

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: PERFIL DE INDICADORES DE RISCO**CEREBROVASCULAR ACCIDENT (STROKE): RISK INDICATORS PROFILE**ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: PERFIL DE INDICADORES DE RIESGO*RAFAELLA PESSOA MOREIRA¹THELMA LEITE DE ARAÚJO²TÁLISSA FROTA CAVALCANTE³NIRLA GOMES GUEDES⁴MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA LOPES⁵ALICE GABRIELLE DE SOUSA COSTA⁶DANIEL BRUNO RESENDE CHAVES⁷

O conhecimento dos indicadores de risco auxilia na construção de estratégias mais eficazes de intervenção junto às pessoas com acidente vascular encefálico (AVE). O objetivo do estudo foi identificar os indicadores de risco nos clientes que sobreviveram ao AVE. Estudo transversal, realizado com 121 clientes que frequentavam unidades de reabilitação em Fortaleza. Dados coletados de novembro de 2007 a março de 2008, por meio de entrevista. A média de idade foi de 61,6 anos ($\pm 12,4$). A maioria era do sexo masculino (52,9%). Os clientes apresentaram em média 1,4 ($\pm 1,0$) episódios de AVE. Entre os indicadores de risco, o mais presente foi a hipertensão arterial (85,1%), seguido do sedentarismo (58,7%) e dislipidemias (29,8%). Conclui-se que a hipertensão arterial foi o indicador de risco mais presente e que medidas de controle desta doença devem ser implementadas para reduzir o risco de novos AVEs.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem; Acidente Cerebral Vascular; Fatores de Risco.

The knowledge about risk indicators can more effectively subsidize strategies formulation to people with stroke. The aim of the study was to identify the risk indicators in stroke survivors. This is a cross-sectional study, developed with 121 patients of rehabilitation units in Fortaleza. The data were collected from November 2007 to March 2008, through interviews. The average age of the patients ($\pm 12,4$) was 61,6 years. Most of them were male (52,9%). The patients presented an average of 1,4 ($\pm 1,0$) stroke episodes. Among the risk indicators that most of them presented was hypertension (85,1%), followed by sedentary lifestyle (58,7%) and dislipidemia (29,8%). It was concluded that hypertension was the most common risk indicator in the patients and that control measures could be implemented to reduce the risk of other stroke events.

DESCRIPTORS: Nursing; Stroke; Risk Factors.

El conocimiento de los indicadores de riesgo auxilia en la construcción de estrategias más eficaces de intervención en las personas con accidente cerebrovascular (ACE) El objetivo del estudio fue identificar los indicadores de riesgo en los clientes que sobrevivieron a esta enfermedad. Estudio transversal, realizado con 121 clientes que frecuentaban unidades de rehabilitación en Fortaleza. Datos recogidos de noviembre del 2007 a marzo del 2008, a través de entrevista. El promedio de edad fue 61,6 años ($\pm 12,4$). La mayoría era del sexo masculino (52,9%). Los clientes presentaron en promedio 1,4 ($\pm 1,0$) episodios de ACV. De los indicadores de riesgo, el de mayor presencia fue la hipertensión arterial (85,1%), seguido por el sedentarismo (58,7%), y dislipidemias (29,8%). Se concluye que la hipertensión arterial fue el indicador de riesgo más percibido y que las medidas de control de esa enfermedad deben ser implementadas para reducir el riesgo de nuevos ACV.

DESCRIPTORES: Enfermería; Accidente Cerebrovascular; Factores de Riesgo.

* Trabalho extraído da dissertação de mestrado intitulada Acidente vascular encefálico- análise dos diagnósticos de enfermagem da classe atividade/exercício, desenvolvida no Projeto Integrado Cuidado em Saúde Cardiovascular- CNPq, nº 306149/2006-0.

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Católica Rainha do Sertão. Endereço: Rua Homem de Melo, 933, Casa M2. Cambéa. CEP: 60822-345 Fortaleza — Ceará. Brasil. E-mail: rafaellapessoa@hotmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisadora CNPq. Brasil. E-mail: thelmaraujo2003@yahoo.com.br

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Católica Rainha do Sertão. Brasil. E-mail: talissafc@yahoo.com.br.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Brasil. e-mail: nirlagomes@hotmail.com.

