



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA AS NECESSIDADES DE COMER E BEBER EM IDOSOS CIRÚRGICOS

NURSING INTERVENTIONS FOR THE NEEDS TO EAT AND DRINK IN SURGICAL ELDERLY PEOPLE

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA LAS NECESIDADES DE COMER Y BEBER EN ANCIANOS QUIRÚRGICOS

Renata da Silva Schulz¹, Rosimere Ferreira Santana², Thiago Batista Faleiro³, Raquel Calado da Silva Gonçalves⁴, Luise de Almeida Ferreira Alves⁵

RESUMO

Objetivo: identificar as necessidades de comer e beber em idosos cirúrgicos. **Método:** estudo de abordagem quantitativa, quase experimental, com 30 idosos em pós-operatório. Utilizou-se como instrumento de coleta dos dados o protocolo de avaliação das necessidades humanas básicas segundo Virginia Henderson. Para análise estatística, utilizou-se *Oddis Ratio* (OR). Esse estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE nº. 0090.0.258.000-07. **Resultados:** as necessidades encontradas foram 54 no grupo experimental e 55 no grupo de controle. Houve redução de 25 e 11, respectivamente, até à alta. O valor de OR foi 4,64 (significativo), evidenciando como fator de proteção a intervenção realizada com o grupo experimento. **Conclusão:** deve haver manutenção da capacidade funcional nos idosos quanto à necessidade de comer e beber durante a hospitalização cirúrgica, paradigma particularmente útil no contexto do envelhecimento. **Descritores:** Idoso; Enfermagem Perioperatória; Suplementação Alimentar.

ABSTRACT

Objective: to identify the needs to eat and drink in the surgical elderly people. **Method:** this is a study with quantitative approach, quasi-experimental, with 30 elderly subjects in the postoperative stage. We have used the assessment protocol of the basic human needs second Virginia Henderson as a data collection tool. For statistical analysis, we have used the *Oddis Ratio* (OR). This study had its research project approved by the Ethics Research Committee, under CAAE nº 0090.0.258.000-07. **Results:** we have found 54 needs in the experimental group and 55 in the control group. There was a reduction of 25 and 11, respectively, until the discharge. The OR value was 4.64 (significant), thus highlighting the intervention performed with the experimental group as a protective factor. **Conclusion:** there should be maintenance of the functional capacity in the elderly people concerning the need to eat and drink during surgical admission, which is a particularly useful paradigm in the aging context. **Descriptors:** Elderly; Perioperative Nursing; Food Supplementation.

RESUMEN

Objetivo: identificar las necesidades de comer y beber en los pacientes ancianos quirúrgicos. **Método:** Estudio cuantitativo, cuasi-experimental, con 30 pacientes en postoperatorio de edad avanzada. Fue utilizado como herramienta para recogida de datos un protocolo para evaluación de las necesidades básicas según Virginia Henderson. Para el análisis, se utilizó *Oddis Ratio* (OR). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación CAAE no. 0090.0.258.000-07. **Resultados:** los resultados mostraron 54 necesidades encontrados en el grupo experimental y 55 en el grupo control, hubo una reducción de 25 y 11, respectivamente. El valor de OR fue 4,64 (significativo), lo que sugiere un factor de intervención protectora con el grupo experimental. **Conclusión:** debe ser el mantenimiento de la capacidad funcional de los ancianos como la necesidad de comer y beber durante la hospitalización quirúrgica paradigma particularmente útil en el contexto del envejecimiento. **Descritores:** Ancianos; Enfermería Perioperatoria; Alimentación Suplementaria.

¹Enfermeira Especialista em Clínica Cirúrgica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: schulz_renata@yahoo.com.br; ²Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Universidade Federal Fluminense (UFF). Niterói (RJ), Brasil. E-mail: rosifesa@gmail.com; ³Médico Ortopedista. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: thiagofaleiro@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira Especialista em Enfermagem em CC, RPA e CME pela Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: raquelcalado@yahoo.com.br; ⁵Especialista em Enfermagem em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer/INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: luise_almeida@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A satisfação na necessidade do comer e beber, de acordo com Henderson, é estar ingerindo os nutrientes essenciais para viver, crescer e manter o equilíbrio, tendo importância fundamental para manutenção da saúde física e emocional, prevenindo ou adiando o aparecimento de patologias mais frequentes no decurso do processo de envelhecimento.^{1,2}

