



ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

# Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



## Associação de Indicadores Nutricionais e Risco de Mortalidade em Pacientes Hospitalizados em Unidade de Emergência

Association of Nutritional Indicators and Mortality Risk in Hospitalized Patients in an Emergency Unit

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2926  
 ARK: 57118/JRG.v9i20.2926

Recebido: 27/01/2026 | Aceito: 04/02/2026 | Publicado on-line: 05/02/2026

**Amanda Karen Ferreira Barbosa<sup>1</sup>**

<https://orcid.org/0009-0000-1393-0715>  
 <http://lattes.cnpq.br/3859079533764870>  
FEPECS, DF, Brasil  
E-mail: barbosa.amandak@gmail.com

**Marcela Monteiro da Silva<sup>2</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-8682-6887>  
 <http://lattes.cnpq.br/6437421889398019>  
FEPECS, DF, Brasil  
E-mail: marcela.monteiro04@gmail.com

**Vanessa Teles Felinto Mello<sup>3</sup>**

<https://orcid.org/0000-0002-2379-2608>  
 <http://lattes.cnpq.br/0795972016700186>  
FEPECS, DF, Brasil  
E-mail: vanessa.mello@escs.edu.br



**Jean Carlos Coutinho<sup>4</sup>**

<https://orcid.org/0000-0003-0025-2622>  
 <http://lattes.cnpq.br/9320595455405066>  
FEPECS, DF, Brasil  
E-mail: Jean.fisio09@gmail.com

**Martina Celi Bandeira Rufino Lopes<sup>5</sup>**

<https://orcid.org/0000-0001-7027-3934>  
 <http://lattes.cnpq.br/9186137193787806>  
FEPECS, DF, Brasil  
E-mail: martina-lopes@fepecs.edu.br

**Brenda de Oliveira Carvalho do Vale<sup>6</sup>**

<https://orcid.org/0009-0008-4157-9940>  
 <https://lattes.cnpq.br/7790971417478513>  
FEPECS, DF, Brasil  
E-mail: oliveirabrenda1998@gmail.com

**Bárbara Queiroz Fernandes<sup>7</sup>**

<https://orcid.org/0009-0001-8657-3066>  
 <http://lattes.cnpq.br/7739491833577854>  
FEPECS, DF, Brasil  
E-mail: barbaraqf09@gmail.com

<sup>1</sup> Graduada em Nutrição pela Universidade de Brasília - UnB. Pós-Graduanda no Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Trauma pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - ESP/DF.

<sup>2</sup> Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos - UNICEPLAC. Pós-Graduanda do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Trauma pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - ESP/DF.

<sup>3</sup> Mestre em Ciências para a Saúde pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do Distrito Federal - FEPECS. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional de Urgência e Trauma pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - ESP/DF.

<sup>4</sup> Mestre em reabilitação do movimento humano - Unievangélica. Preceptor de Fisioterapia do Programa de

Residência Multiprofissional de Urgência e Trauma pela Escola de Saúde Pública do Distrito Federal - ESP/DF.

<sup>5</sup> Mestre em Nutrição Humana. Preceptora de Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma

<sup>6</sup> Graduada em nutrição pelo CEUB. Especialista em saúde do adulto e idoso pela ESCS/FEPECS. Pós-graduanda no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Brasília-DF).

<sup>7</sup> Graduada em nutrição pela Universidade do Distrito Federal. Pós-graduanda no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Brasília-DF)



## Resumo

**Introdução:** As Salas de Estabilização (SE) constituem unidades estratégicas da rede de urgência e emergência, destinadas ao atendimento inicial de pacientes críticos, caracterizados por elevada prevalência de doenças crônicas e risco nutricional. A desnutrição hospitalar está associada a piores desfechos clínicos e aumento da mortalidade. **Objetivo:** Avaliar a associação entre o risco nutricional, a via de dieta e mortalidade em 28 dias em pacientes internados em unidade de emergência de um hospital público geral do Distrito Federal. **Métodos:** Estudo observacional, prospectivo e analítico do tipo coorte, realizado entre março e setembro de 2025, com pacientes adultos admitidos nas SE Vermelha e Amarela. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e nutricionais com dados antropométricos, classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) e triagem do risco nutricional por meio do Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002). Os pacientes foram acompanhados, através de prontuário eletrônico, por 28 dias para avaliação dos desfechos clínicos. **Resultados:** A amostra foi composta por 81 pacientes, com predominância do sexo masculino (53,1%) e idade igual ou superior a 60 anos (63,0%). Observou-se elevada prevalência de risco nutricional na admissão hospitalar (58,0%), mantida após 28 dias de internação (58,3%). A via oral foi a mais utilizada tanto na admissão quanto após 28 dias. A mortalidade em 28 dias foi de 6,2%, sem associação estatisticamente significativa entre risco nutricional e mortalidade, nem entre a via de dieta e mortalidade. **Conclusão:** Pacientes internados em SE apresentaram prevalência de risco nutricional. Apesar da ausência de associação estatística com a mortalidade em 28 dias, a frequência de risco nutricional entre os pacientes que evoluíram a óbito reforça a importância da triagem nutricional precoce em unidades de emergência como estratégia fundamental para identificação de pacientes em risco e direcionamento oportuno das intervenções nutricionais.

