

Critério GLIM para o diagnóstico e prevalência de desnutrição em unidade de terapia intensiva

GLIM criteria for the diagnosis and prevalence of malnutrition in intensive care units

DOI: 10.37111/braspenj.2025.40.1.6

Aline Batista Machado da Silva¹
Carina Pensky May²

Unitermos:

Desnutrição. Perda de peso. Ingestão alimentar. Unidade de terapia intensiva.

Keywords:

Malnutrition. Weight loss. Food intake. Intensive care unit.

Endereço para correspondência:

Aline Batista Machado da Silva
R. João Tomas da Silva, 306 – Joinville, SC, Brasil –
CEP: 89230-769
E-mail: alinebatista.m@gmail.com

Submissão:

3 de março de 2025

Aceito para publicação:

27 de maio de 2025

Data da publicação:

10 de junho de 2025

RESUMO

Introdução: A desnutrição é uma doença de natureza multifatorial, que pode estar relacionada à vulnerabilidade social ou condição clínica desfavorável. Para a identificação de desnutrição, o método de avaliação nutricional da Iniciativa de Liderança Global sobre Desnutrição (GLIM) aborda critérios fenotípicos e etiológicos para o diagnóstico. A perda de peso, redução do índice de massa corporal (IMC) e redução da massa muscular são categorizadas como critérios fenotípicos, enquanto a redução da ingestão/assimilação de alimentos e a carga de doença/inflamação são categorizados como critérios etiológicos. O objetivo deste estudo foi avaliar a desnutrição, conforme o método GLIM, em pacientes internados em unidade de terapia intensiva geral. **Método:** Foi realizado um estudo de transversal de caráter prospectivo, foram coletados dados demográficos (gênero e idade), antropométricos (peso, altura, circunferência de panturrilha e perda de peso), clínicos (doença) e ingestão/assimilação alimentar, por meio de prontuários e anamnese nutricional de pacientes adultos e idosos. Este estudo foi realizado em um ambiente de unidade de terapia intensiva (UTI) em um hospital da rede pública de Joinville, SC, Brasil, entre os meses de junho a setembro de 2024. **Resultados:** A amostra foi composta por 101 indivíduos, que, em sua maioria 64,35% (n=65), foram classificados sem desnutrição, conforme o método de avaliação GLIM. Dos indivíduos com desnutrição (35,6%; n=36), 30,5% (n=11) apresentavam desnutrição moderada e 69,4% (n=25) desnutrição grave. **Conclusão:** Os pacientes que apresentaram grande perda de peso, redução de massa muscular, baixo IMC e/ou redução da ingestão alimentar tiveram alta prevalência de desnutrição quando aplicados os critérios de avaliação GLIM. Não houve prevalência de desnutrição em relação à idade ou gênero, ou doença específica. Porém, as doenças em destaque foram relacionadas ao trato gastrointestinal e às doenças respiratórias.

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition is a multifactorial disease that may be related to social vulnerability or unfavorable clinical conditions. To identify malnutrition, the Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) nutritional assessment method addresses phenotypic and etiological criteria for diagnosis. Weight loss, reduced body mass index (BMI), and reduced muscle mass are categorized as phenotypic criteria, while reduced food intake/assimilation and disease/inflammation burden are categorized as etiological criteria. The aim of this study was to evaluate malnutrition, according to the GLIM method, in patients admitted to a general intensive care unit. **Methods:** This is a prospective cross-sectional study, in which demographic (gender and age), anthropometric (weight, height, calf circumference and weight loss), clinical (disease), and food intake/assimilation data were collected through medical records and nutritional anamnesis of adult and elderly patients. This study was carried out in an intensive care unit (ICU) environment in a public hospital in Joinville, SC, Brazil, between June and September 2024. **Results:** The sample consisted of 101 individuals, of which the majority 64.35% (n=65) were classified as without malnutrition, according to the GLIM assessment method. Among individuals with malnutrition (35.6%; n=36), 30.5% (n=11) presented moderate malnutrition and 69.4% (n=25) severe malnutrition. **Conclusion:** Patients who presented significant weight loss, reduced muscle mass, low BMI and/or reduced food intake had a high prevalence of malnutrition when GLIM assessment criteria were applied. There was no prevalence of malnutrition in relation to age or gender, or specific diseases, but the most prominent diseases were related to the gastrointestinal tract and respiratory diseases.