O movimento das mãos em direção à boca, a mastigação, a deglutição e digestão dos alimentos são os componentes biofisiológicos dessa necessidade. Considerando-se a ingestão de bons nutrientes, provindos de proteína animal, frutas e verduras, os quais são alimentos de difícil deglutição para pessoas com a capacidade mastigatória diminuída, tal deficiência alimentar pode levar à perda de peso corpóreo e à desnutrição.³

O organismo precisa de líquidos e nutrientes para sobreviver, sendo condição essencial para a promoção, manutenção e recuperação da saúde dos indivíduos.²⁻⁴ E, ao satisfazer a necessidade de comer e beber, segundo Henderson, o ser humano ingere nutrientes essenciais para viver, crescer e manter o seu equilíbrio e a sua saúde, independente de sua idade.⁴

Os fatores que afetam o estado nutricional do idoso podem ser de diversas origens, tais como: socioeconômicas; alterações fisiológicas, como no aparelho digestivo, na percepção sensorial, na capacidade mastigatória, na mucosa oral e no fluxo salivar, na estrutura e função do esôfago, estômago, intestino, fígado, vesícula e pâncreas; diminuição da sensibilidade à sede; e efeito secundário de fármacos.⁵

As alterações no paladar, olfato, ou alterações emocionais como ansiedade, medo e isolamento, também devem ser consideradas como específicas ao idoso cirúrgico.^{6,7}

Tais alterações podem se apresentar isoladamente ou em associação, determinando diferentes graus de gravidade na perda do apetite e na ingestão de líquidos.

Tem-se também que o movimento do alimento ao longo do tubo digestivo auxilia na satisfação do comer e beber, na secreção de sucos digestivos, digestão do alimento, absorção dos produtos digestivos. A circulação do sangue através dos órgãos gastrintestinais e o transporte das substâncias absorvidas envolvem o sistema nervoso e o sistema hormonal, proporcionando sensação de bem-estar.⁸

Portanto, uma boa alimentação é uma condição indispensável para a reabilitação, especialmente para os idosos no contexto de uma internação hospitalar. Assim, uma adequada avaliação do estado nutricional no período pré-operatório pode alertar a equipe de saúde sobre os pacientes com maior risco de complicações pós-cirúrgicas.

Sendo assim, delimitou-se a seguinte questão de pesquisa: Quais as necessidades de comer e beber identificadas em idosos cirúrgicos? Como Hipótese nula: Há diferenças na identificação pré e pós das necessidades de comer e beber, quando aplicado um plano de cuidados gerontológicos em idosos cirúrgicos; e como Hipótese alternativa: não existe diferença.

Optou-se pela teoria de Virgínia Henderson, cuja finalidade centra-se em manter ou restabelecer a independência do cliente na satisfação de suas 14 necessidades fundamentais, dentre estas se inclui o comer e o beber.

OBJETIVOS

- Identificar as necessidades de beber e comer em idosos cirúrgicos;
- Avaliar o desfecho das intervenções de enfermagem nos grupos envolvidos no estudo.

MÉTODO

Estudo de abordagem quantitativa, quase-experimental, com o tipo de delineamento do grupo controle não equivalente anterior-posterior, envolvendo o tratamento (intervenções de enfermagem na necessidade de comer e beber) de sujeitos observados antes e após a implementação.

Os locais do estudo foram as clínicas cirúrgicas de um Hospital Universitário do Estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro a abril de 2010, com a participação de 30 clientes idosos (15 no grupo experimental e 15 no grupo de controle) escolhidos aleatoriamente. Adotou-se como critérios de inclusão: dependência nas escalas de Lawton e Katz; ter um cuidador; ter mais de 65 anos. E como critérios de exclusão: suspensão da cirurgia; não participar de alguma das avaliações propostas.

Os grupos foram formados por randomização simples a partir de sorteio, sendo selecionados um idoso para o grupo de experimento e, sucessivamente, um para o de controle. Adotou-se como variáveis do estudo: características individuais dos sujeitos (sexo, faixa etária, estado civil e nível de escolaridade) e o diagnóstico cirúrgico. Considerou-se como variável as intervenções

de enfermagem para atender a necessidade humana básica (NHB) de comer e beber.

Visando alcançar o objetivo de identificar as necessidades na NHB de Beber e Comer destacadas por Virginia Henderson, aplicou-se aos sujeitos um protocolo de cuidados continuados, validado em forma e conteúdo por peritos da área de fundamentos de enfermagem e atuantes em pesquisa em enfermagem.

