

DOI: 10.35621/23587490.v7.n1.p1887-1905

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR EM PACIENTES PÓS ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

EVALUATION OF THE NUTRITIONAL STATE AND FOOD CONSUMPTION IN PATIENTS AFTER BRAIN VASCULAR ACCIDENT

Luan Rudierd Severo Duarte¹
Keicy Priscila Maciel Vieira²
Barbara Costa Paulino³

RESUMO: Objetivo: Realizar a avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar em indivíduos que sofreram Acidente Vascular Encefálico. **Método:** A pesquisa caracterizou-se como transversal, descritiva e observacional realizada sob a forma de censo com 11 indivíduos que sofreram Acidente Vascular Encefálico e estavam sendo atendidos na Clínica Escola Integrada da Faculdade Santa Maria. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha clínica, um Questionário de Frequência Alimentar e um Recordatório Alimentar de 24h. Os dados referentes ao consumo alimentar foram analisados pelo programa Dietsys 4.0.1® e Dietnet®, e os demais, por meio de estatística descritiva, calculada no programa Microsoft Excel® 2016. **Resultados:** A média de idade dos participantes foi de 63,09±17,27 anos, do peso corporal de 60,95±8,13 Kg, da altura de 155±0,06 cm e a média do Índice de Massa Corporal de 25,40±3,84 Kg/m². Com a análise desses dados, observou-se que 30% dos indivíduos estavam desnutridos e 30% obesos, sendo que 63,64% são sedentários e 36,36% realizam atividade física leve. De acordo com a circunferência da panturrilha, a média foi de 31,42±2,49 cm e a circunferência do braço 27,42±3,13 cm. Com base na circunferência da cintura, 70% dos indivíduos apresentaram risco aumentado ou muito aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. A média da glicemia capilar foi de 126,76±47,40 mg/dL, a pressão arterial sistólica de 128,33±7,04 mmHg e a diastólica 84,58±7,35 mmHg. O consumo alimentar apresentou-se inadequado em relação aos macronutrientes, estando adequado (96,10%) no valor recomendado máximo, apenas em relação ao obtido pelo questionário de frequência alimentar. Os micronutrientes também estavam

¹ Nutricionista formado pela Faculdade Santa Maria, Paraíba, Brasil. E-mail: lrudierd@gmail.com.

² Nutricionista formada pela Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: keicy.priscila@gmail.com.

³ Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco; Docente do Curso de Bacharelado em Nutrição da Faculdade Santa Maria., Paraíba, Brasil. E-mail: barbaracpaulino@hotmail.com.

inadequados, com exceção do potássio. **Conclusão:** Ressalta-se, portanto, a importância do profissional da nutrição para a prevenção de possíveis complicações do acidente vascular encefálico.

Palavras-chave: Acidente Vascular Encefálico. Consumo alimentar. Avaliação nutricional. Idosos.

ABSTRACT: ***Aim:** To make an evaluation of the nutritional status and the dietary intake in patients who had undergone a stroke. **Method:** The research conducted in cross-sectional, descriptive, and observational studies, was performed by a survey with 11 patients who had undergone a stroke and had been attended at Clínica Escola Integrada of Santa Maria College. The data collection was done through a patient's record, a Food Frequency Questionnaire, and a Dietary Intake Reminiscent of 24 hours. Data regarding the dietary intake were analysed by Dietsys 4.0.1® and Dietnet® software, and the others were analysed through descriptive statistics, measured in Microsoft Excel® 2016 software. **Results:** The average among patients was 63,09±17,27 years; body weight was 60,95±8,13 kilos; the body height was 1,55±0,06 cm, and the body mass index was 25,40±3,84 Kg/m². After data analysis, it indicated that 30% of patients were malnourished and 30% obese, 63,64% are sedentary and 36,36% practice light physical activities. According to the calf circumference, the average was 31,42±2,49 cm, and the mid-upper arm circumference average was 27,42±3,13 cm. Based on the waist circumference, 70% of patients were diagnosed as increased risk or higher risk to the development of cardiovascular disease. The average of capillary blood glucose was 126,76±47,40 mg/dL; the systolic blood pressure average was 128,33±7,04 mmHg, and the diastolic blood pressure average was 84,58±7,35 mmHg. The dietary intake presented inadequacy concerning macronutrients, being adequate (96,10%) in the recommended maximum value regarding the result obtained through the Food Frequency Questionnaire. The micronutrients were also inadequate, except the potassium. **Conclusion:** Therefore, it is highlighted the importance of a nutrition professional to the avoidance of possible complications after a stroke.*

Keywords: *Stroke. Dietary intake. Nutritional evaluation. Elderly person.*

INTRODUÇÃO

Atualmente, a população brasileira está vivenciando um estilo de vida moderno e sendo cada vez mais vulnerável a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como obesidade, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, entre outras patologias metabólicas, provenientes de maus hábitos alimentares, conforme demonstrou a pesquisa desenvolvida pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2013).

