

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO

Graduação em Nutrição

Juliana de Souza Ledo

**O PAPEL DO NUTRICIONISTA
NA REABILITAÇÃO DE IDOSOS COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL**

São Paulo

2021

Juliana Souza Ledo

**O PAPEL DO NUTRICIONISTA
NA REABILITAÇÃO DE IDOSOS COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Nutrição da
Universidade de Santo Amaro
Como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Nutrição
Orientador (a) Prof. Ma. Janiquelli Barbosa Silva

São Paulo

2021

L515p Ledo, Juliana de Souza

O papel do nutricionista na reabilitação de idosos com Acidente Vascular Cerebral / Juliana de Souza Ledo. São Paulo, 2021.

50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Nutrição) – Universidade Santo Amaro, 2021.

Elaborado por Maria Lucélia S Miranda – CRB 8 / 7177

Juliana Souza Ledo

**O PAPEL DO NUTRICIONISTA
NA REABILITAÇÃO DE IDOSOS COM ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade de Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título Bacharel em Nutrição.

São Paulo, 21 de junho de 2021

Orientadora

Prof.^a Ma. Janiquelli Barbosa Silva

Banca Examinadora

Prof.^a Ma. Lucy Aintablian Tchakmakian

Prof.^a Dra. Márcia Lopes Weber

Conceito Final: 8,8

**A GLÓRIA SEJA DADA A DEUS.
O QUAL POR MEIO DO SEU PODER, QUE AGE EM NÓS.
ORA, ÀQUELE QUE É PODEROSO PARA FAZER TUDO MAIS ABUNDANTEMENTE,
ALÉM DAQUILO QUE PEDIMOS OU PENSAMOS, SEGUNDO O PODER QUE
NÓS OPERA!
(EFÉSIOS 3:20)**

Dedico este trabalho ao meu Pai do céu, o real motivo desse sonho se realizar, ao meu melhor amigo e confidente de todos os meus momentos de angústia, JESUS, meu amado mestre, meu ajudador, minha torre forte, meu ombro amigo, meu eterno e Único DEUS. Fonte suprema de toda inspiração, presença constante e força maior na transição de cada página de minha vida e dessa dissertação. Maravilhoso conselheiro ele é Deus Forte a ele seja dado toda honra, toda glória e louvor.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a DEUS, ao meu criador, o grande amor da minha vida. A minha mãe, Jenilde Francisco de Souza, amor da minha vida, pelo carinho, apoio e pelas inúmeras e incontáveis orações, sobre minha vida.

A minha querida e amada sogra (in memoriam), Tereza Viegas de Lima, o real motivo da escolha do tema do trabalho de conclusão de curso, pelos momentos difíceis vividos e pela árdua experiência de viver de perto a um quadro de acidente vascular cerebral. Mas continua sendo minha força e inspiração na vida.

Ao meu amado esposo, Samuel Gonçalves Ledo, a quem me confiou, depositou, sonhou e financiou essa realização, amado meu, companheiro, amigo e conselheiro de todas as horas, gratidão por acreditar em mim, pelo amor e cuidado, pelo estímulo constante, e pela compreensão da minha ausência.

As minhas filhas, Priscilla Hillary, Brenda Kerolym e Ashley Kate, minhas razões de viver, minhas fortalezas, minhas filhas e amigas que amarei até na eternidade, por suportarem os inúmeros momentos de ausência, pelo apoio e carinho de todas vocês, não conseguiria sem a ajuda de todas.

Aos meus familiares em um todo, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. A minha amiga Karen Zacharias, parceira que sonhou junto comigo os meus sonhos e sempre esteve ao meu lado, em momentos difíceis ela estava lá, nas orações e ajuda espiritual.

Aos meus queridos Professores e Professoras da UNISA, mestres queridos DEUS Seja Louvado pela vida de cada um. Em especial a Professora e Orientadora querida, Ma. Janiquelli Barbosa, pelo amor, paciência e carinho pelo incansável apoio, pela dedicação, pelo voto de confiança e por ter me conduzido durante todo o processo de desenvolvimento deste trabalho. À Professora Dra. Marcia Weber, pelo apoio, a ajuda, aos conselhos e por todo conhecimento compartilhado.

Pela coordenadora Dra. Lucy Aitanblian do curso de Nutrição, gratidão por sempre atender aos meus inúmeros pedidos de ajuda, pela paciência e as intercessões, pela força, apoio e tamanha ajuda, DEUS abençoe ricamente.

A todos os meus queridos professores por terem auxiliado no meu crescimento pessoal e intelectual. Por terem compartilhado vossos conhecimentos e sabedoria.

A presença constante e acolhedora da minha família que me nutre espiritualmente em toda trajetória da minha formação acadêmica. Ao meu esposo e filhas amores eternos da minha vida, pelos momentos que não ficamos juntos, momentos que não voltarão, mas vocês sempre estiveram presentes ali. Por vocês todo esforço vale à pena, amo muito vocês.

Família onde começa a vida e o amor nunca acaba.

Irmãos, Edson Souza e Maria Freitas, sobrinhos Carlos, Sabrina, Hildon Leandro, Ana Beatriz, Jessica, Erika a minha cunhada Sueli Viegas. Aos meus irmãos, sobrinhos meu eterno obrigada por tudo, DEUS seja louvado pela vida de todos vocês

Enfim, às minhas amigas Liliane Neves, Norma Suely e Erika Mie. Pela paciência, pelo apoio, pelo incentivo sempre motivando a prosseguir, pelo amor e amizade de todas vocês nesses anos.

Amo a todos, gratidão define.

RESUMO

Pretendeu conhecer o perfil epidemiológico dos idosos, acometidos por acidente vascular cerebral. Pode-se definir o AVC ou derrame cerebral como a obstrução ou o rompimento dos vasos que levam sangue ao cérebro provocando a paralisia da área cerebral que ficou sem circulação sanguínea suficiente. Normalmente este é decorrente de hipertensão arterial, dentre eles pacientes com desnutrição severa e dificuldades de deglutição e disfagia. Tornando-os impossibilitados de se alimentar de forma adequada, causando sua depleção muscular, fadiga, disfagia, dores no momento de realizar as refeições e tristeza nos pacientes acometidos pelo AVC. O objetivo deste estudo foi descrever as principais importâncias em reconhecer o papel do nutricionista na reabilitação de pacientes idosos com AVC, nas estratégias nutricionais para manutenção e reabilitação e do auto cuidado do idoso acometido pelo AVC. A validação do nutricionista no apoio a orientação nutricional para os cuidadores e familiares do idoso acometido pelo AVC e na integração da equipe multiprofissional para reforçar a reabilitação do idoso com AVC de forma pressentível. Sendo assim de nução a existência do profissional nutricionista na reabilitação do idoso com AVC. Com base na literatura científica. A metodologia foi baseada em uma revisão bibliográfica de caráter descritiva e analítica o total de seis artigos.

Palavras-Chave: Idoso. Acidente vascular cerebral. Acidente vascular encefálico. Estado nutricional e Alimentação do idoso.

ABSTRACT

It intended to know the epidemiological profile of the elderly, affected by stroke. Stroke or stroke can be defined as an obstruction or disruption of the vessels that carry blood to the brain, causing the cerebral area that has been left without sufficient blood circulation to become paralyzed. Usually this is due to hypertension, including patients with severe malnutrition and difficulties in swallowing and dysphagia. Making them unable to eat properly, causing their muscle depletion, fatigue, dysphagia, pain during meals and sadness in patients affected by stroke. The aim of this study was to describe the main importance of recognizing the role of the nutritionist in the rehabilitation of elderly stroke patients, in nutritional strategies for maintenance and rehabilitation, and in the self-care of the elderly affected by stroke. The validation of the nutritionist in supporting nutritional guidance for caregivers and family members of the elderly affected by stroke and in the integration of the multidisciplinary team to reinforce the rehabilitation of the elderly with stroke in a foreseeable way. Thus, the existence of a professional nutritionist in the rehabilitation of elderly people with stroke is nuanced. Based on scientific literature. The methodology was based on a literature review of descriptive and analytical character with a of six articles.

Key words: Elderly. Stroke, Stroke. Nutritional status and Elderly diet.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva
EN	Estado Nutricional
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	Lipoproteína de Alta Densidade
LDL	Low Density Lipoprotein Lipoproteína de Baixa Densidade
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PA	Pressão Arterial
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral:.....	16
2.2 Objetivos Específicos:	16
3. JUSTIFICATIVA	17
4. MATERIAS E METODOS.....	18
5. REFERENCIAL TEORICO	19
5.1 Acidente vascular cerebral: Conceito e Prevalência	19
5.2 Fisiopatologia e Etiologia	22
5.3 Envelhecimento da População Brasileira	28
5.4 Reabilitação dos pacientes com AVC.....	29
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

1. INTRODUÇÃO

Em escala mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. O derrame cerebral é a segunda causa substancial nos resultados dos números de internações e óbitos. É uma doença que ocorre predominantemente em adultos de meia idade e idosos. Nas últimas décadas, o Brasil vem mudando o seu perfil de morbimortalidade, com as doenças crônicas não transmissíveis liderando as principais causas de morte¹.

