

Adequação calórico proteica da terapia nutricional enteral em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva

Protein caloric adequacy of enteral nutritional therapy in adult patients hospitalized in an intensive care unit

Camilla Christina Gomes de Oliveira¹
Nara Lúcia Andrade Lopes Segadilha²

Unitermos:

Nutrição Enteral. Unidade de Terapia Intensiva. Necessidades Nutricionais.

Keywords:

Enteral Nutrition. Intensive Care Units. Nutritional Requirements.

Endereço para correspondência:

Camilla Christina Gomes de Oliveira
Rua Angra dos Reis, 167 – Penha – Rio de Janeiro, RJ,
Brasil – CEP: 21070-240
E-mail: camillacg.oliveira@gmail.com

Submissão

8 de maio de 2019

Aceito para publicação

1 de outubro de 2019

RESUMO

Introdução: A desnutrição é frequente no mundo inteiro. Diversos estudos têm evidenciado elevada prevalência de desnutrição em pacientes adultos hospitalizados. O aporte nutricional adequado é considerado uma estratégia terapêutica importante, pois diminui complicações e o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (UTI), minimizando custos hospitalares. O presente estudo teve como objetivo analisar a adequação calórica e proteica da terapia nutricional enteral (TNE), em pacientes internados em uma UTI de um hospital no Rio de Janeiro.

Método: Estudo observacional, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado entre julho e dezembro de 2017, com pacientes acima de 18 anos em uso de TNE exclusiva, internados em uma UTI.

Resultados: Foram analisados 57 pacientes internados na UTI de um hospital particular no Estado do Rio de Janeiro, sendo 61,4% do sexo feminino e 38,6% do sexo masculino, com média de idade de $65 \pm 19,6$ anos. A principal indicação de nutrição enteral foi a impossibilidade da alimentação por via oral (61,4%). No período analisado, foi observado que a média de calorias prescritas e infundidas foi de $1717,8 \pm 359$ kcal/dia e $1511,2 \pm 575,8$ kcal/dia, respectivamente, com um déficit de $206,6 \pm 465,5$ kcal/dia. A média de proteínas prescrita e infundida foi de $78,3 \pm 17,6$ g/dia e $67,9 \pm 25,4$ g/dia, respectivamente, com um déficit de $10,4 \pm 18,4$ g/dia. A adequação calórica para o grupo do estudo foi de $88 \pm 38,7\%$ e a adequação proteica de $86,8 \pm 24,8\%$. **Conclusão:** De acordo com os dados analisados, observou-se que a TNE estabelecida na referida UTI, para a população estudada, em média atendeu o percentual preconizado para a oferta calórica e proteica. No entanto, ainda são necessários mais treinamentos e conscientização da equipe quanto à importância da administração efetiva da TNE.

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition is common worldwide. Several studies have shown a high prevalence of malnutrition in hospitalized adult patients. Adequate nutritional intake is considered an important therapeutic strategy, because it reduces complications and length of stay in the intensive care unit (ICU), reducing hospital costs. The objective of the present study was to analyze the caloric and protein adequacy of enteral nutritional therapy (ENT), in patients admitted to an ICU at a hospital in Rio de Janeiro. **Methods:** Observational, retrospective, quantitative based study conducted between July and December 2017, with patients over 18 years of age using exclusive ENT admitted to an ICU. **Results:** Were analyzed 57 patients admitted to the ICU of a private hospital in the State of Rio de Janeiro, 61.4% female and 38.6% male, with a mean age of 65 ± 19.6 years. The main indication of enteral nutrition was the impossibility of oral feeding (61.4%). In the analyzed period, it was observed that the average of prescribed and infused calories was 1717.8 ± 359 kcal/day and 1511.2 ± 575.8 kcal/day, respectively, with a deficit of 206.6 ± 465.5 kcal/day. The mean of protein prescribed was 78.3 ± 17.6 g/day and 67.9 ± 25.4 g/day, respectively, with a deficit of 10.4 ± 18.4 g/day. The caloric adequacy for the study group was $88 \pm 38.7\%$ and the protein adequacy was $86.8 \pm 24.8\%$. **Conclusion:** According to the data analyzed, it was found that the ENT established in the ICU for the studied population, on average covered the percentage recommended of caloric and protein supply. However, are still needed more training and awareness of the team about the importance of effective administration of ENT.

