

Avaliação da pressão arterial e razão cintura-quadril dos pacientes com seqüelas de acidente vascular encefálico em tratamento

Eliana Aparecida Feltrin

Graduada em Nutrição – UNINOVE.
elyfeltrin@ig.com.br, São Paulo [Brasil]

Roberta de Cássia Oliveira Shintaku

Mestre em Saúde Pública – USP;
Professora na graduação – UNINOVE.
roberta@uninove.br, São Bernardo do Campo [Brasil]

Karen Fernanda Baraldi

Mestre em Neurociência – UNIFESP;
Professora na graduação – UNINOVE.
karenbaraldi@uninove.br, São Paulo [Brasil]

O acidente vascular encefálico (AVE) é a terceira causa de óbito e o principal motivo de incapacitação física, acometendo principalmente os idosos. Dos fatores de risco mais comumente associados, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o *Diabetes mellitus*, o tabagismo e os hábitos alimentares. Estudando casuística de 25 pacientes pós-AVE, na área de neurologia para adulto da Clínica de Fisioterapia da UNINOVE, esta pesquisa avaliou, por meio de questionário, o estilo de vida, a perda de peso após o AVE, a antropometria e o perfil nutricional dos pacientes com seqüelas de AVE atendidos ao longo do período. Após avaliação, os pacientes receberam orientação nutricional individualizada com dieta hipossódica e hipocalórica. Dos 25 pacientes, 16 estavam com pressão arterial (PA) acima do esperado; dos pacientes hipertensos, 13 encontravam-se com razão cintura-quadril (RCQ) em risco de doenças cardiovasculares. A PA e a RCQ da população pesquisada demonstraram constituir fator de risco para a condição neurológica estudada. A avaliação e orientação nutricional contribuem para a evolução e reabilitação do paciente portador de seqüela de AVE.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico. Avaliação nutricional. Hipertensão arterial.



1 Introdução

A proporção de idosos em relação à população tem aumentado gradativamente e de maneira significativa no Brasil, principalmente devido à diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade e ao aumento da expectativa de vida, este determinado, principalmente, pela melhoria das condições de saúde pública e tratamento (ZIMERMAN, 2000). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), conforme último censo demográfico em 2000, há no Brasil cerca de 15 milhões de pessoas com mais de 60 anos e, em 2025, o número de idosos poderá chegar próximo de 32 milhões, levando o país a ter a sexta maior população idosa do mundo (PAPALÉO NETTO; BRITO, 2001).

No entanto, com o envelhecimento da população, observa-se o aumento de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, o que exige novos recursos sanitários. Para a saúde pública, o crescimento desse segmento populacional tem sua tradução no grande número de doenças crônico-degenerativas e processos agudos presentes em todos os sistemas orgânicos (PAPALÉO NETTO; BRITO, 2001). Se, por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e da saúde, por outro, o envelhecimento populacional representa novas demandas por serviços, benefícios e atenção que constituem desafios para governantes e sociedade (FERRARI, 1999), destacando-se a relevância de um acompanhamento nutricional adequado para essa população.

Segundo Harris (2002), durante o processo de envelhecimento, os vasos sanguíneos se tornam menos elásticos e a resistência periférica total aumenta e, com isso, a prevalência de hipertensão e suas conseqüências. Entre as doenças que mais

atingem essa população está o acidente vascular encefálico (AVE) que designa alteração da função cerebral decorrente de insuficiência do suprimento sanguíneo. Essa alteração é de instalação aguda e perdura por pelo menos 24 horas (PULSINELLI, 1997; ZIOMKOWSKI et al., 1999; GIROLAMI; ANTHONY; FROSCHE, 2000).

Segundo dados do Ministério da Saúde, de 1980 a 1986, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a primeira causa de invalidez permanente no Brasil, representando 63% do total de aposentadorias. Atualmente, a prevalência de HAS sobre essa população é muito alta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2003). Segundo Serro-Azul e De Paula (2002), no Brasil, cerca de 65% dos idosos são hipertensos, e entre mulheres maiores de 75 anos a ocorrência pode chegar a 80%. Alguns fatores aumentam a probabilidade da ocorrência de HAS, em especial os hábitos alimentares, obesidade, aumento dos triglicérides e colesterol séricos, alcoolismo, diabetes, fumo, hereditariedade, estresse e inatividade física (SABRY; SAMPAIO; SILVA, 2002).

