

**PROTOCOLO DE
ATENÇÃO À SAÚDE:
AVALIAÇÃO
NUTRICIONAL DO
PACIENTE IDOSO**

Vanessa Teles Felinto Mello
Adriana Haack



**PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE:
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO PACIENTE IDOSO**

*Vanessa Teles Felinto Mello
Adriana Haack*

**Editora JRG
2019**

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-54009-03-8



Mello, Vanessa Teles Felinto; Haack, Adriana.

Protocolo de atenção à saúde: avaliação nutricional do paciente idoso. Autoras Vanessa Teles Felinto Mello e Adriana Haack. Editor Jonas Rodrigo Gonçalves. Diagramador Daniarly da Costa. Supervisor do projeto Jonas Rodrigo Gonçalves. Projeto gráfico Daniarly da Costa. 1ª edição. Brasília: Editora JRG, 2019.

ISBN: 978-85-54009-03-8

1. Idoso. 2. Nutrição. 3. Protocolo. I. Título.

AUTORAS

Vanessa Teles Felinto Mello

Mestra em Ciências para a Saúde pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Especialista em em Gastronomia e Saúde, pelo Centro de Excelência em Turismo da UnB. Especialista em Nutrição Clínica Funcional, pela UNICSUL. Preceptora de Residência em Nutrição Clínica. Membro da Equipe Interconsultora de Cuidados Paliativos do Hospital Regional da Ceilândia. Atuação como Membro da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional Enteral do Hospital Regional da Ceilândia. Graduada em Nutrição pela Universidade Católica de Brasília.

Adriana Haack

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília. Mestre em Nutrição Humana pela Universidade de Brasília. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em Nutrição Clínica Enteral e Parenteral, com Metodologia Teórica e Prática pelo GANEP. Especialista em Nutrição Clínica pela ASBRAN. Especialista em Nutrição na Terceira Idade. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fiocruz. Possui capacitação em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa pela FIOCRUZ. Membro do Conselho e Equipe

Técnica do Hospital de Ensino do HMIB. Professor Titular do Programa de Mestrado Profissional da FEPECS/SES/DF. Atuação como Membro da Equipe Ambulatorial de Atendimento ao Fibrocístico. Atuação como Membro da equipe de atendimento à crianças portadoras de Alergia Alimentar do HMIB. Atuação como Membro do Conselho de Segurança Alimentar-CONSEA. Atuação como Membro do Comitê Central de Promoção de Saúde do DF. Atuação como Membro da comissão de Padronização de Nutrição da SES - DF. Atuação como Membro da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional Enteral do HMIB. Membro do Comitê Técnico de Avaliação dos Projetos de Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Saúde. Bacharel em Nutrição pela Universidade de Brasília, Licenciatura Plena em Nutrição e Biologia pela Universidade Católica de Brasília.

APRESENTAÇÃO

A desnutrição é uma doença de grande prevalência no público idoso porém frequentemente não é diagnosticada, favorecendo o maior risco de complicações hospitalares, além de maior tempo de internação e aumento dos gastos. A aplicação de métodos de rastreio nutricional torna-se importante para um diagnóstico precoce desse quadro, com condutas mais efetivas para seu tratamento.

Entendendo a importância do tema, elaboramos essa obra como um dos resultados de uma dissertação de mestrado*, onde foram comparados dois métodos de triagem nutricional. O primeiro, que era utilizado na área clínica rotineiramente (*Malnutrition Screenin Tool* - MST) e o segundo que foi um método utilizado especificamente para o público idoso, considerado método ouro para rastreio nutricional dessa população (Mini Avaliação Nutricional - MAN). A partir do trabalho encontrou-se que o método utilizado rotineiramente não demonstrava resultado fidedigno em relação ao rastreio nutricional do público idoso, apesar de ser um método mais rápido de ser aplicado. Como a clínica a que o protocolo se destinava era um Pronto Socorro de um hospital público, a MAN também não mostrou-se viável de ser aplicada, por ser um método muito detalhado e extenso. Assim, passou-se a utilizar outro método de rastreio, o *Nutritional Risk Screening* (NRS), que já é validado para essa população e também tem as características de ter aplicação rápida e prática, atendendo às necessidades da clínica.