Segundo Barquera *et al.* (2015), a epidemiologia das doenças cardiovasculares se constitui nas maiores causas de morbimortalidade no mundo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), em conjunto com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), foi estimado que no Brasil há cerca de 31,3 milhões de adultos hipertensos e que 2,2 milhões de adultos que já sofreram um Acidente Vascular Encefálico (AVE), com as DCNT correspondendo a mais de 70% das mortes no país.

O desenvolvimento das DCNTs pode estar relacionado com o aumento do número de indivíduos sedentários e com os hábitos alimentares inadequados, isso, conseqüentemente, colabora também com o desenvolvimento do AVE, que se manifesta de forma súbita, originando-se a partir de uma disfunção neurológica aguda, provocando uma lesão vascular que se subdivide em dois tipos: isquêmico ou hemorrágico (BENJAMIN *et al.*, 2017). (POLETE; CRUZ, 2011; LUDWIG, 2011).

O envelhecimento vem se tornando um ciclo multidimensional, estando aliado a mudanças como alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, que quando associados a diversas patologias, como as doenças cardiovasculares como o AVE e/ou as DCNT, prejudicam inúmeras vezes as necessidades nutricionais, tendo em vista que são considerados um grupo vulnerável à desnutrição, com um todo a nutrição se posiciona como um fator determinante na saúde do idoso (AMARYA, SINGH, SABHARWAL, 2015).

Sendo assim, é essencial avaliar o estado nutricional, pois proporciona o aprimoramento de inúmeras formas de promover medidas eficazes de prevenção ou controle da má nutrição em que o idoso possa estar apresentando, possibilitando intervenções que contenham potencial de proteger a saúde e melhorar a qualidade de vida dos mesmos (PARENTE, 2016).

A avaliação do estado nutricional de idosos é realizada, principalmente, pela medida antropométrica. Além disso, o Índice de Massa Corporal (IMC), que embora apresente limitações, também é bastante utilizado devido ao fornecimento de informações básicas das variações físicas dos indivíduos, oportunizando a classificação nutricional (BARBOSA *et al.*, 2005; CORTEZ; MARTINS, 2012). Outra forma de avaliação nutricional é por meio do consumo alimentar, que tem como objetivo fornecer aportes para elaboração de planos nutricionais, assim é possível estimar se a ingestão de alimentos está adequada e ao mesmo tempo identificar possíveis hábitos inadequados, com isso permitindo ao profissional orientar um plano alimentar, que promova saúde, garantir proteção de futuras intercorrências e de certa forma adequar o estado nutricional do paciente (FISBERG *et al.*, 2005).

Com isso, o objetivo desse trabalho foi realizar a avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar em indivíduos que sofreram Acidente Vascular Encefálico.

METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida a partir do modelo transversal, descritivo e observacional. Inicialmente foi solicitada uma autorização do local para realização da pesquisa, por meio da emissão do Termo de Anuência. Em seguida, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM) e, aprovado com o parecer consubstanciado com o número do parecer nº 2.494.285.

Este estudo foi desenvolvido durante os meses de março e maio de 2018, com indivíduos acima de 60 anos de idade, de ambos os sexos, que haviam sofrido AVE (n=11) hemorrágico ou isquêmico, e estavam sendo atendidos na Clínica

Escola Integrada da Faculdade Santa Maria e aceitaram participar da pesquisa mediante a sua assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve exclusão de nenhum participante durante a execução da pesquisa.

Para a coleta de dados foram utilizados como instrumentos, preenchidos pelos pesquisadores uma ficha clínica elaborada pelos pesquisadores, e dois inquéritos de consumo alimentar composto por um Recordatório Alimentar de 24h (R24h) e um Questionário de Frequência Alimentar (QFA).