De acordo com a classificação aceita mundialmente, a pressão arterial (PA) é considerada normal quando a pressão sistólica não ultrapassa 140 milímetros de mercúrio (mmHg) e a diastólica 90 mmHg (BEVILACQUA et al., 1998), embora tal classificação seja motivo de debate entre os autores (FUCHS; FUCHS; DUNCAN, 2001) e novas diretrizes elaboradas pelo Comitê Nacional Conjunto de Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (do inglês Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment on High Blood Pressure) incluam nessa classificação os pré-hipertensos, aqueles que apresentam pressão entre 120,8 mmHg e 130,9 mmHg,

exigindo modificações no estilo de vida, mas não a necessidade ainda de tratamento medicamentoso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2003). Segundo Ribeiro e Muscará (2001), a HAS é mais bem tratada por uma combinação de dieta, exercícios e medicamentos. O excesso de peso, associado à adiposidade central, dislipidemia e resistência à insulina, caracteriza a síndrome plurimetabólica, aumentando a probabilidade de arteriosclerose (SILVA, 2000).

O consumo alimentar pode ser um excelente indicador do estado de saúde dos indivíduos, especialmente na terceira idade, além de servir de base para diagnósticos (BRAGION, 2000). A avaliação nutricional dos pacientes idosos que sofreram AVE poderá trazer informações mais precisas do estado nutricional desses pacientes. A dieta é um componente importante na elaboração de programas de intervenção nutricional que objetivem a diminuição dos fatores de risco das doenças cardiovasculares (CERVATO, 1995). Um desses fatores, a hipertensão, pode ser evitado com uma dieta hipossódica e, dependendo da gravidade, deve ser tratada com anti-hipertensivos. Paralelamente, deve-se avaliar se há sensibilidade à restrição do sódio (ESCOTT-STUMP, 1999). Ressalte-se a importância de uma dieta adequada, controle de peso e controle da PA como profilaxia do AVE, principalmente em descendentes de pessoas que sofreram AVE (THOROGOOD, 1999).

A razão cintura-quadril (RCQ) é o indicador utilizado para identificar o tipo de distribuição de gordura (KAMIMURA et al., 2002). Segundo Nascimento (1999), a RCQ poderá implicar significativa alteração na abordagem das doenças cardiovasculares, da avaliação de risco e prevenção ao tratamento. A equação utilizada é perímetro da cintura dividido pelo do quadril: se o resultado obti-

do for superior a 1 para homens ou 0,85 para mulheres, será indicativo de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

2 Casuística e métodos

Estudaram-se 25 pacientes de ambos os sexos, com seqüelas pós-AVE, da área de neurologia adultos da Clínica de Fisioterapia da UNINOVE. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995 apud PAPALÉO NETTO; SALLES, 2001), em torno dos 50 anos de idade, a composição corporal inicia processo de declínio, definida como idade-limite do envelhecimento cronológico. Neste estudo, utilizaram-se os parâmetros de classificação da avaliação nutricional diferenciada a partir dos 55 anos.

A população do estudo foi constituída de 25 idosos com idade entre 55 e 83 anos, sendo 18 do sexo masculino e 7 do sexo feminino. A Tabela 1 apresenta as seguintes características dos pacientes:

Tabela 1: Altura, idade e peso

	Média	Desvio padrão	IC(γ) = 95%	Mediana
Altura (cm)	164,06	8,25	160,83-167,29	164
Idade (ano)	66,52	7,48	63,59-69,45	65
Peso (kg)	72,73	14,39	63,09-78,37	72

Obs.: IC(γ) = 95% (Intervalo de confiança de 95%)

Fonte: Os autores.

Foi aplicado um questionário sobre estilo de vida, medicamentos utilizados rotineiramente e perda de peso após o AVE. Na seqüência, foram aferidas a pressão arterial sistêmica, os perímetros de cintura e quadril e medidos altura e peso.



Nesse processo de avaliação, a RCQ é utilizada para identificar o tipo de distribuição de gordura, determinando-se que uma relação superior a 1 para os homens e a 0,85 para as mulheres é indicativa de risco para o desenvolvimento de doenças (NASCIMENTO 1999; KAMIMURA et al., 2002), conforme Tabela 2.

Tabela 2: Perímetro da cintura por gênero (cm)

Gênero	Elevado	Muito elevado
Homem	> 94	> 102
Mulher	> 80	> 88

Fonte: OMS (1998 apud PAPALÉO NETTO; SALLES, 2001).

A hipertensão representa a maior causa que se pode prevenir de AVE. Na Tabela 3, observa-se a classificação da PA. Como a maioria dos portadores de seqüelas de AVE é constituída de hipertensos, acentua-se a necessidade de controle (ZIOMKOWSKI et al., 1999).