1. Nutricionista residente do segundo ano (R2) do programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil.
2. Nutricionista preceptora do programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência em Cuidados Intensivos do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil.

INTRODUÇÃO

A desnutrição hospitalar foi relatada pela primeira vez em 1974 por Charles Butterworth, que alertou para a necessidade de adoção de práticas direcionadas para o diagnóstico e tratamento adequado de doentes desnutridos¹. Porém, apesar desta descoberta e do alerta ter ocorrido há tanto tempo, esta condição persiste até hoje. Sabe-se que a desnutrição hospitalar promove um aumento da morbimortalidade e inflaciona os custos financeiros. Contudo, o rastreamento nutricional de doentes em risco nutricional ou desnutridos ainda é, muitas vezes, negligenciado. Essa problemática ocorre principalmente devido à falta de conhecimento da literatura, consensos e de conscientização do impacto negativo da desnutrição no doente e na gestão hospitalar. A intervenção nutricional se torna relevante em doentes desnutridos por apresentar-se como uma estratégia de baixo custo-benefício, permitindo melhorar a qualidade do atendimento hospitalar, mas para que esta intervenção aconteça, ela requer colaboração interdisciplinar¹.

A classificação do estado nutricional é essencial para aumentar a conscientização e melhorar o rastreamento de doentes em risco nutricional, tornando a triagem nutricional, como, por exemplo, a NRS-2002, fundamental nas primeiras 72 horas de internação hospitalar, conforme preconiza o método². As unidades hospitalares, em sua maioria, já utilizam algum instrumento de avaliação para identificar pacientes com risco de desnutrição, porém em alguns casos, a triagem é realizada apenas no início da internação e pode negligenciar alguns diagnósticos que não afetam apenas o índice de massa corporal (IMC).

A desnutrição pode ser causada por uma redução da ingestão alimentar ou absorção comprometida de nutrientes, mas há uma compreensão crescente de que a desnutrição também pode ser causada por mecanismos inflamatórios associados a doenças ou outros mecanismos. A desnutrição associada a doenças ou lesões consiste invariavelmente em uma combinação de redução na ingestão ou absorção de alimentos e graus variados de inflamação aguda ou crônica, resultando em alteração da composição corporal e diminuição da função biológica. A inflamação contribui para a desnutrição através da inapetência e diminuição da ingestão de alimentos, bem como metabolismo alterado, com elevação do gasto energético em repouso e aumento do catabolismo muscular. A alteração da composição corporal é manifestada com a diminuição de um marcador de massa muscular (massa livre de gordura, índice de massa muscular ou massa celular corporal). Assim, a desnutrição está associada a resultados funcionais e clínicos adversos³. Em pacientes críticos, grandes perdas de massa muscular ocorrem, e as causas são multifatoriais. Entre elas estão a contratilidade reduzida das fibras musculares, o desuso e

a degradação muscular. Ao mesmo tempo, o anabolismo proteico pode ser insuficiente para compensar essas perdas e, se essas forem perdas generalizadas de massa muscular, podem afetar músculos importantes como o diafragma e músculos intercostais, que são essenciais para a respiração e estabilidade de tronco⁴.

Há estudos que relatam que o estado hipermetabólico pode persistir por até dois anos após a alta hospitalar, prolongando a reabilitação integral dos pacientes e dificultando a recuperação de massa magra e sua funcionalidade³.

Embora a desnutrição seja uma preocupação mundial associada ao aumento da morbidade, mortalidade e custos, tem-se observado uma falta fundamental de consenso sobre os critérios diagnósticos para aplicação em ambientes clínicos. Nenhuma abordagem existente garantiu ampla aceitação global, e para responder às necessidades das comunidades médicas e de nutrição clínica, a Iniciativa de Liderança Global sobre Desnutrição (GLIM) foi convocada em janeiro de 2016, quando várias sociedades de nutrição clínica com alcance global se concentraram na padronização da prática clínica do diagnóstico de desnutrição e a classificação de sua gravidade em ambientes clínicos³.