A ficha clínica continha informações como idade, escolaridade, tipo de AVE e patologias progressas, dados antropométricos, como peso (kg), estatura (m), circunferência da cintura (CC), circunferência da panturrilha (CP), circunferência do braço (CB), níveis capilares de glicose e pressão arterial sistêmica. Para as circunferências, utilizou-se fita métrica inelástica, já o peso corporal foi aferido por meio de uma balança mecânica de plataforma da marca Filizola®, com capacidade para 150Kg, seguindo os protocolos recomendados (MENEZES; MARUCCI, 2005).

A glicemia capilar foi realizada em jejum, por meio da coleta de sangue na face palmar da falange distal do terceiro dedo da mão direita. Para isso, foi utilizado um glicosímetro digital (ON CALL® PLUS II), lancetador ACCU-CHEK® Multiclix, graduado de 1 a 5, os resultados de referência serão: normoglicemia quando os valores forem inferiores a 100mg/dL, pré-diabetes ou risco aumentado para DM entre ≥ 100 e < 126 mg/dL e diabetes quando a glicemia estiver ≤ 126 mg/dL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

A verificação da Pressão Arterial (PA) foi feita por meio do esfigmomanômetro aneróide, após um período de 5 a 10 minutos de descanso do paciente em ambiente calmo e com temperatura agradável, com o paciente sentado e o braço (na altura do coração) sobre uma superfície firme, e a circunferência do braço medida no terço médio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O R24h consiste na coleta de informações decorrentes das suas refeições do dia anterior, onde são feitas anotações como horário e local, alimentos e as quantidades. O QFA é estruturado com uma variedade de alimentos, frequência de consumo (dia, semana, mês e ano) e tamanho da porção (pequena, média, grande ou extragrande) (LIMA; FISBERG, 2001).

Os dados referentes ao consumo alimentar, coletados por meio do R24h e QFA, foram analisados pelo Software Dietnet que após o cadastro de todos os alimentos listados gerou as quantidades de macronutrientes e micronutrientes. Todos os outros dados foram analisados por meio da estatística descritiva, calculados no programa Microsoft Office Excel® 2016.

RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 11 indivíduos, como pode-se observar na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e em percentual dos indivíduos de acordo com o sexo, a escolaridade, o tipo de acidente vascular encefálico.

Variáveis	Frequência	
	N	%
Sexo		
Feminino	7	63,64%
Masculino	4	36,26%
Escolaridade		
Não Alfabetizado	2	18,18%
Ensino Fundamental Incompleto	2	18,18%
Ensino Fundamental Completo	5	45,45%
Ensino Médio Incompleto	1	9,09%
Ensino Médio Completo	1	9,09%
Tipo de AVE		
Hemorrágico	2	18,18%
Isquêmico	9	81,82%

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2018.

Levando em consideração os dados antropométricos obtidos, notou-se que constatou-se que 30% (n= 3) dos indivíduos estavam desnutridos, 40% (n= 4) eutróficos e 30% (n= 3) obesos. A média do peso atual foi 60,95±8,13Kg, altura média foi de 1,55±0,06cm e a média do IMC foi 25,40±3,84Kg/m², dos quais a classificação está demonstrada no Tabela 2.

Tabela 2 - Dados de média e desvio padrão da idade e dos parâmetros antropométricos (peso atual, altura e Índice de Massa Corporal) dos participantes da pesquisa

Variáveis	Frequência	
	Média	Desvio
Idade (anos)	63,09	17,27
Peso Atual (Kg)	60,95	8,13
Altura (cm)	1,55	0,06
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	25,40	3,84

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2018.

Em relação à CP, a média foi de 31,42±2,49cm e a CB foi de 27,42±3,13cm. Com isso, demonstra-se que 40% dos participantes apresentaram risco nutricional para desnutrição e 60% dos indivíduos apresentaram estado de eutrofia. Em relação à CC, observa-se que 30% (n=3) apresentam baixo risco, 30% (n=3) possui um risco aumentado e 40% (n=4) risco muito aumentado.

Além disso, a prática de atividade física dos participantes demonstrou que, cerca de 63,64% (n= 7) relataram ser sedentários e 36,36% (n= 4) realizavam atividades leves.

De acordo com os dados coletados dos índices glicêmicos dos participantes, e a média obtida de ambos os sexos foi de 126,75±47,40mg/dL. A pressão arterial sistólica apresentou média de 128,33mmHg±7,04mmHg e a pressão arterial diastólica teve média de 84,58mmHg±7,37mmHg.