Tabela 3: Classificação da PA (mmHg)

Categoria	Sistólica	Diastólica
Ótima ou ideal	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão	—	—
Estágio 1	140-159	90-99
Estágio 2	160-169	100-109
Estágio 3	> = 180	N >= 110

Fonte: Relatório do Comitê Nacional Conjunto de Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (1997 apud KRUMMEL, 2002).

De acordo com a nova classificação elaborada pelo Comitê Nacional Conjunto de Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2003), classificam-se como pré-hipertensos aqueles que apresentam pressão entre 120 por 80 e 139 por 89 mmHg. No entanto, não necessitam de tratamento medicamentoso, bastan-

do apenas que adotem práticas saudáveis de vida. Gorelick e outros (1999) concluem que várias intervenções, entre as quais o controle da pressão arterial sistêmica, podem reduzir o risco do primeiro AVE.

Após análise das avaliações, elaborou-se uma orientação nutricional aos pacientes, considerando as conseqüências do AVE, de acordo com a capacidade de cada um, visando um melhor desempenho nas sessões de Fisioterapia.

Cada paciente recebeu pelo menos três atendimentos, incluindo orientação nutricional. Os pacientes diabéticos, além das orientações nutricionais para evitar outros AVEs, também receberam informações sobre o controle do *Diabetes mellitus*.

3 Resultados

Com dados da estatura e peso, calculou-se o índice de massa corpórea (IMC). Com base nesses dados, foi calculada a relação peso/altura² e classificada conforme estabelece a OMS (apud PAPALÉO NETTO; SALLES, 2001).

Os dados do Gráfico 1 indicam que a pré-obesidade e eutrofia ocorreram na mesma proporção, 36%; 24% dos pacientes apresentam obesidade grau 1 e 4%, ou seja, um indivíduo se encontra em obesidade grau 2, com IMC maior que 38.

A aferição durante a avaliação mostrou que, dos 25 pacientes, 7 estavam com a PA 140 por 80 mmHg e 15 com PA acima do esperado, mesmo usando medicação. Todos os hipertensos – conforme nova diretriz elaborada pelo Comitê Nacional Conjunto de Prevenção, Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2003) –

eram obesos ou apresentavam sobrepeso, e vice-versa, sem exceção, o que está demonstrado na Tabela 4.

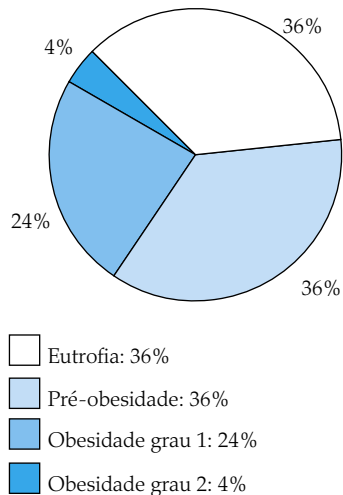


Gráfico 1: Distribuição segundo IMC

Fonte: Os autores.

Tabela 4: Perímetros de cintura e quadril

	Média	Desvio padrão	IC(γ) = 95%	Mediana
Cintura (cm)	99,90	11,03	95,58-104,22	99
Quadril (cm)	104,04	6,99	101,30-106,78	104

Obs.: IC(γ) = 95% (Intervalo de confiança de 95%)

Fonte: Os autores.

Constatou-se que, após o AVE, 14 pacientes (56%) modificaram sua alimentação em relação às gorduras, carnes vermelhas e sal, e que antes do episódio não havia preocupação com a quantidade de sódio nos alimentos.

Conforme demonstra a Tabela 5, observou-se também acentuada perda de peso – mais de 10 quilos (kg) – em 48% dos pacientes estudados: destes, 3 relataram ter perdido mais de 20 kg e 1 referiu uma perda

superior a 30 kg. Cerca de 24% dos pacientes perderam até 10 kg, 16% até 5 kg e apenas 12% não notaram diferença no peso corpóreo. Entre os pacientes, a pessoa que mais havia perdido peso faleceu logo após o término do estudo.

Tabela 5: Distribuição da população estudada conforme perda de peso

	*FA.	**FR.
	número de pacientes	%
Não perderam peso	3	12
Perderam até 5 kg	4	16
Perderam até 10 kg	6	24
Perderam acima de 10 kg	12	48

Obs.: *FA – Freqüência absoluta; **FR – Freqüência relativa

Fonte: Os autores.