Na intenção de otimizar a assistência nutricional à população idosa e unificar as condutas dos profissionais,

propusemos por meio dessa obra a implementação de um protocolo de avaliação nutricional em idosos para utilização nos serviços públicos e/ou privados, de tal forma que a equipe multiprofissional pudesse intervir o mais precocemente possível em prol desses pacientes.

Desejamos a todos (as) que esse protocolo possa ser útil na prática clínica.

As autoras

* Felinto VT. Capacidade de identificação de risco nutricional em idosos pelo Malnutrition Screening Tool em relação à Miniavaliação Nutricional [dissertação]. Brasília: Escola Superior em Ciências da Saúde/FEPECS;2017.

SUMÁRIO

I - PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO IDOSO.....	08
II - PROTOCOLO PROPOSTO PARA TRIAGEM E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSOS.....	13
III - PASSOS PARA A AVALIAÇÃO NUTRICIONAL.....	14
IV - PELO MENOS DOIS CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAR EM GRAVE OU NÃO GRAVE.....	17
REFERÊNCIAS.....	20

I - PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE: AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO IDOSO

1. METODOLOGIA DE BUSCA DA LITERATURA

O presente protocolo consistiu em análise de referências obtidas nas seguintes bases de dados: PubMed (*National Library of Medicine and National Institutes of Health*) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), nos meses de junho a dezembro de 2016. Os descritores foram utilizados juntos e na seguinte ordem: aged, malnutrition e nutrition assesments e seus equivalentes em português. As três palavras-chave escolhidas foram colocadas juntas e com as delimitações acima citadas na PubMed. Na busca por artigos, foram incluídos estudos realizados com humanos, com idade igual ou superior a 60 anos, publicados entre 2009 e 2016. Os artigos foram selecionados pelo resumo e depois lidos na íntegra.

2. INTRODUÇÃO

A desnutrição é uma condição patológica que provoca alterações no estado de saúde do indivíduo, levando à diminuição de sua capacidade de lidar com as atividades mais básicas da vida diária¹. É um problema de saúde global e serve como um importante fator de risco para uma evolução desfavorável do paciente internado, levando inclusive à morte, porém se mostra muito comum nesse público, de forma que sua prevalência chega até à 80% em alguns países, sendo que após a hospitalização, cerca de 70 % dos pacientes subnutridos evolui com uma

piora gradual de seu estado nutricional^{2,3}. Segundo o Inquérito Brasileiro de Avaliação Hospitalar (IBRANUTRI), 48,1% dos pacientes internados se encontrava desnutrido, sendo que 31,8% já se apresentavam assim nas primeiras 48 horas de internação. Apesar desses dados, a desnutrição continua subdiagnosticada e subtratada nos serviços hospitalares⁴.

A European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) define desnutrição como um estado nutricional em que uma deficiência ou excesso (ou desequilíbrio) de energia, proteína e outros nutrientes provoca efeitos adversos sobre a composição corporal e a funcionalidade dos tecidos, bem como sobre a evolução clínica do sujeito. Já a American Society on Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) define a desnutrição como "um estado nutricional agudo, sub-agudo ou crônico", que varia em graus de super ou subnutrição, com ou sem presença de inflamação, que leva à uma alteração da composição corporal e redução de sua funcionalidade⁵.

A desnutrição proteico-calórica é comum dentre os idosos e seus principais fatores de risco são as alterações da função cognitiva, a ocorrência frequente de doenças agudas e crônicas, baixo poder aquisitivo, isolamento social, polifarmácia, alterações comuns de audição, paladar, visão e motoras e aumento das necessidades energéticas por alguma doença ou necessidade cirúrgica. Problemas relacionados ao trato gastrointestinal, também comuns nessa população, constituem outro risco para desnutrição, incluindo a disfagia, boca seca, dor ao mastigar por periodontite e uso de próteses ou falta de peças dentárias^{6,7}.

Um diagnóstico precoce de desnutrição é de grande relevância por suas consequências físicas, funcionais, sociais e econômicas entre os grupos mais

sucetíveis, como é o caso dos idosos, pois está diretamente relacionada à um maior risco de mortalidade, maior suscetibilidade à infecções, aumento no número de quedas e fraturas, permanência hospitalar prolongada e uma deterioração generalizada da qualidade de vida das pessoas com esse quadro^{8,9}.