1. Nutricionista aluna pós-graduanda no curso de Terapia Nutricional do Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, Rio de Janeiro, RJ. Hospital de Clínicas Mario Lioni, Duque de Caxias, RJ, Brasil.
2. Nutricionista Mestre em Nutrição Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ. Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

A desnutrição é frequente no mundo inteiro. Diversos estudos têm evidenciado elevada prevalência de desnutrição em pacientes adultos hospitalizados. Um estudo multicêntrico realizado com pacientes internados em hospitais latino-americanos constatou uma prevalência de desnutrição de aproximadamente 50,2%¹.

No Brasil, uma pesquisa multicêntrica (IBRANUTRI) realizada pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), no ano de 1996, envolvendo 4000 mil pacientes internados em hospitais da rede pública, evidenciou que 48,1% destes indivíduos apresentaram algum grau de desnutrição. Nos pacientes em terapia intensiva, a desnutrição atingiu 60%².

Pacientes desnutridos são mais suscetíveis às infecções, apresentam dificuldade de cicatrização, diminuição da imunidade, hipoproteinemia, aumentando o tempo de internação hospitalar e custos relacionados à saúde³.

Nesse contexto, pacientes críticos apresentam um intenso estresse metabólico, com acelerado catabolismo proteico e, como consequência, evoluem com depleção muscular, prejuízo do estado nutricional, com desnutrição, dentre outras alterações⁴. A terapia nutricional enteral (TNE) mostra-se fundamental para o desfecho clínico destes pacientes, visto que é um conjunto de procedimentos terapêuticos adotados para manutenção ou recuperação do estado nutricional por meio de nutrição enteral (NE) para aqueles com impossibilidade parcial ou total de manter a via oral como via de alimentação⁴.

O aporte nutricional adequado pela NE é considerado uma estratégia terapêutica importante, pois diminui complicações e o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (UTI), minimizando custos hospitalares⁵. Porém, diversas variáveis podem influenciar negativamente na oferta energético-proteica durante o processo de TNE, tais como instabilidade hemodinâmica, jejum prolongado, perda da via de acesso enteral, intolerância à fórmula nutricional, sintomas gastrintestinais (vômitos, diarreia, elevado volume de resíduo gástrico, etc)⁶.

O presente estudo teve como objetivo analisar a adequação calórica e proteica da TNE dos pacientes internados em uma UTI de um hospital no Rio de Janeiro.

MÉTODO

Estudo observacional, retrospectivo e de abordagem quantitativa foi realizado entre julho e dezembro de 2017, incluindo pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, em uso TNE, internados em uma UTI de um Hospital no Estado do Rio de Janeiro.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Pró-Cardíaco - Escho Empresa de Serviços

Hospitais / HPC, em junho de 2018, de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, número do parecer 2.730.466. Foi solicitada dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de um estudo retrospectivo.

A coleta de dados foi realizada a partir de prontuário eletrônico dos pacientes que estiveram sob o acompanhamento nutricional no período descrito. Foram utilizadas informações de gênero, idade, diagnóstico de internação, diagnóstico nutricional, dados antropométricos, como peso e altura, índice de massa corporal (IMC), valor energético total (VET) diário prescrito e infundido, VET recomendado, proteínas (em g) diárias prescritas e infundidas, fórmula enteral prescrita, data de início da TNE, data do alcance do VET pleno, Nutritional Risk Screening (NRS) 2002 e desfecho. O diagnóstico nutricional foi determinado pelo IMC, utilizando a referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) através da fórmula IMC: peso (kg)/ altura (m)², e classificado de acordo com a OMS⁷, para adultos até 65 anos, que determina a faixa de eutrofia, de ambos os sexos, de 18,5 a 24,9 kg/m². Para os idosos acima de 65 anos, utilizou-se para classificação o Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)⁸, que determina a faixa de eutrofia, de ambos os sexos, de 23 a 28 kg/m², seguindo o protocolo do hospital.

Na ausência de informações de peso e altura informado pelo paciente ou acompanhante, a estatura foi estimada por aferição da altura do joelho pela fórmula de Chumlea et al.⁹, sendo para idosos: Homem = (2,02 x altura do joelho*) - (0,04 x idade**) + 64,19; Mulher = (1,83 x altura do joelho*) - (0,24 x idade**) + 84,88, e para adultos: Homens (1,83 x altura do joelho*) + 72,803, e Mulheres: (2,184 x altura do joelho* + 51,878 (*altura do joelho em centímetros e idades em anos). O peso corporal estimado por IMC médio pela OMS⁷, conforme a fórmula: PI = IMC ideal x altura estimada em metros ao quadrado. Adotou-se IMC ideal de 22 kg/m² para adultos até 60 anos e de 24,5 kg/m² para idosos.