Quanto à avaliação da ingestão dietética, foi utilizado o valor obtido referente à média de peso corporal dos participantes, correspondendo a 60,95±8,13Kg. Além disso, foram utilizados valores de referência, mínimos e máximos, para cálculo do valor energético total (VET), carboidratos, proteínas e lipídeos para indivíduos com AVE (STUMP, 2011). Os valores, mínimo e máximo, para o VET foram de 25 Kcal/Kg e 45Kcal/Kg de peso corporal por dia, respectivamente. Proteína de 1,2 Kcal/Kg (19% do VET) a 1,5Kcal/Kg de peso corporal por dia (13% do VET), lipídios de 20% a 25% do VET e carboidratos de 61% a 62% do VET.

Os resultados referentes ao consumo alimentar, por meio do R24h e QFA encontram-se expressos no Quadro 1, realizando um comparativo com os valores mínimo e máximo recomendados e consumidos de macronutrientes e valor energético, levando em consideração o percentual de adequação entre 95 e 105%.

Quadro 1: Ingestão média, em Kcal, do Valor Energético Total e dos

Nutrientes	R24h			QFA		
	Consumido (Kcal)	Adequação (%)		Consumido (Kcal)	Adequação (%)	
		Mínimo*	Máximo**		Mínimo*	Máximo**
Energia	535,83	38,63	53,68	2636,04	174,43	96,10
Carboidratos	191,70	20,79	11,27	1107,45	120,13	65,12
Proteínas	99,54	34,02	27,21	595,53	203,55	162,84
Lipídios	244,59	80,93	35,67	933,05	308,75	136,08

macronutrientes, recomendados e consumidos pelos indivíduos participantes da pesquisa. *Valor mínimo de 95% de adequação. **Valor máximo de 105% de adequação. Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2018.

Observamos a partir do quadro acima, que apenas o valor máximo de energia do QFA se encontrou na faixa de adequação que varia entre 95 a 105%, os demais valores se encontram fora dos valores mínimos e máximos recomendados.

Acredita-se que a diferença de valores do R24 para o QFA esteja no fato de apenas ter sido aplicado um R24h, podendo assim estar subestimado o consumo.

Em relação aos micronutrientes, foram utilizados os valores de referências da *Recommended Dietary Allowance* (RDA, em português, Ingestão Dietética Recomendada) com base na *Dietary Reference Intakes* (DRIs, em português, Ingestão Dietética de Referência) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002), e os resultados estão expressos no quadro 2.

Quadro 2: Valores de micronutrientes consumidos e recomendados de acordo com a DRIs.

Micronutrientes	Recomendado (RDA)	Consumido (QFA)	Adequação (%)*
Cálcio (mg)	1200	934	77,83
Fósforo (mg)	700	2048	292,57
Ferro (mg)	8	21,78	272,25
Sódio (g)	1,3	4,08	313,85
Potássio (g)	4,7	4,65	98,94
Vitamina B1 (mg)	1,2	1,63	135,83
Vitamina B2 (mg)	1,3	3,85	296,15
Niacina (mg)	16	36,64	229,00
Vitamina C (mg)	90	199,92	222,13

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras - PB, 2018.

Todos os micronutrientes estavam inadequados, exceto o potássio. O cálcio estava abaixo do recomendado e os demais estavam acima do recomendado (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002), considerando a faixa de adequação de 95 a 105%.

DISCUSSÃO

Os dados encontrados no estudo demonstraram uma predominância de indivíduos do sexo feminino, o que pode estar relacionado aos dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), ao número de óbitos elevado dos indivíduos do sexo masculino, com isso, predomina o alto índice de pacientes do sexo feminino acometidas pelo AVE.

Observa-se também a alta relevância sobre os tipos de AVE, predomina-se a patologia isquêmica que na maioria dos casos chegam a atingir até 85%, enquanto a patologia hemorrágica atinge poucas pessoas, porém deixa um número maior de sequelas nos pacientes (SÁ; GRAVE; PÉRICO, 2014).

De acordo com Rangel, Belasco e Diccini (2013), os fatores socioeconômicos associados à baixa escolaridade são elencados como vislumbres para o desencadeamento do AVE. Esses dados ocorrem pela falta de conhecimento e

acesso à informação acerca do tema, bem como um estilo de vida inadequado, quando associados à alimentação, exercício físico e a preocupação do bem-estar e saúde, mostrando que indivíduos com formações escolares possuem uma manutenção da sobrevivência e melhor controle dos fatores de risco.