O acidente vascular cerebral (AVC), também chamado de doença silenciosa do século é a que apresenta maior incidência e tem maior morbidade dentro do grupo de doenças vasculares¹. Diante do quadro crescente do envelhecimento mesmo sendo um fenômeno natural ao ciclo de vida, não se descarta a possibilidade do desenvolvimento de um problema de saúde para o indivíduo e a sociedade. Quando os sinais de uma enfermidade começam deteriorar a qualidade de vida, tais como do derrame cerebral causando algum tipo de dano comprometendo as funções motoras limitando a vida do idoso na sociedade¹.

No Brasil estima-se que atualmente existem cerca de 17,6 milhões de idosos¹. Frente aos dados do envelhecimento da população brasileira, demonstra as mudanças dos indicadores da saúde da população frente a aspiração natural⁴. Desse modo verificar-se a aparição de variados desvios de saúde dentro do quadro dos sujeitos as quais apontam período de longevidade o derrame cerebral AVC é indicador com maior prevalência¹. O mesmo pode se apresentar em dois tipos: o isquêmico, que sobrecarrega em uma determinada área do cérebro, tendo como a interrupção no fluxo sanguíneo e assim a falha na passagem sanguínea compromete uma ou mais artérias².

Já o AVC hemorrágico acontece pela fissura de um vaso sanguíneo obstruído resultando em um sangramento no interior da cavidade cerebral¹. Todavia, em comum na população idosa portam como a semelhança de uma ou mais comorbidades. Na manifestação de doenças crônicas e acabam desencadeando fatores predisponentes que devem ser identificadas e tratados. Inúmeros fatores de risco que favorecem no aparecimento do AVC, tais como a idade, a etnia, o biótipo genético e o sexo dos indivíduos, fatores estes independentes ao estilo de vida não sendo possível por sua vez modificá-los¹.

Contudo, entre alguns fatores podem ser modificados ou controlados por serem resultantes do estilo de vida adotado, como exemplo hipertensão arterial sistêmica, doença por excesso de glicose no sangue conhecido, doenças cardiovasculares, dependência do álcool, tabaquismo, sedentarismo e o excesso de peso. O risco mais significativo é a hipertensão arterial, ao aumento da mortalidade e a grande incidência do AVC².

A nutrição como uma necessidade humana básica, habitualmente encontra-se comprometida em decorrência das alterações provocadas pelo AVC, como a ausência de condições físicas e psicológicas para se alimentar por via oral. A deglutição é muitas vezes comprometida nesses indivíduos e o risco de desnutrição é previ nível e corrigível³.

A OMS¹ conceitua o termo incapacidade como restrição resultante de uma deficiência ou da falta de habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. A disfagia aparece como uma incapacidade que contribui para a perda da funcionalidade e independência para alimentar-se, trazendo riscos de desnutrição e pneumonia aspirativa para. Cerca de 30 a 40% dos sobreviventes no primeiro ano após o AVC requerem algum tipo de auxílio para a alimentação decorrente da disfagia. A perda de autonomia para a alimentação entre adultos e a consequente dependência deles é uma forma de expressão da gravidade desta incapacidade¹.

As principais metas para o paciente e a família incluem o alcance de uma dieta a mais próxima do habitual do paciente previamente ao AVC, prevenir a desnutrição e promover qualidade de vida. Estudos evidenciam melhores resultados clínicos quando a desnutrição é corrigida, à medida que o conhecimento da extensão da desnutrição em doentes com AVC é identificado³.

Um bom estado nutricional é de tamanha importância na manutenção ou recuperação da força muscular, para prevenção no atrofiamento muscular e das lesões por pressão. Buscando de modo a obter maior autonomia, e aumentar a autoestima deste paciente, vale ressaltar a importância da melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão no processo de envelhecer³.

Contudo, apesar da importância da nutrição na prevenção do AVC, uma vez suas complicações instaladas, o tratamento nutricional ganha especial relevo dada a elevada prevalência do AVC em nosso país e seus impactos no sistema de saúde.

Tornando assim, o acompanhamento nutricional de grande valia para a reabilitação do paciente em diversas esferas, auxiliando o paciente a obter maiores ganhos de autonomia na alimentação³.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever e Acrescentar o papel do nutricionista na reabilitação de idosos acometidos por AVC por meio de uma revisão bibliográfica.

2.2 Objetivos Específicos

- Validar as estratégias nutricionais para o resgate da autonomia e qualidade de vida em relação a alimentação de idosos acometidos pelo AVC.
- Destacar a atuação do nutricionista na orientação de familiares e cuidadores de idosos acometidos por AVC.
- Evidenciar a atuação do nutricionista junto a equipe multidisciplinar no auxílio do processo de reabilitação de idosos com AVC.

3. JUSTIFICATIVA

O comprometimento ao processo de alimentação causado pelas sequelas mais frequentes, os distúrbios da deglutição e a paralisia facial, despertam preocupação sobre o impacto negativo no estado nutricional dos pacientes frequentes no doente com AVC e que comprometem o processo de alimentação-nutrição.

Mediante aos números decrescente do envelhecimento populacional, no Brasil é definida como idoso a pessoa com mais de sessenta anos de idade, o envelhecimento é um fenômeno natural do ciclo da vida. Diante ao quadro crescente do envelhecimento populacional também vem aumentando por sua vez os números de doenças crônicas degenerativas dentre elas está o acidente vascular cerebral um dos fatores agravantes nos números de óbitos.

A importância nutricional mediante as limitações relacionadas ao trato digestivo, decorrentes das sequelas do AVC, sejam elas de menor ou de maior extensão, o acompanhamento nutricional dos acometidos se faz essencial nestes pacientes. A nutrição adequada promove benefícios tanto na prevenção da perda da massa muscular, que será de grande valia no acompanhamento nutricional e fisioterápico, quanto para potencializar o processo de cicatrização dos tecidos lesionados e oferecer um tratamento favorável à recuperação neurológica e motora do paciente, evitando por sua vez os agravos em seu estado clínico e nutricional devido as sequelas ocasionadas pelo AVC.

Oferecer melhores condições na alimentação dos idosos, com oferta de alimentos para garantir todo seu aporte nutricional diário, evitar é uma base para garantir a recuperação do paciente, proporcionando melhores condições no processo de reabilitação.

4. MATERIAS E METODOS

Trata-se de um estudo do tipo de revisão da literatura, realizado por meio de pesquisa bibliográfica em artigos científicos, teses, dissertações e em materiais, diretrizes e publicações produzidas por órgãos e instituições fidedignas relevantes para o estudo.

Para elaboração da presente revisão bibliográfica, as seguintes etapas foram percorridas: Identificação da questão de pesquisa e objetivo do estudo, busca da literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação.

A busca foi realizada nos meses de janeiro a maio de 2021 através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Literatura Latino-americano e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Base de dados bibliográficas especializada na área de Enfermagem (BDENF) e em revistas científicas institucionais.

Foram selecionados ao todo 12 artigos extraídos pela busca realizada nas bases de dados a partir das seguintes palavras chaves: idoso. Acidente vascular cerebral. Acidente vascular encefálico. Estado nutricional. E Alimentação do idoso. Adotando como critério de inclusão artigos publicados nos últimos 10 anos e incluídos artigos dos últimos 20 anos, em português e realizados com a população brasileira devido as características epidemiológicas e do sistema de saúde. Como critério de exclusão os artigos fora do período citado, que envolvessem outras faixas etárias, artigos de revisão além de estudos que não atenderam o proposto nos objetivos.

Foi realizada a avaliação de títulos e resumos, seleção e elegibilidade, e posteriormente aprofundada leitura dos textos completos. Conforme o levantamento, foram excluídos seis artigos por não atenderem os objetivos desta pesquisa e aos critérios de inclusão. Assim, foram utilizados seis artigos na elaboração dos resultados e discussão.

5. REFERENCIAL TEORICO

5.1 Acidente vascular cerebral: Conceito e Prevalência

A Organização Mundial de Saúde¹ define o Acidente Vascular Cerebral AVC, como sendo um Comprometimento neurológico focal ou global que subitamente ocorre com sintomas persistindo para além de 24 horas, ou levando à morte, com provável origem vascular⁵. Deste modo as causas vasculares do AVC incluem tipicamente o enfarte cerebral, a hemorragia intracerebral ou intraparenquimatosa e a hemorragia subaracnóidea⁶. O Acidente Vascular Isquêmico AVCI representa o tipo mais frequente de AVC e consiste numa disfunção neurológica causada por um enfarte cerebral ou obstrução arterial causada por um trombo ou um êmbolo, cursando com redução da perfusão cerebral⁷. Na hemorragia intracerebral observa-se extravasamento de sangue para o parênquima cerebral, enquanto que na hemorragia subaracnóidea existe extravasamento de sangue diretamente para o espaço entre a aracnoide e a pia-máter⁶.

O AVC é o principal diagnóstico específico em pacientes com déficits neurológicos de início súbito. Portanto nestes casos, um protocolo escrito e multiprofissional permite um diagnóstico rápido e estabelecimento terapêutico. Inclusive na avaliação clínica e neurológica escalas auxiliam na padronização do processo de monitoramento e estimativa prognóstica dos casos⁶.