Como estratégia de coleta de dados, adotou-se os seguintes passos:

1) Exame clínico de enfermagem para identificação das principais necessidades envolvidas na necessidade de comer e beber. Sendo este aplicado aos sujeitos de ambos os grupos no primeiro dia de pós-operatório e ao final de sua hospitalização, caracterizando o delineamento não equivalente anterior-posterior, em um total de 60 avaliações. Utilizou-se em média 20 minutos para cada cliente durante exame clínico de enfermagem.

2) Implementação de intervenções de enfermagem selecionadas para promoção da saúde do indivíduo, evitando possíveis riscos e propiciando melhoria das funções referentes à cada dificuldade. A implementação dos cuidados continuados (variável interveniente) realizou-se apenas no grupo experimental. Entretanto, os membros do grupo de controle receberam cuidados indicados pela rotina de trabalho das unidades cirúrgicas do local de pesquisa, tratamento convencional adotado na instituição.

A análise dos dados se deu de forma descritiva e inferencial através do teste estatístico *Oddis Ratio* (OR).

Respeitaram-se os aspectos éticos, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa possui

parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, sendo registrado com o CAAE nº 0090.0.258.000-07.

RESULTADOS

Quanto à caracterização do grupo, houve homogeneidade na amostra com relação ao sexo. No total, foram 20 pacientes do sexo feminino e 10 do masculino, os quais foram distribuídos igualmente nos grupos. A faixa etária esteve entre 65 a 86 anos.

Sobre o estado civil, 49% eram casados, 27% viúvos, 17% solteiros e 7% divorciados. Observou-se também que 87% eram aposentados e 13% eram pensionistas. Com relação à escolaridade, a maioria (51%) apresenta primeiro grau incompleto, 20% segundo grau, 13% analfabetos, 7% primeiro grau e apenas 3% completaram o terceiro grau.

Teve-se como diagnóstico de internação a prevalência de casos de câncer e fraturas, com 39% e 21% respectivamente; os demais foram associados aos problemas vasculares, colelitíase, derrame pleural, hérnia umbilical e hérnia de disco.

Identificou-se 54 necessidades de comer e beber no grupo experimental e 55 no grupo de controle, estas detalhadas na Tabela 1.

Tabela 1. Identificação e Evolução das necessidades em idosos cirúrgicos no Beber e Comer no período de pós-operatório, HUAP, RJ, (Janeiro-Abril), 2010.

Necessidade Beber e Comer	Grupo experimento		Grupo controle	
	Pós-operatório	Alta	Pós-operatório	Alta
Volume de líquidos deficiente	15	5	12	10
Nutrição desequilibrada	9	6	11	10
Problemas associados à dentição	6	6	7	7
Vômitos	5	0	2	0
Náusea	4	0	3	0
Dor epigástrica	3	2	1	0
É alimentado no hospital	3	0	2	2
Perda de peso	2	2	5	4
Desidratação	2	0	0	0
Disfagia	2	1	0	0
Alteração do apetite	1	1	2	2
Dispepsia	1	1	3	2
Impossibilidade de se alimentar sozinho	1	1	1	1
Anorexia	0	0	1	1
Intolerância a certos alimentos	0	0	3	3
Icterícia	0	0	2	2
Total	54	25	55	44

Observa-se, por meio da Tabela 1, que a maioria das necessidades foi relacionada à ingestão hídrica, déficits no regime alimentar e problemas associados à dentição, seguidos de náuseas e vômitos nos dois grupos.

No grupo experimental, houve melhora em relação à ingestão hídrica, nutrição desequilibrada, náuseas, vômitos e desidratação.

No grupo de controle, a melhora esteve principalmente em relação às náuseas e vômitos que foram eliminados até o momento

da alta. A nutrição desequilibrada teve resultado aproximado nos grupos. Já o tratamento convencional se manteve nos grupos que contam com o apoio do serviço de nutrição do hospital.

Pela análise comparativa das necessidades identificadas, no grupo experimental ocorreu redução de 25 delas; quanto ao de controle, das 55 houve redução de 11, estas apresentadas na Tabela 2. Após cálculo do Oddis Ratio (OR), obteve-se o equivalente a 4,64.

Tabela 2. Resultados alcançados pelas intervenções dos cuidados por grupos. Rio de Janeiro-Brasil, janeiro-abril de 2010.