Para o paciente ser diagnosticado com desnutrição, é necessário apresentar um dos três critérios fenotípicos (perda de peso não intencional, baixo IMC e redução de massa muscular) e um dos dois critérios etiológicos (redução da ingestão/absorção alimentar e inflamação)³. A avaliação da massa muscular é um dos critérios fenotípicos do GLIM, que pode ser realizada através de diferentes métodos. A circunferência da panturrilha é uma opção de avaliação qualitativa dessa redução, sendo uma forma prática, de baixo custo e de melhor acesso ao profissional à beira leito quando comparada aos métodos de avaliação direta. Porém, por haver apenas um corte de classificação (≤ 34 cm para homens e ≤ 33 cm para mulheres)⁵, esse método torna a medida apenas presente, mas não classificável conforme a gravidade da desnutrição. Dessa forma, o estudo realizado visou utilizar os critérios da GLIM como método de avaliação de desnutrição no ambiente de terapia intensiva clínica e cirúrgica geral em um hospital da rede pública de Joinville, SC, Brasil.

MÉTODO

Fo realizado um estudo transversal, de caráter prospectivo, a partir da aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS) por meio da plataforma Brasil, com o número de parecer 6.832.144. O estudo foi desenvolvido durante os meses de junho de 2024 a setembro de 2024 na unidade de terapia intensiva (UTI) Clínica e Cirúrgica. O estudo foi baseado na revisão de prontuários do sistema SGS® do serviço de nutrição, assim como o diálogo com os pacientes ou acompanhantes em anamnese no início

da internação na unidade de terapia intensiva. Foram incluídos indivíduos adultos (18–59 anos)⁶ e idosos (≥ 60 anos)⁷, de ambos os sexos, com avaliação nutricional realizada mediante medidas antropométricas. Foram excluídos da amostra os pacientes que não se enquadraram na faixa etária proposta, que tinham prontuários com preenchimento incorreto ou ausência de dados necessários ao estudo.

Para caracterização da amostra, foram obtidos do prontuário eletrônico dos pacientes: dados sociodemográficos (sexo e idade); antropométricos (histórico de alteração de peso com 3 meses de antecedência, peso atual e estatura); clínicos (diagnóstico clínico e/ou doenças associadas); alimentares (aceitação e alteração do consumo alimentar); data da coleta de dados e desfecho clínico (alta ou óbito).

A estatura dos pacientes foi aferida em estadiômetro, ou estimada através da altura do joelho por meio da fórmula de Chumlea et al. (1985)⁸ para idosos e Chumlea et al. (1994)⁹ para adultos. A aferição ocorreu por meio de uma fita métrica posicionada para identificar o comprimento da parte inferior dos pés até a superfície anterior do joelho, acima dos côndilos do fêmur e próximo à rótula. O peso foi aferido em balança digital ou estimado através da fórmula de Rabito et al. (2006)¹⁰. Para este cálculo, foram utilizadas a circunferência de braço, circunferência abdominal e circunferência de panturrilha.

O estado nutricional segundo o IMC foi classificado conforme a Organização Mundial da Saúde (WHO)¹¹ para adultos (> 18 anos e < 60 anos) e a Organização Pan-Americana da Saúde¹² para idosos (≥ 60 anos). O percentual de perda de peso foi calculado pela fórmula de Blackburn et al.¹³.

Após as coletas dos dados antropométricos e alimentares, foram aplicados os critérios de avaliação da GLIM para a classificação e intensidade da gravidade de desnutrição, os quais compreendem os critérios fenotípicos e etiológicos conforme nas Tabela 1 e 2.

Tabela 1 – Critérios fenotípicos de GLIM.

Nível de severidade	Moderado	Grave
Perda de peso	$>5-10\%$ últimos 6 meses	$>10\%$ nos últimos 6 meses
	$10-20\%$ além dos 6 meses	$>20\%$ além dos 6 meses
IMC < 70 anos	< 20 kg/m ²	$< 18,5$ kg/m ²
IMC ≥ 70 anos	< 22 kg/m ²	< 20 kg/m ²
Massa muscular reduzida - feminino	≤ 33 cm de panturrilha	
Massa muscular reduzida - masculino	≤ 34 cm de panturrilha	

IMC = índice de massa corporal.

Tabela 2 – Critérios etiológicos de GLIM

	$\leq 50\%$ da redução alimentar > 1 semana
Ingesta/absorção reduzida	Qualquer redução por > 2 semanas, ou qualquer condição que cause impacto adverso na ingestão ou absorção de alimentos
Inflamação	PCR acima de 1 mg/dL

PCR = proteína C reativa.