Além disso o tratamento de derrame em pacientes acompanhados por um neurologista parece melhorar a acurácia diagnóstica e prognóstica para esses pacientes⁸. Acima de tudo é fundamental considerar a possibilidade de diferenciar os diagnósticos. Principalmente na maioria dos casos, isso é possível com informações da história clínica do paciente, ainda mais acompanhada por exames complementares neuroimagem e exames laboratoriais⁹. Por certo, pacientes com AVC podem apresentar, como causa ou consequência, disfunções de múltiplos órgãos, o que justifica a realização de novos exames. A saber algumas alterações da função cardíaca, particularmente arritmias e infarto agudo do miocárdio, são comuns após um AVC¹⁰. Contudo não há evidências a favor da suplementação de oxigênio para todos os pacientes na fase aguda do AVC.

Denota-se e é assumido, no entanto, é importante manter uma boa oxigenação, principalmente na região da penumbra, principal alvo terapêutico do AVC isquêmico nessa fase. É evidenciado assim de fato que há indicações nas alterações desses fatores; a consciência alterada, convulsão, pneumonia por aspiração, insuficiência cardíaca e pulmonar tromboembolismo são possíveis complicações que requerem cuidados ventilatórios especiais, embora a necessidade de intubação oro traqueal determine, frequentemente, mau prognóstico¹¹.

Certamente a desidratação em pacientes com AVC geralmente está associada a um pior prognóstico. Imprevistamente embora não haja evidência do impacto do fornecimento de fluido intravenoso durante a fase aguda do acidente vascular cerebral, admite-se que a manutenção de hidratação adequada favorece a homeostase. Já que se observa que serviços especializados para o tratamento de AVC faça uso de mais hidratação intravenosa agressiva. Inclusive os fluidos hipotônicos, no entanto, podem trazer danos, pois aumentam o risco de edema cerebral e hipertensão intracraniana, especialmente em infartos extensos¹¹.

Sobretudo a hiperglicemia ocorre em mais da metade dos pacientes na fase aguda do AVC, mesmo aqueles sem história de diabetes mellitus, e está associada diretamente ao aumento da morbidade e mortalidade, independentemente da idade, o mecanismo de acidente vascular cerebral isquêmico ou a extensão da lesão isquêmica. Portanto, o quadro clínico compatível com suspeita de AVC faz parte um conjunto de sinais e sintomas que se manifestam de forma isolada ou simultânea e cuja gravidade depende do tipo de lesão e do local cerebral empolado¹².

Assim sendo os sinais e sintomas que caracterizam o AVC manifestam-se de forma isolada ou concomitante, dependendo do local do cérebro empolado. O sintoma mais comum é a fraqueza repentina ou dormência da face, braço ou perna, na maioria das vezes, de um lado do corpo. Consciente da diminuição da força muscular, a desconformidade da face e a dificuldade na articulação das palavras, concebem sinais que devem ser valorizados não ignorados e reconhecidos não só pelos profissionais de saúde, mas também como pela população em geral, com o propósito de assegurar, o atendimento e tratamento imediato e eficaz¹³. Uma vez que o AVC constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo¹⁴. Também é a segunda causa mais comum de demência, a causa mais frequente de epilepsia no idoso e uma causa frequente de depressão¹⁵.

Múltiplos dos casos de doentes que sobrevivem ao AVC ficam com sequelas de ordem física, sensorial e cognitiva. Acrescentando à falta de suporte, meio ambiente inadequado e a baixa autoestima frente à nova situação, colocam estes indivíduos mais vulneráveis a fragilidade, sentimento de rejeição de desprezo com tudo o isolamento e exclusão familiar e social. Nas últimas décadas, ocorreram muitas mudanças no perfil de morbimortalidade da população em geral, resultado de grandes transformações econômicas e sociais provenientes da revolução tecnológica e industrial¹⁶.

Com o crescimento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, vem aumentando os fatores responsáveis pelo aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis⁴. Deste modo dentre essas doenças, segundo a Organização Mundial da Saúde¹, o AVC se destaca como a segunda maior causa de morte no mundo, visto que é responsável por aproximadamente 6,7 milhões de óbitos em 2016¹⁷. Assim de fato uma tendência de se manter nessa posição até o ano de 2030, sendo responsável por cerca de 12,2% dos óbitos previstos¹⁷. Número decrescente na curva de crescimento de AVC no mundo. Consequentemente no Brasil, as doenças cerebrovasculares causaram 99.732 óbitos no ano de 2010⁴. O diagnóstico médico de AVC, em 2012, foi responsável por cerca de 166 mil internações hospitalares, trata-se, portanto, de uma doença altamente grave¹.

Perante ao problema de saúde e aos custos econômicos e sociais relacionados com a patologia, nas últimas décadas o desenvolvimento de redes que visam melhorar o tratamento agudo, pós-agudo e de reabilitação aos pacientes com AVC, das quais se destacam o protocolo da Via Verde do AVC¹⁸.

Mediante ao indicado, referente aos fatores étnicos a literatura refere que indivíduos afro têm maior risco de todos os tipos de AVC, comparativamente aos brancos¹⁹. Deste modo diversos fatores de risco contribuem para o aparecimento do AVC. Fatores esses que contribuem para os fatores de riscos no início do AVC, a idade, a etnia, a constituição genética e o sexo são fatores que independem do estilo de vida que o indivíduo possui, não sendo possível modificá-los. Contudo, visto que alguns fatores podem ser diagnosticados e tratados, tais como a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, as doenças cardíacas, o alcoolismo, o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade²⁰. Incluindo assim a esses fatores de risco o principal é a hipertensão

arterial, sendo que a mortalidade e a incidência do AVC podem ser consideradas como indicadores da prevalência da hipertensão em um definido local.

Diversos fatores, como o tabagismo, o diabetes e o colesterol aumentado, também contribuem para elevarem as estatísticas do AVC, contudo esses representam com maior²¹. O estilo de vida que na população idosa obteve ao decorrer da vida isso é um fator que predispõe a intensidade a ocorrência de infarto do miocárdio²⁰.

5.2 Fisiopatologia e Etiologia

Dessa forma os fatores não modificáveis são, a idade avançada, o sexo masculino e a raça negra. Já a hipertensão arterial sistêmica HAS, diabetes *mellitus* DM e o tabagismo são os principais fatores modificáveis²². Outros fatores apresentam risco latente como sedentarismo, obesidade e alcoolismo²³. Visto que a HAS é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial PA, assim sendo uma condição clínica multifatorial²⁴ e é considerada o fator de risco modificável para AVCI mais comum¹⁸. Os fatores como, o sedentarismo também pode aumentar o risco de AVCI, sendo assim uma vez que favorece o desenvolvimento de doenças como HAS, DM, dislipidemia e conseqüentemente a obesidade¹. Além do mais de ser um grande problema de saúde pública em todo mundo, é a condição clínica mais comumente encontrada na Atenção Primária à Saúde¹⁷, com cerca de 30% da população mundial sendo afetada pela doença²⁵. Dado este é extremamente preocupante, visto que a HAS atua como fator de risco para uma seqüência de doenças, como doença arterial coronariana, acidentes vasculares cerebrais, insuficiência renal e outras lesões de órgãos-alvo².

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Assim caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas²⁶. As implicações do DM a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Com a repetição dos sintomas clássicos, que são; (perda inexplicável de peso, polidipsia e poliúria estão ausentes), porém poderá existir hiperglicemia de grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido. Anterior ao surgimento

de hiperglicemia mantida, acompanhada do quadro clínico clássico do DM, a síndrome diabética passa por um estágio de distúrbio do metabolismo da glicose, caracterizado por valores glicêmicos situados entre a normalidade e a faixa diabética²⁷.

Aproximadamente 382 milhões de pessoas vivem com DM 8,3% estima-se que cerca da metade dos diabéticos não sabem que possuem a doença²⁸. Como aprisoar o processo aterosclerótico, o DM constitui um fator de risco independente para a doença cerebrovascular²⁹. A estimativa é que o DM contribua com cerca de 25% dos casos de acidentes vasculares cerebrais no mundo, sendo que desses até 90% são de origem isquêmica³⁰. Desta maneira a pessoa diabética tem risco relativo de 1,8 a 6 de desenvolver AVC. Além disso, a DM se associa a um péssimo prognóstico tardio e a um maior risco de desenvolver, conseqüentemente a eventos isquêmicos subsequentes³¹. Obesidade e dislipidemias também são fatores que aumentam o risco de AVCI³². Pesquisas envolvendo o uso de estatinas evidenciam diminuição no risco de AVC com a redução das concentrações séricas de lipídeos, sendo assim a essa diminuição no risco que pode variar de 10 a 50%³¹.

Deste modo, atualmente é recomendado o uso de estatinas como forma de prevenção secundária de AVC³³. Visto também o tabagismo que está relacionado a doenças cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio IAM, doenças cerebrovasculares como AVC, DPOC e câncer do pulmão e de outros sítios¹⁷, atuando como um fator de risco para o AVC e podendo inclusivamente dobrar este risco³². Em vista disso o aumento da agregação plaquetária, aumento da concentração de fibrinogênio sérico e formação de carboxihemoglobina são alguns dos mecanismos pelos quais a exposição ao tabaco sendo favorável a ocorrência do AVCI³⁴.

