

# ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM IDOSO: ESTUDO DE CASO

Amanda Johann<sup>1</sup>, Simone Morelo Dal Bosco<sup>2</sup>

**Resumo:** A cada década, o número de idosos vem crescendo em todos os países. Simultaneamente, o acidente vascular cerebral (AVC) tornou-se o segundo maior causador de mortes no mundo, sendo no Brasil o principal causador. Este artigo descreve o caso de um idoso que internou em um hospital por ter sofrido um AVC. O paciente analisado é do sexo masculino, com 78 anos de idade, possui diagnóstico de AVC, Diabetes *mellitus* tipo II e hipertensão arterial sistêmica e também apresenta emagrecimento acentuado. Verificou-se com este estudo que o tratamento deve ser realizado por equipe multidisciplinar, em que o nutricionista precisa adequar a alimentação do paciente às complicações causadas pelo AVC, melhorando seu estado de saúde e prevenindo outras sequelas e a desnutrição.

**Palavras-chave:** Acidente vascular cerebral. Hipertensão. Diabetes *mellitus*. Nutrição. Idoso.

## STROKE IN ELDERLY: A CASE STUDY

**Abstract:** Every decade, the number of elderly is increasing in all countries simultaneously, the brain vascular accident (BVA) became the second largest cause of death worldwide, and Brazil the main. Objective: To describe a case of an old man admitted to hospital after suffering BVA. Case description: Male patient, 78 years old, diagnosed with stroke concomitantly with type II Diabetes mellitus and hypertension, but also slimming sharp. Conclusion: The treatment should be performed by a multidisciplinary team in which the dietitian must match the power of the patient to complications caused by stroke, thereby improving their health, but also preventing malnutrition and other sequels.

**Keywords:** Brain vascular accident. Hypertension. Diabetes mellitus. Nutrition. Elderly.

### 1 INTRODUÇÃO

A cada década a população idosa (pessoas com mais de 60 anos de idade) vem crescendo em todos os países. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até 2025 esse número será 15 vezes maior (HEITOR et al., 2013; VIANA et al., 2008). Simultaneamente a esse crescimento, o acidente vascular cerebral (AVC) tornou-se o segundo maior causador de mortes no mundo, sendo no Brasil o principal causador. Segundo estudo de Garritano et al. (2012), foi detectado que, nos anos de 2000 a 2009, houve maior aumento de morte de mulheres (19,11%) por essa patologia do que de homens (14,92%).

---

1 Graduada em Nutrição pela Univates.

2 Doutora em Ciências da Saúde. Professora do curso de Nutrição da Univates.

O AVC é um déficit temporário ou definitivo, causado pela alteração da circulação sanguínea no cérebro, o que o danifica em uma ou mais partes. O AVC pode ser isquêmico ou hemorrágico (sangramento devido ao rompimento de um vaso sanguíneo), comprometendo a função neurológica. A prevalência dessa patologia ocorre em indivíduos geriátricos (COSTA et al., 2011; EINSTEIN, 2011).

A etiologia do AVC mais prevalente é do tipo isquêmico, em que ocorre o fechamento de um vaso sanguíneo, o que interrompe o fluxo de sangue de uma região específica do cérebro, interferindo nas funções neurológicas dependentes da mesma (COSTA et al., 2011; EINSTEIN, 2011).

É de suma importância identificar fatores associados à mortalidade por AVC. Características clínicas, como idade, sexo, excesso de gordura corpórea, diabetes e hipertensão arterial sistêmica, são consideradas fatores de risco (MEDEIROS et al., 2011). Contudo, uma das principais causas dessas patologias é o hábito alimentar inadequado, que tem estreita relação com o perfil saúde-doença de cada indivíduo (HEITOR et al., 2013).

Conforme a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2011), os sintomas do AVC são: enfraquecimento, adormecimento ou paralisia da face, dificuldade de falar e engolir, alteração na visão, tontura, dores de cabeça fortes e persistentes (EINSTEIN, 2011).

Com o aumento da idade, os idosos sofrem alterações fisiológicas que modificam seus hábitos alimentares, devido a questões sociais, de locomoção, de saúde e condições financeiras (TINOCO et al., 2007). Conforme estudo de Tinoco et al. (2007), a maioria dos idosos não consome todas as calorias diárias necessárias para a manutenção de sua saúde.