**Palavras-chave:** Triagem de Risco Nutricional. Mortalidade. Pacientes Críticos. Unidade de Emergência.

## Abstract

**Introduction:** Stabilization Rooms (SRs) are strategic units within the emergency care network, designed for the initial management of critically ill patients, who are characterized by a high prevalence of chronic diseases and nutritional risk. Hospital malnutrition is associated with worse clinical outcomes and increased mortality. **Objective:** To evaluate the association between nutritional risk, feeding route, and 28-day mortality in patients admitted to the emergency unit of a public general hospital in the Federal District, Brazil. **Methods:** This was a prospective, observational, and analytical cohort study conducted between March and September 2025, including adult patients admitted to the Red and Yellow SRs. Sociodemographic, clinical, and nutritional data were collected, including anthropometric measurements, Body Mass Index (BMI) classification, and nutritional risk screening using the Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002). Patients were followed for 28 days through electronic medical records to assess clinical outcomes. **Results:** The sample consisted of 81 patients, predominantly male (53.1%) and aged 60 years or older (63.0%). A high prevalence of nutritional risk was observed at hospital admission (58.0%), which remained after 28 days of hospitalization (58.3%). The oral feeding route was the most frequently used both at admission and after 28 days. The 28-day mortality rate was 6.2%, with no statistically significant association between nutritional risk and mortality, nor between feeding route and mortality. **Conclusion:** Patients admitted to SRs showed a high prevalence of nutritional risk. Although no statistically significant association with 28-day



*mortality was observed, the frequency of nutritional risk among patients who progressed to death reinforces the importance of early nutritional screening in emergency units as a fundamental strategy for identifying patients at risk and guiding timely nutritional interventions.*

**Keywords:** Nutritional Risk Screening. Mortality. Critically Ill Patients. Emergency Unit.

## 1. Introdução

As Salas de Estabilização (SE) são unidades destinadas à triagem rápida, estabilização e manejo inicial de pacientes críticos, sem foco em especialidades ou doenças específicas. Esses serviços recebem, predominantemente, pacientes com elevado grau de complexidade e risco iminente de morte, desempenhando papel estratégico na organização da rede de urgência e emergência e na redução da sobrecarga hospitalar<sup>1,2</sup>.

A demanda por atendimentos de urgência e emergência tem aumentado de forma progressiva, impulsionada principalmente pelo crescimento dos acidentes e da violência urbana, o que reforça a relevância dessas unidades na assistência à saúde<sup>1,3</sup>. Nesse contexto, os pacientes admitidos nas SE frequentemente apresentam instabilidade clínica significativa, caracterizando-se como pacientes críticos.

O paciente crítico é definido como aquele com risco iminente de vida ou acometido por trauma ou condições clínicas, cirúrgicas, obstétricas e psiquiátricas que demandam cuidados imediatos. A resposta metabólica ao estresse nesses indivíduos ocorre em fases distintas, sendo marcada inicialmente por instabilidade metabólica e hipercatabolismo, seguida por intensa proteólise e, posteriormente, por estabilização metabólica. O estado nutricional prévio exerce influência direta sobre essa resposta, podendo atuar como fator protetor, enquanto o risco nutricional tem sido consistentemente associado ao aumento da mortalidade hospitalar<sup>4,5</sup>.

A desnutrição hospitalar é particularmente prevalente em grupos específicos, como pacientes com neoplasias, demência, acidente vascular cerebral e idosos, além daqueles com condições que comprometem a ingestão alimentar, como disfagia, anorexia e sintomas gastrointestinais. Essas condições favorecem o déficit calórico-proteico, a perda de peso e piores desfechos clínicos, tornando a identificação precoce do risco nutricional fundamental<sup>6,7</sup>.