Diante da antropometria realizada, verificou-se que a maioria (60%) dos indivíduos estava com estado nutricional inadequado de desnutrição (30%) ou obesidade (30%). Este resultado é preocupante tendo em vista que a desnutrição está relacionada com redução de músculos, tecidos, órgãos, pele e ossos, acarretando em desnutrição (HICKSON, 2006). Por outro lado, a obesidade está associada ao aumento da morbimortalidade e reduzindo a qualidade de vida dos pacientes (PINHEIRO, 2002).

A obesidade apresenta-se como um risco iminente para o aparecimento do AVE, além de outros fatores de riscos, pois pode vir a facilitar o surgimento de uma arteriosclerose que impede o fluxo sanguíneo e acarreta na hipertensão arterial, que pode trazer o espessamento da parede das artérias, diminuindo a luz do vaso resultando na elevação da pressão nas artérias que irrigam o cérebro e assim desencadeando o acidente vascular encefálico, embora não há como confirmar que a diminuição do peso reduz o risco (CARNEIRO *et al.*, 2003; LIMA *et al.*, 2006; MAGALHÃES, 2013; GAGLIARDI, 2015).

De acordo com a CC, a maioria dos participantes apresentou risco aumentado ou muito aumentado para o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV, sendo este o melhor índice antropométrico que estima a relação do risco cardiovascular ao qual o sujeito está exposto (COSTA; SCHNEIDER; CESAR, 2016). Ressalta-se que o AVE já é considerado uma DCV (LOPEZ-JARAMILLO; LAHERA; LOPEZ-LOPEZ, 2011), podendo neste caso, ter relação com este parâmetro antropométrico encontrado no presente estudo.

Os resultados encontrados demonstraram que a maioria dos idosos é sedentário, o que já era esperado, tendo em vista que idosos, em geral, têm comportamentos sedentários e inativos da população, é válido ressaltar que indivíduos com AVE possuem sequelas que muitas vezes dificultam a realização de atividades físicas (LEE; ARTHUR; AVIS, 2008; STRATH; SWARTZ; CASHIN, 2009; BRITISH HEART FOUNDATION NATIONAL CENTRE, 2012).

A maioria dos participantes são portadores de HAS e fazem uso de medicamentos para o controle da mesma, isso justifica o resultado estar entre os parâmetros de normalidades com PAS ≤ 120 mmHg e a PAD ≤ 80 mmHg, conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

Com este estudo, observou-se um consumo alimentar inadequado para valor energético e macronutrientes, com exceção do VET obtido pelo QFA que estava adequado em relação ao máximo recomendado.

O consumo de carboidratos inadequado, também pode implicar em um consumo de fibras inadequado, abaixo das recomendações, como foi visto no estudo de Pereira e Carvalho (2018). Fibras são importantes na prevenção de DCV por aumentar a saciedade, diminuir o tempo de esvaziamento gástrico e reduzir a absorção do colesterol. O consumo desses alimentos deve ser estimulado por profissionais de saúde (PINHO, 2012). Além disso, há evidências de que o consumo desses alimentos, principalmente os integrais, como, frutas, hortaliças e cereais contêm fatores benfeitores para as doenças cardiovasculares, podendo também promover a redução das medidas antropométricas. Sabe-se, porém, que o auto consumo de carboidratos simples pode interferir no ganho de peso e conseqüentemente no maior risco para o desenvolvimento de DCV (MAKI *et al.*, 2010).

Ribeiro e Shintaku (2004), em seu estudo sobre a influência dos lipídios na dieta sobre aterosclerose, relatou que nos anos 90, já existiam pesquisas que observaram mudanças nos padrões alimentares da população que permanecem até hoje, dentre essas mudanças, estão o aumento contínuo no consumo de ovos, leite e derivados e de carnes. Outro estudo que também demonstrou esse padrão de aumento no consumo proteico, foi o de Ribeiro, Maronesi e Carvalho (2008), onde o consumo de proteínas foi elevado para 100% dos adultos e 93,3% dos idosos, com sequelas de AVE, corroborando com os resultados obtidos através do QFA do estudo aqui citado.

Outra pesquisa, com característica semelhante, mostrou o oposto em relação ao consumo de alimentos proteicos, Bortoleto e Viebig (2019), verificam que os participantes não estavam consumindo quantidades recomendadas de proteína

animal, pois a amostra apresentou em média o consumo de apenas uma porção de carne por dia.

