

Nutrição enteral precoce em pacientes críticos e sua associação com variáveis demográficas, antropométricas e clínicas

Early enteral nutrition in critical patients and association with demographic, anthropometric and clinical variables

Gleyce Kelly de Araújo Bezerra¹
Poliana Coelho Cabral²

Unitermos:

Nutrição Enteral. Unidade de Terapia Intensiva. Mortalidade. Estado Nutricional.

Keywords:

Enteral Nutrition. Intensive Care Unit. Mortality. Nutritional Status.

Endereço para correspondência:

Gleyce Kelly de Araújo Bezerra
Av. Dr. Belmino Correia, 5226 – Capibaribe – São
Lourenço da Mata, PE, Brasil – CEP: 54705000
E-mail: gleycearaujo.nutri@gmail.com

Submissão

17 de setembro de 2018

Aceito para publicação

5 de novembro de 2018

RESUMO

Objetivos: Avaliar o início da terapia nutricional enteral precoce e a sua associação com variáveis demográficas, antropométricas e clínicas de pacientes críticos em uma unidade de terapia intensiva. **Método:** Foi realizado um estudo de série de casos em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário entre março de 2014 e março de 2016. Os critérios de inclusão foram pacientes de ambos os sexos, em idade acima de 20 anos e em terapia enteral exclusiva durante a internação. **Resultados:** Cento e setenta e dois pacientes foram avaliados e, dentre eles, 75,3% apresentaram nutrição enteral precoce. Das variáveis demográficas, antropométricas e clínicas, somente o desfecho clínico foi associado com a terapia nutricional precoce. Em outras palavras, os pacientes que receberam alta tiveram nutrição enteral iniciada mais cedo. **Conclusões:** A frequência da nutrição enteral precoce foi adequada considerando o histórico dos pacientes cujas causas clínicas instáveis causaram intolerância gastrointestinal. A participação efetiva da equipe de nutrição pode contribuir positivamente na terapia nutricional precoce.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the early enteral nutritional therapy and its association with demographic, clinical and anthropometric variables in critically ill patients admitted to an intensive care unit. **Methods:** A retrospective serious case study was performed with patients admitted to an intensive care unit of a university hospital from March 2014 to March 2016. Inclusion criteria were patients of both sexes, aged over 20 years and in exclusive enteral therapy during ICU stay. **Results:** One hundred and seventy-two patients were evaluated and of these, 75.3% presented early nutrition. Of the demographic, anthropometric and clinical variables evaluated, only the clinical outcome was associated with early nutritional therapy. In other words, patients who were discharged had earlier onset of enteral nutrition. **Conclusions:** The frequency of early enteral nutrition was adequate considering the literature for these patients, who clinical instability causes gastrointestinal intolerance. The effective participation of the nutrition therapy team can contribute positively on early nutritional therapy.

1. Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), Recife, PE, Brasil.
2. Nutricionista, Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Docente do Departamento de Nutrição da UFPE, Recife, PE, Brasil.

INTRODUÇÃO

O suporte nutricional é uma forma de terapia primária em pacientes criticamente doentes com benefícios tanto nutricionais quanto não nutricionais¹, dentre os quais manutenção da microbiota intestinal e redução do processo inflamatório e oxidativo, com consequente minimização da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS)². A sepse, condição tão comum neste grupo de pacientes, é dada pela presença da SIRS associada a um quadro de infecção. Por muitas vezes, pacientes sépticos têm uma baixa aceitação alimentar, por fatores que vão desde anorexia, encefalopatia e insuficiência respiratória³. Neste contexto, o processo inflamatório leva à perda substancial de massa livre de gordura, estando associada também à retenção de líquidos⁴.

A terapia nutricional enteral (TNE) precoce, definida como o início do suporte nutricional nas primeiras 24 a 48 horas de internamento¹, quando aplicada na doença crítica, tem o intuito de fornecer quantidades adequadas de macronutrientes e micronutrientes que estejam de acordo com as necessidades do paciente, modulando a resposta inflamatória e o estresse oxidativo, evitando assim complicações^{5,6}.