O estado nutricional pode ser avaliado a partir de vários parâmetros, utilizados de forma isolada ou associados. A primeira etapa consiste na aplicação da triagem nutricional, que é capaz de identificar indivíduos em risco nutricional e detectar a necessidade de caracterizar o estado nutricional do indivíduo mais profundamente. Uma vez identificados pela triagem nutricional, os indivíduos em risco nutricional devem ser submetidos à avaliação nutricional para classificar em graus o seu estado nutricional e planejar as estratégias de intervenção^{10,11}. É importante que o instrumento de rastreio de risco nutricional seja validado à população a qual será aplicado¹².

Na realidade clínica para uma avaliação nutricional completa do paciente utilizam-se a análise da história clínica, dietética e psicossocial, os dados antropométricos e bioquímicos e as possíveis interações entre drogas e nutrientes. Conclui-se com o diagnóstico nutricional e isso servirá de base para o planejamento e a orientação dietética individualizada¹³.

Por tudo que já foi exposto, se mostra indispensável o uso de métodos de rastreio como primeiro passo para identificação de pacientes desnutridos ou em risco de desnutrição, especialmente na população idosa, para uma intervenção individualizada, bem como o início precoce da terapia nutricional. Existem inúmeros métodos com essa finalidade, sendo recomendado o uso de uma ferramenta validada, de fácil aplicação para a prática

diária e que seja sensível na detecção do risco nutricional independente do sexo, idade ou diagnóstico na admissão^{5,6,9}.

3. JUSTIFICATIVA

O Ministério da Saúde (MS) definiu em 2005, por meio da Portaria GM/MS 816, a necessidade de definir critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do SUS, de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas e outras tecnologias, além de estabelecer processos permanentes de incorporação e revisão¹⁴. No que diz respeito ao estado nutricional dos pacientes, o MS instituiu a obrigatoriedade de elaboração de protocolos de triagem nutricional nos hospitais, para a avaliação do risco nutricional. A *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) também orienta que todos os hospitais desenvolvam políticas e protocolos específicos para identificar o risco nutricional em indivíduos hospitalizados, no intuito de um tratamento mais rápido e eficaz¹⁵.

Protocolos são importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Na realidade hospitalar, têm como foco a padronização de condutas clínicas e cirúrgicas, por se mostrarem como estratégias fundamentais, tanto no processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na uniformização das ações e do processo de trabalho. Em geral estão baseados em evidências científicas, envolvem a incorporação de novas tecnologias e dão ênfase às ações técnicas e se mostram como elementos importantes para a obtenção de qualidade dos serviços¹⁴.

Diante da importância do rastreio nutricional na população idosa e da necessidade de padronizar os métodos de triagem e avaliação nutricional na assistência desse público quando hospitalizado, se buscou a elaboração desse protocolo, na intenção da melhora da assistência desses pacientes, além do aprimoramento da equipe.

II - PROTOCOLO PROPOSTO PARA TRIAGEM E AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM IDOSOS

TRIAGEM NRS 2002

Parte 1		Não	Sim
1-IMC < 20,5			
2- O paciente teve perda de peso nos últimos 3 meses?			
3-O paciente teve redução da Ingestão alimentar na ultima semana, vômitos ou diarreia frequente?			
4-O Paciente esta Gravemente doente, em mau estado Geral ou em UTI?			
<p>*Se a resposta for <u>Sim</u> para qualquer questão aplicar a segunda etapa do formulário.</p> <p>*Reaplicar o formulário semanalmente em caso de resposta "não" em todas as questões.</p>			
Parte 2			
Estado Nutricional (EN) Prejudicado		Estresse metabólico da Doença	
Brando.: 1 ponto	Perda de peso > 5% em 3 m, Ou ingestão alimentar entre 50-75% na ultima semana.	Brando.: 1 ponto	Fratura de quadril, <u>Crônicos</u> agudizados: cirrose, DPOC, HD, DM e CA
Moderado: 2 pontos	Perda de peso > 5% em 2 m, Ou IMC 18,5 -20,5 \pm condição geral comprometida Ou ingestão alimentar 25-50% das necessidades na ultima semana	Moderado: 2 pontos	<u>Cirurg.</u> ABD, Infarto, Fraturas, PNM, Leucemias e linfomas.
Grave.: 3 Pontos	Perda de peso > 5% em 1 m, ou > 15% em 3m ou, IMC <18,5 condição geral comprometida ou ingestão alimentar de 0-25% das necessidades na ultima semana.	Grave.: 3 Pontos	Paciente de UTI, Trauma craniano, <u>Politrauma, Transplante</u> de Medula, APACHE > 10 Sepses, VM
PONTUAÇÃO:		+	=
Se paciente \geq 70 anos adicionar 1 ponto no escore final.			
Pontuação \geq 3 Paciente em Risco Nutricional, TN é indicada. Realizar avaliação nutricional completa em até 72 horas de internação. <u>Retriar</u> e reavaliar em 7 a 10 dias.			
Pontuação < 3: <u>Retriar</u> paciente em 7 a 10 dias.			