O AVCI isquêmico ocorre pela obstrução ou redução brusca do fluxo sanguíneo em uma artéria cerebral causando falta de circulação no seu território vascular. Ele é responsável por 85% dos casos de AVC³⁵.

O consumo de ultra processados, a falta diária de atividades físicas, o álcool o fumo, são as principais causas de doenças crônicas que contribuem para a prevalência de fatores de doenças crônicas¹. Segundo a OMS¹ as doenças crônicas não transmissíveis DCNT são responsáveis por 68% das 56 milhões de mortes em todo o mundo no ano de 2012, sendo que mais de 40% foram mortes de indivíduos com menos de 70 anos de idade¹.

A alimentação pouco saudável, a preferência de *alimentos ultra processados* e a falta de atividade física, além do álcool e fumo, são as principais causas das DCNT e contribuem para o atual cenário mundial de grande prevalência dessas doenças e suas complicações futuras. As mudanças de hábitos alimentares caracterizam as preferências de vários tipos de alimentos, visando a praticidade no dia a dia, e a economia que embora seja favorável ao custo benefício econômico não será válido para a qualidade da saúde de um todo. Mudanças essas que envolvem a substituição de alimentos *in natura* e os minimamente processados, por alimentos industrializados e prontos para o consumo sendo eles *processados e ultra processados*, ricos em sódio, açúcar, tendência esta observada em metrópolitanas no Brasil¹.

Estudos apontam que essas promoções promovem por sua vez os desequilíbrios nutricionais e uma ingestão excessiva de calorias contribuindo com o aumento da obesidade, DM, HAS, doença do coração e até mesmo levar ao câncer. Uma dieta saudável deve conter, pelo menos, 400g (5 porções) de frutas, verduras e legumes diariamente, além de reduzir o teor de açúcar, sódio e gorduras saturadas oriundos de *alimentos industrializados*¹.

No Brasil, as recomendações oficiais priorizam a redução patente do consumo de alimentos *ultra processados*, bem como o aumento das práticas culinárias e da ingestão dos alimentos *in natura e minimamente processados*. Ressaltando que as atividades na atenção primária orientadas a promover alimentação saudável e a reduzir os demais fatores de risco para DCNT incitam a população ao autocuidado, sendo o Guia Alimentar para a População Brasileira³⁶, um importante material de apoio pois aborda as principais recomendações para uma alimentação saudável e desencoraja contundentemente o consumo de alimentos *ultra processados*.

Hoje está claro que diferentes padrões dietéticos modulam diferentes aspectos do processo aterosclerótico e fatores de risco cardiovasculares, como níveis lipídicos no plasma, resistência à insulina e metabolismo glicídico, pressão arterial, fenômenos oxidativo, função endotelial e inflamação vascular. Conseqüentemente o padrão alimentar interfere na chance de eventos ateroscleróticos³⁶.

É de tamanha importância a ingestão de frutas e hortaliças pois elas compõem parte essencial de uma dieta saudável, proporcionando benefícios a saúde os vegetais são boas fontes de fibras de potássio, magnésio, antioxidantes e fenólicos oferecendo bons resultados para reduzir a pressão arterial e o colesterol. Pessoas

que não ingerem este tipo de alimentos são mais propícias para desenvolver a obesidade, e os fatores de riscos crônicos.

A ingestão de *gordura saturada e trans* é classicamente relacionado com elevação do LDL-c plasmático e aumento de risco cardiovascular. A comutação de gordura saturada da dieta por mono e poli-insaturada é considerada uma estratégia para o maior controle da hipercolesterolemia e conseqüente as reduções nas chances de eventos clínicos futuros. As repercussões da ingestão de gordura, no entanto, não se limitam ao metabolismo lipídico; o tipo de gordura ingerida pode influenciar também outros fatores de risco, como a resistência à insulina e a pressão arterial³⁷.

O colesterol é um tipo de gordura é um composto parecido com esse nutriente e que participa de vários processos orgânicos envolvendo os lipídeos. Conhecido como um vilão, o colesterol tem, na verdade, importantes funções, como estruturação das células, formação de hormônios e de vitamina D. Deve ser ingerido de forma equilibrada para que seus níveis se mantenham regulares³⁷. Há dois tipos de colesterol: o HDL, considerado "*colesterol bom*" e o LDL, denominado "*colesterol ruim*" o aumento de níveis elevado de gordura no sangue. Cada um desses grupos pode contribuir para a redução ou aumento dos índices. Quando em desequilíbrio no organismo, o colesterol torna-se fator de risco para doenças cardiovasculares, aumentando a incidência de AVC, de morte súbita e de doença coronariana. As doenças cardiovasculares são as principais responsáveis pelos óbitos registrados anualmente no Brasil³⁸.

A desnutrição associada ao AVC prevalece em cerca de 40% dos idosos hospitalizados associada a desfechos adversos em saúde, nos quais se incluem a depressão do sistema imunitário, disfunção de órgãos, atraso na cicatrização de feridas, atrofia muscular, depleção muscular, acarretando a desnutrição e o aumento do tempo de internamento e aumento da mortalidade³⁹. Por conseqüência o paciente com AVC em particular, aumenta o risco nutricional associado à dificuldade de ingestão de alimentos/disfagia, alteração do estado de consciência, estado de rebaixamento, náuseas, vômitos e estase gástrica⁴⁰.

Além disso o AVC acarreta um déficit, de intensidade variável, no funcionamento de uma ou mais áreas cerebrais, tendo como resposta o compromisso de funções neuromotoras importantes tais como alterações da marcha, do equilíbrio,

da coordenação, comportamento, linguagem, controle de esfíncteres e deglutição que diminuem o nível de independência funcional dos indivíduos vítimas de AVC⁴⁰.

Portanto os pacientes idosos com AVC, necessitam de planos precisos de reabilitação individualizados e multidisciplinares visando a terapia da fala e linguagem, a recuperação cognitiva, a reeducação nas atividades de vida diária, a reabilitação funcional e a reinserção comunitária, a autonomia, o resgate a vida e interação social, para inclusão de atividades em conjunto em sociedade, auto cuidado na alimentação para a recuperação e manutenção em seu estado nutricional⁴⁰.

São raros na literatura os trabalhos que sistematizem a evidência científica disponível relativamente à influência que o estado nutricional exerce sobre a funcionalidade da pessoa que teve um AVC. Esta questão é de crucial e de suma importância já que o estabelecimento precoce do risco nutricional, e sua posterior monitorização poderá melhorar o planejamento de cuidados em saúde, e particularmente os cuidados de reabilitação nutricional deve ser realizado de forma padronizada e criteriosa. Afim de proporcionar um tratamento eficaz e adequado visando as necessidades nutricionais do indivíduo. Ainda mais visto que o resultado da desordem na deglutição é o prejuízo na manutenção do estado nutricional, na hidratação ocasionando por sua vez a debilidade de órgãos vitais o aumento da suscetibilidade para infecções e o aumento da mortalidade.

Os profissionais que atuam, com indivíduos que sofreram AVC, devem sempre estarem atentos aos sinais sugestivos, de disfagia como também a perda de peso, a modificação do tipo da dieta utilizada, ingestão de menor quantidade de alimentos, aumento significativo no tempo gasto para realizar as refeições, diminuição da vontade e o prazer de se alimentar, e por consequência a efeito disto o isolamento social do paciente idoso. Acrescentando a intervenção para a resolução desta desordem, com a adoção de um plano alimentar saudável e adequado visando sempre as condições socioeconômicas de cada indivíduo, a incluir alimentos diversificados é de tamanha prevalência e eficácia para o tratamento do pós-AVC. Inclusive o plano alimentar deve ser de fácil entendimento com escolhas de alimentos que possam contribuir para manutenção e recuperação dos indivíduos para a validação no estado nutricional e tratamento⁴.

A importância da alimentação para o processo de envelhecimento saudável e sabe-se que a associação entre ingestão alimentar e gasto energético é fator importante para a prevenção de alterações no estado nutricional⁴⁰.

As mudanças fisiopatológicas que ocorrem na deglutição do idoso acarretam dificuldades no momento de se alimentarem e como consequência, uma possível carência nutricional. Na literatura, alguns estudos identificaram preditores para prever disfagia e aspiração, como disfonia, disartria, reflexo de gag alterado, tosse voluntária alterada, rebaixamento do nível de consciência, alterações cognitivas, paralisia facial, dentre outros⁴¹.

Tal como referido no capítulo anterior o AVC é um problema de saúde pública de primeira ordem e alguns fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento do AVC estão relacionados com comorbidades nas quais o estado nutricional e os hábitos dietéticos desempenham um papel fundamental. Com o propósito no efeito de vários fatores alimentares favorecem ou protegem contra o AVC.

Por certo o estado nutricional pode ser afetado por múltiplos fatores, entre elas as limitações da funcionalidade, as doenças crônicas, a poli farmácia, o alcoolismo, o tabagismo, o estilo de vida errônea e alterações sensoriais⁴².

De súbito os aspetos sociais, como pobreza, isolamento e inexistência de apoio familiar para comprar e preparar as refeições, podem comprometer a adequada ingestão de alimentos adequados para estes indivíduos⁴³. Consequentemente, a desnutrição é definida como um estado de deficiência calórica, proteica ou de outros nutrientes específicos que produzem uma mudança quantificável na função corporal associada a um agravamento do estado de saúde em um todo⁴⁴.