⁵ Doutor em Enfermagem. Docente do curso de Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Pesquisador CNPq. Brasil. E-mail: marcos@ufc.br

⁶ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Brasil. e-mail: alice_gabrielle@yahoo.com.br.

⁷ Enfermeiro Assistencial do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Brasil. E-mail: dbresende@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

As taxas de incidência do acidente vascular encefálico (AVE) variam muito de uma população para outra, motivo para que se investiguem as causas em todo mundo. Muita dessa heterogeneidade de incidência de AVE pode dever-se a diferenças de prevalência de indicadores de risco entre as populações. A hipertensão arterial, o fumo, o diabetes mellitus e a dislipidemias são os principais indicadores de risco para o AVE e todos são responsáveis por aterosclerose cerebral⁽¹⁾.

O acidente vascular encefálico é uma patologia com grandes repercussões para a saúde pública, pois, atualmente, é a primeira causa de mortalidade no Brasil e de incapacidades em adultos. Em 2003, no Nordeste, a taxa de mortalidade pelo AVE foi 54,6/100 mil habitantes⁽²⁾.

O estudo é importante, pois em decorrência da magnitude da doença, a detecção e o controle dos indicadores de risco para o acidente vascular encefálico são tarefas prioritárias, pois permitem a redução significativa da incidência e recidiva do AVE por intermédio de mudanças de hábitos de vida⁽³⁾.

A prevenção do acidente vascular encefálico é uma obrigação que desafia todos os envolvidos com o cuidado de saúde. Para isto, o plano assistencial de enfermagem deve incluir a educação do cliente com vistas à prevenção de sua ocorrência e à promoção da saúde e reabilitação após a doença instalada⁽⁴⁾.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: quais são os indicadores de risco mais presentes em clientes que sobreviveram ao AVE? O conhecimento desses indicadores auxilia o enfermeiro na construção de estratégias mais eficazes de intervenção junto aos clientes portadores de AVE. Diante disso, o objetivo do estudo foi identificar a prevalência dos indicadores de risco em clientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo observacional de natureza transversal, realizado com 121 clientes em oito unidades da Associação Beneficente Cearense de Reabilitação (ABCR) na cidade de Fortaleza-Ce que assistem às pessoas que são portadoras de sequelas provenientes do acidente vascular encefálico.

Para a composição da amostra estabeleceram-se os seguintes critérios: a) ser cadastrado na ABCR; b) ter apresentado pelo menos um episódio de acidente vascular encefálico, com diagnóstico confirmado por médico; c) ter idade acima de 18 anos.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2007 a março de 2008 na sua totalidade com a fonte de tipo primário, por meio de entrevista. No caso de pessoas impossibilitadas ou com dificuldade de se comunicar verbalmente e/ou com diminuição da capacidade cognitiva, os dados da entrevista foram obtidos com seu acompanhante.

O formulário de coleta foi submetido à opinião de dois enfermeiros especialistas no cuidado aos clientes com acidente vascular encefálico e a um pré-teste com uma clientela similar, com vistas a verificar sua adequação aos objetivos estabelecidos no estudo. O instrumento no pré-teste foi aplicado com dez clientes que foram excluídos do estudo final.

Para a análise do cálculo de massa corporal foi utilizado o Índice de Massa Corporal classificado em: Baixo peso < 18,5; Normal — 18,5 a 24,9; Sobrepeso — 25 a 29,9; Obesidade grau I — 30 a 34,9; Obesidade grau II — 35 a 39,9; Obesidade grau III (obesidade extrema) ≥ 40 ⁽⁵⁾. Como sedentários foram incluídos os indivíduos que praticavam atividade física menos de três vezes por semana e/ou com duração inferior a trinta minutos⁽⁶⁾.

Sobre o uso de álcool, fumo e anticoncepcional foi considerado presente quando o cliente mantinha este hábito no período atual da coleta de dados. Caso fosse informado uso anterior interrompido, era registrado como ausente atualmente. Se o cliente jamais

havia feito uso de álcool, fumo e anticoncepcional registrava-se como ausente.