A primeira semana de internação na UTI representa uma janela de oportunidades, na qual o início da TNE pode atenuar a gravidade da doença e acelerar a recuperação da síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS)². Além disso, a entrega inadequada de nutrição enteral pode acontecer como resultado de quadros de intolerância gastrointestinal, suspensão da dieta para procedimentos, e capacitação limitada dos profissionais, principalmente quanto à nutrição. Portanto, uma adequação nutricional satisfatória neste período inicial de internamento é importante, e foi associada a longo prazo, com melhor sobrevida e mais rápida recuperação física em um período de 3 a 6 meses pós-admissão na unidade de terapia intensiva (UTI)⁷.

Com estas evidências, o objetivo principal deste trabalho foi avaliar o início precoce de terapia nutricional enteral e sua associação com variáveis demográficas, antropométricas e clínicas em pacientes críticos admitidos em uma UTI.

MÉTODO

Estudo do tipo série de casos, retrospectivo, realizado com pacientes admitidos na UTI do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) no período de março de 2014 a março de 2016. Dentre os critérios de inclusão, citam-se: pacientes de ambos os sexos, com idade acima de 20 anos e em TNE exclusiva durante o internamento na UTI. Pacientes realizando terapia oral e parenteral associada à TNE, gestantes e aqueles que possuíam o prognóstico clínico de palição foram excluídos da amostra.

As variáveis estudadas foram: demográficas - idade e sexo; antropométricas - peso atual seco ou mais recente obtido da enfermagem (Kg), altura (m) e índice de massa corporal (IMC); clínicas - diagnóstico de admissão na UTI,

afecções de base e associadas, dias de internamento na UTI e desfecho clínico (alta para enfermagem ou óbito); Dietéticas - tempo em dias para início da TNE e necessidades calórico-proteicas definidas para o paciente.

A coleta de dados foi realizada pelas fichas de acompanhamento nutricional dos pacientes admitidos na UTI. Estes dados foram preenchidos e atualizados durante todo o período de internamento do paciente, pelos profissionais de nutrição responsáveis pelo setor. Para o cálculo das Necessidades Nutricionais Estimadas (NNE), tomou-se como referência as recomendações para paciente crítico¹, com oferta de 25 a 30 quilocalorias e 1,2 a 2,0 g de proteína por quilo de peso ao dia.

O banco de dados foi estruturado no software Epi-info versão 6.04. As informações foram digitadas com dupla entrada e verificadas com o VALIDATE, módulo existente no Programa Epi-info versão 6.04, para checar a consistência e validação das mesmas. Foram utilizados para as análises estatísticas os softwares Epi-info versão 6.04 (WHO/CDE, Atlanta, GE, USA) e SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Aplicou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição das variáveis estudadas. Aquelas com distribuição gaussiana foram apresentadas como média e desvio padrão e para as que não apresentaram distribuição normal a descrição foi feita como mediana e percentis 25 e 75.

Para a avaliação da correlação do início da TNE em dias com as variáveis idade, IMC, peso do paciente, dias de internamento, foi utilizado o coeficiente de Correlação de Pearson ou Spearman, de acordo com a normalidade da distribuição. Adotou-se como nível de significância estatística o valor de $p < 0,05$. Para verificar associações entre as variáveis dicotômicas foi aplicado o teste do Qui-quadrado ou teste de Fisher, sendo adotado o nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado conforme Parecer Consubstanciado de número 1.435.570.

RESULTADOS

Ao todo, 172 pacientes se adequaram aos critérios de elegibilidade. A Tabela 1 traz as características demográficas, antropométricas e clínicas dos pacientes admitidos na UTI. Do total, 52,9% eram homens e 51,2% tinham idade igual ou superior a 60 anos. Quanto ao diagnóstico de admissão, a maioria dos pacientes deu entrada na UTI por quadro de sepse e rebaixamento do nível de consciência, 31,9% e 22,7%, respectivamente.