A triagem nutricional constitui uma etapa essencial na avaliação do paciente hospitalizado, sendo o Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002) uma das ferramentas mais utilizadas para a identificação do risco nutricional. Escores iguais ou superiores a três pontos indicam risco nutricional e estão associados a maior incidência de complicações e mortalidade, reforçando a necessidade de intervenção nutricional oportuna<sup>8,9</sup>.

A ingestão alimentar reduzida e as alterações ou no uso de vias alternativas de alimentação durante a internação hospitalar contribuem para o agravamento do risco nutricional. Nesses casos, o início precoce da terapia nutricional, seja enteral ou parenteral, preferencialmente nas primeiras 48 horas de internação, está associado à melhora dos desfechos clínicos, enquanto o atraso pode resultar em maior morbimortalidade, tempo de internação prolongado e aumento dos custos hospitalares<sup>10,11</sup>.

Diante desse cenário, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação entre o risco nutricional, a via de dieta e a mortalidade em 28 dias em pacientes internados na unidade de emergência de um hospital público geral do Distrito Federal.



## 2. Metodologia

### 2.1 Métodos

Trata-se de estudo observacional, prospectivo e analítico do tipo coorte, submetido e aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do DF (CEP/FEPECS/SES-DF), sob CAAE nº 85683524.2.0000.5553. Para todos os participantes foram garantidos anonimato e sigilo de seus dados, conforme a Resolução 466/12 do CNS, MS.

A coleta de dados foi realizada no período de março de 2025 a setembro de 2025, em um hospital regional do DF, especificamente nas SE: Vermelha e Amarela. O tamanho amostral foi estimado com base no número total de pacientes internados nas SE do hospital durante o período de seis meses. Para essa estimativa, utilizou-se a calculadora amostral online Comentto, considerando-se a população de referência do período estudado, sendo obtido um tamanho amostral mínimo de 164 pacientes.

Foram incluídos pacientes admitidos em SE com idade superior a 18 anos, ambos os性os, no período de coleta citado acima, que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos casos em que os pacientes se encontravam incapazes de responder por si, o TCLE foi assinado por responsável legal ou acompanhante maior e capaz.

Foram excluídos da pesquisa pacientes gestantes, amputados ou com prontuários incompletos após os 28 dias, caracterizado pela ausência de dados antropométricos, via de dieta ou seguimento nutricional no período avaliado, bem como pacientes transferidos para unidades sem acesso ao prontuário eletrônico compartilhado (InterSystems TRAKCARE®). A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Inicialmente, realizou-se o preenchimento do TCLE, que descreveu de forma clara os procedimentos do estudo e o destino dos dados coletados. Os dados foram coletados após admissão dos pacientes nas SE Vermelha e Amarela, por meio de formulário padronizado. Foram registrados dados sociodemográficos e clínicos, incluindo sexo, idade, comorbidades e/ou doença aguda, além do número de identificação do paciente na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), utilizado para posterior consulta ao prontuário eletrônico (InterSystems TRAKCARE®).

Na sequência, foram coletados os dados nutricionais, compreendendo peso atual, altura, Índice de Massa Corporal (IMC) e avaliação do risco nutricional por meio da aplicação do Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), instrumento validado e recomendado pelas diretrizes de nutrição clínica. A ferramenta considera parâmetros como redução da ingestão alimentar, perda de peso, IMC, gravidade da doença e idade superior a 70 anos, todos os profissionais que aplicaram a ferramenta, eram devidamente treinados para aplicar esse método de triagem.

Para a classificação do IMC, adotou-se a classificação da Organização Mundial da Saúde (1997)<sup>12</sup> para adultos e a classificação de Lipschitz (1994)<sup>13</sup> para idosos. O peso corporal foi aferido por meio de balança digital em pacientes deambulantes. Nos pacientes acamados, o peso foi estimado por meio da fórmula preditiva proposta por Chumlea et al. (1988)<sup>14</sup>, e nesses casos, também foram aferidas a circunferência do braço (CB) e a altura do joelho (AJ) sendo utilizadas as fórmulas: para homens:  $Peso (kg) = (1,73 \times CB) + (0,98 \times AJ) + (0,37 \times idade) - 81,69$ . E para mulheres:  $Peso (kg) = (0,98 \times CB) + (1,27 \times AJ) + (0,40 \times idade) - 62,35$ .