Para avaliação do consumo do álcool, levaram-se em conta as quantidades descritas como permitidas pela V Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial⁽⁷⁾. A quantidade de cigarros para o cliente ser considerado como tabagista atual ou anterior foi determinada pelo consumo de mais de dois cigarros por dia⁽⁸⁾.

Determinados indicadores de risco: diabetes mellitus, cardiopatia, dislipidemia, uso de álcool, drogas ilícitas, tabagismo e de anticoncepcional foram reconhecidos como presentes quando havia referência explícita do entrevistado. O mesmo critério adotou-se para a hipertensão.

Ressalta-se que alguns itens apresentaram número total de clientes inferior a 121, pois em alguns casos não se obteve resposta do participante.

Os dados foram compilados no software Excel, em forma de planilhas, enquanto a análise estatística foi feita no programa EpiInfo versão 3.2 e apresentados em forma de tabela.

Como previsto, o início do estudo pressupunha a autorização da diretoria das ABCR para sua realização. Após a anuência de todas as diretorias, a proposta do estudo foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (CEP), recebendo parecer favorável sob o número de protocolo: 211/7.

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e concordaram em participar voluntariamente do estudo, sendo garantido seu anonimato. Contudo, o termo de consentimento dos clientes em situação de substancial diminuição em suas capacidades de discernimento cognitivo e no aparato motor da fala foi assinado por seus representantes legais, sem suspensão do direito de informação ao indivíduo, no limite da sua capacidade.

RESULTADOS

Entre os 121 clientes que sobreviveram ao acidente vascular encefálico a maioria era do sexo masculino (52,9%). A média de idade foi de 61,6 anos ($\pm 12,4$). As variáveis escolaridade e renda familiar evidenciaram distribuição assimétrica (valor $p < 0,05$). Portanto, metade da amostra do estudo frequentou a escola por até cinco anos e possuía renda *per capita* de até duzentos e sete reais. Os clientes apresentaram em média 1,4 ($\pm 1,0$) episódios de AVE.

Na Tabela 1 consta a distribuição dos clientes com acidente vascular encefálico segundo os indicadores de risco.

Tabela 1 — Distribuição dos clientes com acidente vascular encefálico segundo os indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares. Fortaleza, 2008

Indicadores de risco para as doenças cerebrovasculares ¹	Nº	%	Estatísticas	Total de clientes
Hipertensão arterial	103	85,1	IC 95% ² 77,5% — 90,9%	121
Diabetes mellitus	28	23,1	IC 95% ² 16,0% — 31,7%	121
Cardiopatia	28	23,1	IC 95% ² 16,0% — 31,7%	121
Dislipidemia	36	29,8	IC 95% ² 21,8% — 38,7%	121
Sedentarismo	71	58,7	IC 95% ² 49,4% — 67,6%	121
Tabagismo ativo	18	15,0	IC 95% ² 9,1% — 22,7%	120
Não	56	46,7	37,5% — 56,0%	
Não atualmente	46	38,3	29,6% — 47,6%	
Tabagismo passivo	23	19,3	IC 95% ² 12,7% — 27,6%	119
Não	93	78,2	69,6% — 85,2%	
Não atualmente	3	2,5	0,5% — 7,2%	
Bebida alcoólica	17	14,0	IC 95% ² 8,4% — 21,5%	121
Não	61	50,4	41,2% — 59,6%	
Não atualmente	43	35,5	27,0% — 44,8%	
Uso anticoncepcionais	8	14,5	IC 95% ² 6,5% — 26,7%	55
Não	40	72,7	59,0% — 83,9%	
Não atualmente	7	12,7	5,3% — 24,5%	
Classificação IMC ³	5	4,5	IC 95% ² 1,5% — 10,3%	110
Baixo peso	38	34,5	25,7% — 44,2%	
Normal	33	30,0	21,6% — 39,5%	
Sobrepeso	34	30,9	22,4% — 40,4%	

¹Todos os fatores de risco foram obtidos por meio da informação do cliente e/ou do seu acompanhante. ²IC — Intervalo de Confiança de 95%. ³IMC — Índice de Massa Corporal.