Alguns desses pacientes relataram diminuir sua ingestão diária por medo de sofrer outros episódios de AVE. Nota-se que, mesmo com acentuada perda de peso, a maioria dos entrevistados apresenta, de acordo com a classificação do IMC, eutrofia, sobrepeso, obesidade grau 1 e obesidade grau 2.

4 Discussão

A maioria das pesquisas salienta a importância de uma nutrição correta no tratamento das doenças cerebrovasculares. Este trabalho estuda o efeito de uma condição crônica-degenerativa na situação nutricional do indivíduo. Embora existam inúmeras publicações sobre avaliação nutricional de idosos ou pacientes com AVE hospitalizados, não há registro de estudos a respeito de avaliação antropométrica daqueles que sofreram AVE e se encontram em estágio de reabilitação há pelo menos um ano.

Com relação a HAS, percebeu-se que 84% dos pacientes apresentavam PA acima de 130 por 90 mmHg e que todos aqueles com PA mais alterada, isto é, acima de 160 por 80 mmHg, eram obesos ou registravam sobrepeso, o que confirma os resultados do estudo de Sabry, Sampaio e Silva (2002), no qual a prevalência de HAS foi maior entre os obesos. Segundo Moriguti e outros (2002), a terapêutica anti-hipertensiva com administração de drogas de diferentes classes reduziu os índices de morbidade e mortalidade associados com o AVE e outras complicações cardiovasculares em idosos hipertensos, sem aumento do risco de efeitos colaterais.

Em relação à variável antropométrica, verificou-se que, das sete mulheres participantes, cinco eram obesas e duas apresentavam sobrepeso. Em seu trabalho, Nascimento (1999) observou maior proporção de obesidade abdominal entre mulheres adultas e idosas que poderia representar maior risco de doenças. Além da obesidade, outro fator de risco prevalente na população estudada é o *Diabetes mellitus*, que atinge 40% do grupo e se correlaciona com outros estudos sobre doenças cardiovasculares.

A avaliação da RCQ e a aferição da PA poderão ser um importante instrumento de trabalho em saúde pública a contribuir para o diagnóstico de doenças cardiovasculares, influenciando positivamente na reabilitação do paciente.

Segundo Cabreira (1998), a distribuição central do tecido adiposo apresenta correlação com algumas patologias, entre as quais a doença cardiovascular e o *Diabetes mellitus*, independentemente da obesidade global. Tal fato é mais facilmente notado no caso do sexo feminino (NASCIMENTO, 1999).

5 Conclusão

Em relação à RCQ, observou-se que 85% das mulheres e 39% dos homens apresentavam risco de doenças cardiovasculares, o que contribui para a predisposição a AVE.

Correlaciona-se a hipertensão arterial com a obesidade, sendo os pacientes hipertensos obesos ou com sobrepeso.

A dieta é um importante recurso para melhoria da qualidade de vida desses pacientes, complementando um atendimento multidisciplinar.

Assessment of blood pressure and waist hips girth ratio of patients with sequelae of stroke under physiotherapeutic treatment

The cerebral vascular accident (CVA) or stroke is the third cause of death and the main reason of physical impairment, affecting especially elderly people. Among the risk factors more often associated with it there are systemic arterial hypertension (SAH), Diabetes mellitus, smoking and dietary habits. Twenty five patients with post-CVA condition had their profile evaluated in the Section of Adult Neurology of the Clínica de Fisioterapia da UNINOVE considering their life style, loss of weight, anthropometry and the nutritional habits. Following the evaluation, the patients received personalized nutritional orientation with a hypocaloric and hyposodic diet. Sixteen out of 25 patients had arterial pressure (AP) above the expected, of which 13 had the waist-hips ratio (WHR) indicating risk of cardiovascular diseases. The AP and

WHR of the sampled population showed a risk factor to the neurological condition studied. Both nutritional evaluation and orientation helped the improvement e rehabilitation of the patients with disabilities post-CVA.

Key words: Arterial high pressure. Nutritional assessment. Stroke.