A estatura obtida por meio da altura recumbente, medindo-se o comprimento corporal do indivíduo do topo da cabeça à planta dos pés, em posição supina, mantendo o leito completamente na horizontal<sup>15</sup> ou através de fórmulas preditivas, fazendo o uso do segmento de AJ<sup>16,14</sup>, utilizando as fórmulas distintas conforme raça e gênero: Homens brancos -  $Estatura\ (cm) = 64,19 + (2,02 \times altura\ do\ joelho\ [cm]) - (0,04 \times idade\ [anos])$ ; Homens negros -  $Estatura\ (cm) = 68,10 + (2,01 \times altura\ do\ joelho\ [cm]) - (0,04 \times idade\ [anos])$ . No caso de mulheres brancas:  $Estatura\ (cm) = 84,88 + (1,83 \times altura\ do\ joelho\ [cm]) - (0,24 \times idade\ [anos])$ ; Mulheres negras -  $Estatura\ (cm) = 70,25 + (1,87 \times altura\ do\ joelho\ [cm]) - (0,06 \times idade\ [anos])$ .

Após a aplicação da triagem nutricional, os dados foram registrados em formulário próprio, e os pacientes foram classificados quanto ao risco nutricional em ausência de risco nutricional (escore < 3) ou presença de risco nutricional (escore  $\geq 3$ ). Também foi registrada a via de alimentação no momento da coleta, sendo classificada como oral, enteral ou parenteral. Após essa etapa, realizou-se o acompanhamento dos pacientes por meio do prontuário eletrônico, com avaliação dos desfechos clínicos ocorridos durante o período de internação, considerando um seguimento de até 28 dias a partir da data de admissão.

Para garantir a confidencialidade das informações e evitar o vazamento de dados sensíveis, os dados coletados foram anonimizados e codificados, sem a utilização de informações que permitissem a identificação direta dos pacientes. O acesso às informações foi restrito exclusivamente aos pesquisadores envolvidos no estudo, previamente treinados e autorizados, sendo os dados armazenados em ambiente seguro, protegido por senha. Todas as etapas do estudo seguiram os princípios éticos e as normas vigentes de proteção de dados, assegurando a privacidade e a integridade das informações dos participantes.

## 2.2 Análise de Dados

Os dados coletados foram digitados, organizados e armazenados no programa Microsoft Office Excel®, versão 2023. Posteriormente, as análises estatísticas foram realizadas com uso do software Stata®, versão 13.0. Inicialmente, foi conduzida a análise descritiva das variáveis, com cálculo das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, bem como medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas, conforme a distribuição dos dados.

A normalidade das variáveis contínuas foi avaliada previamente, permitindo a escolha dos testes estatísticos adequados. Para a análise das associações entre as variáveis categóricas, foram utilizados o Teste Exato de Fisher e o Teste de Tendência Linear, conforme a natureza das variáveis analisadas. Quando aplicável, comparações entre grupos foram realizadas por meio de testes estatísticos apropriados, respeitando os pressupostos de cada análise.

Para todas as análises estatísticas, adotou-se nível de significância de 5%, sendo considerados estatisticamente significantes os resultados que apresentaram valor de p inferior a 0,05.



### 3. Resultados

O presente estudo analisou 81 pacientes, sendo que a maioria era do sexo masculino e com idade superior à 60 anos, evidenciando o perfil etário compatível com maior número de comorbidades e complexibilidade clínica, conforme mostra a tabela 01. Em relação ao perfil clínico dos pacientes, verificou-se que os diagnósticos mais prevalentes foram de doenças cardíacas (21%), neurológicas (19,8%), além de respiratórias e digestivas, ambos correspondendo a 13,6% da amostra, refletindo no cenário a prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e condições agudas que levam ao atendimento em unidades de emergência, conforme descrito na tabela 02, enquanto 32,1% da amostra possuía diagnósticos diversos.

Tabela 01 - perfil sociodemográfico

Variáveis	N (81)	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	43	53,09
Feminino	38	46,91
<b>Idade</b>		
< 60 anos	30	37,04
≥ 60 anos	51	62,96

N: tamanho amostral. %: percentual

Tabela 02 - Perfil clínico dos pacientes

Diagnóstico Clínico	N	%
Doença Cardíaca	17	20,99
Doença Digestiva	11	13,58
Doença Neurológica	16	19,75
Doença Respiratória	11	13,58
Outros diagnósticos	26	32,10

N: tamanho amostral. %: percentual

A tabela 3 mostra o estado nutricional dos participantes, divididos entre a faixa etária (adultos e idosos), onde observou-se que tanto adultos quanto idosos apresentaram alterações do estado nutricional. Entre os adultos, a maioria foi classificada com “obesidade grau I”, enquanto que adultos com “eutrofia” corresponderam a apenas 27% da população avaliada. Em relação aos idosos, também foi possível verificar esses achados, pois 55% apresentavam alteração do estado nutricional, sendo magreza ou excesso de peso; enquanto que apenas 45% classificavam-se como eutróficos. Reforçando que as alterações nutricionais podem afetar em ambas as faixas etárias.