Em relação às situações clínicas favoráveis ao maior risco para o desenvolvimento do acidente vascular encefálico, a hipertensão arterial foi a doença mais frequente entre os clientes (85,1%). Outras morbididades como diabetes mellitus e cardiopatias estiveram presentes em 23,1% dos participantes. Quanto às dislipidemias, que se caracterizam pela presença da hipercolesterolemia e da hipertrigliceridemia, foram referidas por 29,8% dos clientes.

Com referência aos hábitos de vida mantidos pelos portadores de acidente vascular encefálico que constituem indicadores de risco para o desenvolvimento de um novo episódio de acidente vascular encefálico e outras doenças cerebrovasculares e cardiovasculares, o sobrepeso e a obesidade (60,9%) foram os mais constantes, seguidos de sedentarismo (58,7%), tabagismo passivo (19,3%), tabagismo ativo (15%), bebida alcoólica (14%) e uso de anticoncepcionais (7,6%).

Determinadas práticas como tabagismo e uso de bebida alcoólica, apesar de não serem hábitos atuais na maioria dos clientes, são indicadores de risco presentes em fases anteriores da vida dos participantes, pois 38,3% foram fumantes e 35,5% foram alcoólatras.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A literatura associa diversos indicadores de risco às doenças cerebrovasculares e entre estes se destaca a hipertensão arterial como um dos mais importantes e fortemente correlacionados ao acidente vascular encefálico. Vários estudos detectaram a hipertensão arterial como o indicador de risco mais frequente entre os clientes portadores de AVE^(3,8-9).

A hipertensão arterial eleva em cerca de três a quatro vezes o risco de acidente vascular encefálico. Em face da sua alta prevalência, a hipertensão pode ser considerada diretamente responsável por até metade dos casos de AVE⁽¹⁰⁾.

De acordo com a literatura, aumento de 20 mmHg na PAS ou 10 mmHg na PAD, em um indivíduo

adulto ou idosos, está associado com um aumento na mortalidade por acidente vascular encefálico⁽¹¹⁾. Desta forma, significado especial tem sido atribuído à hipertensão arterial sistólica, mesmo em clientes idosos, pois esta provavelmente é uma causa direta do AVE, independente dos seus efeitos aterogênicos⁽¹⁰⁾.

Ainda de acordo com a literatura, as doenças cardíacas constituem o segundo mais importante indicador de risco para o AVE, especialmente para os quadros de oclusão trombótica e oclusão embólica⁽¹²⁾. Segundo este autor 24,6% dos clientes com AVE da sua pesquisa apresentavam cardiopatias. Em trabalho realizado com 356 prontuários de clientes internados com AVE em um hospital de ensino no interior do Estado de São Paulo, as cardiopatias constaram como principal indicador de risco modificável nos clientes portadores de hipertensão⁽⁴⁾. Como descrito pela *American Heart Association*⁽¹³⁾, a ocorrência de AVE é mais que o dobro em indivíduos com insuficiência cardíaca do que naqueles com o coração normal.

Ao contrário da hipertensão e das doenças cardíacas, relações diretas entre risco de AVE e colesterol sérico total, LDL elevados ou HDL baixo não estão ainda bem estabelecidos. Em geral, as mortes por doenças coronarianas atribuídas a ateromas menores ocorrem mais cedo do que o AVE, porquanto esse pode advir de ateromas de grandes artérias. Assim, menos indivíduos com lipoproteínas elevadas chegam à idade de desenvolver AVE^(1,10).

Mas os achados sobre dislipidemia diferem nos estudos. Vão de 15,6% a 23,4%^(3,8). Já no presente estudo o nível de dislipidemias foi mais elevado (29,8%), e deve-se destacar a possibilidade desse valor estar subestimado, em virtude de ter sido decorrente da referência do cliente e/ou do seu familiar, e não da avaliação da presença no sangue de colesterol e triglicérides elevados.

Por acelerar o processo de aterosclerose, o diabetes mellitus é um indicador de risco independente para as doenças cerebrovasculares e foi encontrado em 20,2% de clientes com AVE⁽¹²⁾. Esta doença cons-

titui risco para AVE por mecanismos aterogênicos diretos e por interagir com outros indicadores de risco como hipertensão arterial e dislipidemia⁽³⁾.