Considerando os critérios tabulados acima, para o paciente ser diagnosticado com desnutrição, necessitava apresentar um critério fenotípico e um etiológico. A severidade da desnutrição foi classificada em moderada ou grave utilizando apenas os dados de corte conforme os critérios de perda de peso ou IMC presente.

Os dados obtidos foram compilados e registrados em uma planilha do programa Microsoft Office Excel 365. As características amostrais foram descritas em frequências absolutas e relativas e para análise estatística foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, o mesmo utilizado para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas, foi utilizado o Teste T de Student. As análises foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22 e foram realizadas por indivíduo não envolvido na pesquisa. Foram considerados como estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 101 pacientes, que, em sua maioria (64,35%; $n=65$), foram classificados sem desnutrição conforme o método de avaliação da GLIM. Dos indivíduos com desnutrição (35,6%; $n=36$), 30,5% ($n=11$) apresentaram desnutrição moderada e 69,4% ($n=25$) desnutrição grave. Os indivíduos eram predominantemente do sexo masculino (53,5%; $n=54$), com média de idade de $60,45 \pm 15,52$ anos (máx. = 93 anos; mín. = 18 anos). Mais da metade dos pacientes (57,4%; $n=58$) eram idosos, enquanto 42,6% ($n=43$) eram adultos.

Conforme os critérios fenotípicos da GLIM, 97,1% ($n=33$) dos pacientes que não apresentavam perda de peso prévia à internação não apresentaram desnutrição, enquanto 66,3% ($n=67$) que apresentavam essa perda também demonstraram desnutrição ($p < 0,000$). Conforme IMC, a eutrofia foi a classificação mais comum (32,7%; $n=33$). Todavia, dentre pacientes com baixo peso (11,9%; $n=12$), a maioria deles (83,3%; $n=10$) também apresentaram desnutrição ($p < 0,000$). Ao avaliar medidas antropométricas, os resultados foram bem distribuídos, com 40,4% ($n=19$) da população feminina e 50% ($n=27$) da população masculina tendo aferições reduzidas. Porém, as medidas apontaram considerável tendência à desnutrição quando elas eram correlacionadas com a redução de massa muscular ($p < 0,000$).

Tabela 3 – Perda de peso, IMC e circunferência de panturrilha.

Perda de peso	Total n (%)	Desnutrição	
		Não n (%)	Sim n (%)
Não	34 (33,7)	33 (97,1)	1 (2,9)
5% ou mais	67 (66,3)	32 (47,8)	35 (52,2)
Classificação do índice de massa corporal (IMC)			
Baixo peso	12 (11,9)	2 (16,7)	10 (83,3)
Eutrofia	33 (32,7)	18 (54,5)	15 (45,5)
Sobrepeso	28 (27,7)	20 (71,4)	8 (28,6)
Obesidade	28 (27,7)	25 (89,3)	3 (10,7)
Circunferência de panturrilha			
Normal (feminina)	28 (59,6)	19 (67,9)	8 (28,6)
Normal (masculina)	27 (50,0)	22 (81,5)	5 (18,5)
Reduzida (feminina)	19 (40,4)	9 (47,4)	11 (57,9)
Reduzida (masculina)	27 (50,0)	15 (55,6)	12 (44,4)

n = tamanho amostral.

Tabela 4 – Relação entre a perda de peso, IMC e circunferência de panturrilha e o estado de nutrição.

Variáveis	Nutrido	Desnutrido	p
Perda de peso (%)			
Média ± DP	2,5 ± 2,5	13,2 ± 5,6	0,000
Circunferência de panturrilha (cm)			
Média ± DP	35,3 ± 3,8	31,6 ± 3,9	0,000
Índice de massa corporal (IMC)			
Média ± DP	29,2 ± 5,3	23,7 ± 4,4	0,000

DP = desvio padrão.

Ao avaliar os critérios etiológicos, o consumo alimentar via oral ou via sonda nasointestinal foi inadequado em 75,2% (n=76) dos indivíduos, destacando que o grupo desnutrido possuiu uma redução de ingestão significativamente maior quando comparado ao grupo não desnutrido (p=0,018).

