

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

Prevalência e fatores associados ao acidente vascular cerebral em idosos no Brasil, 2019

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco, Athos Paixão Silva Santos , Daniela de Assumpção, Aldiane Gomes de Macedo Bacurau

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6199>

Submetido em: 2023-06-05

Postado em: 2023-06-06 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o endosso de:

Deborah Carvalho Malta (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)

Prevalência e fatores associados ao acidente vascular cerebral em idosos no Brasil, 2019

Prevalence and associated factors of stroke in older adults in Brazil, 2019

Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7361-9961>

Athos Paixão Silva Santos

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1291-1722>

Daniela de Assumpção

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Campinas, São Paulo, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-1813-996X>

Aldiane Gomes de Macedo Bacurau

Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, Campinas, São Paulo, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6671-2284>

RESUMO

Estimar a prevalência e os fatores sociodemográficos, de comportamentos relacionados à saúde, doenças crônicas, índice de massa corporal e autoavaliação da saúde associados ao acidente vascular cerebral (AVC) em idosos no Brasil, bem como, verificar a frequência das práticas usadas no cuidado. Estudo transversal de base populacional com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 (≥ 60 anos; $n=22.728$). Razões de chance ajustadas foram estimadas por meio de regressão logística. A prevalência de AVC foi de 5,6% (IC95%:5,1-6,1), maior nos homens, naqueles com idade ≥ 70 anos, nos pretos e pardos, com menor escolaridade, sem plano de saúde e nos ex-fumantes. Maiores também nos que referiram hipertensão, diabetes, colesterol alto, depressão e cardiopatia, particularmente infarto agudo do miocárdio (19,0%; IC95%:15,8-22,7). A realização de dieta foi referida por 47,2%, fisioterapia por 17,0%; 26,1% usavam aspirina regularmente, 60,8% faziam acompanhamento com profissional de saúde e 53,7% referiram limitação para as atividades habituais. Os achados identificam os subgrupos mais afetados pelo AVC e destacam que menos de 20% dos idosos com AVC relataram fazer fisioterapia, evidenciando a necessidade de ampliar o cuidado multiprofissional na rede de atenção à saúde para este subgrupo.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Doença Crônica; Acidente Vascular Cerebral; Inquéritos Epidemiológicos.

ABSTRACT

To estimate the prevalence and sociodemographic factors, of health-related behaviors, chronic diseases, body mass index and self-rated health associated with stroke in older adults in Brazil, as well as to verify the frequency of practices used in care. Population-based cross-sectional study with data from the 2019 National Health Survey (≥ 60 years; $n=22,728$). Adjusted odds ratio were estimated using logistic regression. The prevalence of stroke was 5.6% (95%CI:5.1-6.1), higher in men, in those aged ≥ 70 years, in black and brown people, with less education, without health insurance and in former smokers. Higher also in those who reported hypertension, diabetes, high cholesterol, depression and heart disease, particularly acute myocardial infarction (19.0%; 95%CI:15.8-22.7). Dieting was reported by 47.2%, physiotherapy by 17.0%; 26.1% used aspirin regularly, 60.8% were monitored by a health professional and 53.7% reported limitations in their usual activities. The findings identify the subgroups most affected by stroke and highlight that less than 20% of the older adults with stroke reported undergoing physical therapy, highlighting the need to expand multidisciplinary care in the health care network for this subgroup.

Keywords: Health of the Elderly; Chronic Disease; Stroke; Health Surveys.

INTRODUÇÃO

O rápido e heterogêneo envelhecimento populacional brasileiro tem apresentado um conjunto de desafios para o sistema de saúde, entre os quais, a necessidade de atender as progressivas demandas relacionadas ao aumento nas prevalências das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com destaque para a carga das doenças cardiovasculares (DCV)¹⁻⁴.

O acidente vascular cerebral (AVC) junto com o infarto agudo do miocárdio (IAM), principais componentes das DCV, foram responsáveis por cerca de 85% dos 17,9 milhões de mortes por DCV que ocorreram no mundo, em 2019 (32% de todas as causas de morte)⁵. A maior parte da carga global da doença (86%) e dos óbitos (89%) concentra-se em países de baixa e média renda⁶.