Foi utilizada com ferramenta de triagem nutricional a NRS 2002, que considera pacientes com risco nutricional os que obtiveram pontuação ≥ 3 e sem risco nutricional, os que obtiveram pontuação < 3¹⁰.

Na pesquisa, foram incluídos pacientes acima de 18 anos, em uso de TNE por um período superior a 72 horas, e excluídos pacientes que receberam dieta via oral (VO) ou nutrição parenteral (NPT) exclusivas ou associadas à TNE.

Para calcular o aporte energético total e proteico de cada paciente foi utilizado o valor de 20 a 30 kcal/kg/dia e proteínas de 1,2 a 2,0 g/kg/dia recomendado pela European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN)¹¹. Para pacientes obesos críticos, utilizou-se como referência a diretriz da American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) cujas recomendações são: IMC maior que

30 kg/m², oferecer de 11 a 14 kcal por kg de peso atual ou 22 a 25 kcal por kg de peso ideal. Oferta proteica, para IMC inferior a 30 kg/m², a recomendação é de 1,2 a 2 g por kg de peso atual; IMC entre 30 e 40 kg/m², oferecer valores iguais ou superiores a 2 g/kg peso ideal; e IMC superior a 40 kg/m², a recomendação de valores iguais ou superiores a 2,5 g/kg peso ideal¹². A adequação energética foi avaliada por meio do percentual do valor calórico recomendado e valor calórico ingerido em 24 horas: adequação das calorias (kcal) recomendadas (%) = kcal infundidas/kcal recomendadas x 100. Para a avaliação da adequação proteica foi utilizada a quantidade de proteínas (em g) recomendada e recebida nas últimas 24 horas: adequação das proteínas (PTNs) (g) infundidas (%) = PTNs infundidas/PTNs recomendadas x 100.

Conforme protocolo institucional, a administração da dieta enteral foi realizada de forma contínua (em 24 horas), com o gotejamento controlado por bomba de infusão e, sendo realizado o recálculo do volume da dieta enteral quando a mesma é interrompida para exames ou procedimentos por um período superior a 2 horas. A meta para adequação calórico e proteica dos pacientes em uso de TNE é de > 80% do valor estimado ou calculado.

RESULTADOS

Foram avaliados os prontuários eletrônicos de 57 pacientes, sendo 61,4% do sexo feminino e 38,6% do sexo masculino, com média de idade de 65 ± 19,6 anos. Desses pacientes, 51% eram idosos acima de 65 anos.

A maior parte dos pacientes foi internada por doenças respiratórias (35%), seguidas de internações por doenças neurológicas (24,6%), complicações da doença de base (15,8%), doenças cardiovasculares (12,3%), doenças gastrointestinais (8,8%) e neoplasias (3,5%) (Tabela 1).

Os principais motivos que levaram à indicação de NE foram impossibilidade da utilização da via oral (61,4%), seguido por motivos neurológicos (17,5%), disfagia (15,9%) e inapetência (5,2%). Todos os pacientes receberam dieta enteral de forma contínua por bomba infusora, sem repouso gástrico. Sendo que, 69% dos pacientes receberam formulação polimérica e 31% receberam formulação oligomérica (Tabela 1). Observou-se uma média de 1,0 ± 1 dia para o alcance do VET pleno.

Em relação ao desfecho clínico, observou-se que 33% dos pacientes reabilitaram a via oral, 32% foram a óbito, 30% receberam alta da UTI e 5% representaram transferência hospitalar (Tabela 1).

Para o diagnóstico nutricional, os pacientes foram divididos em dois grupos, de acordo com protocolo hospitalar, adultos até 65 anos por IMC segundo OMS⁷, e idosos acima de 65 anos por IMC segundo OPAS⁸. No grupo dos adultos,

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas dos pacientes em terapia nutricional enteral (n=57).