Tabela 03 - Perfil antropométrico através do Índice de Massa Corporal

Índice de Massa Corporal (IMC)	N	%
<b>IMC adultos (n= 30)</b>		
Magreza	3	10,00
Eutrofia	8	26,67
Pré-Obesidade	8	26,67
Obesidade Grau I	9	30,00
Obesidade Grau II	2	6,67
<b>IMC idosos (n=51)</b>		
Magreza	13	25,49
Eutrofia	23	45,10
Excesso de Peso	15	29,41

N: tamanho amostral. %: percentual

A avaliação de risco nutricional deu-se através do uso da NRS 2002; identificou-se a prevalência de risco nutricional permanecendo os dados praticamente inalterados após os 28 dias de internação, cerca de 58%. Mais da metade dos pacientes avaliados apresentaram risco nutricional ao longo da internação. Uma parte dos pacientes triados no momento da admissão hospitalar foram transferidos para instituições hospitalares externas à rede pública de saúde (n= 9), nas quais os pesquisadores não tinham acesso aos prontuários clínicos, o que inviabilizou a realização da avaliação de seguimento aos 28 dias, conforme apresentado na Tabela 4, justificando o número amostral reduzido (n= 72) quando comparados ao inicial.

Tabela 04 - Prevalência do risco nutricional

Classificação NRS	NRS no início da internação (N=81)	NRS após 28 dias de internação (N=72)
	N (%)	N (%)
Sem risco nutricional	34 (41,98)	30 (41,67)
Com risco nutricional	47 (58,02)	42 (58,33)

N: tamanho amostral. %: percentual

Sem risco nutricional = pontuação < 3; com risco nutricional = pontuação  $\geq 3$ .

Com base nos desfechos dos 81 pacientes avaliados, a maioria (58,0%) evoluiu com alta hospitalar durante o período de acompanhamento, entretanto, uma parte permaneceu internada ou foi transferida para outras unidades, conforme tabela 05.

Tabela 05 – Prevalência dos desfechos em pacientes

Desfecho Clínico	N	%
Alta	47	58,02
Segue em internação	18	22,22
Transferido para outra unidade	11	13,58
Óbito	5	6,17

N: tamanho amostral. %: percentual



As análises não apresentaram correlação significativa entre risco nutricional e mortalidade ( $P= 0,392$ ), tanto na avaliação inicial quanto após 28 dias de internação. Apesar disso, foi possível observar maior taxa de mortalidade (8,51%) entre pacientes classificados em risco nutricional, quando comparados àquelas sem risco, representados na tabela 06 e 07.

Tabela 06 – Associação entre o risco nutricional avaliado na admissão pela NRS, 2002 e mortalidade em 28 dias em pacientes.

Classificação da NRS	Desfecho		P
	Não Óbito <sup>1</sup> N (%)	Óbito N (%)	
Sem risco nutricional	33 (97,06)	1 (2,94)	
Com risco nutricional	43 (91,49)	4 (8,51)	0,392

N: tamanho amostral. %: percentual. Teste Exato de Fisher

P<0,05\* = significância estatística

<sup>1</sup>Não óbito = alta, transferência, segue em internação

Tabela 07 – Associação entre o risco nutricional após 28 dias avaliado pela NRS, 2002 e mortalidade

Classificação da NRS final	Desfecho após 28 dias de internação		P
	Não Óbito <sup>1</sup> N (%)	Óbito N (%)	
Sem risco nutricional	29 (96,67)	1 (3,33)	
Com risco nutricional	38 (90,48)	4 (9,52)	0,393

N: tamanho amostral. %: percentual. Teste Exato de Fisher

P<0,05\* = significância estatística

<sup>1</sup>Não óbito = alta, transferência, segue em internação

De forma similar, não foi identificada associação significativa entre a via de dieta e mortalidade após 28 dias. Entretanto, notou-se maior incidência de óbitos entre pacientes que utilizavam vias alternativas de alimentação, em comparação aos pacientes que estavam em utilização de via oral, resulta que se aproximou dos dados de significância estatística.

Tabela 08 – Associação entre a via da dieta após 28 dias de internação e mortalidade em pacientes

Via da Dieta no início da internação	Desfecho		P
	Não Óbito <sup>1</sup> N (%)	Óbito N (%)	
Zero	1 (100,00)	0 (0,00)	
Via Oral	63 (95,45)	3 (4,55)	0,052
Enteral ou Parenteral	7 (77,78)	2 (22,22)	

N: tamanho amostral. %: percentual.