É estimado que o diabetes mellitus aumente o risco de acidente vascular encefálico em cerca de 1,5 a 3 vezes. A doença também dobra o risco de recorrência do acidente vascular encefálico. Vários autores afirmam que a microangiopatia diabética implica na patogênese da doença cerebrovascular devido ao aumento da resistência vascular periférica e ao aceleração da aterosclerose⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Pertinente aos fatores comportamentais, entre os mais frequentes no estudo incluíram-se o sobrepeso e a obesidade, seguidos do sedentarismo, tabagismo, etilismo e uso de anticoncepcional.

O excesso de peso destaca-se, sobretudo nos últimos trinta anos, como um importante preditor de morbimortalidade no país. A associação entre o excesso de gordura corporal e inúmeras doenças da era moderna, como as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e endocrinometabólicas configuram o excesso de peso como fator de risco para as doenças crônicas⁽¹⁶⁾.

Conforme se sabe, a obesidade é uma doença de difícil controle, com altos percentuais de insucessos terapêuticos e de recidivas, com sérias repercussões orgânicas e psicológicas, especialmente na forma mais grave⁽¹⁶⁾. É preciso controlá-la, principalmente por sua associação a dislipidemias, diabetes, inatividade física e hipertensão arterial⁽¹⁰⁾.

Entre os principais fatores para a obesidade estão o excesso da ingestão calórica e o sedentarismo. É necessário, portanto, uma atuação educativa no concernente à reeducação alimentar para a manutenção de um organismo mais saudável, com vistas a prevenir todas as complicações agudas e crônicas advindas da dislipidemia, entre elas, a hipertensão, tentando evitar complicações mais graves como um episódio de AVE.

No entanto, no cotidiano é cada vez mais difícil o controle do peso, pois são frequentes os hábitos sedentários, como assistir televisão, sobretudo para

uma pessoa que foi acometida pelo AVE, apresenta incapacidades e tem dificuldade para locomoção. Esses hábitos contribuem para a diminuição do gasto calórico diário e aumento da obesidade⁽¹⁷⁾.

Comumente as atividades físicas de obesos são menores do que a de não-obesos. Contudo, ainda se discute se a tendência ao sedentarismo é causa ou consequência da obesidade⁽¹⁸⁾.

No estudo, os clientes, apesar das dificuldades, têm a oportunidade de ter um estilo de vida mais ativo, pois realizam reabilitação na ABCR. Nestas unidades há bicicletas ergométricas, rampas, espaço para caminhadas e uma delas dispõe até de piscinas.

No entanto, este elevado número de clientes que possuem déficit de atividade física pode ser justificado pelo fato de alguns frequentarem estas unidades menos que três vezes na semana e muitos realizarem apenas reabilitação específica para alguma parte do corpo. Assim, não fazem propriamente uma atividade física. Além disso, falta esclarecimento sobre a importância da realização de atividades físicas fora da ABCR, pois no estudo desenvolvido, 72,7% dos clientes não praticavam outras atividades além das proporcionadas pelas unidades da ABCR. Daí a necessidade do estímulo dos profissionais de saúde e a orientação sobre como executar atividades não sedentárias de acordo com suas incapacidades.

Assim, é essencial os enfermeiros estimularem os clientes portadores de AVE a exercitarem atividades de níveis moderados, pois estas diminuem o risco de eventos cerebrovasculares sem aumentar o risco de infarto agudo do miocárdio⁽¹⁰⁾. O sedentarismo talvez já tenha sido uma das causas provocadoras do acidente vascular encefálico e poderá ser a causa de um novo episódio⁽¹⁹⁾.

Durante as atividades de reabilitação os exercícios são de manutenção, pois na maioria das vezes, com a deficiência já estabelecida, há muito pouco a se fazer, a não ser evitar o agravamento e o surgimento de deficiências secundárias. No entanto, além das atividades reabilitativas, os clientes com AVE deveriam

fazer parte de programas de atividade física regular. Mas no Brasil, como em muitos outros países, estes programas têm como objetivo principal o caráter preventivo para evitar o primeiro episódio de AVE limitando a entrada de pessoas com alterações presentes⁽¹⁹⁾.