A inadequação no consumo de lipídeos é preocupante, tendo em vista que o consumo adequado pode auxiliar na prevenção de DCV e conseqüentemente de AVE, tais como melhora da função autonômica, antiarrítmico, diminuição da agregação plaquetária e da pressão arterial, melhora da função endotelial, estabilização da placa de ateroma e de triglicérides (SANTOS *et al.*, 2013).

Em relação aos micronutrientes, um estudo recente que analisou o consumo alimentar de idosos, verificou que elevados valores de sódio esteve presente em 85,1% dos participantes, corroborando com esta pesquisa, onde os participantes também apresentaram o consumo de sódio acima dos valores de referências da RDA, este excesso é um fator de risco para doenças cardiovasculares por elevar a pressão arterial (PEREIRA; CARVALHO, 2018).

Além do sódio, o fósforo, ferro, vitamina B1, vitamina B2, niacina e vitamina C, se encontraram elevados. As vitaminas do complexo B estão em sua maioria em alimentos de origem animal, como carnes e vísceras e o cálcio também se apresenta em alimentos proteicos como leite e seus derivados, acredita-se que os excessos desses micronutrientes estejam diretamente ligados ao excesso de proteína, além das mudanças do padrão alimentar da população como aumento progressivo de alimentos como ovos, leite e derivados e carnes (RIBEIRO; SHINTAKU, 2004).

O consumo adequado de potássio mostra-se importante, tendo em vista que Villela *et al.* (2019) observaram que a suplementação de potássio por via oral reduziu a pressão arterial nos pacientes hipertensos e normotensos. Estes resultados podem ter favorecido o controle da pressão arterial dos participantes do presente estudo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os participantes da pesquisa apresentaram estado nutricional inadequado, além de risco aumentado para desenvolvimento de outras doenças

cardiovasculares. Ressalta-se, porém, que apesar do consumo alimentar inadequado para a maioria dos nutrientes analisados, o consumo adequado de potássio pode contribuir para uma regulação da pressão arterial.

Por fim, os resultados demonstram a necessidade de levar informação a esse público e de um profissional da nutrição para tomar medidas preventivas para a determinada patologia e mostrar o quanto uma alimentação saudável influencia na evolução e melhoria do tratamento do AVE. Além disso, percebe-se através desse trabalho a necessidade de mais estudos acerca desse tema, para uma avaliação mais detalhada do perfil nutricional dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARYA, S.; SINGH K.; SABHARWAL M. Changes during aging and their association with malnutrition. **Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics**, v. 6, n. 3, p. 78-84, 2015.

BARBOSA, A. R. *et al.* Anthropometry of elderly residents in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n.6, p. 1929-1938, 2005.

BARQUERA, S. *et al.* Global overview of the epidemiology of atherosclerotic cardiovascular disease. **Archives of Medical Research**, v. 46, n. 5, p. 328-38, 2015.

BENJAMIN, E. J. *et al.* Heart disease and stroke statistics - 2017 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 135, n. 10, p. e146-e603, 2017.

BORTOLETO, P. A.; VIEBIG, R. F. estado nutricional, exames bioquímicos e consumo alimentar de pacientes com excesso de peso atendidos na clínica-escola de nutrição de uma universidade da cidade de São Paulo. In: **XV Jornada de Iniciação Científica e IX Mostra de Iniciação Tecnológica-2019**, v. 15, n. 4, p. 1-20, 2019.

BRASIL. VIGITEL Brasil 2012 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças por Inquéritos Telefônicos. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, 2013.

BRITISH HEART FOUNDATION NATIONAL CENTRE. Physical activity for older adults (65 + years): **Evidence Briefing Physical Activity and Health**, 2012.

CARNEIRO, G. *et al.* Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista da associação médica brasileira**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CORTEZ, A. C. L.; MARTINS, M. C. C. Indicadores antropométricos do estado nutricional em idosos: uma revisão sistemática. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde** 2, v. 14, n. 4, p. 271-277, 2012.

COSTA, C. S.; SCHNEIDER, B. C.; CESAR, J. A. Obesidade geral e abdominal em idosos do Sul do Brasil: resultados do estudo COMO VAI?. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 21, n.

11, p. 3585-3596, 2016.

FISBERG, R. M. *et al.* **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. 1 ed. 2005.

