso; 2022.
22. Preiser JC, Ichai C, Orban JC, Groeneveld AB. Metabolic response to the stress of critical illness. *Br J Anaesth.* 2014; 113(6):945-54.
25. Ribeiro JB, et al. Principais fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em unidades de terapia intensiva. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde UNIT.* 2018;5(1):91-91.
26. Santos CPC, Lagares LS, Santos SRM, Silva MSP, Macedo RC, Almeida LAB, et al. Association between Arterial Hypertension and Laboratory Markers, Body Composition, Obstructive Sleep Apnea and Autonomic Parameters in Obese Patients. *Arq Bras Cardiol.* 2023;120(7):e20220728.
27. Schetz M, et al. Obesity in the critically ill: a narrative review. *Intensive Care Med.* 2019 Jun;45(6):757-769.
28. Silva AAA, Spegiorin CLL. O manejo do obeso crítico em unidade de terapia intensiva: revisão de literatura. *Rev Contemp.* 2025;5(2):e7593.
29. Silva Neto AE, et al. The Timed Inspiratory Effort Index as a Weaning Predictor: analysis of intra- and interobserver reproducibility. *Respir Care.* 2020 May;65(5):636-642.
30. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. Diretriz ESPEN sobre nutrição clínica na unidade de terapia intensiva. *Clin Nutr.* 2019;38(1):48-79.
31. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN practical and partially revised guideline: clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr.* 2023;42(9):1671–89.
32. Soares JO, Almeida DS, Rocha PF, Santos LR, et al. Os desafios para o manejo multiprofissional do paciente obeso em unidade de terapia intensiva: relato de caso. *Rev Multidiscip Saúde.* 2024;5(4):1–6.
33. Soares MMGFC. Doente crítico obeso: recomendações energéticas e nutricionais e suporte nutricional [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2021.
34. World Obesity Federation. Atlas Mundial da Obesidade 2025: sobrepeso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis. Londres: World Obesity Federation; 2025.

35. Zambelli CMSF, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente com doença renal. BRASPEN J. 2023;36(2 Supl 2):1-56.