Na UTI, 94,0% (n=95) dos indivíduos expressaram exame bioquímico de proteína C reativa (PCR) >1,0. As doenças mais comuns eram aquelas relacionadas ao trato gastrointestinal e pulmões (Tabela 5), qualquer que fosse o estado nutricional do paciente.

Tabela 5 – Quantidade de pacientes com doenças encontradas.

Doenças gastrointestinais	Total n (%)	Desnutrição	
		Não n (%)	Sim n (%)
Pancreatite	8 (7,9)	5 (62,5)	3 (37,5)
Neoplasia de trato gastrointestinal	6 (5,9)	3 (50,0)	3 (50,0)
Hematêmese (úlceras gástricas)	3 (3,0)	2 (66,7)	1 (33,3)
Diverticulite	3 (3,0)	2 (66,7)	1 (33,3)
Síndrome coleostática	3 (3,0)	1 (33,3)	2 (66,7)
Reconstrução de trânsito intestinal	2 (2,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Coledocolitíase	2 (2,0)	2 (100,0)	0 (-)
Outros	3 (3,0)	1 (33,3)	2 (66,7)

Continuação Tabela 5 – Quantidade de pacientes com doenças encontradas.

Doenças gastrointestinais	Total n (%)	Desnutrição	
		Não n (%)	Sim n (%)
Doenças pulmonares			
Broncoespasmo	6 (5,9)	2 (33,3)	4 (66,7)
Insuficiência respiratória aguda	4 (4,0)	3 (75,0)	1 (25,0)
Edema agudo de pulmão	3 (3,0)	2 (66,7)	1 (33,3)
Pneumonia associada à comunidade	2 (2,0)	2 (100,0)	0 (-)
Tromboembolismo pulmonar	2 (2,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Outros	6 (5,9)	4 (66,7)	2 (33,3)
Doenças cardíacas			
Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) descompensada	6 (5,9)	4 (66,7)	2 (33,3)
Infarto agudo do miocárdio (IAM)	3 (3,0)	3 (100,0)	0 (-)
Outros	4 (4,0)	3 (75,0)	1 (25,0)
Doenças vasculares			
Aneurisma de aorta	2 (2,0)	0 (-)	2 (100,0)
Intoxicação cumarínica	2 (2,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Outros	8 (7,9)	6 (75,0)	2 (25,0)
Doenças renais			
Sepse de foco urinário	4 (4,0)	1 (25,0)	3 (75,0)
Nefrectomia	2 (2,0)	2 (100,0)	0 (-)
Infecção de acesso para hemodiálise	2 (2,0)	2 (100,0)	0 (-)
Demais complicações			
Intoxicação exógena	2 (2,0)	2 (100,0)	0 (-)
Leptospirose	2 (2,0)	1 (50,0)	1 (50,0)
Outros	5 (5,0)	3 (60,0)	2 (40,0)
Hérnias			
Outros	3 (3,0)	3 (100,0)	0 (-)
Doenças hepáticas			
Outros	3 (3,0)	3 (100,0)	0 (-)

n = tamanho amostral.

Não houve relação entre o desfecho hospitalar e o tempo total de internação, desnutrição ou doença. A idade e o tempo de internação na UTI demonstraram afetar o desfecho ($p < 0,013$ e $p = 0,002$, respectivamente). A maior parte dos pacientes (33,7%; $n = 34$) foi internado na UTI de 8 a 14 dias (1 a 2 semanas) (Tabela 6).

Tabela 6 – Relação entre idade e tempo de internação com o desfecho hospitalar.

Variável	Desnutrição		
	Alta hospitalar	Óbito	p
Idade (anos)			
Média ± DP	57,57 ± 15,60	65,81 ± 14,05	0,013
Tempo de internação em UTI (dias)			
Média ± DP	15,46 ± 13,16	33,75 ± 17,11	0,002

DISCUSSÃO

Os critérios da GLIM para a classificação da gravidade de desnutrição possuem vários parâmetros, assegurando maior especificidade pela inclusão dos critérios fenotípicos e etiológicos, para um diagnóstico completo da desnutrição, até mesmo categorizando a intensidade em moderada ou grave³. Apenas 6 pacientes tiveram exame laboratorial com $PCR \leq 1,0$. Destes, apenas 1 paciente não obteve redução na ingestão alimentar e não foi classificado de acordo com os critérios etiológicos, demonstrando como pacientes em UTIs são vulneráveis à desnutrição. Isso corrobora com o estudo de Souza et al.¹², em que todos os pacientes internados em uma UTI foram avaliados como positivo para o critério.