O câncer foi a afecção de base mais frequente, ocorrendo em 29,1% dos pacientes. Por outro lado, dentre as afecções associadas sobressaíram a hipertensão arterial e o diabetes

de forma isolada ou associada (Tabela 1). Ao avaliar o estado nutricional, observou-se que 13,0% dos pacientes foram classificados com baixo peso e 43,8% com excesso de peso. Foram a óbito 38,1% dos pacientes avaliados.

Do total da amostra, 75,3% dos pacientes receberam nutrição enteral precoce. Ao associar com as variáveis demográficas, antropométricas e clínicas, apenas o desfecho clínico apresentou associação com a TNE precoce. Logo, dos pacientes foram a óbito 67,2% apresentaram início precoce,

valor que entre os pacientes que apresentaram alta da UTI foi de 81,7% ($p=0,032$) (Tabela 1).

Quando se comparou a média e mediana de pacientes classificados nos grupos com e sem TNE precoce, verificou-se apenas diferença estatisticamente significativa quanto ao início da dieta (0,000) e o momento em que foi alcançado 100% das necessidades nutricionais (0,035), ambos ocorrendo mais rapidamente nos pacientes com TNE precoce (Tabela 2).

Tabela 1 – Características demográficas, antropométricas e clínicas de pacientes admitidos na UTI segundo o início precoce de nutrição enteral.

Variáveis	Total		TNE Precoce		Não		RP†	IC _{95%}	p
	N	%	N	%	N	%			
Masculino	91	52,9	73	80,2	18	19,8	1,14	0,96-1,36	0,186
Feminino	81	47,1	57	70,4	24	29,6	1,00	-	
Idade									0,704
20 a 44 anos	30	17,4	22	73,3	08	26,7	0,99	0,77-1,27	
45 a 59 anos	54	31,4	43	79,6	11	20,4	1,08	0,90-1,30	
≥ 60 anos	88	51,2	65	73,9	23	26,1	1,00	-	
Diagnóstico na admissão									0,069
Sepse	55	31,9	39	70,9	16	29,1	1,08	0,79-1,98	
Rebaixamento Consciência	39	22,7	32	82,1	07	17,9	1,25	0,93-1,69	
Insuficiência respiratória aguda	34	19,8	29	85,3	05	14,7	1,30	0,97-1,75	
Pós-operatório imediato	15	8,7	09	60,0	06	40,0	0,92	0,56-1,50	
Outros	29	16,9	19	65,5	10	34,5	1,00	-	
Afecção de base									0,925
Câncer	50	29,1	37	74,0	13	26,0	0,98	0,78-1,23	
Doença cardiovascular	31	18,0	22	71,0	09	29,0	0,94	0,72-1,23	
Aids	18	10,5	16	88,9	02	11,1	1,18	0,94-1,47	
Doença hepática	10	5,8	07	70,0	03	30,0	0,93	0,60-1,43	
Doença autoimune	10	5,8	07	70,0	03	30,0	0,93	0,60-1,43	
Outras	53	30,8	40	75,5	13	24,5	1,00	-	
Afecções associadas									0,976
Hipertensão + Diabetes	43	46,3	34	79,1	09	20,9	1,08	0,77-1,52	
Hipertensão	35	37,6	29	82,9	06	17,1	1,13	0,80-1,59	
Outras	15	16,1	11	73,3	04	26,7	1,00	-	
Classificação do estado nutricional									0,824
Baixo Peso	22	13,0	15	68,2	07	31,8	0,86	0,62-1,20	
Eutrofia	73	43,2	55	75,3	18	24,7	0,95	0,76-1,18	
Sobrepeso	40	23,7	30	75,0	10	25,0	0,94	0,74-1,21	
Obesidade	34	20,1	27	79,4	07	20,6	1,00	-	
Dias de internamento									0,822
Até 7 dias	54	32,0	39	72,2	5	27,8	0,95	0,76-1,19	
De 8 a 15 dias	57	33,7	44	77,2	13	22,8	1,02	0,83-1,25	
Acima de 15 dias	58	34,3	44	75,9	14	24,1	1,00	-	
Desfecho clínico									0,032
Alta	104	61,9	85	81,7	19	18,3	1,22	1,00-1,48	
Óbito	64	38,1	43	67,2	21	32,8	1,00	-	

O número total de indivíduos em cada variável é diferente em razão do número de respostas. TNE=terapia nutricional enteral; UTI=unidade de terapia intensiva; RP† Razão de prevalência; IC_{95%}=Intervalo de Confiança; p= Teste de Qui-quadrado

Tabela 2 – Características da amostra quanto à TNE precoce.