Referências

- BEVILACQUA, F. et al. Fisiopatologia dos distúrbios do sistema nervoso. In: _____. *Fisiopatologia clínica*. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 607-617.
- BRAGON, G. F. Avaliação do consumo alimentar. In: MATSUDO, S. M. M. (Org.). *Avaliação do idoso: física & funcional*. 1. ed. Londrina: Mediagraf, 2000. p. 103-117.
- CABREIRA, M. Abordagem da obesidade em pacientes idosos. In: JACOB FILHO, W. (Org.). *Promoção da saúde do idoso*. 1. ed. São Paulo: Lemos, 1998. p. 83-92.
- CERVATO, A. M. *Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- ESCOTT-STUMP, S. Acidente vascular cerebral. In: _____. *Nutrição relacionada ao diagnóstico e tratamento*. 4. ed. São Paulo: Manole, 1999. p. 219-220.
- FERRARI, M. A. C. O envelhecer no Brasil. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 197-203, 1999.
- FUCHS, F. D.; FUCHS, S. C.; DUNCAN, B. B. Pressão arterial e risco cardiovascular: reavaliação de níveis de risco e alvos pressóricos terapêuticos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 201-205, 2001. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/DHA/publicacoes/8-2/pressao.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2005.
- GIROLAMI, U. D.; ANTHONY, D. C.; FROSCHE, M. P. O sistema nervoso central. In: COTRAN, R.; KUMAR, V.; COLLINS, T. (Org.). *Robbins: patologia estrutural e funcional*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 1155-1211.
- GORELICK, P. B. et al. Prevention of a first stroke: a review of guidelines and a multidisciplinary consensus statement from the National Stroke Association. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 281, n. 12, p. 1112-1120, 1999.
- HARRIS, N. G. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, K.; ESCOTT-STUMP, S. (Org.). *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 276-293.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tabela: população residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de idade. *Censo Demográfico 2000: resultados do universo*. Brasília, DF: IBGE, [2000?]. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil111.shtm>>. Acesso em: 22 ago. 2003.
- KAMIMURA, M. A. et al. Avaliação nutricional. In: CUPPARI, L. (Org.). *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. UNIFESP/Escola Paulista de Medicina. Nutrição Clínica. 1. ed. São Paulo: Manole, 2002. p. 71-98.
- KRUMMEL, D. Nutrição e hipertensão. In: MAHAN, K.; ESCOTT-STUMP, S. (Org.). *Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10. ed. São Paulo: Roca, 2002. p. 576-590.
- MORIGUTI, J. C. et al. Systolic hypertension in the Elderly Program e outros estudos clínicos em idosos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 206-211, 2002.
- NASCIMENTO, M. L. *Relação cintura-quadril, níveis séricos de colesterol e frações e doenças crônico-degenerativas em adultos jovens e idosos*. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.



PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. de. Aspectos multidimensionais das urgências do idoso. In: _____. *Urgências em geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, controle terapêutico*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 23-24.

PAPALÉO NETTO, M.; SALLES, T. F. N. Fisiologia do envelhecimento: aspectos fundamentais. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F. C. *Urgências em geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, controle terapêutico*. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 1-22.

PULSINELLI, W. A. Doenças vasculares cerebrais. In: BENNETT, J. C.; PLUM, F. (Org.). *Cecil: tratado de medicina interna*. 20. ed. São Paulo: Médica e Científica, 1997. v. 2, p. 2271-2290.

RIBEIRO, W.; MUSCARÁ, M. N. Características farmacocinéticas de antagonistas de cálcio, inibidores da ECA e antagonistas de angiotensina II em humanos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 114-124, 2001. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/DHA/publicacoes/8-1/013.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2005.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. de C.; SILVA, M. G. C. da. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no Nordeste do Brasil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 15, n. 2, p. 139-147, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/RN/v15n2/11830.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2005.

SERRO-AZUL, J. B. de.; DE PAULA, R. S. Hipertensão arterial no idoso. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, n. 79, p. 366-374, 2002.

THOROGOOD, M. Risk of stroke in users of oral contraceptives. *The Journal of the American Medical Association*, Chicago, v. 281, n. 14, p. 1255-1256, 1999.

SILVA, N. F. *Avaliação nutricional e hiperglicemia em jejum e no pós prandial de idosos com e sem doenças cardiovasculares*. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. *Classificação mais rigorosa pretende insentivar prevenção*. 1º jun. 2003. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/publico/noticias/noticias.asp?codigo=137>>. Acesso em: 20 jun. 2003.

ZIMERMAN, G. I. Introdução. In: _____. *Velhice: aspectos biopsicossociais*. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 13-14.

ZIOMKOWSKI, S. C. et al. Doença cerebrovascular: epidemiologia e fatores de risco. *Revista Médica da Santa Casa de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 10, n. 17, p. 1816-1819, 1999.

recebido em: 29 abr. 2005 / aprovado em: 18 maio 2005

Para referenciar este texto:

FELTRIN, E. A.; SHINTAKU, R. de C. O.; BARALDI, K. F. Avaliação da pressão arterial e razão cintura-quadril dos pacientes com seqüelas de acidente vascular encefálico em tratamento. *ConScientiae Saúde*, São Paulo, v. 4, p. 71-78, 2005.