Resultados	Grupo Experimental	Grupo Controle
Necessidades solucionadas pós-aplicação das intervenções	39	11
Necessidades presentes pós-aplicação das intervenções	25	44

DISCUSSÃO

Adotou-se como intervenções pertinentes à necessidade de comer e beber, partindo das necessidades identificadas no grupo experimento: o aumento da ingestão hídrica; estímulo da autonomia para alimentar-se; a avaliação junto ao serviço de nutrição acerca da possibilidade de troca do cardápio; a realização de SOS prescrito para náuseas e vômitos; a adequação dos horários das medicações prescritas; a obtenção de acesso venoso para hidratação; a mensuração de resíduo gástrico e elevação da cabeceira para facilitar a nutrição. As intervenções envolveram um plano de cuidado individualizado para cada sujeito, estas foram explicadas tanto aos idosos como aos cuidadores, como forma de garantir a continuidade nos cuidados prestados no âmbito hospitalar.

Nota-se que a baixa ingestão hídrica nos idosos foi recorrente, estes consumiam pouca quantidade de líquidos por dia. No grupo experimental, ao se perceber esta dificuldade, os líquidos foram oferecidos e estimulados pelas enfermeiras responsáveis por esta pesquisa e pelo cuidador (na nossa ausência). Alguns dos pacientes disseram não sentir falta ou ainda esqueciam-se de consumir líquidos; outros realmente possuíam dificuldades físicas relacionadas à doença.

Houve resistência em aumentar a ingestão hídrica de idosos sob nossos cuidados. Mesmo após o estímulo e as explicações dos benefícios da água para a hospitalização, alguns aparentavam desestímulo por conta da doença, já outros recusavam-se a aumentar a ingestão hídrica por não conseguir adquirir o hábito de beber. A sensação de sede diminui durante o envelhecimento e, em caso de doença, diuréticos e perda abundante de

líquidos, o processo de desidratação pode instalar-se insidiosamente e comprometer a saúde e a vida do idoso.⁹ Se o indivíduo deixa de beber, as intervenções devem iniciar-se de imediato, pois os idosos hospitalizados estão vulneráveis à desidratação.¹⁰

A desidratação possui como sintomas: cefaléia, constipação, efeitos alterados de medicamentos, sede, perda de elasticidade da pele, perda de peso, perda de funções cognitivas, tontura, boca e mucosas do nariz secas, alterações na pressão arterial, olhos fundos, débito urinário e dificuldade na fala, alguns podem ser atípicos nos idosos, merecendo atenção especial.¹⁰⁻¹

A administração de diuréticos e a perda abundante de líquidos pode instalar o processo de desidratação insidiosamente entre os pacientes idosos, comprometendo a saúde e a vida desta clientela.¹¹ A maioria das cirurgias estabelece uma hidratação sustentada antes, durante e após a cirurgia, mantendo-se volume urinário entre 30 e 60 ml por hora, aliada à monitorização complementar necessária e a correta prescrição da hidratação, principalmente em idosos.¹²

Uma alternativa para a via tradicional intravenosa estudada durante mais de 50 anos é a via subcutânea, uma via segura,, ainda subutilizada na prática clínica. Ela exige uma técnica simples com inserção de uma cânula de borboleta de calibre 21 ou 23, sob condições assépticas em tecido subcutâneo, principalmente em pacientes desnutridos, desidratados e com poucas condições de acesso venoso.¹³

Em relação ao déficit alimentar nos dois grupos, alguns idosos não se adaptaram ao regime que era oferecido no hospital, muitas vezes se alimentavam pouco; alguns deles desprezam a maioria das refeições. Mesmo

assim, de um modo geral, os idosos neste estudo demonstraram boa satisfação com a comida servida. No entanto, os gostos individuais dos pacientes e preferências a respeito de quando e o que comer foram apresentados pelos idosos. A alimentação é uma necessidade humana, porém tem que se encaixar na burocracia imposta pela instituição. Há uma uniformização dos costumes, em que a forma de vida e o conjunto de atividades anteriores são rearrumados e encaixados nesta nova rotina institucional.¹¹

No período pré-operatório, o jejum noturno é um procedimento ainda instituído para prevenir complicações pulmonares e aspirações de conteúdo gástrico (quando as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares), porém o jejum prolongado é prejudicial, principalmente, no paciente idoso, já que a resposta orgânica ao jejum é agravada com o trauma operatório e a lesão tecidual que o segue.¹⁴ Da mesma forma, com o jejum prolongado ocorre o aumento dos hormônios contrarreguladores, sendo que o jejum associado ao trauma pode levar ao aumento da resistência insulínica, proteólise muscular, lipólise e resposta inflamatória sistêmica.¹⁵