Variáveis	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	35	61,4
	Masculino	22	38,6
Faixa etária	Adulto	28	49,2
	Idoso	29	50,8
Motivo de internação	Respiratório	20	35,0
	Neurológico	14	24,6
	Complicações da doença de base	9	15,8
	Cardiovasculares	7	12,3
	Gastrointestinais	5	8,8
	Neoplasias	2	3,5
Indicação da TNE	Impossibilidade VO	35	61,4
	Motivos neurológicos	10	17,5
	Disfagia	9	15,9
	Inapetência	3	5,2
Tipo de dieta	Polimérica	39	69
	Oligomérica	18	31
Desfecho clínico	Via oral	19	33
	Óbito	18	32
	Alta da UTI	17	30
	Transferência hospitalar	3	5

TNE=Terapia nutricional enteral; VO=Via oral

42,9% apresentaram diagnóstico de eutrofia, seguido por 46,4% de sobrepeso e 10,7% de obesidade. No grupo de idosos, 37,9% apresentavam desnutrição, 41,4% eram eutróficos, 6,9% com sobrepeso e 13,9% apresentavam obesidade (Tabela 2).

Todos os pacientes foram triados pela NRS 2002 nas primeiras 24 horas de internação, sendo observado que 82,5% apresentavam escore acima de 3, com risco nutricional, e 17,5% não apresentavam risco nutricional (Tabela 2).

O valor médio de calorias prescritas e infundidas foi de 1717,8 ± 359 kcal/dia e 1511,2 ± 575,8 kcal/dia, respectivamente, com um déficit de 206,6 ± 465,5 kcal/dia. A média de proteínas prescrita e infundida foi de 78,3 ± 17,6 g/dia e 67,9 ± 25,4 g/dia, respectivamente, com um déficit de 10,4 ± 18,4 g/dia. A adequação calórica foi de 88 ± 38,7% e adequação proteica de 86,8 ± 24,8% (Tabela 3).

Tabela 2 – Diagnóstico nutricional dos pacientes com terapia nutricional enteral (n=57).

Variáveis	Categoria	N	%
IMC adulto (OMS, 1997)	Eutrofia	12	42,9
	Sobrepeso	13	46,4
	Obesidade	3	10,7
IMC idoso (OPAS, 2002)	Desnutrição	11	37,9
	Eutrofia	12	41,4
	Sobrepeso	2	6,9
	Obesidade	4	13,9
NRS, 2002	Com risco nutricional	47	82,5
	Sem risco nutricional	10	17,5

IMC= Índice de massa corporal; NRS= Nutritional Risk Screening; OMS= Organização Mundial de Saúde; OPAS= Organização Pan-Americana da Saúde.

Tabela 3 – Aporte de caloria e proteína (prescritos e infundidos) e adequação da terapia nutricional enteral.

	Prescrito Média ± DP	Infundido Média ± DP	Adequação (%) Média ± DP
Caloria (kcal/dia)	1717,8 ± 359	1511,2 ± 575,8	88 ± 38,7
Proteína (g/dia)	78,3 ± 17,6	67,9 ± 25,4	86,8 ± 24,8

DP=desvio padrão; kcal=quilocaloria; g=gramas.

Os motivos para suspensão da TNE foram: sintomas gastrointestinais (êmetese, melena, hematêmese, distensão abdominal, etc) 12,3%, instabilidade hemodinâmica 11%, pausas para exames e procedimentos cirúrgicos 24,7%, causas desconhecidas 42%, perda de cateter enteral (CNE) 2,5%, óbito 2,5%, desmame da TNE para VO 2,5%, ausência de dados (falta de balanço hídrico) 2,5% (Figura 1).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou predomínio do gênero feminino na população estudada, corroborando com o achado de Gambato & Boscaini¹³, em que a maior parte da sua população foram mulheres (53,4%), divergindo, porém, do estudo de Pereira et al.¹⁴, os quais evidenciaram prevalência do gênero masculino em 61% de sua amostra em sua pesquisa sobre adequação energética e proteica de pacientes em TNE em uma UTI. Analisando a idade, observou-se que maior parte da população era de idosos, assim como Santos et al.¹⁵, que encontraram em seu estudo prevalência de idosos (73,7%), o que pode ter relação com a maior suscetibilidade de desenvolver doenças nessa faixa etária. Vale ressaltar que, no presente estudo, só foram considerados idosos os pacientes acima de 65 anos, podendo haver diferenças nos percentuais, já que a maioria dos estudos no Brasil considera como idosos pacientes acima de 60 anos.