Variáveis	Com TNE precoce	Sem TNE precoce	p
	Md (p25 e p75)	Md (p25 e p75)	
Idade (anos) *	58,5 ± 16,7	58,3 ± 16,2	0,927
IMC (Kg/m ²)	23,7 (21,3 e 27,7)	23,0 (19,8 a 27,6)	0,652
Início da dieta (dias)	2 (1 e 2)	4 (3 e 4)	0,000
Alcance de 100% das necessidades (dias)	4 (3 e 7)	6 (5 e 10)	0,035
VET calorías*	1703 ± 35	1693 ± 441	0,930
VET proteínas*	96 ± 27	91 ± 25	0,356
Calorias por Kg	29 (25 e 30)	29 (25 e 30)	0,740
Proteínas por Kg	1,5 (1,5 e 1,9)	1,6 (1,4 e 1,9)	0,791

IMC=índice de massa corporal; TNE= terapia nutricional enteral; VET=valor energético total; *Média dos valores e desvio padrão

DISCUSSÃO

A terapia nutricional precoce tem sido bem estabelecida diante do cenário do paciente crítico, tornando-se uma ferramenta para ajudar a atenuar as alterações metabólicas¹. Quando iniciada, pode favorecer, dentre outros aspectos, o aumento de síntese proteica e melhora da massa corporal magra, manutenção da integridade intestinal por diminuir a permeabilidade deste tecido, promover melhora da sensibilidade à insulina, aumento da capacidade absorptiva do intestino, redução da inflamação e do estresse oxidativo².

Neste trabalho, a frequência de início da dieta enteral mostrou oferta precoce do suporte nutricional, o que é satisfatório conforme as mais recentes diretrizes de paciente crítico. Do total de pacientes, 75,3% iniciaram a TNE em até 48 horas de admissão e, neste grupo, a probabilidade de evolução para alta na UTI foi 1,22 vezes maior do que no grupo que iniciou tardiamente.

Em uma análise com pacientes em ventilação mecânica e uso de vasopressores⁸, houve menor mortalidade no grupo que iniciou a TNE em até 48 horas de admissão (34,1%), quando comparado com o grupo que iniciou tardiamente (42,7%), mostrando que, mesmo em uma condição mais instável, a TNE precoce trouxe benefícios. O estudo de Teixeira et al.⁹ encontrou uma média de início de dieta de 25,3±20 horas, havendo menor mortalidade na população de pacientes críticos estudada. Lucas & Fayl¹⁰, em seu trabalho com 60 indivíduos, evidenciaram que os pacientes que não receberam nutrição precoce, independentemente de possuir outros fatores associados, apresentaram duas vezes mais chance de morrer do que aqueles que tiveram a terapia nutricional iniciada nas primeiras 48 horas de admissão ($p < 0,001$; $RR = 1,99$).

O grupo que iniciou dieta precocemente obteve uma mediana de 4 dias de alcance das necessidades nutricionais; já o grupo mais tardio só obteve 100% da meta calórico-proteica no sexto dia de internamento ($p = 0,035$). Sem dúvida, identificar os fatores clínicos que comprometeram o início e evolução da dieta enteral teria sido bastante

enriquecedor na análise. Entretanto, não se obtiveram dados suficientes nas fichas de acompanhamento nutricional para tal interpretação. Estudo com 68 pacientes evidenciou que os principais fatores que comprometeram a infusão da dieta enteral estavam associados à pausa para realização de procedimentos e exames (28,6%), além de instabilidade hemodinâmica (15,5%)¹¹.