A saúde oral também é um fator relevante na qualidade de vida do idoso, pois pode comprometer sua nutrição, sua vida social e seu bem-estar físico e mental (MIRANDA et al., 2011). As deficiências na mastigação são causadas por alterações bioquímicas, morfológicas e estruturais, como: a perda de dentes, a diminuição da habilidade motora, o aparecimento de doenças e retração da gengiva, a redução do consumo de água (pela diminuição da sensação de sede), a redução na percepção do gosto dos alimentos e da secreção do suco gástrico natural e a deterioração da força muscular (MEDEIROS et al. 2014). Por isso, a escolha errada dos alimentos pode dificultar a alimentação devido à dificuldade de mastigação pela falta de dentes ou pelo uso de próteses inapropriadas (MIRANDA et al., 2011).

A maioria dos idosos faz uso de muitos medicamentos, como analgésicos, tranquilizantes, cardiovasculares, entre outros. Os efeitos colaterais dessas drogas podem comprometer também a cavidade oral, diminuindo a salivagem (causando a xerostomia, também conhecida como boca seca) ou aumentando-a (sialorreia), alterando o paladar e aumentando o desenvolvimento das cáries. A xerostomia é o

efeito colateral da utilização de medicamentos mais comum, ligada também ao uso de anti-hipertensivos, antidepressivos, ansiolíticos, anticolinérgicos e anti-histamínicos (MIRANDA et al., 2011).

Conforme o Manual de alimentação saudável para pessoa idosa do Ministério da Saúde (2009), é importante para o idoso tornar as refeições em momentos agradáveis, seguros e que deem autonomia para que ele se sinta capaz de cuidar de sua própria alimentação e saúde.

Para isso, os idosos precisam: realizar as refeições em locais limpos, arejados, iluminados e aconchegantes; fazer de cinco a seis refeições diárias; ter entrosamento com outras pessoas durante sua alimentação; desestimular o uso adicional de sal e açúcar às preparações; ser incentivados a comer devagar e mastigar bem os alimentos; cuidar da saúde bucal (para sentir melhor o gosto dos alimentos e para não ter complicações nos dentes e/ou próteses); estimular o consumo de água (nessa fase da vida a sensação de sede diminui); evitar comidas com temperaturas extremas, tanto frias quanto quentes (os idosos perdem a sensibilidade térmica pelas mudanças nos tecidos bucais); consumir refeições diversificadas (para não enjoar de preparações e estimular a alimentação); e comer com talheres adequados (BRASIL, 2009).

O objetivo deste estudo é descrever o caso de um idoso que internou em um hospital por ter sofrido um AVC, e que tem histórico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* (DM) tipo II.

## 2 METODOLOGIA/ESTUDO DE CASO

O paciente analisado neste estudo é do sexo masculino, cujas iniciais são M. J. R. M., com 78 anos de idade, residente de uma cidade do Vale do Taquari, Rio Grande do Sul, com diagnóstico prévio de AVC com Diabetes *mellitus* tipo II e hipertensão arterial sistêmica, e com emagrecimento acentuado. Internou em um hospital após sofrer um acidente vascular cerebral. O idoso não possui história de alergias ou intolerâncias alimentares. Após a internação, o paciente realizou somente exames laboratoriais de antibiogramas. Seu acompanhante assinou, como responsável, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para aprovar a participação do paciente neste estudo de caso.

Acompanhantes declararam que o paciente estava bem, porém muito sonolento pelos medicamentos ingeridos (Dipirona sódica, Plasil, Hidroclorotiazida, Omeprazol, Haldol e Risperidona). Eles relataram também que tinham receio de oferecer as refeições, pois o paciente tossia muito, se engasgava facilmente e estava sem as próteses dentárias, sem desconsiderar que as refeições tinham horário para serem oferecidas e recolhidas pelos funcionários da copa do hospital. Portanto, o paciente não estava

ingerindo muitos alimentos, então, seu quadro de perda de peso se agravou cada vez mais.

Seus exames de pressão arterial (variando de 12/8 a 18/8 mmHg) e glicose sanguínea (109 a 137 mg/dL) ficavam instáveis durante toda sua internação, no entanto, sua saturação estava estável. Há presença de sonda vesical de demora, ou sonda *Folley*.

Foi realizada a avaliação nutricional do paciente. Como ele estava acamado, foi utilizada a equação de Chumlea et al. (1988), para o sexo masculino (60 a 80 anos) de etnia branca para calcular o peso estimado, de 62,95 kg.