A desnutrição proteico-calórica é frequente em pacientes com doenças que acometem o sistema respiratório, devido à ingesta alimentar apresentar-se diminuída (secundária à anorexia) e ao aumento da taxa metabólica de repouso em decorrência do esforço respiratório aumentado. Porém, no presente estudo as doenças respiratórias ficaram em segunda posição, quando correlacionado à desnutrição, evidenciando que as doenças gastrointestinais, com ou sem presença de distensão abdominal e/ou êmese também podem estar correlacionadas com a desnutrição¹⁵. Essa pesquisa foi realizada em um hospital referência em tratamento cardíaco com 20 leitos de UTI voltados para o tratamento de doenças cardíacas. Porém, quando investigados os 20 outros leitos de clínica e cirúrgica geral, foram admitidos 13 pacientes por motivos cardíacos. Isso pode camuflar a desnutrição real destas doenças, visto que quando haviam leitos vagos na UTI especializada em cardiologia, estes pacientes não entravam no estudo.

A fraqueza muscular é uma condição regularmente vista em pacientes internados em UTI, agravada pela imobilização e presença de doenças críticas que prolongam o tempo de internação, acometendo entre 30%-60% dos pacientes internados. Contudo, neste estudo, houve dificuldade para classificar a massa muscular reduzida, em função de que a medida validada foi a de circunferência de panturrilha. Essa medida traz apenas um corte para valor mínimo para desconsiderar redução de massa muscular, e não dois valores que possibilitariam a classificação da severidade da desnutrição em moderada e grave, o que tornou esse critério presente, porém não classificável no estudo¹⁶. Apesar de apenas 5 pacientes terem apresentado edema identificado por cacifo em membros inferiores (MMII), a circunferência de panturrilha pode trazer o edema como fator de confusão para a identificação de massa muscular quando utilizado essa medida.

A Sociedade Europeia de Nutrição Clínica e Metabolismo (ESPEN) argumenta que a desnutrição resulta da ingestão inadequada de nutrientes, levando a uma composição corporal alterada e diminuição da massa celular, causando

disfunções físicas e mentais¹⁷. O estudo corrobora com isso, uma vez que o ao mesmo tempo que o IMC tenha classificado 15 indivíduos com eutrofia, 8 com sobrepeso e 3 indivíduos como obesidade, alguns pacientes com IMC considerado almejado ainda apresentaram desnutrição. Sendo assim, apesar de o IMC ser um parâmetro facilmente aplicável e validado, não deve ser utilizado como uma única ferramenta para diagnosticar desnutrição em âmbito hospitalar.

A perda de peso, IMC baixo e redução de ingestão alimentar estão correlacionados com resultados significativos para desnutrição por serem os próprios critérios da GLIM. É uma tarefa do nutricionista levar esses critérios em consideração na realização da triagem nutricional. Quando esse resultado é nomeado como “desnutrição”, isso traz mais peso e embasamento para a intervenção nutricional acontecer.

O estudo também demonstrou que quanto maior a idade dos pacientes hospitalizados, maior o acometimento de óbito. Ao mesmo tempo, quanto maior a gravidade da doença, maior é o tempo em UTI, resultando em um maior número de óbitos como desfecho. Entretanto, segundo o IBGE¹⁸, a população de pessoas idosas residentes no Brasil é de 32.113.490, um acréscimo de 56,0% em relação à recenseada em 2010. Dessa forma, o dado referente a idade pode ser apenas um reflexo da população residente no Brasil.

Corroborando com Solon et al.¹⁹, embora a GLIM ainda não tenha sido validada no Brasil, seu uso contribuiu para muitos resultados satisfatórios em estudos anteriores e no atual. Tendo em conta todos os benefícios associados à identificação precoce da desnutrição e o desenvolvimento de critérios para padronizar o diagnóstico de desnutrição, é necessário o desenvolvimento de novos estudos para a melhor aplicabilidade desse método de avaliação nutricional, principalmente ao se padronizar qual o critério e faixa de corte para avaliar gravidade de redução da massa muscular.