Em relação aos dados demográficos, pouco mais de 50% da amostra foi composta de idosos acima de 60 anos. Favarin & Camponogara¹² avaliaram o perfil de pacientes hospitalizados, encontrando um percentual de 47% de indivíduos nessa faixa etária. A predominância de idosos se deve principalmente ao envelhecimento populacional, que eleva de forma alarmante a incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Em 1920, a esperança de vida no Brasil era de apenas 35,2 anos e os idosos representavam 4,0% da população total do país. Em 2010, com o dobro da esperança de vida (quase 74 anos), 10,8% da população brasileira tinha 60 anos ou mais, ampliando gradativamente a sua participação relativa na composição etária¹³.

Mesmo havendo entre os idosos uma porcentagem de indivíduos saudáveis, trata-se de um estrato populacional que necessita de cuidados clínicos mais especializados e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento, sem segregá-los da sociedade^{14,15} em decorrência de alguma doença crônica e/ou deficiência. Logo, é comum a predominância de pacientes acima de 60 anos em centros hospitalares.

Considerando o diagnóstico primário do paciente, 29,1% tinham algum tipo de câncer. Tem sido maior o número de pacientes internados na UTI por complicações relacionadas à malignidade do câncer e por efeitos secundários associados ao tratamento - como toxicidade de órgãos e infecção relacionada ao estado de imunossupressão¹⁶. Segundo Miranda et al.¹³, 2016, existe uma tendência crescente e significativa das internações por neoplasias, reforçando o heterogêneo quadro epidemiológico do Brasil.

Em relação ao estado nutricional destes pacientes, chama a atenção a porcentagem de indivíduos eutróficos (43,2%) e com excesso de peso (43,8%). Dos 13% que apresentaram baixo peso, 68,2% iniciaram suporte em até 48 horas, o que é coerente tendo em vista que possuem maior risco nutricional, e necessidade de uma intervenção mais efetiva. Estudo transversal com 100 pacientes críticos, também classificando os pacientes segundo o IMC, evidenciou que 29% destes pacientes apresentaram-se desnutridos, 53% eutróficos e 18% obesos¹⁷.

Sabe-se que a calorimetria indireta é um método padrão ouro para avaliar estado nutricional em UTI¹, entretanto, seu uso é limitado pelo custo atrelado à falta de experiência profissional na interpretação de teste². Vale a pena ressaltar que no serviço hospitalar onde a pesquisa foi realizada, não dispomos de calorimetria indireta e cama balança. A grande maioria dos dados antropométricos dos pacientes

no nosso estudo foram oriundos das enfermarias onde se encontravam antes da admissão na UTI. Neste caso, poucos dados foram estimados, o que se torna algo positivo, uma vez que a avaliação do estado nutricional em UTI é facilmente comprometida não só pela condição clínica do paciente¹, mas principalmente devido às alterações hemodinâmicas (edema e anasarca no paciente) que interferem na interpretação dos resultados antropométricos.

Pode ter ocorrido neste grupo de pacientes uma relação entre estado nutricional e acompanhamento dietético na enfermaria. A triagem nutricional é uma técnica de rastreamento de problemas relacionados a aspectos nutricionais, que pode ser aplicada em uma população ou em indivíduos, identificando risco de desnutrição^{18,19}. Após a aplicação de ferramentas de triagem, a intervenção nutricional em enfermaria pode promover a reabilitação mais rápida, reduzir as taxas de infecção e mortalidade dos pacientes²⁰. A presença de acompanhamento nutricional a nível de enfermaria pode ter contribuído para que, no momento da admissão na UTI, a maioria dos pacientes no estudo estivessem eutróficos ou com excesso de peso segundo o IMC.

Nota-se que os pacientes que possuíram desfecho clínico desfavorável (óbito), apresentaram menos precocidade no início da dieta (38,1%), o que pode ser reflexo do quadro clínico do paciente, que impossibilitou qualquer via de alimentação. As limitações encontradas no estudo são inerentes à condição clínica do paciente crítico, dentre elas a dificuldade em se realizar uma avaliação nutricional completa, o comprometimento na evolução de dieta nos pacientes mais instáveis e, principalmente, o registro dos dados de internamento destes, que uma vez incompletos, dificultam a interpretação da evolução clínico-nutricional durante a permanência deste paciente na UTI.