P<0,05\* = significância estatística

<sup>1</sup>Não óbito = alta, transferência, segue em internação



#### 4. Discussão

O presente estudo descreveu o perfil epidemiológico e nutricional de pacientes internados em SE, bem como avaliou a associação entre risco nutricional, a via de dieta e mortalidade em 28 dias, para caracterizar essa população quanto às condições clínicas e nutricionais. Os resultados evidenciam uma população predominantemente idosa, com alta prevalência de doenças crônicas, especialmente cardiovasculares, além de uma alta frequência de risco nutricional já no momento da admissão hospitalar. Não foi identificada associação estatisticamente significativa entre risco nutricional, via de dieta e mortalidade em 28 dias.

Os achados evidenciam perfil clínico compatível com o panorama nacional das DCNT, com predominância de doenças cardiovasculares, neurológicas e respiratórias. As doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de óbito no país, enquanto o acidente vascular cerebral destaca-se como importante causa de incapacidade e internação<sup>16</sup>. A frequência dessas condições em idosos é consistente com a composição da amostra e reflete maior vulnerabilidade fisiológica, associada a processos inflamatórios, aumento do gasto energético e redução da ingestão alimentar, fatores que impactam diretamente o estado nutricional<sup>4,5</sup>.

Além disso, a proporção de IMC aumentado entre adultos e idosos observada na presente pesquisa acompanha estudos que apontam relação entre excesso de peso, doenças crônicas e maior vulnerabilidade a desfechos clínicos adversos<sup>17</sup>. De acordo com o panorama publicado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que traz a associação de DCNT com os riscos de mortalidade, desde 2000 a 2021 houve uma grande prevalência de mortes associadas a DCNT (65%), dessas 38% são consideradas mortes precoces, pois os indivíduos tinham idade inferior há 70 anos<sup>18</sup>.

Entretanto, a coexistência de IMC elevado e risco nutricional observada neste estudo reforça o conceito de que o IMC isoladamente não é um marcador adequado do estado nutricional em pacientes hospitalizados. A literatura descreve esse fenômeno como “desnutrição oculta” ou obesidade sarcopênica, na qual o excesso de peso pode mascarar perdas de massa muscular e reservas funcionais, especialmente em contextos de inflamação crônica<sup>6</sup>. Nesse sentido, torna-se importante, na avaliação nutricional, associar outros fatores pertinentes, como a anamnese alimentar, o histórico de perda de peso recente e a semiologia, para a composição do diagnóstico nutricional.

A prevalência de risco nutricional identificada neste estudo foi significativa e semelhante àquela descrita em grandes estudos internacionais e nacionais, como no de Bakkaloglu et al. (2023), que observaram prevalência de risco nutricional próximo a 50% em pacientes hospitalizados, tendo valores mais elevados entre idosos<sup>7</sup>. Resultados semelhantes foram descritos por Wang et al. (2022)<sup>19</sup>, que identificaram alta frequência de risco nutricional em pacientes críticos, utilizando a NRS-2002. No contexto brasileiro, o estudo multicêntrico da BRASPEN intitulado *Diga não à desnutrição* evidenciou que mais da metade dos pacientes hospitalizados estavam em risco nutricional, o que ressalta a elevada magnitude desse problema no contexto hospitalar.

Neste estudo, semelhantemente ao estudo multicêntrico da BRASPEN, mais da metade dos pacientes internados apresentou risco nutricional na admissão hospitalar (58%), evidenciando a expressiva vulnerabilidade nutricional dessa população. No estudo de Wang et al. relatou-se prevalência alta de risco nutricional em pacientes hospitalizados e associação significativa com pior prognóstico clínico<sup>19</sup>. No presente estudo não foi identificada associação estatisticamente significativa entre o risco nutricional, avaliado pela NRS-2002, e a mortalidade em 28 dias. Ressalta-se, porém, que



diferenças no perfil clínico da população estudada e no tamanho amostral podem influenciar a detecção de associações estatisticamente significativas.

Embora o estudo em questão não tenha identificado associação estatisticamente significativa entre risco nutricional e mortalidade em 28 dias, observa-se um dado clinicamente relevante: quatro dos cinco pacientes que evoluíram a óbito apresentavam risco nutricional. Esse achado sugere uma tendência clínica importante, ainda que o tamanho amostral limitado possa ter reduzido a sensibilidade estatística para detectar diferenças significativas. Estudos com maior número de participantes demonstram de forma consistente que o risco nutricional avaliado pela NRS-2002 está associado à maior mortalidade hospitalar em 28 dias<sup>19,21</sup>. O estudo de Ghadamieh et al. observou que escores mais elevados de risco nutricional associam-se a maior mortalidade e maior tempo de internação, mesmo após ajuste para variáveis clínicas.