No Brasil, as DCV constituem a principal causa de mortalidade entre os idosos, destacando-se as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares como as causas de óbitos mais comuns^{2,3}. Por mais que venha ocorrendo a redução das taxas ajustadas por idade em todo o país, o AVC ainda apresenta alta carga de doença, principalmente nas regiões com menor desenvolvimento socioeconômico^{7,8}. Mais do que a principal causa de mortalidade, as DCV, incluindo o AVC, também respondem por elevados custos de internação e de seguimento ambulatorial entre os idosos, custos que se elevam à medida que a população envelhece e a prevalência de DCV aumenta⁹. Além disso, o AVC constitui uma das principais causas de incapacidades graves a longo prazo, sendo responsável por significativa contribuição nos anos perdidos por incapacidades^{1,6,9}.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, 1,5% da população com idade ≥ 18 anos referiu diagnóstico de AVC no Brasil (cerca de 2,2 milhões de pessoas) e, em idosos (≥ 60 anos), a prevalência da doença era de 5%¹⁰. Em 2019, a prevalência de AVC na população com 18 anos ou mais foi de 2,0% (aproximadamente 3,1 milhões de pessoas), e verificou-se que a prevalência aumentou com a idade¹¹. Ademais, há o aumento da

comorbidade associada ao AVC, expressa pelo do número de pessoas com alterações físicas, auditivas, intelectuais e outras condições nem sempre consideradas resultantes dos eventos de AVC, mas que podem impactar negativamente na qualidade de vida¹².

Em relação a classificação do AVC, pode ser isquêmico (obstrução de um vaso sanguíneo bloqueando o seu fluxo para as células cerebrais, muitas vezes decorrente de processos fisiopatológicos relacionados ao tromboembolismo) ou hemorrágico (ruptura de vasos responsáveis pelo aporte metabólico e nutricional das células nervosas, com consequente sangramento intraparenquimatoso ou subaracnóideo), manifestando-se associado com a hipertensão arterial^{12,13}. Ressalta-se que a hipertensão arterial é o principal fator de risco, não somente para os casos de hemorragia parenquimatosa, mas também para os desfechos isquêmicos cerebrais⁸.

Entre os fatores sociodemográficos associados ao AVC na população geral, estudos têm apontado a relação entre sexo, etnia/raça, escolaridade, situação socioeconômica e região de origem¹⁴⁻¹⁶. Entre os fatores de risco comportamentais, estão o tabagismo¹⁷, o sedentarismo e o uso abusivo de álcool que aumentam o risco de AVC^{12,13,18}. De modo que, os níveis pressóricos elevados e o tabagismo são os fatores de risco modificáveis mais comuns para o AVC (a cada dez óbitos por AVC, quatro seriam evitados se a pressão arterial estivesse adequada)¹⁹. Destaca-se que os hábitos alimentares saudáveis também são importantes no tratamento e controle da hipertensão arterial e do diabetes tipo 2 (fatores de risco para as DCV em geral, incluindo o AVC)¹⁸. Estudo realizado com a população norte-americana verificou que o consumo inadequado de 10 alimentos e nutrientes, como frutas, hortaliças, cereais integrais, gorduras poli-insaturadas e sódio, foi responsável por 45,4% do total de mortes por doenças cardiometabólicas²⁰.

O AVC é uma importante causa de morbimortalidade no Brasil, com os impactos físicos, psicológicos e financeiros para pacientes, familiares, sistema de saúde e sociedade. A

maior ocorrência em faixas etárias mais avançadas, bem como as demandas específicas relacionadas ao cuidado a médio e longo prazos, e as práticas de cuidado em idosos com a doença, ainda são pouco investigadas em âmbito populacional. Assim, os objetivos deste estudo foram estimar a prevalência e os fatores sociodemográficos, de comportamentos relacionados à saúde, doenças crônicas, índice de massa corporal e autoavaliação da saúde associados ao acidente vascular cerebral (AVC) em idosos no Brasil, bem como, verificar a frequência das práticas usadas no cuidado.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional com dados de idosos (≥ 60 anos) que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019), inquérito nacional que incluiu pessoas com 15 anos ou mais, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)^{11,21}. Os dados, de domínio público, encontram-se disponíveis em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/bases-de-dados/>.