GAGLIARDI, R. J. Prevenção primária da doença cerebrovascular. **Diagnóstico e tratamento**, v. 20, n. 3, p. 88-94, 2015.

HICKSON, M. Malnutrition and ageing. **Postgraduate Medical Journal**, v. 82, n. 963, p. 2-8, 2006.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids**. IOM. Washington (DC): National Academy Press, 2002.

LEE, L.; ARTHUR, A.; AVIS, M. Using self-efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: A discussion paper. **International Journal of Nursing Studies**, v. 45, n. 11, p. 1690-1699, 2008.

LIMA, V. *et al.* Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **Revista brasileira em promoção da saúde**, v. 19, n. 3, p. 148-154, 2012.

LIMA, F. E. L.; FISBERG, R. M. Qualidade da dieta e câncer de mama: um estudo caso-controle. **Projeto de Doutorado**. Faculdade de Saúde Pública -USP, 2001, 24p.

LOPEZ-JARAMILLO, P.; LAHERA, V.; LOPEZ-LOPEZ, J. Epidemic of cardiometabolic diseases: A Latin American point of view. **The Adv Cardiovasc Dis**, v. 5, n. 2, p. 119-31, 2011.

LUDWIG, D. S. Technology, diet, and the burden of chronic disease. **JAMA**, v. 305, n. 13, p. 1352-1353, 2011.

MAGALHÃES, M. A. R *et al.* Isquemia local transitória induzida pela contração isométrica voluntária e sua relação com a função arterial. **ASSOBRAFIR Ciência**, v. 4, n. 2, p. 65-71, 2013.

MAKI, K. C. *et al.* Whole-grain ready-to-eat oat cereal, as part of a dietary program for weight loss, reduces low-density lipoprotein cholesterol in adults with overweight and obesity more than a dietary program including low-fiber control foods. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 110, n. 2, p. 205-214, 2010.

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 169-175, 2005.

PARENTE, A. M. E. G. **Estado nutricional dos idosos no Centro de Saúde Santa Maria de Bragança**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Comunitária) - Instituto Politécnico de Bragança Escola Superior em Saúde, Portugal, 2016.

PEREIRA, A. C; CARVALHO, R. C. R. **Análise do consumo alimentar associado aos fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos cadastrados no programa hiperdia na cidade de Campanha-MG**. 18f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação de Nutrição). Universitário do Sul de Minas, Minas Gerais, 2018.

PINHO, C. P. S. Consumo de alimentos protetores e preditores do risco cardiovascular em adultos do estado de Pernambuco. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 3, p.341-351, 2012.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

POLETE, J. J. D.; CRUZ, C. H. Uso de aditivos na indústria de alimentos. **Revista Higiene Alimentar**, v. 25, n. 196/197, p. 172-176, 2011.

RANGEL, E.S.S.; BELASCO, A.G.S.; DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 205-212, 2013.

RIBEIRO, K. C; SHINTAKU, R. C. O. A influência dos lipídios da dieta sobre a aterosclerose. **ConScientiae Saúde**, v. 1, n. 3, p. 73-83, 2004.

RIBEIRO, M. M. G. Y; MARONESI, F; ZANQUETTA, I. Diagnóstico nutricional, antes e após trabalho de reeducação alimentar, de pacientes com seqüelas de acidente vascular encefálico. **IV Mostra Interna de Trabalhos de Iniciação Científica do Cesumar**, v. 5, n.1, p. 1-5, 2008.

SÁ, B. P.; GRAVE, M. T. Q.; PÉRICO, E. Perfil de pacientes internados por Acidente Vascular Cerebral em hospital do Vale do Taquari/RS. **Revista Neurociências**, v. 22, n. 3, p. 381-387, 2014.

SANTOS, R. D. *et al.* I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 1, p. 1-40, 2013.

STUMP, S. E. **Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento**. 6 ed. São Paulo: Editora Manole; 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Posicionamento Oficial SBD Nº 02/2017**. Conduta terapêutica no Diabetes tipo 2: algoritmo SBD, 1 ed, São Paulo, SBD, 40 p.

STRATH, S.; SWARTZ, A.; CASHIN, S. Ambulatory Physical Activity Profile of Older Adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 17, n. 1, p. 46-56, 2009.

VILLELA, P. T. M. *et al.* A Preferência ao Sal está Relacionada à Hipertensão e não ao Envelhecimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 3, p. 392-299, 2019.