Resultados semelhantes foram descritos por Bossi et al.<sup>6</sup>, que destacam o papel da inflamação sistêmica e do catabolismo na piora do prognóstico de pacientes com doenças crônicas, independentemente do IMC. Esses mecanismos fisiopatológicos ajudam a explicar porque pacientes classificados em risco nutricional apresentam piores desfechos, mesmo quando a associação estatística não é demonstrada em estudos com menor amostra.

Quanto à via de administração da dieta, verificou-se predomínio da via oral; entretanto, pacientes submetidos à nutrição enteral ou parenteral apresentaram maior proporção de mortalidade. Contudo, esta associação não deve ser interpretada como causal, mas sim como reflexo da maior gravidade clínica desses pacientes. Estudos demonstram que a indicação de terapia nutricional por vias alternativas geralmente ocorre em indivíduos com maior comprometimento funcional, doenças neurológicas, respiratórias ou em estado crítico, condições associadas a maior risco de mortalidade<sup>22</sup>. O estudo de Santos et al. reforça que pacientes com indicação de terapia nutricional já apresentam, em sua maioria, algum grau de desnutrição e maior vulnerabilidade a desfechos desfavoráveis, destacando a importância da intervenção nutricional precoce<sup>23</sup>.

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O tamanho amostral reduzido, inferior ao inicialmente estimado, pode ter limitado a detecção de associações estatisticamente significativas. Essa limitação esteve relacionada a aspectos éticos e operacionais do cenário hospitalar, especialmente à dificuldade de inclusão de pacientes em grave estado clínico. Muitos não apresentavam condições para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e a obtenção do consentimento por familiares foi frequentemente inviabilizada pela fragilidade emocional, pelo receio de interferência no processo de alta ou pela ausência de responsáveis legais. Adicionalmente, o tempo para admissão e avaliação nutricional nem sempre ocorreu de forma imediata após a internação, o que inviabilizou o acompanhamento nutricional precoce de todos os pacientes. Conforme as recomendações da BRASPEN, a triagem nutricional deve ser realizada preferencialmente nas primeiras 24 horas e, no máximo, até 72 horas após a admissão hospitalar. No entanto, no presente estudo, esse intervalo nem sempre foi compatível com o período de liberação para coleta de dados e inclusão dos pacientes na amostra, considerando o fluxo assistencial, a instabilidade clínica inicial e a dinâmica das SE. Essas limitações refletem condições operacionais inerentes aos serviços de urgência e emergência.

Parte dos indivíduos foram transferidos para unidades fora da rede do Sistema Único de Saúde, restringindo o seguimento completo dos desfechos. Somado à isso, a baixa rotatividade dos leitos disponíveis dentro do próprio hospital, impactou diretamente no fluxo de admissões em número de pacientes elegíveis durante o período



da coleta, pois houve permanência prolongada em uma das SEs, devido às próprias condições clínicas que impediam a transferência dos pacientes ou à disponibilização de leitos para continuidade do tratamento em outros setores do hospital, o que resultou em baixa rotatividade nesse setor. Esses fatores refletiram diretamente nas limitações inerentes à pesquisa em ambientes de alta complexidade assistencial e não configuram viés de coleta. Com isso, faz-se necessário estudos delineados para avaliar o fluxo de atendimento hospitalar em unidades de emergência.

Apesar das limitações, os resultados deste estudo reforçam a elevada prevalência de risco nutricional em pacientes admitidos em unidades de emergência e destacam a importância da triagem nutricional precoce neste cenário. A identificação oportuna do risco nutricional pode contribuir para intervenções mais adequadas, contribuindo potencialmente para a melhoria dos desfechos clínicos, conforme amplamente descrito na literatura. Assim, os achados do presente estudo corroboram evidências nacionais e internacionais que apontam o risco nutricional como um importante marcador prognóstico em pacientes hospitalizados, especialmente em populações com alta prevalência de doenças crônicas.