A nutrição tem como prioridade promover a saúde, com adoção de um estilo de vida saudável, que passa por medidas simples e eficaz recomenda-se mudanças no estilo de vida, que o tabagismo seja desencorajado; que o consumo de quantidades elevadas de álcool seja desencorajado; recomenda-se atividade física regular para uma vida longânime⁴⁶.

Considerando a ingestão dos alimentos corretos, para que o organismo receba os nutrientes, vitaminas e minerais adequados. As quais possam suprir as necessidades nutricionais, para o bom funcionamento do organismo. A fim de manter o estado nutricional de cada indivíduo sadio, evidenciando a real importância da nutrição na vida de cada indivíduo para a promoção da saúde para com todos⁴⁴.

5.3 Envelhecimento da População Brasileira

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice²⁰. O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial²⁰.

O índice da população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. Dentro desses grupos, os denominados *mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada* acima de 80 anos. Também vêm aumentando proporcionalmente e de maneira mais acelerada, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa²⁰.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira segundo as indicativas das projeções estatísticas⁴⁷.

Deste modo é importante destacar, no entanto, as diferenças existentes em relação ao processo de envelhecimento entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento⁴⁸. Vários estudos apontam para a importância da saúde e qualidade de vida QV do ser idoso e do processo de envelhecimento populacional. Portanto torna-se relevante a partir do momento em que o idoso adoece e tem sua capacidade física, social, psicológica e espiritual modificada, deixando por sua vez de ser um idoso ativo e produtivo para ser um sujeito totalmente dependente de cuidados e atenção.

Diante aos casos das doenças crônicas degenerativas, dentre as quais está o acidente vascular cerebral AVC, conseqüente a isto o idoso enfrenta restrições, no dia a dia desde pôr os aspectos psicológicos, emocionais, sociais e, sobretudo, físicos, como: lentificação da marcha *caminhada lenta*, instabilidade postural e déficit visual. São exemplos de deteriorações que o levam a um quadro de dependência de cuidados acerca das atividades de vida diária e, no caso do idoso com AVC, tais limitações presentes e nítidas, diminuindo, assim, sua autonomia⁴⁹.

Logo após os 55 anos de idade o risco de AVC duplica, estima-se em idades abaixo de 85 anos o sexo masculino é o mais acometido, já em idades acima de 85 anos, o sexo feminino é o mais acometido uma vez que as mulheres apresentam maior expectativa de vida devido ao estilo de vida adotado que os homens⁵⁰. Logo depois

outro exemplo seria a fibrilação atrial, cuja incidência está diretamente ligada à idade, chegando a aproximadamente 2% no indivíduo acima de 60 anos. Dados estes que reforçam o fato de que com o avançar da idade, há aumento do risco de um acidente cerebrovascular⁵¹.

De acordo com uma pesquisa realizada no município de São Paulo abordando sexo, etnia e mortalidade cerebrovascular evidenciou maior mortalidade entre os negros e os pardos ficam em situação intermediária próxima à das pessoas brancas⁵². Dessa forma negros tem aproximadamente duas vezes mais chances do que brancos de desenvolverem um episódio de acidente cerebrovascular.

Bem como o processo de envelhecimento ocorrem então as alterações metabólicas, fisiológicas e funcionais que resultam na alteração das necessidades nutricionais de cada indivíduo. No idoso as necessidades proteicas e energéticas podem encontrar-se alteradas por uma heterogeneidade de fatores entre os quais se destacam as doenças crônicas⁵³.

Portanto os aspetos sociais como a pobreza, a miséria, a solidão, o desprezo e rejeição a inexistência de suporte familiar, podem comprometer precisamente a adequada ingestão de alimentos. Pelo acima exposto, na ocasião do internamento hospitalar, muitas pessoas idosas são portadoras de risco nutricional ou de desnutrição primária que é agravada pelo processo de doença e hospitalização e de maior permanência em âmbito hospitalar⁵³.

5.4 Reabilitação dos pacientes com AVC

É indicado enquanto ao tratamento para a reabilitação do paciente com AVC. Que aconteça de forma precoce e em toda a sua integralidade, ofertando tratamento eficaz e efetivo. Enquanto ao paciente com alterações decorrentes de um AVC pode apresentar diversas limitações em consequência do evento, e a recuperação é diferente em cada caso¹. O ponto principal é o tratamento efetivo médico imediato, associado à reabilitação adequada em cada caso de pacientes acometidos pelo AVC, podendo minimizar as incapacidades, evitar sequelas e proporcionar ao paciente o retorno o mais breve possível às suas atividades e participação na comunidade e sociedade. É considerável a indicação de trabalhos multidisciplinar, afim de desenvolver seus trabalhos em conjunto utilizando de seus conhecimentos e habilidades especializadas, para prestar melhor atendimento possível aos pacientes

idosos acometidos pelo AVC, cujo objetivo é beneficiar pacientes sobreviventes do próprio AVC.

Os pacientes idosos contam com o auxílio da equipe multidisciplinar da área da saúde tais como, neurologistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, todos juntos com a meta de reabilitar, com ações desenvolvidas para o restabelecimento da saúde, a manutenção da função física, a educação do paciente e da família de forma assistida, com prioridade a reintegração do paciente ao seu círculo familiar e social⁴.

Os pacientes apresentam pelo menos três e no máximo cinco funções do corpo, alertando algo de errado em seu estado físico, uma das mais frequentes dificuldades apresentadas pelos pacientes idosos com AVC, é a dificuldade de deambular, movimentar os braços, perda de memória, choque térmicos na face, zumbido no ouvido e dores no ouvido, dificuldade de piscar e fechar os olhos, a ausência de expressões faciais, a perda da função motora ocasionando o enfraquecimento, dificuldade na fala de pronunciar palavras em especial as palavras com as letras P ou B, dificuldade de engolir comprometendo a deglutição, alteração na visão, relatos de visão turva e embaçado, tontura, dores de cabeça forte e persistentes e elevação da PA¹.

A apresentação desses principais sintomas o paciente idoso é submetido ao tratamento e acompanhamento médico para que seja restabelecido por sua vez a saúde que uma vez foi prejudicada. Os impactos na qualidade de vida deste paciente idoso incluindo o impacto socioeconômico. Segundo a OMS¹ a dependência e a incapacidade para a realização de tarefas cotidianas e de autocuidado ocorrem devido às diversas sequelas decorrentes do AVC, que vão depender do tipo, do local e da extensão da lesão. Certamente dentre as sequelas destacam-se as físicas e funcionais, como as sensório-motoras e de deglutição, respectivamente¹.

Sem dúvida cabe ressaltar que as sequelas apresentam repercussões importantes na qualidade de vida dos indivíduos, estando associadas à ruptura das relações sociais e familiares e às alterações psico-afetivas como a depressão, ansiedade, e por sua vez o isolamento social. Inegavelmente a dificuldade motora e a impossibilidade da autonomia de realizar sozinho sua própria refeição, suas tarefas e atividades cotidianas tem um impacto muito grande na vida desses pacientes, pelo

fato de depender do auxílio direto de pessoas próximas de seu convívio, de depender de alguém para auxiliá-lo as atividades que um dia era feita de forma autônoma¹.

Assim de fato a sequela de deglutição, cuja temática é aqui abordada pelas repercussões em diversos aspectos da vida dos indivíduos, como comprometimento em seu estado nutricional, do prazer de se alimentar e o resgate da autonomia. Os indivíduos idosos acometidos pela AVC, apresentam elevado risco de desnutrição associada à doença devido a fatores que tem a ver com a ingestão de nutrientes, alterações no gasto energético, distúrbios alimentares, problemas gastrointestinais e efeitos colaterais dos medicamentos e suas interações fármaco-nutrientes¹.

A disfagia é responsável por complicações como pneumonia, desnutrição e desidratação. A desnutrição é frequentemente observada em pacientes após um AVC e tem vindo a ser associada a maus resultados em saúde e pior recuperação funcional do mesmo. Possivelmente outras causas subitamente ou agravantes da desnutrição em ambiente hospitalar relacionam-se com os jejuns prolongados, omissão de refeições para realização de exames ou o atraso no início de suporte nutricional todos em âmbito hospitalar, relatados pelos pacientes³⁶.

A importância da alimentação adequada e saudável para os idosos tem sido apontado e provado em diversos estudos científicos ao longo dos anos, estes estudos apontam a eficácia e a eficiência do correto planejamento nutricional, tanto para a prevenção e/ou tratamento das doenças e dos agravos de saúde. Ações nutricionais requerem um planejamento assistencial específico, cuidados e detalhado para atender com objetivo da manutenção e recuperação dos pacientes idosos acometidos pelo AVC³⁶.

O papel do nutricionista no autocuidado visa compreender as ações e decisões de uma pessoa frente ao tratamento da doença, alia atividades que favorecem a promoção da saúde embora uma vez perdido, tendo como meta na reabilitação destes pacientes⁵⁵.

A reeducação alimentar enfrenta um grande desafio neste processo do tratamento em pacientes idosos com AVC, as mudanças por conta da complexidade que envolve o envelhecimento por si só, reflete o quão se agrava quando associado a doença, fatores estressores mediante as esferas social, psicológica, econômica e cultural⁵⁴.