Todos os pacientes foram triados pela NRS 2002, nas primeiras 24 horas de internação, em acordo com a recomendação das Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional (DITEN)¹⁶, de realização da triagem nutricional em até 48 horas após a admissão hospitalar e considerando-se a rápida deterioração do estado nutricional que ocorre em pacientes críticos. Com isso, no presente estudo, observou-se que 82,5% apresentavam escore acima de 3, com risco nutricional, e 17,5% não apresentavam risco nutricional.

O estudo de Ueno et al.¹⁷, sobre perfil de pacientes hospitalizados em uso de TNE, demonstrou que os diagnósticos de internação, com maior frequência, estavam relacionados à doença neurológica (20,14%), doença respiratória (14,54%) e doença cardiovascular (12,99%), resultados divergentes do encontrado nesse estudo, em que a maior parte dos pacientes foi internada por doenças respiratórias (35%), seguidas de internações por doenças neurológicas (24,6%). Resultado semelhante foi observado no estudo de Simões et al.¹⁸, realizado em um hospital particular de São Paulo, que

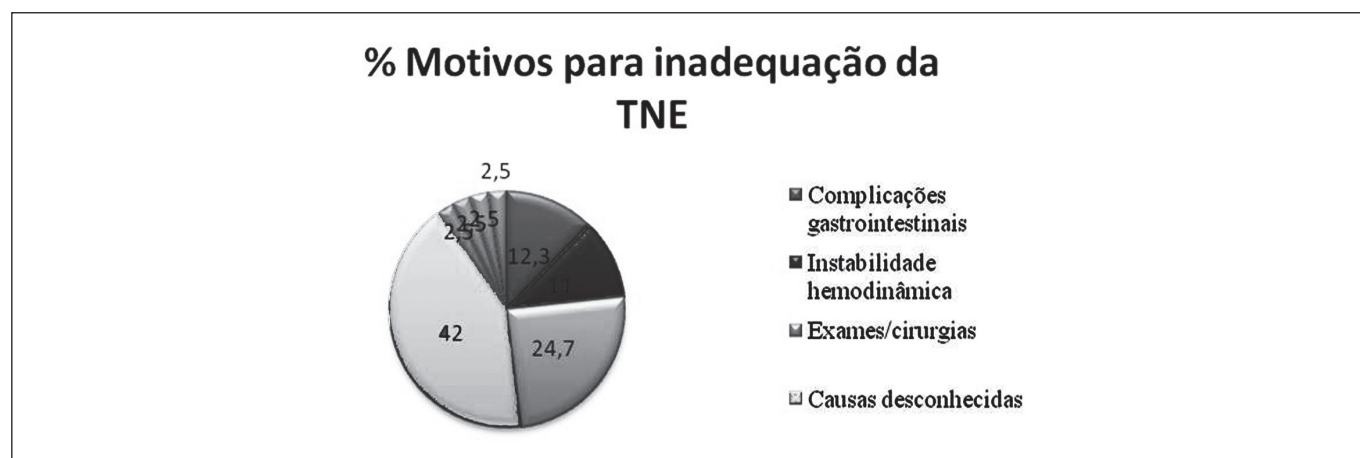


Figura 1 - Distribuição percentual dos motivos associados à oferta inadequada da terapia nutricional enteral (n=57).

revelou as doenças respiratórias como principal morbidade apresentada pela população analisada.

Stefanello & Poll¹⁹, analisando o estado nutricional dos pacientes na primeira avaliação nutricional durante a internação, considerando a classificação do IMC, identificaram 16,7% dos doentes em estado de magreza, 44,44% em eutrofia e 38,9% com excesso de peso. Os resultados são comparáveis aos do presente estudo, que também demonstra a maior parte da população adulta e idosa com eutrofia (43% e 41%, respectivamente), ao contrário do estudo de Isidro & Lima²⁰, que verificaram uma alta taxa de desnutrição, variando de 40,6% a 71,9%.

Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE)³ verificou que a impossibilidade de usar a VO para alimentação foi a principal indicação de iniciar a TNE (68,8% IC95% = 49,99-83,88), assim como no presente estudo.