Nos achados do estudo, as mudanças físicas por causa da doença foram declaradas como a principal razão para a redução da ingestão de alimentos e bebidas. Essas experiências pareciam estar relacionadas a sentimentos negativos, tais como: ansiedade e vergonha durante as refeições. A perda da dentição naturalmente, ou o uso de próteses mal ajustadas, associadas à redução da força mastigatória afetam a função da mastigação à medida que dificultam o preparo do bolo alimentar, podendo levar à fadiga prematura durante a alimentação.¹⁶

Pessoas com xerostomia têm problemas não apenas com a mastigação e a ingestão dos alimentos, mas também com o gosto, a fala, tolerância ao uso de próteses, susceptibilidade à cárie, doença periodontal e doenças bucais, afetando mais de 70% dos idosos.¹⁶

As explicações, junto ao cuidador, de que os idosos devem realizar suas atividades, ajudaram com relação aos que eram alimentados no hospital. Os idosos com este problema no grupo experimento passaram a se alimentar sozinhos. Enfatiza-se aos cuidadores como é negativo para um idoso ser alimentado, levando o mesmo a sentir-se inútil, e que o ato de alimentar força o idoso a executar movimentos, beneficiando não só

os aspectos físicos, mas também os psicológicos.

Aumentar a autoestima dos idosos se torna importante para que possam se sentir úteis. Verificou-se que muitos problemas que afastam os idosos das atividades de lazer são referentes aos mitos e estereótipos da velhice improdutivo. Muitos destes podem ser evitados, melhorados, adaptados, ou até mesmo solucionados, se este sujeito for encarado como capaz.

A melhora do déficit nutricional nos permitiu perceber, na prática, como este problema é influente na manutenção da saúde dos idosos, pois acaba melhorando a disposição dos idosos para outras atividades, como exercícios físicos e a recreação. Uma nutrição deficitária favorece o aparecimento de doenças que repercutem negativamente no seu estado nutricional, instaurando-se, dessa maneira, um ciclo vicioso de má nutrição/doença.¹⁷

Assim, as necessidades nutricionais não devem ser subestimados. Observa-se que a necessidade de comer e beber influencia e relaciona-se na manutenção da saúde dos sujeitos, proporcionando uma melhora da condição patológica, na integridade da pele, no bom funcionamento de eliminar (intestinal e renal), dentre outros.

A Enfermagem desempenha um papel fundamental na avaliação do estado nutricional dos indivíduos e deve intervir para manter ou restabelecer a independência dessa necessidade, junto com as demais áreas que compõem este cuidado, pois qualquer orientação nutricional deve ser monitorada, a fim de ser avaliada e adaptada às reais necessidades do idoso. Sendo assim, é importante considerar o histórico e as características biopsicossociais destes indivíduos.

CONCLUSÃO

Observaram-se tímidas intervenções de enfermagem na assistência as refeições e orientações suficientes sobre como lidar com as necessidades específicas e nutricionais na prática.

Os cuidadores tiveram um papel essencial para que os cuidados propostos fossem empregados e os resultados satisfatórios alcançados. No momento em que se explicou e executou as intervenções no grupo experimento, conseguiu-se uma aderência representativa dos cuidadores.

Recomenda-se como meta a manutenção da capacidade funcional nos idosos na necessidade de Beber e Comer durante a

hospitalização cirúrgica, paradigma particularmente útil no contexto do envelhecimento, importantes na família, na comunidade, no sistema de saúde e principalmente para a vida do próprio idoso, uma vez que ocasiona maior risco de vulnerabilidade e dependência.