III - PASSOS PARA A AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

1º DEFINIR O RISCO NUTRICIONAL

Utilizar NRS -2002

Se sem risco nutricional – programar nova triagem em 7 a 10 dias. Se paciente em TN colocar P, A, PU, PI, IMC, CB, CP, objetivo calórico e proteico e conduta.

Com risco nutricional – continuar passos seguintes. Programar retriagem e reavaliação em 7 a 10 dias (seguindo mesmos passos da primeira triagem e avaliação).

2º: INFLAMAÇÃO:

Parâmetros bioquímicos	Parâmetros clínicos
↑PCR, ↓alb, ↑ou ↓ dos leucócitos, ↑Gli, ↑%neutrófilos, ↓plaquetas, ↑leuc, BN-	Febre, hipotermia, infecção/sepse, sespe, sirs (ver parâmetros – FC, FR, leucócitos, desvio a esquerda, temperatura), ↓capac.de cicatrização.

Adaptado de: Malone e Hamilton, 2013

Parâmetros ausentes – sem inflamação. Pular para 4º passo

SEM INFLAMAÇÃO	
Desnutrição não relacionado à doença OU Desnutrição relacionada à inanição	
Inanição, anorexia nervosa, fome crônica pura	Em 1 semana ocorre ↑catabolismo proteico para produzir glicose, a seguir há resposta de adaptação ao jejum

Com esses parâmetros - com inflamação

3º: AGUDA ou CRÔNICA

AGUDA	CRÔNICA
<p>< 3 meses (Inflamação grave)</p> <p>SDRA, TCE, paciente crítico, cirurgia de grande porte, Sepsis, SIRS, queimaduras severas, pancreatite aguda grave, fase aguda de DII.</p> <p>O paciente perde massa magra e não recupera!</p>	<p>≥ 3 meses (Inflamação L/M)</p> <p>=</p> <p>Ex: Doença cardiovascular, pancreatite crônica, DPOC, ICC, fibrose cística, demência, DM, DII, Síndrome metabólica, obesidade, CH, CA, IR, IRp, artrite reumatóide, UP.</p> <p>O paciente recupera melhor a MM que um paciente traumático!</p>

Fonte: Malone e Hamilton, 2013

4º GRAU DE DESNUTRIÇÃO: Não grave ou Grave

	Desnutrição no contexto da doença ou trauma AGUDO		Desnutrição no contexto da doença CRÔNICA		Desnutrição no contexto das circunstâncias sociais e ambientais	
	Não grave	Grave	Não grave	Grave	Não grave	Grave
Características clínicas						
1) Consumo energético	<75% das necessidades por >7d	<50% das necessidades por ≥5d	<75% das necessidades por ≥1 mês	≤50% das necessidades por ≥ 1 mês	<75% das necessidades por ≥3 meses	≤50% das necessidades por ≥ 3 meses
(2) Interpretação da perda de peso	% - Tempo 1-2 em 1 semana 5 em 1 mês 7.5 em 3 meses	% - Tempo >2 em 1 semana >5 em 1 mês >7.5 em 3 meses	% - Tempo 5 em 1 mês 7.5 em 3 meses 10 em 6 meses 20 em 1 ano	% - Tempo >5 em 1 mês >7.5 em 3 meses >10 em 6 meses >20 em 1 ano	% - Tempo >5 em 1 mês >7.5 em 3 meses >10 em 6 meses >20 em 1 ano	% - Tempo >5 em 1 mês >7.5 em 3 meses >10 em 6 meses >20 em 1 ano
(3) Gordura corporal	Leve	Moderada	leve	Severa	Leve	Severa
(4) Massa muscular	Leve	Moderada	leve	Severa	Leve	Severa
(5) Edema	Leve	Moderada a Severa	leve	Severa	Leve	Severa
(6) Redução da força do aperto de mão	NA	Mensurável reduzido	NA	Mensurável reduzido	NA	Mensurável reduzido