Diante disso, os autores então citados resolveram criar um programa de atividade física e recreativa para portadores de sequelas de AVE com frequência mínima de cinco sessões semanais e duração de trinta a sessenta minutos. Como resultados, obtiveram melhoras das capacidades funcional e psicológica dos clientes, por meio da elevação da auto-imagem e auto-estima. Além disso, provou-se que a limitação não significava impossibilidade e que os clientes com AVE devem tentar a realização de outras atividades físicas, além das oferecidas pelos programas de reabilitação.

Outros indicadores de risco presentes foram o tabagismo tanto passivo quanto ativo e o etilismo. Muitos clientes, apesar de não fazerem mais uso de cigarro e álcool, foram fumantes e etilistas em momentos anteriores ao acidente vascular encefálico.

Vários estudos com clientes sobreviventes ao AVE encontraram frequências superiores às do presente estudo quanto à utilização destas drogas. De acordo com uma pesquisa, 60,3% dos clientes eram tabagistas e 18,85% etilistas⁽⁸⁾. Conforme outra pesquisa, 31% ainda eram fumantes e 26,2% eram etilistas⁽³⁾. Ademais outra investigação com pessoas hipertensas vítimas de AVE encontrou o tabagismo como segundo colocado entre todos os indicadores de riscos modificáveis para o AVE em clientes portadores de hipertensão⁽⁴⁾.

O tabagismo aumenta entre duas e quatro vezes as chances de desenvolver um AVE. Este risco amplia-se em proporção direta ao número de cigarros fumados, mas mesmo o uso de pequeno número de cigarros associa-se a risco para o AVE. Além disso, fumantes passivos também exibem aumento dos riscos cerebrovasculares e coronarianos⁽¹⁰⁾.

O consumo excessivo do álcool associa-se ao grande aumento de incidência do AVE hemorrágico e

isquêmico, principalmente em fumantes. Isto se deve, provavelmente, ao desenvolvimento de hemoconcentração e hipertensão arterial⁽¹⁰⁾.

Contudo, o consumo de diversos tipos de bebidas alcoólicas em doses baixas diárias associa-se à redução na incidência de doença coronariana e vascular cerebral, possivelmente pelo aumento do HDL. Conforme as recomendações da V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial deve-se limitar, em adultos, a ingestão de bebida alcoólica a 30g/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres⁽⁷⁾. Isso corresponde, aproximadamente, para o homem, a 625 ml de cerveja, 312,5 ml de vinho e 93,7 ml de bebida destilada. No entanto, em virtude dos graves problemas sociais acarretados pelo álcool e do potencial para o desenvolvimento de dependência, limitam-se as recomendações do seu uso preventivo⁽¹⁰⁾.

No âmbito da promoção da saúde, a Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1988 alerta para o elevado potencial humano perdido por doenças e mortes causadas pelo uso do fumo e abuso do álcool. Em face da situação, os governos deveriam se comprometer em desenvolver uma política pública voltada à saúde, traçando metas nacionais significativas na redução da produção de tabaco e distribuição de álcool⁽²⁰⁾.

Além desta conferência, a Rede de Megapaíses para a promoção da saúde, ocorrida em Genebra, na Suíça, em 1998, já estabelecia estilos de vida saudáveis como prioridade para questões de saúde nas áreas de tabagismo, nutrição e atividade física⁽²⁰⁾.

Em relação ao uso de anticoncepcional oral, a associação entre pílulas mistas e AVE era maior quando se usavam aquelas com alto teor de estrogênio. Entretanto, mesmo as atualmente em voga, com menores teores, podem favorecer o surgimento de doenças, sobretudo em mulheres fumantes, que padecem por enxaqueca, hipertensão ou que já exibiram qualquer fenômeno trombótico⁽¹⁰⁾.

Justifica-se, então, a importância dos profissionais de saúde orientarem as mulheres em idade fértil e que tiveram acidente vascular encefálico, quanto à utilização de outros métodos de anticoncepção.

Diante das frequências elevadas dos indicadores de risco em clientes que já sofreram AVE, é necessária a mudança de estilos de vida, tratamento efetivo da hipertensão arterial e controle dos demais indicadores de risco para tentar evitar novos episódios da doença e reduzir a mortalidade.