Precipuamente como consequência do AVC podemos encontrar em pacientes idosos a disfagia, podendo comprometer gravemente a condição nutricional do paciente e seu quadro clínico geral, debilitando-o e colocando em risco a sua saúde, trazendo graves consequências como a desnutrição, desidratação, pneumonia aspirativa e até a morte⁵⁴.

As estratégias nas ações nutricionais na alimentação e a reabilitação é no âmbito do SUS visam à ampliação da qualidade nos planos de intervenções especialmente nos agravos de doenças não transmissíveis, além de evidenciar e socializar o conhecimento sobre os alimentos realizando ações que promovem à segurança alimentar e nutricional, sendo essencial a população Brasileira⁴.

O nutricionista é o profissional habilitado para adequar as necessidades nutricionais e alimentares a realidade dos pacientes, através de atividades educativas nutricionais e atendimento nutricional individualizado⁵⁵.

Nos estágios avançados da doença, as quais muitas das vezes, o paciente apresenta depleção de massa corporal apresentado baixo rendimento à dificuldade de movimentação ou a falta de rendimento físico devido à desnutrição, causando por sua vez prejuízos no processo de força e equilíbrio, fundamentais neste processo de reabilitação é de grande valia o acompanhamento nutricional junto a equipe multidisciplinar⁵⁵.

Sobretudo o trabalho da nutricionista no acompanhamento do tratamento de idosos com AVC, visa atender as necessidades dos pacientes que encontra-se em processo de reabilitação nutricional, o atendimento único e exclusivo e individualizado a estes pacientes utiliza de métodos subjetivos e objetivos na consulta nutricional, devido as necessidade fisiológicas e nutricionais do paciente idoso a atenção e a assistência é fundamental para resultados esperados, a fim de proporcionar o autocuidado e o respeito à vida⁵⁵.

Bem como o papel do nutricionista deve desenvolver sensibilidade, habilidade, criatividade e vivacidade, além de ser capaz de dar o exemplo de humanidade, de criar um clima favorável as condições do paciente que está em situação de vulnerabilidade, a estes atributos que cabe ao profissional nutricionista e os demais multidisciplinar acrescentando a curiosidade no sentido amplo, de se colocar no lugar de seu semelhante, e ter senso de humor e acima de tudo amor em se doar ao próximo que necessita de assistência digna.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante os resultados obtidos da pesquisa bibliográfica e pela quantidade de artigos disponíveis na literatura, confirma-se a importância do papel do nutricionista na reabilitação de pacientes idosos acometidos pelo AVC. A nutrição tem a missão de restabelecer a saúde promovendo o equilíbrio nutricional e adequado as reais necessidades nutricionais dos pacientes, com o intuito de reestabelecer seu estado clínico evitando complicações em seu estado de saúde.

Com base na maioria dos estudos, de delineamento observacional com idosos de ambos os gêneros, com idade entre 65 a 88 anos de idade, observou-se o relato de que a maior probabilidade dos fatores de riscos para desencadear o AVC é o estilo de vida adotado ao longo da vida pelos pacientes e elevando a morbimortalidade entre esses indivíduos. A população idosa é a mais acometida pelas doenças crônicas como o AVC segundo Castro, isso se deve ao aumento da incidência de doenças como hipertensão arterial, diabete e patologias cardiovasculares, resultado da interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis desencadeando a obesidade²².

Os últimos resultados do censo revelaram que no, Brasil o número de idosos com mais de 60 anos ou mais de idade passou de 14,8 milhões em 1999, para aproximadamente 20,6 milhões cerca de 11% da população em 2009⁴⁸. Entre os mais velhos o aumento é ainda maior, portanto os idosos estão se tornando um grupo populacional expressiva tendo uma grande importância na sociedade brasileira. Inclusive a preocupação que se faz relacionada ao envelhecimento. De acordo com Fabricio, idosos apresente uma ou mais doença como AVC que limitem sua vida diária e o torne dependente, restringindo as atividades corriqueiras dos idosos⁴⁸.

De acordo com o autor Menéndez em um estudo observacional com 1.200 pacientes idosos acometidos por AVC com idades entre 74 anos. Estes são mais suscetíveis as quedas domiciliar uma vez que apresentam hemiplegia ou paralisia dos membros inferiores, afetando a marcha do idoso e sua capacidade de equilíbrio além do aparecimento de disfunção visual com prejuízo na deambulação tornado o idoso extremamente dependente de cuidados de seu familiar e ou do seu cuidador¹².

A nutrição é uma necessidade humana a alimentação adequada habitualmente acaba sendo comprometida pelo fato do idoso não ter condições físicas e psicológica para se alimentar sozinho. É necessária a intervenção nutricional na realização da avaliação nutricional imediata para avaliar o estado nutricional que o idoso se encontra. Adequar enquanto ao suporte nutricional com a exclusividade na avaliação prévia enquanto ao risco nutricional do idoso para a prevenção da desnutrição².

Estudos apontam uma função multifocal da deglutição prejudicando a passagem livre dos alimentos da cavidade oral. Causando dor e desconforto para o idoso acometido pelo AVC, em frente a essa dificuldade o idoso tem como reflexo as negações para se alimentar⁵⁶.

A disfagia é prevalente em idosos acometidos pelo AVC em um estudo de corte por Bahia foi realizado o estudo com 312 pacientes idosos acometidos pelo AVC com idade entre 60 a 80 anos, com o intuito de avaliar a disfagia entre esses pacientes foi identificada em 56% dos idosos com disfagia. Confirmando uma sequela comum entre os pacientes com AVC constatou que de 35% a 74% dos estudos apontam que em fase aguda do AVC os pacientes tem dificuldade na deglutição. Conclui-se com estes achados que para obter uma melhor compreensão da disfagia na fase aguda do AVC entre pacientes os pacientes idosos impossibilitando a deglutição nas realizações das refeições via oral ⁵⁶.

É de suma importância a participação da equipe multidisciplinar da saúde no processo de reabilitação pós AVC em pacientes idoso. A fonoaudióloga indicará a melhor intervenção junto a nutricionista que auxiliará na orientação da dieta enteral e em seu manejo de vias de alimentação afim de garantir todo aporte nutricional para este paciente idoso. Garantir com que o paciente idoso acometido pelo AVC receba de forma adequada a oferta nutricional para alcançar metas nutricionais com objetivo terapêutico para a reabilitação na oferta da autonomia do idoso. O nutricionista tem a finalidade de orientar o familiar e ou cuidador do idoso quanto a alimentação ideal que o paciente deverá receber para que seja estabelecido o objetivo de manter e recuperar o seu estado nutricional⁵⁵.

A avaliação nutricional tem como finalidade realizar atendimento assistido e contínuo em pacientes idosos com AVC, utilizar a estratégias e intervenções nutricionais a fim de detectar sinais de má nutrição, avaliar níveis de reservas de nutrientes no organismo realizar investigação na coleta de dados do idoso para as

intervenções das necessidades nutricionais presentes. Sendo assim aplica-se a evolução adequada e assertiva diversos autores apontam o AVC isquêmico como o mais frequente apontado nos estudos com os fatores de estilo de vida e ao baixo rendimento socioeconômico e a falta de conhecimento dos idosos, à falta de informações sobre prevenção da doença e ciência a respeito dos hábitos e comportamentos alimentares que aumentam o risco à saúde, faz com que este segmento populacional esteja mais propenso ao AVC².

Em um estudo transversal realizado por Pires com 30 participantes em idosos entre 56 a 95 anos de idade com o intuito de avaliar o risco nutricional em pacientes idosos com AVC. Sendo a disfagia e a deglutição apresentados pelos pacientes idosos a dificuldade de deglutir os alimentos, detectando a presença de desnutrição em alguns pacientes segundo a deterioração de seu estado nutricional. Constatou que 5% dos idosos parcialmente à idade pode referir a causa principal do fator de risco não modificável para o AVC. Conclui-se com estes achados que os efeitos simultaneamente estão relacionados com o envelhecimento².

De acordo Pereira et. al os cuidadores eram pessoas próximas do idoso em sua maioria. Como cuidadores principais familiares mais próximos ou seja, responsáveis pelo idoso e pela maior parte das tarefas. Quanto ao sexo dos cuidadores a maior parte dos estudos apontam o sexo feminino destacando o papel da mulher como cuidadora na cultura brasileira. Entende-se por cuidador a pessoa que tem a incumbência de realizar as tarefas que o paciente lesado pelo episódio mórbido não tem mais possibilidade de executar e suprir a incapacidade funcional temporária ou definitiva.