Após, utilizou-se a equação de Chumlea et al. (1994), para o sexo masculino (de 60 a 80 anos) de etnia branca, para estimar a altura do paciente, de 158,85 cm.

A altura do joelho, de 48 cm, foi medida com uma fita flexível e inelástica (com precisão de 0,1 cm) na perna direita, formando ângulo de 90 graus com o joelho e o tornozelo, e com o indivíduo na posição supina. A circunferência do braço, de 28 cm, foi aferida no ponto médio do braço direito com a mesma fita.

Com esses dados pôde-se calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) do paciente, que foi de 24,9 kg/m<sup>2</sup>. O valor do paciente foi classificado como eutrófico, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Classificação de IMC para idosos

Classificação	Valor de referência
Baixo peso	< 22 kg/m <sup>2</sup>
Eutrofia	22 – 27 kg/m <sup>2</sup>
Obesidade	> 27 kg/m <sup>2</sup>

Fonte: Kamimura M.A. et al. (2005).

Conforme exames antropométricos realizados e o peso usual, de 73 kg, informado pelos familiares do idoso, foi calculado o percentual de alteração ponderal recente do peso, que corresponde a 13,76%.

Tabela 2. Classificação da perda de peso em relação ao tempo

Tempo	Perda significativa (%)	Perda grave (%)
1 semana	1 a 2	> 2
1 mês	5	> 5
3 meses	7,5	> 7,5
6 meses	10	> 10

Fonte: Blackburn et al. (1977).

Conforme exposto na Tabela 2, conclui-se que o paciente apresentava perda de peso grave. Com o exame físico foi confirmado grande déficit de gordura corporal, pois sua pele estava flácida e seca, possuía poucos fios de cabelo, que eram grisalhos. Não apresentava edema. Essa avaliação indica também desnutrição e a necessidade de intervenção nutricional para a melhora do quadro de saúde do paciente.

O paciente estava recebendo dieta via oral pastosa hipossódica para Diabetes *mellitus*. Foi solicitada avaliação de disfagia, pelo seu repetitivo ataque de tosse e dificuldade na alimentação. Após avaliação nutricional foi sugerida dieta via oral pastosa hipossódica para Diabetes *mellitus* com 1700 calorias.

A evolução do tratamento dietoterápico foi realizada durante o estágio, porém o paciente obteve alta do hospital, sem aumento de peso e sem avaliação de disfagia, antes do término do estágio.

### 3 DISCUSSÃO

O nível de estimativa de vida está aumentando a cada ano, assim como o número de casos de pessoas com diabetes, hipertensão, obesidade e dislipidemias. Essas doenças são causadas por maus hábitos de vida, principalmente os alimentares (TINÓCO et al., 2007; MIRANDA et al., 2011). O processo de envelhecimento é associado a diversas alterações fisiológicas, que podem ter importantes implicações sobre o estado nutricional do indivíduo. Por isso, manter adequado estado nutricional no decorrer da vida pode determinar a longevidade com mais saúde (SOUZA et al., 2013).

Os fatores de risco para o AVC são: hipertensão arterial, diabetes, altas taxas de colesterol e triglicerídeos sanguíneos, tabagismo, sedentarismo e doenças cardíacas, sendo a maioria desses proveniente de hábitos alimentares e nível inadequado de atividade física (TINÓCO et al., 2007). O paciente do estudo de caso apresentava hipertensão arterial e Diabetes *mellitus* tipo II.

O AVC é considerado uma doença silenciosa, pois os sintomas não aparecem durante anos, somente no momento do acidente. Por isso, é a doença cardiovascular mais presente na população nessas últimas décadas, sendo a maior causa de invalidez e mortalidade no mundo. As sequelas dessa patologia vão de distúrbios neurológicos a físicos, como fraqueza muscular, distúrbios na linguagem e disfagia, os quais podem prejudicar a locomoção, a comunicação e a alimentação. Por isso, o tratamento do AVC deve ser multidisciplinar, e o diagnóstico precoce e seguir o tratamento corretamente aumentam a sobrevida do paciente (PAIXÃO et al., 2010). Para o paciente em questão não se pode determinar todas as sequelas que o AVC o causou, pois, com sua alta do hospital, não houve tempo e não foram realizados exames específicos suficientes para constatá-las.

Segundo Silva et al. (2011), quanto mais fatores de risco o indivíduo possuir, maior a chance de sofrer um AVC. A probabilidade de a pessoa ter hipertensão arterial juntamente com Diabetes *mellitus* é de 50%, assim como o idoso estudado. Estas duas patologias são Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e também são os principais fatores de risco para desenvolver doenças cardiocerebrovasculares (SILVA et al., 2011).

Conforme estudo feito por Silva et al. (2011), a prevalência de doenças como hipertensão e diabetes em mulheres é devido à maior procura delas por serviços de saúde. Porém, com o diagnóstico precoce elas conseguem manter o tratamento e viver bem, mesmo com essas patologias. Ao contrário de vários estudos, esse revelou que o AVC é uma complicação mais frequente em mulheres (SILVA et al., 2011).

No paciente estudado, mesmo tendo seu Índice de Massa Corporal (IMC) adequado, seu estado nutricional estava cada vez pior, apresentando sinais de perda de peso rápido, podendo ser confirmada pelo cálculo de percentual de alteração ponderal recente do peso, de 13,76%, o que é considerado grave. O estudo de Maciel et al. (2008) relatou que de 29 pacientes idosos do sexo masculino pesquisados, 66% estava com seu estado nutricional inadequado, dos quais 45% estavam em risco nutricional e 21% desnutridos.

Após sofrer um AVC, mais da metade dos indivíduos pode ter de seis a dez tipos de incapacidades, sendo a fraqueza muscular a mais prevalente, presente em 77,4% dos pacientes. Podem ocorrer também distúrbios da comunicação e linguagem e da disfagia (PAIXÃO et al., 2010). Conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde, incapacidade é a restrição resultante de uma deficiência ou da falta de habilidade para desempenhar atividade considerada normal para o ser humano. A incapacidade da disfagia é a alteração na alimentação, podendo causar desnutrição, asfixia, infecções decorrentes do trato respiratório e congestão pulmonar (MACIEL et al., 2008). Segundo Paixão et al. (2010), ela também pode acarretar prejuízos na hidratação, no prazer de se alimentar e na vida social do indivíduo.

A disfagia acomete 30 a 40% dos pacientes que sobreviveram ao seu primeiro AVC (PAIXÃO et al., 2010). Por isso, é necessária equipe multidisciplinar para avaliar se há ou não disfagia. A equipe deve contar com nutricionista, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta e médicos: neurologista, otorrinolaringologista, geriatra, cirurgião gastroenterologista, radiologista, entre outros (SORDI et al., 2009).

A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein afirma que após o paciente passar por um AVC, precisa ser avaliado seu grau de disfagia por um profissional fonoaudiólogo. O processo de adaptação à disfagia deve ter a colaboração do paciente, da família, dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, tanto no hospital quanto durante toda a trajetória da doença (PAIXÃO et al., 2010). A

reabilitação em disfagia objetiva melhorar a deglutição do paciente e diminuir os riscos de complicações (PAIXÃO et al., 2010).

Posterior ao diagnóstico do grau de disfagia, o profissional nutricionista consegue fazer intervenção dietética correta, adaptando a alimentação do paciente conforme consistência necessária para sua melhor deglutição. Além disso, deve monitorar a aceitação alimentar e o estado nutricional do indivíduo para contribuir com a sua recuperação. Caso o paciente não consiga ingerir 60% das calorias necessárias diárias, é indicado o uso de terapia nutricional enteral ou parenteral, para que ele não se desnutra rapidamente. Quando o indivíduo conseguir se alimentar melhor, pode-se diminuir, aos poucos, a terapia nutricional adicionada até retomar a alimentação somente via oral (EINSTEIN, 2011, MACIEL et al., 2008).

Conforme estudo de Maciel et al. (2008), 66% dos idosos do sexo masculino estudados internados em um hospital de Brasília (DF) tinham maior risco de ter disfagia, sendo 41% risco leve, 24% moderado e 0% risco grave.

Como o paciente analisado para este estudo obteve alta do hospital antes de ser avaliado seu grau de disfagia, não foi possível adequar consistência de sua alimentação conforme sua restrição de deglutição.

O paciente, para viver da melhor maneira possível após o AVC, precisa: não ter infecções pulmonares por broncoaspiração ou desnutrição, ter alimentação adequada e prazerosa, aumentar sua autonomia para minimizar suas dependências e melhorar sua vida social (PAIXÃO et al., 2010).

Para prevenir doenças cardiovasculares, como o AVC, é necessário desenvolver hábitos saudáveis, tanto na alimentação quanto na atividade física. Por isso, os serviços destinados à saúde devem ter equipe multidisciplinar para tratar essas patologias, e, também, ajudar na prevenção delas (SILVA et al., 2011).

## 4 CONCLUSÃO

Em relação à revisão bibliográfica e ao estudo de caso, foi encontrado que a hipertensão arterial, o Diabetes *mellitus*, as altas taxas de colesterol e de triglicerídeos no sangue, o tabagismo e o sedentarismo são fatores de risco para o acidente vascular cerebral. Por isso, é de suma importância a prevenção desses fatores com hábitos alimentares saudáveis e atividade física, os quais podem prevenir também diversas patologias, como a obesidade.

O tratamento pós-AVC deve ser realizado por equipe multidisciplinar, em que o profissional nutricionista deve adequar a alimentação do paciente às complicações causadas pelo AVC, prevenindo outras sequelas e a desnutrição.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais da saúde**. Brasília, 2009.

BLACKBURN, G. L.; BISTRIAN, B. R. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 1, n. 1, p. 11-22, 1977.

CHUMLEA et al. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. **Journal of American Dietetic Association**, v. 88, p. 564-568, 1988.

CHUMLEA et al. Prediction of stature from knee height for black and White adults and children with application to mobility impaired or handicapped persons. **Journal of American Dietetic Association**, v. 94, p. 1385-1388, 1994.

COSTA, F.A.; SILVA, D.L.A.; ROCHA, V.M. Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia de Natal (RN). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, suppl., p. 1341-1348, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700068&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700068&lng=pt)>. Acesso em: 03 jan. 2015.

EINSTEIN, S.B.I.B. **Tudo sobre AVC**. 2011. Disponível em: <<http://www.einstein.br/Hospital/neurologia/tudo-sobre-avc/Paginas/tudo-sobre-avc.aspx>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

GARRITANO, C.R. et al. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 98, n.6, jun. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000600007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000600007&lng=pt)>. Acesso em: 03 jan. 2015.

HEITOR, S.F.D.; RODRIGUES, L.R.; TAVARES, D.M.S. Prevalence of compliance with healthy eating in older adults from the rural zone. **Texto & contexto – enferm.**, v.22, n.1., jan./mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100010&lng=pt)>. Acesso em: 03 jan. 2015.

KAMIMURA, M.A. et al. Avaliação Nutricional. In: **Cuppari L.** Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. Barueri: Manole, 2005.

MACIEL, Juliana Rolim Vieira; OLIVEIRA, Carlos Jorge Rocha; TADA, Cristiane de Melo Pantaleão. Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário de Brasília. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 21, n. 4, p. 411-421, ago. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000400005&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 04 maio 2015.

MEDEIROS, C.A.M. et al. Neck circumference, a bedside clinical feature related to mortality of acute ischemic stroke. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.57, n.5, set./out. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302011000500015&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000500015&lng=pt)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MEDEIROS, Safira Lince de; PONTES, Marília Pinheiro de Brito; MAGALHAES JR., Hipólito Virgílio. Autopercepção da capacidade mastigatória em indivíduos idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 807-817, dez. 2014. Disponível em: <<http://>>



[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000400807&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400807&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 maio 2015.

MIRANDA, L.P. et al. Autopercepção das condições bucais em uma população de idosos da Cidade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n.2, 2011. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232011000200007&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000200007&lng=pt)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. São Paulo: EDUSP; 2003.

PAIXÃO, C.T.; SILVA, L.D.; CAMERINI, F.G. Perfil da disfagia após um acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. **Rev. Rene, Fortaleza**, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1\\_html\\_site/a19v11n1.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a19v11n1.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SILVA, D.B. et al. Associação entre Hipertensão arterial e Diabetes em centro de saúde da família. **Revista Brasileira em Promoção da saúde**, v. 24, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2046/2340>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SORDI, Marina de et al. Importância da interdisciplinaridade na avaliação das disfagias: avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 75, n. 6, p. 776-787, dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-86942009000600002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942009000600002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 maio 2015.

SOUZA, R. et al. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 1, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232013000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan 2015.

TINÓCO, A.L.A. et al. Caracterização do padrão alimentar, da ingestão de energia e nutrientes da dieta de idosos de um município da Zona da Mata Mineira Dieta de idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.10, n.3, 2007. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232007000300005&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2015

VIANA, F.P. et al. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com sequelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.11, n.1, 2008. Disponível em: <[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232008000100003&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jan. 2015.