IV - PELO MENOS DOIS CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAR EM GRAVE OU NÃO GRAVE

1) **O consumo energético:** A desnutrição é resultado da inadequação da ingestão alimentar ou da má assimilação destes nutrientes. Assim, a ingestão recente comparada com a estimativa das necessidades é o critério primário para a definição da desnutrição. O nutricionista deve obter e revisar a ingestão e a história alimentar, estimar a necessidade kcal, comparar com a estimativa do consumo e reportar ingestão inadequada a partir do percentual de inadequação e o tempo em que isso ocorreu.

2) **Interpretação da perda de peso:** O nutricionista deve avaliar a perda de peso, considerando os achados clínicos de reservas de tecido, desidratação e hiperhidratação. A perda de peso deve ser registrada como percentual do peso usual durante um intervalo de tempo.

3) **Gordura Corporal:** Sinais de perda de gordura subcutânea.

4) **Massa Muscular:** Sinais de perda de massa muscular.

5) **Acúmulo de Fluidos:** O nutricionista pode avaliar fluidos generalizado ou localizado evidente no exame (edema vulvar, escrotal ou ascite). A perda de peso é frequentemente mascarada por fluidos generalizados (edema).

Diagnóstico Nutricional

a) Desnutrição Não grave relacionada à inanição ou não relacionada à doença

b) Desnutrição Não grave relacionada à doença aguda

- c) Desnutrição Não grave relacionada á doença crônica
- d) Desnutrição Grave relacionada à inanição ou não relacionada a doença
- e) Desnutrição Grave relacionada à doença aguda
- f) Desnutrição Grave relacionada à doença crônica
- g) Alto risco para desenvolvimento de desnutrição relacionada à (etiologia da desnutrição)

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todo paciente idoso (idade ≥ 60 anos), de ambos os sexos, que for admitido nas unidades de emergência, internação e Terapia Intensiva, terão seu risco nutricional triado nas primeiras 48 horas de internação, pelo método NRS-2002¹⁶. No caso de pacientes que se apresentem com risco nutricional, serão submetidos a avaliação nutricional completa em até 72 horas após a internação, pelo modelo desenvolvido por AND-ASPEN 2012¹⁷.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Não existem critérios de exclusão.

6. CONDUTA

Após identificação de presença ou não de risco nutricional e/ou desnutrição, será iniciada terapia nutricional indicada.

Na presença de risco nutricional e/ou desnutrição, será iniciada terapia nutricional específica para cada caso e patologia apresentada pelo paciente, após calculo de suas necessidades energéticas e proteicas. Para pacientes com via oral funcionante, serão feitas

adequações na dieta e será incluso suplemento nutricional. Para pacientes com trato gastrointestinal (TGI) funcionante, porém sem condições de deglutir alimentos, será proposto início de terapia nutricional por sonda nasogástrica ou naosentérica. E quando houver impossibilidade de uso do TGI, será proposto à equipe médica o início de Terapia Nutricional Parenteral.

7. MONITORIZAÇÃO

A retriagem e reavaliação (quando houver), deverá ser feita a cada 7 a 10 dias, enquanto durar a hospitalização. A cada retriagem e reavaliação serão redefinidas as metas nutricionais, de acordo com a evolução do quadro do paciente.

No momento da alta hospitalar, pacientes em risco nutricional e desnutridos receberão orientações nutricionais adequadas a cada caso. Havendo necessidade, também serão encaminhados às unidades básicas de saúde, para atendimento ambulatorial, bem como à atendimento de especialidades.

8. ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Idem item 7 (monitorização).

9. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Diariamente são preenchidos indicadores de qualidade com informação sobre todos os pacientes em uso de terapia nutricional. Esses indicadores contém

informações sobre triagem, avaliação e definição de metas nutricionais, além da presença de diarreia nesses pacientes que estão em uso da terapia.

10. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Não há riscos durante a aplicação da Triagem e Avaliação Nutricional.