CONCLUSÃO

No estudo, foram avaliados 121 clientes com acidente vascular encefálico acompanhados em unidades da ABCR. Dos indicadores de risco para AVE, os mais prevalentes foram: hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, cardiopatias e sedentarismo. Como observado, estes clientes eram portadores de sequelas de acidente vascular encefálico e ao terem outras patologias associadas, assim como estilos de vida inadequados, tinham elevado risco para o desenvolvimento de novos episódios de AVE.

Os clientes que sobreviveram ao AVE, além das incapacidades geradas, na grande maioria, são idosos já sob processos de perdas próprias do envelhecimento e possuem indicadores de risco associados. O estudo contribui para a prática de enfermagem, pois conhecer os indicadores de risco mais presentes em clientes portadores de AVE na fase de reabilitação permite ao enfermeiro promover atividades que estimulem um estilo de vida mais saudável e previnam complicações, diminuindo além do risco de ocorrência de novos AVE, a mortalidade decorrente dessa doença.

REFERÊNCIAS

1. Chaves MLE. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. *Rev Bras Hipertens.* 2000; 7(4):372-82.

2. Curioni C, Cunha CB, Veras RP, André C. The decline in mortality from circulatory diseases in Brazil. *Pan Am J Public Health.* 2009; 25(1):9-15.
3. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004; 62(3-B): 844- 51.
4. Carvalho FR, Pinto MH. A pessoa hipertensa vítima de acidente vascular encefálico. *Rev Enferm UERJ.* 2007; 15(3):349-55.
5. Burke LE. Hipertensão arterial. In: Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SU. *Enfermagem em cardiologia.* São Paulo: Manole; 2005. p. 1007-18.
6. Guirao-Goris JA, Moreno-Pina PM, Martinez C. Validación del contenido diagnóstico de la etiqueta diagnóstica enfermera "sedentarismo". *Enferm Clín.* 2000; 11(4):135-40.
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. 5ª Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. São Paulo; 2006.
8. Zétola VHE, Nývák EM, Camargo CHE, Júnior Carraro H, Coral P, Muzzio JÁ et al. Acidente vascular cerebral em pacientes jovens: análise de 164 casos. *Arq Neuropsiquiatr.* 2001; 59(3B):740-5.
9. Gomes SR, Senna M. Cliente com acidente vascular cerebral e as interfaces da assistência de enfermagem para reabilitação. *Online Braz J Nurs.* [online] 2008 [citado em 2008 set 14]; 7(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2008.1420/386>.
10. André C. AVC Agudo. In: André C. *Manual de AVC.* Rio de Janeiro: Revinter; 2006. p. 37-51.
11. Santos-Neto LL, Toledo MA, Souza-Medeiros P. Hipertensão arterial e acidente vascular cerebral. *Brasília Méd.* 2005; 42(1/2):24-30.
12. Radanovic M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário. *Arq Neuropsiquiatr.* 2000; 58(1):99-106.

13. American Heart Association. SBV para provedores de saúde. São Paulo: Fundação Interamericana do Coração; 2002.
14. Giorda CB, Avogaro A, Maggini M, Lombardo F, Mannucci E, Turco S et al. Incidence and risk factors for stroke in type 2 diabetic patients. *Stroke*. 2007; 38:1154-60.
15. Idris I, Thomson GA, Sharma JC. Diabetes mellitus and stroke. *Int J Clin Pract*. 2006; 60(1): 48-56.
16. Almeida VCF, Damasceno MMC, Marinho NBP, Silva ARV, Macêdo SF, Vasconcelos HCA. Análise antropométrica de trabalhadores de saúde: uma alternativa para predizer riscos para enfermidades crônicas. *Rev Rene*. 2006; 7(2):39-47.
17. Oliveira FLC, Escrivão MAMS. Obesidade exógena na infância e na adolescência. In: *Temas de nutrição em pediatria*. São Paulo: SBP/Nestlé; 2001.
18. Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *J Pediatr*. 2004; 80(3):173-82.
19. Costa AM, Duarte E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI). *Rev Bras Ciênc Mov*. 2002; 10(1): 47-54.
20. Ministério da Saúde (BR). Projeto Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

RECEBIDO: 15/06/2009

ACEITO: 19/11/2009