AGRADECIMENTOS

Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni)- Brasil

REFERÊNCIAS

1. Jurado-Campos J, Anglada-Dilme MT, Canet-Ponsa M, Privat-Marcè ML, Fàbrega-Pairó T, Juvinyà-Canal D. Implementation of an integrated nursing liaison model: a descriptive study. *Enferm Clin* [Internet]. 2008 Sep-Oct [cited 2013 Jan 12];18(5):253-61. Available from: <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/implementacion-un-modelo-integrado-enfermeria-enlace-un-13126758-originales-2008>
2. Ochoa JB. Nutrition assessment and intervention in the patient with Dysphagia: challenges for quality improvement. *Nestle Nutr Inst Workshop*. 2012 Sep;72(3):77-83. Available from: <http://www.karger.com/Article/Pdf/339992>
3. Costa JSD, Galli R, Oliveira EA, Backes V, Vial EA, Canuto R, et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [cited 2012 Oct 16];(4):79-88. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100009&lng=en&nrm=iso.
4. Demario RL, Sousa A, Salles, RK. Comida de hospital: percepções de pacientes em um hospital público com proposta de atendimento humanizado. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2013 Jan 12];15(supl.1):1275-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700036.
5. Irigibel-Uriz X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de virginia Henderson: Acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Index Enferm* [Internet]. 2007;16(57):55-9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962007000200012&script=sci_arttext.
6. Silva LD, Lisboa CD, Moura MRL. Consequências da interação entre nutrição enteral e fármacos administrados por sondas: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm*. 2011 Jan/Mar;16(1):134-40.
7. Guedes ACB, Gama CR, Tiussi ACR. Avaliação nutricional subjetiva do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN®). *Com Ciências Saúde*. 2008;19(4):377-384. Available from: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2008Vol19_4art03avaliacaonutricional.pdf
8. Bueno JM, Martino HSDM, Fernandes MFS, Costa LS, Silva RR. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 12];13(4):1237-46. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400020.
9. Lindolpho MC, Dambacher BS, Sá SPC, Valente GSC, Delatorre PG, Camacho ACLF. Atendimento nutricional na atenção à saúde do idoso: um relato de experiência. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2012 Aug [cited 2013 Jan 12];6(8):1971-7. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2759/pdf_1392
10. Oliveira RB, Veras RP, Prado, SD. A alimentação de idosos sob vigilância: experiências no interior de um asilo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(3):413-24.
11. Raslan M, Gonzalez MC, Dias MCG, Paes-Barbosa FC, Cecconello I, Waitzberg DL. Aplicabilidade dos métodos de triagem nutricional no paciente hospitalizado. *Rev. Nutr* [Internet]. 2008 [cited 2012 Oct 16];21(5):553-561. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000500008&lng=en&nrm=iso.
12. Ceneviva R, Vicente YAMV. Equilíbrio hidroeletrólítico e hidratação no paciente cirúrgico. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2008 [cited 2013 Jan 12];41(3):287-300. Available from: http://www.fmrp.usp.br/revista/2008/VOL41N3/SIMP_5Equilibrio_hidroeletrolitico.pdf
13. Thomas DR, Cote TR, Lawhorne L, Levenson SA, Rubenstein LZ, Smith DA, Stefanacci RG, Tangalos EG, Morley JE. Understanding clinical dehydration and its treatment. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2008 June [cited 2013 Jan 12];9(5):292-301. Available from: http://web2.aabu.edu.jo/tool/course_file/lec_notes/1001221_dehydration.pdf
14. Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearon K, Weimann A, Bozzetti F, et al. Espen

guidelines on parenteral nutrition: surgery. Clin Nutr [Internet]. 2009 [cited 2013 Jan 12];28(1):378-86. Available from: http://ganepeducacao.com.br/material_didatico/files/espenguidelinescirurgia.pdf

15. Aguiar-Nascimento JE, Marra JG, Shlessarenko N, Fontes CJ. Efficacy of National Nosocomial Infection Surveillance score, acute-phase proteins, and interleukin-6 for predicting postoperative infections following major gastrointestinal surgery. São Paulo Med [Internet]. 2007 [cited 2013 Jan 12];125(2):34-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v125n1/a07v1251.pdf>

16. Monteiro MAM. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. Revista Espaço para a Saúde. 2009 June [cited 2013 Jan 12] [cited 2013 Jan 12];10(2):34-42. Available from: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n2/Artigo6%20.pdf>

17. Sousa VMC, Guariento ME. Avaliação do idoso desnutrido. Rev Bras Clin Med [Internet] 2009 [cited 2013 Jan 12];7(1):46-49. Available from: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/83.pdf

Submissão: 05/10/2012

Aceito: 11/03/2013

Publicado: 01/04/2013

Correspondência

Renata da Silva Schulz
Universidade Federal Fluminense
Departamento Médico-Cirúrgico (MEM)
Rua Dr. Celestino, 74
CEP: 24020-091– Niterói(RJ), Brasil