Em um estudo transversal realizado por Pereira et. al com 62 pacientes idosos entre 60 anos de idade com o intuito de avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos com AVC, constatou que 40% dos cuidadores obtiveram níveis de sobrecarga classificados como alto ou moderado. Conclui-se com estes achados que assumir sozinho os cuidados do idoso acometido pela AVC pode trazer sobrecargas sobre o cuidador. O estudo aponta a maior parte da responsabilidade pelos cuidados com o idoso é mulher assim é comum que a mulher assuma sozinha o papel do cuidado do idoso acometido pelo AVC, trazendo sobrecarga, desgaste físico e psicológico do cuidador implicando a vida social do cuidador. A mulher que toma a responsabilidade sobre si do cuidado do idoso com AVC com ocupação diária que compromete seu

cotidiano, no auxílio de dar banho, realizar as refeições e alimentar o idoso, auxiliar no tratamento farmacológico, nas consultas, em sessões constantes de fisioterapia, nos tarefas do lar, da família e não sobra tempo para esse cuidador além do tabu estabelecido pela sociedade que o ato de cuidar é de total responsabilidade da mulher. Desencadeando sobre o cuidador a ansiedade, o nervosismo, a falta de compreensão familiar, trazendo frustrações e danos físicos a sobrecarga do cuidador está relacionada com a dependência funcional do idoso associado diretamente a falta de conhecimento sobre os cuidados, o medo, e o sentimento de negligenciar cuidados adequados ao idoso com AVC⁵⁷.

Historicamente, a mulher sempre foi responsável pelo cuidado, seja da casa ou dos filhos, enquanto o papel do homem era de trabalhar fora para garantir o provimento financeiro da família. Mediante há todas as mudanças sociais e na composição familiar e dos novos papéis assumidos pela mulher, como sua maior participação no mercado de trabalho, ainda se espera que assume a função de cuidadora. Sendo assim, é comum que a mulher assumira os cuidados mesmo quando tem outro trabalho, o que acaba repercutindo na redução do tempo livre e traz implicações para a vida pessoal⁵⁷.

Nesses casos, os homens participam do cuidado do idoso acometido pelo AVC de uma forma secundária, por meio de ajuda financeira ou em tarefas externas como o transporte do paciente e pagamento de contas. O cuidador que auxiliará nos cuidados do idoso deve ter o aporte de apoio da equipe multidisciplinar envolvida na reabilitação do idoso, assegurando para o cuidador a ajuda que receberá enquanto as dificuldades que enfrentará em auxiliar ao processo de reabilitação do idoso com AVC. Inclui-se as orientações quanto as necessidades na alimentação adequada específicas no momento no processo de reabilitação do idosos com AVC⁵⁷.

É imprescindível o acompanhamento do nutricionista na reabilitação do idoso e no auxílio com os cuidadores e familiares para garantir melhor a evolução no quadro clínico do idoso o apoio e orientação nutricional nestes casos são importantes para o suporte clínico, emocional e no engajamento do idoso no convívio com seus familiares. A alimentação deve ser balanceada com quantidades exatas de alimentos e grupos alimentares, porém deve ser de forma simples de fácil preparação afim de manter a variedade de nutrientes e equilíbrio de alimentos durante as refeições, fazendo a distribuição adequada ao prato do paciente. A atenção no auxílio enquanto

a orientação do cuidador responsável pelo idoso, com relação a respeitar os sinais de fome e saciedade evitando comer por impulso, evitando assim os momentos de frustrações e de tristeza do idoso. Através da adoção de medidas de preventivas e de reabilitação precoce para melhora dos prognósticos pós o AVC, reduzindo por sua vez os riscos de morbimortalidade nos pacientes idosos acometidos pelo AVC⁵⁸.

Destaca-se a necessidade de aprofundamento dos resultados obtidos tornando cada vez mais necessário que a equipe multidisciplinar estejam habilitados e capacitados para o atendimento domiciliar do paciente.

A equipe multidisciplinar é um conjunto de profissionais sendo obrigatoriamente ser constituído de pelo menos um profissional médico fonoaudiólogo, farmacêutico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo e assistente social habilitados e com treinamento específico para a prática. A integração do nutricionista na equipe multidisciplinar tem como meta auxiliar as estratégias nutricionais para alcançar a proposta de reabilitação e garantir para o paciente tenha a melhor performance nas realizações das sessões de fisioterapia. O nutricionista tem como propósito identificar pacientes que tenham indicação de terapia nutricional escolher de melhor forma qual via de terapia nutricional a qual o paciente irá receber. Tem atribuições da equipe de definir metas técnico administrativas, realizar triagens, vigilância nutricional, avaliar o estado nutricional, assegurar condições excelentes de indicação nutricional, prescrição de dietas, controle da terapia nutricional, ajudar a equipe multidisciplinar nas discussões dos casos para serem melhor atendido e criar protocolos e condutas nutricional adequadas³⁶.

Reconhecer o papel do nutricionista na promoção a saúde e a reabilitação e enfatizar as necessidades de observar as condições nutricionais para a prevenção da perda de massa muscular do idoso. A potencializar o processo de cicatrização dos tecidos lesionados e estabelecer o ambiente favorável à recuperação neural do paciente idoso com AVC. Na estabilização das condições clínicas de saúde afim de proporcionar a reabilitação proveitosa do paciente⁵⁵.

O nutricionista é um profissional com fundamentação primordial da técnica no campo da nutrição sendo capaz de traduzir na essência a ciência da nutrição para a linguagem de fácil acesso ao cuidador orientado a respeito das mudanças de hábitos alimentares⁵⁸. Com o parecer mediante a fragilidade do idoso com a terceirização dos seu cuidado, o idoso deixa de ter o papel de protagonista nas escolhas alimentares.

Cabe ao nutricionista incluir esse paciente no processo de decisão e acolher suas preferências incentivando sempre sua autonomia e resgatando sua autoestima. Dentre as restrições alimentares elaborando prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica, estabelecendo sempre a composição quantitativa, qualitativa e porcionamento adequado. Sempre acompanhar o paciente idoso enquanto a evolução nutricional garantir os registros claros precisos de todas as informações relacionadas a evolução do paciente idoso. Manter sempre a comunicação entre o familiar e ou cuidador quanto as características da dieta, auxiliando quanto as formas de preparações e higienização na manipulação da dieta.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciando a notabilidade do papel do nutricionista na reabilitação adequada e eficaz ao paciente idoso com AVC. A importância da nutrição em auxiliar de forma clara, objetiva e direta no atendimento e acompanhamento à esses pacientes idosos, evitando por sua vez a falta de interesse em se alimentar evitar com que a desnutrição seja um dos fatores de risco evidente à este paciente idoso com AVC.

Em vista disso a nutrição abordaria diversos contextos, como planejamento de intervenções nutricionais visando à melhoria nas condições de saúde nutricional através da alimentação, para evitar o aparecimento de doenças e até mesmo tratá-las com eficiência. Evidenciando a importância do nutricionista na reabilitação dos pacientes idosos acometidos pelo AVC, já que a estudos apontam que a nutrição tem papel fundamental no auxílio do tratamento afim de proporcionar a recuperação e a manutenção em seu estado nutricional.

Ressalta-se a primordial importância da equipe multidisciplinar que são capacitados para atender os idosos e auxiliar os seus cuidadores. No processo de recuperação e reabilitação pós AVC pode ser prolongado e requer paciência e perseverança por parte do paciente, da família e da equipe da saúde envolvida no processo de reabilitação.

Diante disto define se o cuidador responsável por cuidar do idoso auxiliando nos exercícios de suas atividades cotidianas, tais como o auxílio na preparação da alimentação, higiene pessoal, e aos cuidados diários visando adequar as necessidades reais do idoso com AVC.

O nutricionista deve ter empatia, ter habilidade de escuta e atender as necessidades vigente do paciente e cuidador. Enfatizando as mudanças de como serão os enfrentamentos no processo do pós AVC deixando claro aos cuidadores enquanto as dificuldades que virão.

Destaca-se, também, que a resiliência é uma transformação do ser que proporciona uma entrega, uma aproximação, um encontro com aquele que está fragilizado. Influenciar as melhores estratégias nutricionais para validar a reabilitação de sucesso junto a equipe multidisciplinar.

O nutricionista tem como finalidade assistir a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e as relações familiares do idoso e do seu cuidador a atenção de tratamento.

Sobretudo o ponto importantíssimo é a real necessidade da falta de políticas públicas voltadas para a população no enfrentamento do acidente vascular cerebral, poderíamos abordar de forma ampla programas de assistência e estratégias nutricionais afim de aperfeiçoar os atendimentos nutricional em âmbito do sistema de saúde pública no Brasil.

Traduzindo por sua vez o papel do nutricionista é tão essencial quanto os demais profissionais envolvidos na reabilitação do paciente idoso, é uma soma importantíssima para o resgate da saúde do paciente. A nutrição recupera, ajuda, auxilia, na melhora do estado nutricional e devolve a esperança de resgatar a autonomia esses são algumas das atribuições que a nutrição oferece. De doar-se ao próximo, de entregar-se, e acima de tudo de amar o meu semelhante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ OMS. (2003). Promovendo qualidade de vida após Acidente Vascular Cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde. Porto Alegre: E Organização Mundial de Saúde (2002).

² PIRES, Sueli Luciano; GAGLIARDI, Rubens José; GORZONI, Milton Luiz. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 62, n. 3, p. 844-851, set. 2004. doi: 10.1590/S0004-282X2004000500020. Katan, M., & Luft, A. (2018).

³ ARAÚJO, J.S.; SILVA, S.E.D.; SANTANA, M.E.; VASCONCELOS, E.V.; CONCEIÇÃO, V.M. A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado a sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores (2012).