REFERÊNCIAS

1. Lozoya RM, Diego RMF, Marín GC, Martínez-Alzamora N. Estudio del riesgo nutricional en adultos mayores autónomos no institucionalizados. *Nutr Hosp* 2013;28(5):1438-1446.
2. Gheorghe C, Pascu O, Iacob R, Vadan R, Iacob S, Goldis A et al. Nutritional Risk Screening and Prevalence of Malnutrition on Admission to Gastroenterology Departments: A Multicentric Study. *Chirurgia* (2013) Jul – Aug; 108 (4): 535-541.
3. Ricardi JL, Marcadenti A, Souza SP, Ribeiro AS. Oral nutritional supplements intake and nutritional status among inpatients admitted in a tertiary hospital. *Nutr Hosp.* 2013;28(4):1357-1360.
4. Silva DL, Santos PA, Cabral PC, Burgos MGPA. Nutritional screening in clinical patients at a University Hospital in Northeastern Brazil. *Nutr Hosp.* 2012;27(6):2015-2019.

5. Zhou JD, Wang M, Wang HK, Chi Q. Comparison of two nutrition assessment tools in surgical elderly inpatients in Northern China. *Nutrition Journal* 2015, 14:68.
6. Roller RE, Eglseer D, Eisenberger A, Wirnsberger GH. The Graz Malnutrition screening (GMS): a new hospital screening tool for malnutrition. *British Journal of Nutrition* 2016, 115: 650–657.
7. Pouyssegur V, Brocker P, Schneider SM, Philip JL, Barat P, Reichert E, et al. An innovative solid oral nutritional supplement to fight weight loss and anorexia: open, randomised controlled trial of efficacy in institutionalised, malnourished older adults. *Age and Ageing* 2015; 44: 245–251.
8. Bermejo RV, García IA, Galera DM, Rodríguez MH, Torramadé JP. Prevalencia de desnutrición en personas mayores institucionalizadas en España: un análisis multicéntrico nacional. *Nutr Hosp.* 2015;31(3):1205-1216.
9. Pereira MLAS, Moreira PA, Oliveira CC, Roriz AKC, Amaral MTR, Mello AL. Nutritional status of institutionalized elderly Brazilians: a study with the Mini Nutritional Assessment. *Nutr Hosp.* 2015;31(3):1198-1204.
10. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(4): 1046-51.

11. Santos ALM, Amaral TMSPF, Borges NPGFB. Undernutrition and associated factors in a Portuguese older adult community. *Rev Nutr* 2015 mai/jun; 28(3): 231-240.
12. Marshall S, Young A, Bauer J, Isenring E. Nutrition Screening in Geriatric Rehabilitation: Criterion (Concurrent and Predictive) Validity of the Malnutrition Screening Tool and the Mini Nutritional Assessment Short Form. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116:795-801.
13. Fisberg RM, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2009; 53(5): 617-624.
14. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. Belo Horizonte: COOPMED; 2009.
15. Duarte JP, Paludo J, Lemos JRN, Moreira TR. Variação na prevalência de risco nutricional em indivíduos hospitalizados conforme cinco protocolos de triagem nutricional. *Sci Med* 2014; 24(1):26-32.
16. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z, and a 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.
17. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and A.S.P.E.N. Characteristics

recommended for the identification and documentation of adult malnutrition. *J Parenter Enteral Nutr* 2012; 36:275-383.

18. Shpata V, Ohri I, Nurka T, Prendushi X. The prevalence and consequences of malnutrition risk in elderly Albanian intensive care unit patients. *Clin Interv Aging* 2015; 10:481-86.

19. Harding KM, Dyo M, Goebel JR, Gorman N, Levine J. Early malnutrition screening and low cost protein supplementation in elderly patients admitted to a skilled nursing facility. *Applied Nursing Research* 2016; 31:29-33.

20. Malone, A, Hamilton C. The Academy of Nutrition and Dietetics and A.S.P.E.N. Consensus Malnutrition Characteristic: Application in Practice. *Nutr Clin Pract* 2013; 28(6):639-50.

Comitê Editorial

Editor-chefe: Jonas Rodrigo Gonçalves

Supervisor: Jonas Rodrigo Gonçalves

Diagramação: Daniarly da Costa

Projeto Gráfico: Daniarly da Costa

Contato: professorjonas@gmail.com

adrianahaack@hotmail.com

Conselho Editorial:

Jonas Rodrigo Gonçalves

Vanessa Teles Felinto Mello

Adriana Haack

Ficha Catalográfica:

Endereço: www.editorajrg.com

Autoras desta obra:

Vanessa Teles Felinto Mello

Adriana Haack