CONCLUSÃO

Os pacientes que apresentaram grande perda de peso, redução de massa muscular, baixo IMC e/ou redução da ingestão alimentar resultaram em alta prevalência de desnutrição quando aplicados os critérios de avaliação da GLIM. Não houve prevalência de desnutrição em relação à idade ou gênero, ou patologia específica, porém as patologias em destaque foram relacionadas ao trato gastrointestinal (pancreatites e neoplasias do trato gastrointestinal), e doenças respiratórias (broncoespasmos, insuficiência respiratória aguda e edema agudo de pulmão).

Embora a coleta de dados tenha sido realizada em um período de 4 meses (junho a setembro), as doenças em curso e a idade da população podem se diferenciar conforme o período do ano a ser estudado, possibilitando outros resultados conforme a sazonalidade.

Faz-se necessário novos estudos, de modo a aplicar avaliação nutricional inicial conforme os critérios GLIM, avaliando a perda de peso, perda de apetite e massa magra e, assim, evitar a desnutrição, facilitando a identificação de pacientes em risco nutricional e intervenções contra isso.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira ARAC. Desnutrição hospitalar, aplicação da ferramenta de rastreio nutricional Nutritional Risk Screening 2002 (NRS 2002), aos doentes internados no Serviço de Medicina Interna, do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E [dissertação]. Porto: Universidade do Porto; 2019.
2. 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):321-36.
3. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019;38(1):1-9.
4. Gornattes LPJ, Santana KBS, Ordones ER, Silva LHL. Influência da desnutrição em pacientes com insuficiência respiratória, internados em unidades de terapia intensiva. *Braz J Implant Heal Sci.* 2024;6(7):235-48.
5. Gonçalves TJM, Horie LM, Gonçalves SEAB, Bacchi MK, Bailer MC, Barbosa-Silva TG, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento. *BRASPEN J.* 2019;34(Supl 3): 2-58.
6. BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
7. BRASIL. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.
8. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(2):116-20.
9. Chumlea WC, Guo SS, Wholian K, Cockram D, Kuczmariski RJ, Johnson CL. 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;94(12):1385-91.
10. Rabito EI, Vannucchi GB, Monteiro JP. Weight and height prediction of immobilized patients. *Rev Nutr.* 2006;19(6):665-61.
11. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
12. Organização Pan-Americana de Saúde. In: XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Encuesta multicêntrica: salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe - informe preliminar. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana de Saúde; 2002. Espanhol.
13. Blackburn GL, Bistran BR, Maini BS, Schlamm HT, Smith MF. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 1977;1(1):11-22.
14. Souza FG, Marin FA, Silva WR, Spexoto MCB. Accuracy of the Global Leadership Initiative on Malnutrition to identify malnutrition in hospitalized patients. *Rev Nutr.* 2022;35:e220048.
15. Hairrman RS, Calças NC, Silva LSA, Farias MN, Oliveira RAM, Santos BAR, et al. Prognóstico nutricional de uma paciente em reabilitação, após internação em unidade de terapia intensiva (UTI). *Braz J Develop.* 2020;6(2): 7644-52.
16. Mazocco CP, Fudal KR. Eletroestimulação na perda de massa muscular em pacientes na unidade de terapia intensiva - revisão sistemática [dissertação]. Curitiba: Universidade Positivo; 2021.
17. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.* 2017;36(1):49-64.
18. Censo demográfico 2022 [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2022. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/0e84737978791f626ea10b75eae18b3c.docx#:~:text=Portanto%2C%20quanto%20maior%20o%20valor,%2C8%20\(Gr%C3%A1fico%203\).&text=Fonte:%20IBGE%2C%20Censo%20Demogr%C3%A1fico%202010/2022](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/0e84737978791f626ea10b75eae18b3c.docx#:~:text=Portanto%2C%20quanto%20maior%20o%20valor,%2C8%20(Gr%C3%A1fico%203).&text=Fonte:%20IBGE%2C%20Censo%20Demogr%C3%A1fico%202010/2022).
19. Solon LA, Gomes KP, Luz MCL, Tomiya MTO, Campos SBG, Arruda IKG. Comparison between GLIM and PG-SGA methods in the nutritional assessment of hospitalized oncological patients. *Rev Nutr.* 2023;36:e220195.

Local de realização do estudo: Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.