⁴ Ministério da Saúde. (2018). Despacho no. 6634/2018 de 6 de julho de 2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República 2.a Série — N.o 129 — 6 de julho, 2017–2018*. OMS. (2003).

⁵ Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., Vinters, H. V. (2013).

⁶ Summers, D., Leonard, A., Wentworth, D., Saver, J. L., Simpson, J., Spilker, J. A., Mitchell, P. H. (2009).

⁷ Ringleb, P. A., Bousser, M. G., Ford, G., Bath, P., Brainin, M., Caso, V., Wardlaw, J. (2008).

⁸ Bethesda. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Rapid identification and treatment of acute stroke. Proceedings of a national symposium. National Institutes of Health Monograph 1997.

⁹ Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. *N Engl J Med* 1995.

¹⁰ Bamford J, Dennis M, Sandercock P, Burn J, Warlow C. The frequency, Causes and timing of death within 30 days of a first stroke: the Oxfordshire Community Stroke Project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1990.

¹¹ Ronning OM, Guldvog B. Should stroke victims routinely receive 1999.

¹² Menéndez, E. (2015). Activación del Código Ictus en Cataluña. Universitat de Girona. Obtido de <http://hdl.handle.net/2015>.

¹³ Maddali, A., Razack, F. A., Cattamanchi, S., & Ramakrishnan, T. V. (2018). Validation of the Cincinnati prehospital stroke scale. *Journal of Emergencies, Trauma and Shock*.

- ¹⁴ Kidwell CS, Chaldea JA, Saver JL, et al. Comparison of MRI and CT for detection of acute intracerebral hemorrhage. JAMA 2004.
- ¹⁵ Rajashekar, P., Pai, K., Thunga, R., & Unnikrishnan, B. (2013). Post-stroke depression and lesion location.
- ¹⁶ Martins, P. V. (2019). Acidente Vascular encefálico: estigmas sociais vivenciados pelos Pacientes e seus cuidadores, em São José/SC. Revista Eletrônica Estácio Saúde.
- ¹⁷ World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. Geneva: WHO; 2013.
- ¹⁸ Adams, Harold P., Davis, P. H., Leira, E. C., Chang, K. C., Bendixen, B. H., Clarke, W.R., ... Hansen, M. D. (1999). Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Neurology, 53(1), 126–131. Alves, S. (2008).
- ¹⁹ Gagliardi, R. J. (2015). Prevenção primária da doença cerebrovascular. Diagn Tratamento.
- ²⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. AVC – Acidente Vascular Cerebral. Brasília, (DF): Ministério da Saúde, 2006.
- ²¹ Damata SR, Formiga LM, Araújo AK, Oliveira EA, Oliveira AK, Formiga RC. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. R. Interd. 2016.
- ²² Castro JAB, Epstein MG, Sabino GB, Nogueira GLO, Blankenburg C, Staszko F, et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. Rev. Bras Clin Med [Internet]. from: <http://files.bvs.br/pdf>.
- ²³ Botelho TS, Machado Neto CD, Araújo FLC, Assis SC. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. Temas em saúde. 2016.
- ²⁴ BRANDÃO, Andréa A.; AMODEO, Celso, NOBRE, Fernando. Hipertensão. 2ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier Medicina; 2012.
- ²⁵ SOLER, Ernest Palomeras; RUIZ, Virginia Casado. Epidemiology and risk factors of cerebral ischemia and ischemic heart diseases: similarities and differences. CurrentCardiologyReviews.
- ²⁶ GUARIGUATA, L. et al. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections 2013.
- ²⁷ Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso Detecção e Tratamento das Complicações Crônicas do Diabetes Mellitus.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf Acesso em 17 de maio de 2021.

²⁸ Bahia A, Sankaralingam S, Dundas R, Swami Nathan R, Wolfe CD, Rudd AG. Influence of raised plasma osmolality on clinical outcome after acute stroke. *Stroke* 2000; 31:2043-2048.

²⁹ WEINBERGER, J. et al. Factors contributing to stroke in patients with atherosclerotic disease of great vessels: the role of diabetes.

³⁰ RUBEAN, Khalid et al. Ischemic stroke and its risk factors in a registry-based large cross-sectional diabetic cohort in a country facing a diabetes epidemic. *Journal of Diabetes Research*.

³¹ ROMERO, José Rafael; MORRIS, Jane; PIKULA, Aleksandra. Stroke prevention: modifying risk factors. *Therapeutic Advances In Cardiovascular Disease*, v. 2, n. 4, p. 287-303, ago. 2008.

³² CHAVES, Márcia L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Revista Brasileira Hipertensão*, v. 7, n. 4, p. 372-382 out./dez. 2000. <Http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/74/012.pdf>. BEAGLEY Jessica et al. Global estimates of undiagnosed diabetes in adults.

³³ MESCHIA, James F. et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association.

³⁴ SHAH, Reena S.; COLE, John W. Smoking and stroke: the more you smoke the more you stroke. *Expert Review of Cardiovascular Therapy*.

³⁵ Sociedade Brasileira de doenças Cerebrovasculares; Acidente Vascular Cerebral > <bvsalud.org/portal> Acesso: em 19 de maio de 2021.

³⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução RDC n. 51, de 6 de outubro de 2010b. Dispõe sobre os requisitos mínimos para a análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Disponível em <http://bvsalud.org/> Acessado em: 02 de abril de 2021.

³⁷ Agren JJ, Hallikainen M, Vidgren H, Miettinen TA, Gylling H. Postprandial lipemic response and lipoprotein composition in subjects with low or high cholesterol absorption efficiency. *Clin Chim Acta*. 2006.

³⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

³⁹ Barker, L. A., Gout, B. S., & Crowe, T. C. (2011). Hospital malnutrition: Prevalence, Identification and impact on patients and the healthcare system. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2011.

⁴⁰ Pérez-Cruz, E., Barrientos-Jiménez, M., Camacho-Guerra, C. D., Tapiá-Gómez, Y., Oslit Torres-González, K., & Uribe-Quiroz, G. (2017). *Rev. Hosp. Jua Mex.*, 84(1), 26–36. Obtido de www.medigraphic.com/hospitaljuarez Acessado em: 04 de abril de 2021.

⁴¹ Nakajima M, Takada T, Terasaki Y, Nagano K, Naritomi H, Minematsu K. Clinical significance of oral intake in patients with acute stroke. *Dysphagia*.2010.

⁴² Gagliardi, R. J. (2015). Prevenção primária da doença cerebrovascular. *Diagn Tratamento*, 20.

⁴³ Hernández, Á., Montesinos, G., & Troyano, R. (2011). Envejecimiento y nutrición. *NutrHosp Suplementos*.

⁴⁴ Méndez Estévez, E., Romero Pita, J., Fernández Dominguez, M. J., Troitiño Álvarez, P., García Dopazo, S., Jardón Blanco, M. Menéndez Rodriguez, M. (2013).

⁴⁵ Chiuve, S., Rexrode, K., Spiegelman, D., Logroscino, G., Manson, J., & Rimm, E. (2008).

⁴⁶ Bethesda. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Rapid identification and treatment of acute stroke. Proceedings of a national symposium. National Institutes of Health Monograph 1997.

⁴⁷ IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010: resultado do universo. Acesso em: 02 junh.2021.

⁴⁸ Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev Rene*. 2010.

⁴⁹ World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. Geneva: WHO; 2013. JAMES, Paul A. et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8).

⁵⁰ DIKER, Erdem et al. Prevalence and predictors of atrial fibrillation in rheumatic valvular heart disease. *The American Journal of Cardiology*, v. 77, n. 1, p. 96-98, Jan. 1996. Doi: 10.1016/S0002-9149(97)89145-X.

⁵¹ JUDD, Suzanne E. et al. Self-report of stroke, transient ischemic attack, or stroke symptoms and risk of future stroke in the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *Stroke*, v.

⁵² LOTUFO, Paulo A.; GOULART, Alessandra C.; BENSENOR, Isabela M. Race, gender and stroke subtypes mortality in São Paulo, Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v.65, n. 3, p. 752- 757, set. 2007.

⁵³ ROGER, Véronique L. et al. Heart disease and stroke statistics – 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, v. 125, n. 1, e2-e220, jan. 2012.

⁵⁴ BENVENUTI, C, M; PEREIRA, L M; REVAY, M.A. Disfagia pós-acidente vascular cerebral isquêmico unilateral em adultos- estudo de caso *Revista CEFAC*, Florianópolis, 2015 Disponível em: <http://www.cefac.br/pdf>. Acessado em: 19 de maio de 2021.

⁵⁵ Conselho Federal de Nutricionistas, Resolução CFN Nº600, de 25 de fevereiro de 2018.https://www.cfn.org.br/resolucoes/304/2003Res_600_2018.htmSite visitado em 19 de maio de 2021.

⁵⁶ BAHIA M.M,2014 screening de deglutição na fase aguda do acidente vascular,cerebral.http://repositorio.unicamp.br/Bahia_MarianaMendes_M.pdf Acessado em: 07 de junho de 2021.

⁵⁷ Roberta Amorim Pereira, et al; sobrecarga de los cuidadores de ancianos con accidente;cerebrovascular.<https://www.scielo.br/pdf> Acessado em: 07 de junho de 2021.

⁵⁸ Brasil. Lei 8.234, de 17/09/1991. Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.