## 5. Conclusão

O presente estudo não evidenciou associação estatisticamente significativa entre risco nutricional, via de administração da dieta e mortalidade em 28 dias. Contudo, observou-se elevada prevalência de risco nutricional entre pacientes internados no ambiente de emergência, majoritariamente idosos e com multimorbidade. Embora a associação não tenha alcançado significância estatística, a maior proporção de óbitos entre os pacientes classificados em risco nutricional sugere relevância clínica. Esses achados reforçam a importância da triagem nutricional precoce em unidades de emergência, bem como a necessidade de estudos futuros com maior poder amostral.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes para a organização das Salas de Estabilização no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2011 out 5; Seção 1.
2. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Manual de acolhimento e classificação de risco da Rede de Atenção às Urgências do Distrito Federal. Brasília: SES-DF; 2021.
3. Soster CB, Vieira CS, Teixeira CC, Girardon-Perlini NMO, Tonin L, Vargas MAO. Atendimento em serviços de urgência e emergência no Brasil: desafios e perspectivas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2022;30:e3511. doi:10.1590/1518-8345.0000.3511.
4. Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr*. 2019;38(1):48-79. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.037.
5. Associação Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN). Diretriz brasileira de terapia nutricional no paciente grave. *BRASPEN J*. 2023;38(Supl 1):1-60.
6. Bossi P, Delrio P, Mascheroni A, Zanetti M, Pedrazzoli P. Nutrition and cancer: a multidisciplinary approach. *Nutrients*. 2021;13(6):1980. doi:10.3390/nu13061980.



7. Bakkaloglu OK, Ergen A, Balci C, Turan S, Yalcin M, Ozdemir C. Prevalence of malnutrition and nutritional risk in hospitalized patients: a multicenter study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2023;27(12):5812–5821. doi:10.26355/eurrev\_202306\_32640.
8. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Nutritional Risk Screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr.* 2003;22(3):321–336. doi:10.1016/S0261-5614(02)00214-5.
9. Leandro-Merhi VA, Aquino JLB. Avaliação nutricional em pacientes hospitalizados: comparação entre diferentes métodos. *Arq Bras Cir Dig.* 2009;22(3):143–146. doi:10.1590/S0102-67202009000300003.
10. Maia LA, Silva DR, Lima JP, Costa TM. Impacto do início precoce da terapia nutricional em pacientes hospitalizados. *Braz J Health Rev.* 2021;4(5):19962–19972. doi:10.34119/bjhrv4n5-294.
11. Valadão TA, Bottoni A, Waitzberg DL. Terapia nutricional precoce e desfechos clínicos em pacientes hospitalizados. *BRASPEN J.* 2021;36(2):145–150.
12. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 1997. (WHO Technical Report Series, No. 894).
13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994;21(1):55–67.
14. Chumlea WC, Guo SS, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Geriatr Soc.* 1988;36(1):37–42. doi:10.1111/j.1532-5415.1988.tb01908.x.
15. Saueressig C, dos Santos JG, Wolf R, Dall'Alba V. Utilização de métodos indiretos para estimativa de peso corporal e estatura e sua correlação com os valores aferidos em pacientes hospitalizados. *BRASPEN Journal.* 2022;37(4):340–5. doi:10.37111/braspenj.2022.37.4.03.
16. Chumlea WMC, Guo SS, Steinbaugh ML. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. *J Am Diet Assoc.* 1994 Dec;94(12):1385–1391. doi:10.1016/0002-8223(94)92540-2.
17. Machline-Carrion MJ, Sen S, Almeida SRM, et al. Global burden of stroke: update 2025. *Stroke.* 2025;56(4):957–964. doi:10.1161/STROKEAHA.124.000000.
18. Panorama das DNTs 2025. Vigilância e monitoramento das DNTs: Mortalidade por doenças não transmissíveis e prevalência de fatores de risco associados na Região das Américas 2025.
19. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC, et al. Estatística cardiovascular – Brasil 2024. *Arq Bras Cardiol.* 2024;121:e20240079. doi:10.36660/abc.20240079.
20. Wang J, Chen X, Zhao Y, Li Z, Chen J, Shen B. Nutritional risk screening and mortality in hospitalized patients. *Front Nutr.* 2022;9:857841. doi:10.3389/fnut.2022.857841.
21. Associação Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN). Diga não à desnutrição: diagnóstico nutricional no Brasil. São Paulo: BRASPEN; 2021.
22. Ghadamieh F, Matta J, Naja F, Nasrallah MP. Association between nutritional risk and mortality in hospitalized adults. *Clin Nutr ESPEN.* 2023;55:357–363. doi:10.1016/j.clnesp.2023.03.021.



23. Santos CA, Ribeiro AQ, Rosa COB, et al. Indicadores nutricionais e mortalidade hospitalar em pacientes graves. *BRASPEMJ*. 2017;32(1):30-35.