Como conclusão, observa-se que nesta população, a frequência de 75,3% dos pacientes com início precoce de dieta enteral foi expressivo quando comparado aos dados obtidos na literatura, e que isto pode ser reflexo, sobretudo, de uma maior preocupação da equipe multidisciplinar quanto à abreviação do jejum destes pacientes, contribuindo desse modo para um melhor desfecho clínico na UTI.

REFERÊNCIAS

- McClave S, Taylor B, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, et al.; Society of Critical Care Medicine; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2016;40(2):159-211.
- McClave SA, Martindale RG, Rice TW, Heyland DK. Feeding the critically ill patient. *Crit Care Med.* 2014;42(12):2600-10.
- Alberda C, Gramlich L, Jones N, Jeejeebhoy K, Day AG, Dhaliwal R, et al. The relationship nutritional intake and clinical outcomes in critically ill patients: results of an international multicenter observational study. *Intensive Care Med.* 2009;35(10):1728-37.
- Soeters P, Bozzetti F, Cynober L, Forbes A, Shenkin A, Sobotka L. Defining malnutrition: A plea to rethink. *Clin Nutr.* 2017;36(3):896-901.
- Simpson F, Doig GS. Parenteral vs. enteral nutrition in the critically ill patient: a meta-analysis of trials using the intention to treat principle. *Intensive Care Med.* 2005;31(1):12-23.
- Seron-Arbeloa C, Zamora-Elson M, Labarta-Monzon L, Mallor-Bonet T. Enteral nutrition in critical care. *J Clin Med Res.* 2013;5(1):1-11.
- Wei X, Day AG, Ouellette-Kuntz H, Heyland DK. The Association Between Nutritional Adequacy and Long-Term Outcomes in Critically Ill Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation: A Multicenter Cohort Study. *Crit Care Med.* 2015;43(8):1569-79.
- Khalid I, Doshi P, Digiovine B. Early enteral nutrition and outcomes of critically ill patients treated with vasopressors and mechanical ventilation. *Am J Crit Care.* 2010;19(3):261-8.
- Teixeira AC, Caruso L, Soriano FG. Nutrition support in an intensive care unit: delivery versus requirements. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2006;18(4):331-7.
- Lucas MCS, Fayh APT. Estado nutricional, hiperglicemia, nutrição precoce e mortalidade de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2010;24(2):157-61.
- Nunes GR, De Resende FR, Da Silva DCG. Análise comparativa do volume de dieta enteral prescrito com o volume de dieta infundido em pacientes internados em um hospital do município de Muriaé (MG). *Rev Cient Faminas.* 2015;11(2):24-32.
- Favarin SS, Camponogara S. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva adulto de um hospital universitário. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(2):320-9.
- Miranda GMD, Mendes ACG, da Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-19.
- Mendes MRSSB, Gusmão JL, Mancussi e Faro AC, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):422-6.
- Ribeiro CDM, Schramm FR. A necessária frugalidade dos idosos. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1141-8.
- Azoulay E, Afessa B. The intensive care support of patients with malignancy: do everything that can be done. *Intensive Care Med.* 2006;32(1):3-5.
- Leandro-Merhi VA, Morete JL, Oliveira MRM. Avaliação do estado nutricional precedente ao uso de nutrição enteral. *Arq Gastroenterol.* 2009;46(3):219-24.
- Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutrition assessment. Council on Practice (COP) Quality Management Committee. *J Am Diet Assoc.* 1994;94(8):838-9.
- Barrocas A. Rastreamento Nutricional. In: Waitzberg DL, ed. *Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica.* 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Stanga Z. Basics in clinical nutrition: Nutrition in the elderly. *e-ESPEN Eur J Clin Nutr Metabol.* 2009;4(6):e289-e299.

Local de realização do estudo: Núcleo Interdisciplinar de Saúde - Faculdade Ruy Barbosa/Wyden, Salvador, BA, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver.