



Revista Brasileira em Promoção da Saúde

ISSN: 1806-1222

rbps@unifor.br

Universidade de Fortaleza

Brasil

Lima, Verineida; Áfio Caetano, Joselany; Soares, Enedina; de Sousa Araújo Santos, Zélia Maria

Fatores de risco associados à hipertensão arterial em vítimas de acidente vascular cerebral

Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 19, núm. 3, 2006, pp. 149-154

Universidade de Fortaleza

Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819305>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM VITIMAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

*Risk factors related to systemic arterial hypertension in victims of cerebral vascular accident*

Artigo original

## RESUMO

O acidente vascular cerebral constitui a terceira causa de morte no mundo. Além da hipertensão arterial sistêmica (HAS), diversos fatores preveníveis estão relacionados com o seu surgimento e a sua evolução. Este estudo objetiva identificar os fatores de risco para acidente vascular cerebral (AVC) em pacientes hipertensos internados. Trata-se de estudo descritivo, desenvolvido em um hospital filantrópico situado em Sobral-Ceará, com quatorze pacientes acometidos com AVC. Destes, 85,7% (n=12) possuíam idade superior a 65 anos e a mesma quantidade era de aposentados; 71,4% (n=10) eram do sexo feminino; 64,3% (n=9) faziam tratamento para HAS entre 1 e 3 anos; 57,2% (n=8) consumiam dieta hipossódica e esse mesmo tanto manifestou a ocorrência de um outro episódio de AVC; 78,6% (n=11) não praticavam exercício físico; a mesma quantidade era ou foi tabagista; e esse mesmo tanto havia sido acometido por acidente vascular cerebral isquêmico; 42,9% (n=6) não seguiam o esquema medicamentoso. Concluímos que os principais fatores de risco para o AVC nos referidos pacientes hipertensos foram: a idade, a não adesão ao tratamento medicamentoso, a falta de detecção precoce da hipertensão, o sedentarismo, a precariedade de mudança de hábitos alimentares e a existência de outras patologias associadas. Isto remete à importância de implementar ações de educação em saúde, a fim de conscientizar os usuários sobre a necessidade de maior adesão ao tratamento e abolição dos fatores de risco, diminuindo as complicações agudas e crônicas da HAS.

**Descritores:** Hipertensão; Fatores de risco; Acidente cérebro-vascular.

## ABSTRACT

*The Cerebrovascular accident (AVC) is the third cause of death in the world. Apart systemic arterial hypertension (HAS), many other preventable factors are related to its appearance and evolution. This study aimed at identifying the risk factors for AVC in interned hypertensive patients. It was a descriptive study held at a philanthropic hospital in Sobral-Ceará, with fourteen patients taken ill with AVC. Among those, 85.7% (n=12) were above 65 years old and the same quantitative were retired; 71,4% (n=10) were female; 64.3% (n=9) were undertaking treatment for HAS for approximately 1 to 3 years; 57.2% (n=8) consumed low-sodium diet and this same amount manifested the occurrence of another episode of AVC; 78.6% (n=11) did not practice any physical activity; the same amount were or had been smokers; and the same quantitative had been taken ill by ischemic cerebral vascular accident; 42.6% (n=6) did not follow the medicine therapy. We conclude that, the main risk factors for AVC in the referred hypertensive patients were: the age, the not adherence to the treatment, the lack of precocious hypertension detection, the sedentary lifestyle, the precariousness of diet habits changes and the existence of other associated diseases. This remits to the importance of implementing health education actions, in order to get the users to be aware about the need of a greater adherence to the treatment and to abolish risk factors, diminishing the acute and chronic complications of HAS.*

**Descriptors:** Hypertension; Risk factors; Cerebrovascular accident.

Verineida Lima<sup>(1)</sup>  
Joselany Afio Caetano<sup>(2)</sup>  
Enedina Soares<sup>(3)</sup>  
Zélia Maria de Sousa Araújo  
Santos<sup>(4)</sup>

1) Enfermeira do Programa de Saúde da Família de Morada Nova

2) Enfermeira, Doutora em Enfermagem, docente da Universidade Federal do Ceará

3) Enfermeira, Doutora em Enfermagem, livre-docente, professora aposentada da EEAP/UNIRIO, pesquisadora no Programa de Desenvolvimento Científico Regional/ DCR/CNPq/UFC.

4) Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora titular do Curso de Enfermagem e do Mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, muitas vezes assintomática, consistente na soma de fatores de risco modificáveis e não-modificáveis que contribuem para seu surgimento. Entre os fatores de risco não-modificáveis incluem-se a história familiar, idade, sexo e grupo étnico. Entre os modificáveis, estresse, vida sedentária, obesidade, nutrientes, tabagismo, etilismo e pílulas anticoncepcionais<sup>(1)</sup>. Em relação aos modificáveis, a equipe de saúde deve atuar de maneira determinante a fim de diminuir os índices de morbimortalidade provocáveis pela doença.

No diagnóstico da HAS deve-se considerar, além dos níveis tensionais, os fatores de risco, a lesão de órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Há necessidade de extrema cautela antes de rotular um paciente de hipertenso, tanto pelo risco de falso-positivo como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. A HAS é definida como pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg em pelo menos duas tomadas em momentos distintos, seguindo-se as recomendações do IV *Joint National Committee*<sup>(2)</sup>.

No caso de HAS constante, podem acontecer várias alterações, pois o coração desenvolve trabalho superior ao normal e pouco a pouco se torna insuficiente e encaminha-se para a descompensação; reduz-se a função renal; é possível surgir sinais de sofrimento cerebral e episódios do tipo epiléptico. Portanto, a HAS constitui importante fator de risco para ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), em virtude de irrigação sanguínea insuficiente.

O termo AVC significa o comprometimento súbito da função cerebral causado por inúmeras alterações histopatológicas que envolvem um ou vários vasos sanguíneos intracranianos. Os sinais e sintomas específicos do AVC estão diretamente relacionados com o local e a extensão da lesão. O AVC pode manifestar-se por *déficit* efêmero ou por seqüelas graves. Após AVC, alguns pacientes continuam lúcidos, enquanto outros podem apresentar confusão mental, delírio, amnésia, sonolência ou estado de coma<sup>(1)</sup>.

Embora os esforços preventivos tenham provocado significativo declínio em sua incidência nos últimos anos, o AVC é a terceira causa de morte. Há cerca de dois milhões de pessoas que sobreviveram aos AVC, as quais permanecem com alguma capacidade; destas, 40% necessitam de assistência nas atividades diárias<sup>(3)</sup>.

Os fatores de risco individuais para o AVC são conhecidos já há algum tempo. Recomenda-se, então, a prevenção primária, com vistas à modificação de alguns desses fatores, como hipertensão, colesterol sérico, tabagismo, obesidade, redução da tolerância à glicose, uso

de contraceptivos orais em pessoas de risco e dieta rica em gordura saturada<sup>(4)</sup>.

Manter índices pressóricos controlados é a meta para o tratamento da HAS, porquanto a doença caracteriza-se pela inexistência de “cura” e necessidade de tratamento por toda a vida. Como parte do tratamento, exige-se redução do peso, restrição ao uso do álcool, do sódio e tabaco, exercícios e relaxamento<sup>(5)</sup>. Ademais, o tratamento para HAS não consiste apenas na terapia farmacológica, mas, sobretudo, na mudança de hábitos de vida, nos quais se incluem a alimentação e os exercícios físicos como fundamentais para que os níveis da pressão arterial atinjam valores normais.

Apesar de grandes avanços em relação ao arsenal terapêutico para o tratamento da HAS, isto não é sinônimo de controle, pois a falta de adesão ao tratamento constitui-se um dos maiores problemas no controle da HAS, ocorrendo em até 40% dos pacientes, por diversos motivos. Diminuir essa proporção é um dos grandes desafios no tratamento da HAS<sup>(5)</sup>. As complicações da HAS, no entanto, podem ser evitadas mediante cuidados específicos, mas deve existir equilíbrio entre o tratamento farmacológico, a alimentação e a atividade física.

No serviço de neurologia, na Região Norte do Ceará, realizamos uma observação empírica nos prontuários, durante o primeiro semestre letivo de 2003, com o objetivo de investigar o número de pacientes hipertensos acometidos por acidente vascular cerebral no ano de 2002. Conforme apontaram os resultados, dos 232 prontuários pesquisados, 139 eram pacientes hipertensos. Esse dado corresponde a 60% da população estudada. Nesse estudo, percebemos expressiva quantidade de pacientes portadores de HAS internados na unidade, acometidos por um AVC por falta de controle dos níveis pressóricos e não-adesão ao tratamento. Este trabalho tem como objetivo identificar os fatores de risco para AVC em pacientes hipertensos internados com este agravio, em um hospital filantrópico situado em Sobral – Ceará.

## MÉTODO

Estudo descritivo realizado no Serviço de Neurologia de uma instituição pública benéfice localizada na cidade de Sobral-CE, que funciona desde janeiro de 1990 e possui atualmente 29 leitos. Esta unidade hospitalar é responsável pela promoção e recuperação da saúde de pacientes neurológicos, tanto em tratamento clínico como em cirúrgico.

Participaram do estudo quatorze pacientes portadores de HAS com diagnóstico de AVC internados no setor de neurologia. Os dados foram coletados de setembro a novembro de 2003, no período da tarde, de segunda à sexta-feira, mediante entrevista estruturada e exame

físico. Esta insuficiência numérica decorreu de alguns fatores que dificultaram a identificação dos casos, como ausência de equipamentos radiológicos para exames de complementação diagnóstica (tomografia, ressonância magnética) e diagnóstico médico confirmado. Consideramos significativo o número de participantes pela realidade local, pois existe uma série de dificuldades de recursos materiais para o diagnóstico da doença.

A pressão arterial foi aferida de forma padronizada, estando o paciente sentado, com o braço na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido<sup>(6)</sup>, utilizando-se esfigmomanômetro de coluna de mercúrio, graduado de 0 a 300, previamente calibrado.

Para a entrevista, utilizamos um roteiro estruturado, contendo características demográficas dos participantes, considerando: sexo, idade, escolaridade e ocupação e fatores que interferem na hipertensão ao risco de AVC, nos quais incluímos: tempo do diagnóstico da doença e de tratamento, adesão ao tratamento, aspectos da alimentação, realização de exercício físico, tabagismo, consumo de álcool, outras patologias associadas, ocorrência de episódio de AVC, níveis pressóricos, comprometimento neurológico e tipo de AVC; estilo de vida; resultado de aferição de pressão arterial e peso bem como resultado de exames laboratoriais.

O instrumento foi submetido à avaliação aparente e de conteúdo por profissionais que trabalham na área e testado com pacientes, por meio de teste piloto. Vale ressaltar que os pacientes submetidos ao teste piloto não participaram da pesquisa, e o instrumento foi testado em três pacientes da emergência com diagnóstico de AVC.

Antes, porém, para a realização deste estudo, conforme exigido, emitimos um ofício, acompanhado do projeto, à direção da instituição, solicitando permissão para realização da pesquisa, o qual foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA), sob número do protocolo 106.

Os resultados foram apresentados em quadros, com cálculo de valores absolutos e relativos, além de discussão crítica fundamentada na literatura pertinente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos entrevistados, quatro eram homens e dez eram mulheres. Em virtude das mudanças pelas quais têm passado as mulheres nos últimos anos, com o acúmulo de funções: mãe, esposa e profissional atuante no mercado de trabalho, há nelas o aumento da incidência de doenças cardíacas<sup>(7,8)</sup>.

Os pacientes estudados encontravam-se na faixa etária entre 50 e 83 anos, sendo o maior número acima de 65 anos (Tabela I). Dos participantes acometidos por AVC, doze

estavam com idades superiores a 65 anos e somente dois tinham idade inferior a essa. Conforme dados estatísticos, 70% dos AVC ocorrem em pessoas com mais de 65 ano<sup>(9)</sup>. No que se refere à idade de maior ocorrência de casos de AVC, confirmam os achados deste estudo.

**Tabela I:** Distribuição dos pacientes segundo as características sociodemográficas. Sobral-CE, 2003.

Características	f	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	4	28,6%
Feminino	10	71,4%
<b>Idade</b>		
< 65 anos	2	14,3%
> 65 anos	12	85,7%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	8	57,2%
Ensino fundamental	1	7,1%
Ensino médio	4	28,6%
Ensino superior	1	7,1%
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	12	85,7%
Prendas do lar	2	14,3%

Os achados condizem com as referências, pois segundo estas o aumento da idade é um fator de risco para o AVC, e, segundo sabemos, na terceira idade, os capilares ficam mais rígidos e estreitos, exigem, portanto, maior esforço do coração para bombear o sangue, ocasionando assim a elevação da pressão arterial<sup>(10)</sup>. Isso, associado a outros fatores ambientais acumulados ao longo da idade, aumenta significativamente a possibilidade de desenvolvimento de AVC, pois quanto maior for o número de fatores de risco maior será a chance de desenvolvimento da doença e de suas complicações<sup>(11)</sup>.

Referente à escolaridade, obtivemos os seguintes achados: oito eram analfabetos; um possuía o ensino fundamental; quatro o ensino médio e um tinha ensino superior. Portanto, a escolaridade da maioria era elementar, visto que o público de analfabetos e com curso fundamental e médio chegou a 92,9 %.

Quanto à situação financeira, doze relataram ser aposentados, enquanto duas se ocupavam do lar. Em estudos anteriores sobre infarto agudo do miocárdio em mulheres, dados estatísticos mostraram que 63,2% das acometidas possuíam ocupação de dona de casa, e 22,3% eram aposentadas e 14,5% exerciam atividades remuneradas<sup>(8)</sup>. Referentemente aos aposentados e pensionistas, estuda-se a relação entre o sedentarismo, muitas vezes presente nesse grupo, e a hipertensão<sup>(9)</sup>.

**Tabela II:** Distribuição dos pacientes segundo os fatores de risco para AVC. Sobral-Ceará, 2003.

Fatores de risco para AVC	f	%
<b>Tempo de doença e detratamento para hipertensão</b>		
1-3 anos	9	64,3
5-10 anos	5	35,7
<b>Adesão ao tratamento</b>		
Sim	8	57,2
Não	6	42,8
<b>Alimentação</b>		
Sem restrições	3	21,4
Adição de adoçante, sem açúcar e gordura	3	21,4
Hipossódica	8	57,2
<b>Exercício físico regular</b>		
Sim	3	21,4
Não	11	78,6
<b>Tabagismo</b>		
Sim	11	78,6
Não	3	21,4
<b>Alcoolismo</b>		
Sim	1	7,1
Não	13	92,9
<b>Doenças associadas</b>		
Sim	9	64,3
Não	5	35,7
<b>Tipos de AVC</b>		
Isquêmico	11	78,6
Hemorrágico	2	14,3
Ignorado	1	7,1

Conforme os resultados, a HAS é o maior fator de risco para a ocorrência do AVC. A falta de controle dos níveis tensionais pela ineficácia do tratamento faz com que o portador de hipertensão seja acometido por complicações. Dos participantes deste estudo, nove realizavam o tratamento para HAS entre 1 e 3 anos, enquanto apenas cinco o realizavam entre 5 e 10 anos. Segundo constatamos, a maioria dos pacientes fazia tratamento há pouco tempo e já apresentavam complicações crônicas, entre estas o AVC. Fato que demonstra a ineficácia do tratamento ou mesmo a falta de detecção precoce da hipertensão.

O tratamento farmacológico da HAS consiste em controlar os níveis pressóricos; prevenir e reverter as lesões em órgãos-alvo e os fatores de risco e diminuir a mortalidade. A terapia farmacológica trouxe grandes benefícios, pois consegue modificar os níveis tensionais que possuem efeitos adversos cada vez mais irrelevantes comparados às complicações proporcionadas por níveis tensionais elevados. O resultado desse sucesso traduziu-

se em grande diminuição de complicações, como o AVC, aneurisma dissecante e a insuficiência cardíaca<sup>(10)</sup>.

A não-adesão ao tratamento consiste em um obstáculo para os profissionais de saúde, pois prevenir e tratar a HAS envolve mudanças de hábitos, porquanto a implementação dessas mudanças é lenta, e, na maioria das vezes, não é mantida com a continuidade necessária para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações anti-hipertensivas efetivas e permanentes.

O tratamento farmacológico é considerado essencial para o controle dos níveis pressóricos. De acordo com o apontado por estudos isolados, a falta de controle da hipertensão gira em torno de 30% a 40%, podendo chegar a 56%<sup>(12)</sup>. Essas informações vêm corroborar os dados por nós levantados acerca da adesão terapêutica farmacológica: oito dos participantes relataram estar tomando a medicação conforme prescrição médica, enquanto seis referiram ter deixado de tomar a medicação; destes, três afirmaram tomá-la somente quando se sentiam mal; e os demais alegaram a falta do medicamento como motivo para não tomá-lo.

Por ser a alimentação saudável um dos pilares para o sucesso no tratamento da HAS e prevenção do AVC, este item também foi abordado. Os participantes mencionaram a ingestão de quatro a cinco refeições diárias, porém, quando indagados acerca das restrições dietéticas, três referiram não seguir nenhuma restrição e oito relataram terem uma alimentação hipossódica. Destes, cinco comentaram acerca da diminuição da ingestão de gorduras e três referiram ter adicionado o adoçante, evitando o consumo de açúcar e gordura.

Estudos comparativos de dieta hipossódica com dieta habitual, com ou sem redução de peso, demonstram efeito modesto na redução da pressão arterial somente com restrição salina. Por isto, deve-se levar em consideração que a dieta do hipertenso deve conter também frutas, verduras e laticínio de baixo teor de gordura, os quais proporcionam efeito favorável na redução da pressão arterial e no acidente vascular cerebral<sup>(13)</sup>.

O excesso de ingestão calórica e o sedentarismo são as principais causas para a obesidade. É necessária, portanto, uma atuação educativa no concernente à reeducação alimentar para a manutenção de um organismo saudável, o que previne todas as complicações agudas e crônicas que a dislipidemia proporciona, entre elas, a HAS. Portanto, os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um Índice de Massa Corporal (IMC) < 25 kg/m<sup>2</sup> e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm em mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial<sup>(14)</sup>.

Estatísticas americanas mostram que a prevalência de 23,9% de pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg

na população com sobrepeso (IMC entre 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) em comparação com 17,5% na população com IMC < 25 kg/m<sup>2</sup> e a prevalência de HAS nos obesos é de 35,5%<sup>(13)</sup>.

Redução do excesso de peso em pelo menos 5%, restrição dietética de sódio e prática de atividade física regular são fundamentais para o controle pressórico, além de atuarem favoravelmente sobre a tolerância à glicose e perfil lipídico<sup>(15)</sup>.

O exercício físico regular é uma estratégia eficaz para reduzir complicações clínicas decorrentes da HAS<sup>(5)</sup>. Conforme detectamos neste estudo, apenas três dos participantes praticavam a caminhada e/ou a hidroginástica, enquanto onze não adotavam qualquer tipo de exercício. Um estudo realizado com 32 internos de uma unidade hospitalar, com diagnósticos de não-controle da HAS, detectou que 81,2% não fazem atividade física e apenas 18,8% o fazem<sup>(5)</sup>. Este estudo condiz com nossos achados, os quais demonstram que a grande maioria dos pacientes hipertensos não percebe a importância do exercício físico para o controle dos níveis pressóricos.

Hipertensos fisicamente treinados, especialmente por meio de exercícios aeróbios e dinâmicos, tendem a apresentar uma redução modesta, embora clinicamente relevante dos níveis tensionais. Exercício físico regular também tem se mostrado uma estratégia eficaz para reduzir complicações clínicas decorrentes da HAS, tais como o AVC<sup>(16)</sup>.

A dieta deve ter como objetivos: reduzir a ingestão excessiva de cafeína, gorduras e induzir um balanço negativo de sódio. É recomendável também aumentar a ingestão de cálcio, potássio, pois estes íons têm a capacidade de influenciar na tensão da parede arterial, restrição da ingestão de bebidas alcoólicas e adequação do peso corporal<sup>(17)</sup>.

Em relação ao tabagismo, três participantes referiram nunca terem feito uso do tabaco; cinco eram tabagistas há mais de trinta anos, e seis abandonaram o vício há mais de dez anos. Consoante observamos, havia uma boa parcela de abandono de vício, a demonstrar o início de uma conscientização da população acerca dos malefícios do tabagismo.

O otelismo é também considerado fator para a elevação da pressão arterial. O consumo de grandes quantidades de bebidas alcoólicas associa-se ao risco cardiovascular elevado<sup>(18)</sup>. Dos participantes, treze não relataram o uso desse tipo de bebida, enquanto apenas um fazia uso de bebidas alcoólicas há aproximadamente quarenta anos.

Outro fator de risco mencionado foi o uso de anticoncepcionais, tido como fator de risco para o AVC nos pacientes hipertensos. Os dados obtidos correspondem a 100% das mulheres abordadas que não faziam ou não fizeram uso deste método contraceptivo, associamos este resultado ao fator idade, pois a maioria tinha idade acima de 65 anos, sem contar que antigamente os métodos contraceptivos não

eram tão divulgados, e, consequentemente, não eram usados com tanta freqüência.

Ao indagarmos se apresentavam outras patologias associadas à hipertensão, apenas cinco relataram não apresentarem, enquanto nove referiram outras doenças. Das doenças relatadas, cinco foram provenientes de pacientes hipertensos e diabéticos; dos participantes diabéticos, um era cardiopta. Estes fatores, quando associados, aumentam o risco de AVC<sup>(19)</sup>. Outro fator de risco foi a doença cardíaca, correspondendo a 28,6 % dos participantes.

A ocorrência anterior de AVC é um fator de risco importante para provocar novo AVC<sup>(20)</sup>. Dos participantes, seis relataram não ter apresentado nenhum outro episódio de AVC, e oito manifestaram a ocorrência de outro AVC, dos quais, dois já estavam no terceiro episódio.

Quando indagados acerca dos sintomas apresentados, e o que os levou a procurar o hospital, dez referiram a parestesia, paresia ou plegia nos membros inferiores. Outros sintomas referidos foram: desorientação e desmaio, cefaléia e hemianopsia. Este dado condiz com a literatura quando refere que, imediatamente após um AVC, surge comumente a hemiplegia, com recuperação gradual da função de alguns músculos, mais comumente os das pernas e braços, e menos freqüentemente os das mãos<sup>(21)</sup>.

Isso porque as possíveis incapacidades associadas ao AVC dependem do comprometimento dos hemisférios cerebrais acometidos. O AVC do hemisfério esquerdo proporciona hemiparesia ou hemiplegia direita, comportamento lento, defeito do campo visual direito, disfasia de expressão. No hemisfério direito, ocorrem hemiparesia ou hemiplegia esquerda, déficits de percepção, diminuição da capacidade de julgamento, distração, comportamento impulsivo e defeito do campo visual esquerdo. Percebe-se que, logo no início do AVC, o portador já apresenta *déficit* neurológico, como a incapacidade de movimentação, o que limitará suas atividades básicas, fazendo-o muitas vezes depender de outras pessoas<sup>(4)</sup>.

Por isso, a finalidade da terapêutica para hipertensão é reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores de pelo menos 140mmHg para a pressão sistólica e de 90mmHg para a pressão diastólica. Os dados referentes à pressão arterial inicial mostram índices superiores a estes, consequentemente são prejudiciais e podem levar a lesão no cérebro. Em relação à pressão arterial sistólica, seis pacientes apresentaram valor igual ou menor que 140mmHg; cinco entre 150mmHg e 180mmHg, e três superiores a 200mmHg. Como indica este dado, oito manifestaram valores sistólicos superiores ao esperado. Quanto à pressão arterial diastólica, sete mostraram níveis tensionais iguais a 80mmHg e sete entre 100mmHg e 120mmHg.

A pressão sistólica tende a aumentar com a idade, e a diastólica eleva-se até os 50 anos em homens e 60 anos em

mulheres, tendendo a declinar após esta faixa etária. Mais da metade da população idosa é portadora de HAS , sendo predominantemente sistólica, o que dificulta o tratamento da doença<sup>(16)</sup>.

Em relação ao tipo de AVC, onze dos participantes foram acometidos por AVC isquêmico; em um deles foi ignorado o tipo de AVC e dois AVC hemorrágico. Os AVCS do tipos hemorrágico são menos freqüentes<sup>(9)</sup>.

## CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos, conclui-se que fatores como idade (>65 anos), sedentarismo, tabagismo, comorbidades e doenças associadas (diabetes mellitus) foram fatores de risco importantes na associação entre hipertensão arterial e acidente vascular cerebral na amostra da população estudada.

Apesar de termos identificado certo perfil comum neste grupo, faz-se necessária sua ampliação numérica para se estabelecer um perfil mais fiel do paciente com HAS e AVC, podendo-se, para isso, utilizar os mesmos critérios deste estudo.

Refletirmos sobre os fatores de riscos para o AVC, e ressaltarmos a HAS como o mais significativo deles é de extrema importância para a promoção da saúde do idoso, pois há um aumento significativo na população idosa brasileira, e então é preciso estar sempre alerta para a interação da idade aos níveis pressóricos, percebendo a existência de outros fatores de risco, a fim de prevenir a patologia, como também controlá-la nos casos já diagnosticados. Assim tende-se a proporcionar melhor qualidade de vida à população anciã.

A equipe multiprofissional desempenha função importante nos diversos níveis de atenção à saúde, tanto assistencial como educadora, por isto cabe-lhe atuar de forma decisiva na identificação de pessoas portadoras de HAS, a fim de conscientizá-las para a prevenção de complicações, entre estas o AVC, por ser a mais freqüente na população idosa.

## REFERÊNCIAS

1. Black JM, Matassarin-Jacobs E. Luckmann & Sorensen Enfermagem médica-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996; 1225-40.
2. Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. The sixth report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VI). Arch Intern Med 1997; 157: 2413-46.
3. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médica-cirúrgica. 8<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
4. Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6<sup>a</sup>ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1997. p. 666-77.
5. Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(3): 415-22.
6. Terent A, Breig-Asberg E. Epidemiological perspective of body position and arm level in blood pressure measurement. Blood Press 1994; 3: 156-63.
7. Lopes MVO, Araújo TL. Aspectos epidemiológicos de mulheres com angina pectoris. In: Damasceno MMC, Araújo TL, Fernandes AFC. Transtornos vitais no fim do século XX: diabetes mellitus, distúrbios cardiovasculares, câncer, AIDS, tuberculose e hanseníase. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura. 1999. p. 55-62.
8. Dantas RAS, Colombo RCR, Aguillar OM. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio segundo o modelo de “campo de saúde”. Rev Latino-am Enfermagem 1999; 7(3): 63-8.
9. Bertolami MC. Derrame cerebral, o controle dos fatores de risco. Rev Cuidados Vida. [periódico na internet]. 1999 [Acesso em: 2003 Out 8]. Disponível em : <http://www.biosintetica.com.br/home.php>
10. Ribeiro AB. Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica. Atheneu. São Paulo; 1996.
11. Moreira TMM, Araújo TL. Falta de adesão ao tratamento da hipertensão: características de uma clientela distinta. Rev RENE 2001; 2(2): 39-46.
12. Kohlmann Jr O Coordenador, Avezum A, Ribeiro AB, Gomes CA, Giorgi DMA. Tratamento Medicamentoso segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2004; 82 (supl 4).
13. Amodeo C Coordenador, Negrão CE, Ferreira C, Cunha CPda. Tratamento Não-medicamentoso segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Brás Cardiol 2004; 82 (supl 4).
14. Guimarães AC. Sobrepeso e obesidade: fatores de risco cardiovascular. Rev. Hipertensão [periódico on line] 2001. [Acesso em: 2003 Set 3]; 4(3) Disponível em URL: <http://www.educacaofisica.org/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=48>.

- 
15. Pascoal IF Coordenador, Massaro A, Atallah AN, Brandão A, Freitas EV de. Tratamento da hipertensão arterial em situações especiais segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2004; 82 (supl. 4).
  16. Araújo CGSD. Fisiologia do Exercício Físico e Hipertensão Arterial: uma breve introdução. *Rev Bras Hipertensão* [periódico on line] 2001. [Acesso em 2003 Set 3]. Disponível em URL: <http://www.sbh.org.br/revista/2001-n3-v4/modulo-tematica-1.asp>.
  17. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller ER 3rd, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin PH. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001; 344(1): 3-10.
  18. Mion Jr D Coordenador, Guimarães AC, Palmeira CS, Forjaz CL. Prevenção primária segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2004; 82 (supl. 4).
  19. Eguchi K. Acidentes vasculares cerebrais silenciosos. *J American Heart Association*, [periódico on line] 2003. [Acesso em 2003 Set 3]. Disponível em URL: <http://www.sbh.org.br/notícias.asp?codigo=178>.
  20. Ruperez I, Llorente P. Geriatria: guias práticos de enfermagem. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2001.
  21. Uenishi EK. Enfermagem médica-cirúrgica em unidade de terapia intensiva. São Paulo: Senac; 1994. Série apontamentos de saúde.

**Endereço para correspondência:**

Joselany Áfio Caetano  
Rua Aécio Cabral 300, Casa 400, Cacó  
CEP: 60135-480 – Fortaleza-CE  
E-mail: [joselanyafio@uol.com.br](mailto:joselanyafio@uol.com.br)