Santana et al.²¹, em um estudo na UTI clínica e cirúrgica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, mostraram que a média de caloria ofertada foi 1053,06 ± 366,37 kcal/dia e de proteína, 52,34 ± 20,65 g/dia, o que representa, respectivamente, uma adequação de 76,47 ± 29,57% e 69,11 ± 25,37%. Ribeiro et al.⁵ estudaram 93 pacientes internados em uma UTI de um hospital universitário em São Paulo-SP, e identificaram uma adequação de 82,2%, tanto para calorias quanto para proteínas. Um estudo realizado em dois hospitais localizados no sul do País verificou que a adequação de caloria prescrita e ingerida foi de 40% em ambos os hospitais, existindo déficit do aporte energético em mais da metade da população estudada¹⁷. Os resultados do estudo em discussão, comparados com os descritos anteriormente, foram satisfatórios, com uma adequação calórica foi de 88 ± 38,7% e adequação proteica de 86,8 ± 24,8%.

Lins et al.³, em um estudo do tipo série de casos, realizado na UTI do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP, Recife-PE), com 45 pacientes, mostraram que foi necessário um tempo médio de 2,89 ± 2,03 dias para atingir cota calórica e 2,51 ± 2,92 dias para atingir cota proteica, já no presente estudo observou-se uma média de 1,0 ± 1 dia, para o alcance do VET pleno, porém não foi analisado o tempo para atingir meta calórica e proteica separadamente. Em uma meta-análise, Doig et al.²² verificaram que o início da terapia nutricional em 24 horas impactou positivamente na redução da mortalidade.

Em 42% dos casos em que houve interrupção da TNE, as causas eram desconhecidas, o que demonstra a falta de conscientização da equipe quanto à importância do aporte nutricional adequado aos pacientes de UTI, sendo indispensável relatar em prontuário essas variáveis. No estudo de Uozumi et al.²³, também foi verificado que as

causas desconhecidas foram comuns em 29% dos casos. Foram observados, também, casos de interrupção da TNE por sintomas gastrointestinais, instabilidade hemodinâmica, pausas de TNE para exames e cirurgias, perda de CNE, óbito, reabilitação para VO e falta de balanço hídrico. Por outro lado, no estudo de Campanella et al.⁶, verificou-se que, dentre as intercorrências relacionadas à TNE, a mais frequente foi o atraso da dieta (39%), em decorrência de problemas relacionados à administração, tanto por pausa na infusão da dieta para procedimentos rotineiros, não início ou reinício do mesmo em tempo determinado, atraso para troca da dieta e para repassagem da sonda após o paciente retirá-la, entre outros fatores.

No estudo de Campanella et al.⁶, observou-se em relação ao desfecho da internação que a maior parte dos avaliados (83%) recebeu alta hospitalar (76% com dieta por via oral e 24% por via enteral) e 17% foram a óbito. No presente estudo, pode-se observar que 33% dos pacientes retomaram a via oral e 32% foram a óbito. Esta diferença pode ter ocorrido pelo fato desse estudo ter analisado somente pacientes internados na UTI, e o estudo em comparação realizado com pacientes internados em todos os setores do hospital, uma vez que, dificilmente, pacientes em uso de TNE internados em UTI recebem alta hospitalar.

Como limitação do estudo, destaca-se a coleta dos dados por meio de prontuários eletrônicos preenchidos por terceiros, peso e altura estimados, visto que a instituição não possui cama balança.

CONCLUSÃO

De acordo com os dados apresentados e analisados, observou-se que, apesar de ter como base um protocolo de administração da NE para favorecer a infusão adequada e, além de se ter uma assistência nutricional diária na UTI, houve diferenças entre o planejamento nutricional e sua efetiva administração para o paciente.

Diante do exposto, sugere-se a realização de treinamentos mais específicos para toda a equipe, para conscientização da importância da oferta do aporte nutricional adequado aos pacientes da UTI, bem como da descrição correta dessas informações em prontuário eletrônico, contribuindo, assim, para prestar uma assistência de alta qualidade a esses pacientes. E, dessa forma, auxiliar no melhor prognóstico, interferindo de forma positiva na redução das complicações e do tempo de permanência desses pacientes na UTI.

REFERÊNCIAS

1. Atkinson M, Worthley LI. Nutrition in the critically ill patient: part I. Essential physiology and pathophysiology. *Crit Care Resusc.* 2003;5(2):109-20.

2. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition*. 2001;17(7-8):573-80.
3. Lins NF, Dias CA, Oliveira MGOA, Nascimento CX, Barbosa JM. Adequação da terapia nutricional enteral em pacientes críticos de um centro de referência em Pernambuco. *Rev Bras Nutr Clin*. 2015;30(1):76-81.
4. Mendonça MR, Guedes G. Terapia nutricional enteral em uma unidade de terapia intensiva: prescrição versus infusão. *BRASPEN J*. 2018;33(1):54-7.
5. Ribeiro LMK, Oliveira Filho RS, Caruso L, Lima PA, Damasceno NRT, Soriano FG. Adequação dos balanços energético e proteico na nutrição por via enteral em terapia intensiva: quais são os fatores limitantes? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(2):155-62.
6. Campanella LCA, Silveira BM, Rosário Neto O, Silva AA. Terapia nutricional enteral: a dieta prescrita é realmente infundida? *Rev Bras Nutr Clin*. 2008;23(1):21-5.
7. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation of obesity. Geneva: WHO; 1997.
8. OPAS. Organização Pan-Americana de saúde. XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicéntrica – Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar. [cited 2018 Aug 5]. Disponível em: <http://www.opas.org/program/sabe.htm>
9. Chumlea WC, Roche AF, Mukherjee D. Nutritional assessment of the elderly through anthropometry. Columbus: Ross Laboratories; 1987.
10. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr*. 2003;22(3):321-36.
11. Weimann A, Braga M, Harsanyi L, Laviano A, Ljungqvist O, Soeters P, et al. ESPEN guidelines on enteral nutrition: surgery including organ transplantation. *Clin Nutr*. 2006;25(2):224-44.
12. McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, McCarthy M, Roberts P, Taylor B, et al. Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill patients: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2009;33(3):277-316.
13. Gambato J, Boscaini C. Adequação da prescrição dietética e sua associação com intercorrências em pacientes em uso de terapia nutricional enteral. *Rev Bras Nutr Clin*. 2015;30(4):330-43.
14. Pereira DJ, Wady MTB, Velarde LGC. Adequação energética e proteica de pacientes em terapia nutricional enteral internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. *BRASPEN J*. 2016;31(3):219-25.
15. Santos CA, Firmino HH, Esmeraldo MLF, Alfnas RCG, Rosa COB, Ribeiro AQ, et al. Perfil nutricional e fatores associados à desnutrição e ao óbito em pacientes com indicação de terapia nutricional. *BRASPEN J*. 2017;32(1):30-5.
16. Castro MG, Ribeiro PC, Souza IA, Cunha HF, Silva MH, et al. Diretriz brasileira de terapia nutricional no paciente grave. *BRASPEN J*. 2018;33(Supl 1):2-3.
17. Ueno E, Koffke M, Voigt VR. Perfil de pacientes hospitalizados em uso de terapia enteral. *BRASPEN J*. 2018;33(2):194-8.
18. Simões SAR, Kutz NA, Barbosa MC, Porto EF, Salgueiro MMHAO. Dieta enteral prescrita versus dieta infundida. *J Res Fundam Care Online*. 2017;9(3):688-95.
19. Stefanello MD, Poll FA. Estado nutricional e dieta enteral prescrita e recebida por pacientes de uma unidade de terapia intensiva. *ABCS Health Sci*. 2014;39(2):71-6.
20. Isidro MF, Lima DSC. Adequação calórico-proteica da terapia nutricional enteral em pacientes cirúrgicos. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(5):580-6.
21. Santana MMA, Vieira LL, Dias DAM, Braga CC, Costa RM. Inadequação calórica e proteica e fatores associados em pacientes graves. *Rev Nutr*. 2016;29(5):645-54.
22. Doig GS, Heighes PT, Simpson F, Sweetman EA, Davies AR. Early enteral nutrition, provided within 24 h of injury or intensive care unit admission, significantly reduces mortality in critically ill patients: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Intensive Care Med*. 2009;35(12):2018-27.
23. Uozumi M, Sanui M, Komuro T, Iizuka Y, Kamio T, Koyama H, et al. Interruption of enteral nutrition in the intensive care unit: a single-center survey. *J Intensive Care*. 2017;5:52.

Local de realização do estudo: Hospital de Clínicas Mário Lioni, Duque de Caxias, RJ, Brasil.

Conflito de interesse: As autoras declaram não haver.