A PNS utilizou amostragem por conglomerados, em três estágios. Inicialmente as unidades primárias de amostragem (UPA) foram selecionadas aleatoriamente - compostas por setores censitários ou conjunto de setores da Amostra Mestra do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE. Em seguida, foram selecionados de cada UPA, domicílios particulares permanentes por meio de amostragem aleatória simples (AAS). Por fim, também por AAS, foram selecionados de cada domicílio sorteado os moradores para responder ao questionário. Os detalhes sobre o processo de amostragem da PNS, fatores de ponderação e conteúdo do instrumento usado na coleta de dados (questionário) encontram-se publicados²¹.

Para o presente estudo, foram considerados os dados de todos os participantes da pesquisa com idade ≥ 60 anos que responderam à questão: Algum médico já lhe deu o diagnóstico de AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame? (sim; não) (n=22.728). Para os

que responderam sim, foram aplicadas as questões: Que idade o(a) Sr(a) tinha no primeiro diagnóstico do derrame (ou AVC)? (em anos); para avaliar as práticas de cuidado: O que o(a) Sr(a) faz atualmente por causa do derrame (ou AVC)? (dieta, fisioterapia, outras terapias de reabilitação, toma aspirina regularmente, toma outros medicamentos, faz acompanhamento regular com profissional de saúde); para avaliar as limitações: Em geral, em que grau o derrame (ou AVC) limita as suas atividades habituais (tais como trabalhar, realizar afazeres domésticos etc.)? (não limita, um pouco, moderadamente, intensamente, muito intensamente).

Para a análise das variáveis sociodemográficas, comportamentos e condições de saúde associadas, foram consideradas as seguintes variáveis:

- Sociodemográficas: sexo (masculino; feminino), faixas etárias (60-69; 70-79; ≥ 80 anos), raça/cor da pele (branca/amarela; preta/parda/indígena), escolaridade (sem instrução/fundamental incompleto; fundamental completo/médio completo; superior incompleto/completo), renda domiciliar per capita em salários mínimos (SM) (até 1/2 SM; mais de 1/2 até 1 SM; mais de 1 até 2 SM; mais de 2 até 3 SM; mais de 3 SM) e posse de plano de saúde (sim; não).
- Comportamentos relacionados à saúde: tabagismo (não fumante; fumante atual; ex-fumante), consumo habitual de bebidas alcoólicas (nunca ou menos de 1 vez/mês; ≥ 1 vez/mês), prática de atividade física no lazer (ativo se atinge a prática de pelo menos 150 minutos/semana de atividade física leve ou moderada, ou 75 minutos de atividade física vigorosa, e inativo/insuficientemente ativo se o indivíduo não atinge ≥ 150 minutos/semana), indicador de consumo alimentar (saudável; não saudável) elaborado a partir de questões sobre a frequência semanal de consumo de feijão, hortaliças, frutas e leite (alimentos reconhecidos como marcadores de padrões saudáveis de alimentação), carne vermelha, bebidas adoçadas e doces (marcadores de padrões não saudáveis de alimentação). Dependendo do alimento

e da frequência de consumo, foram atribuídas pontuações que variaram de zero a quatro; a pontuação mínima foi conferida para os alimentos saudáveis consumidos diariamente e para os não saudáveis que nunca/quase nunca eram consumidos. Receberam a pontuação máxima os alimentos saudáveis cuja frequência de consumo era nunca/quase nunca e os não saudáveis consumidos todos os dias da semana. O indicador é representado por uma escala de 0 a 28 pontos: quanto maior a pontuação, pior é o padrão alimentar. Em seguida, o escore total foi classificado em tercis (2 e 3 foram agrupados) para gerar a variável alimentação não saudável (≥ 8 pontos).

- Índice de Massa Corporal (IMC): avaliado de acordo com os pontos de corte da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que recomenda a classificação: $IMC < 23 \text{ kg/m}^2$ (baixo peso), $IMC \geq 23 \text{ e } < 28 \text{ kg/m}^2$ (eutrofia), $IMC \geq 28 \text{ e } < 30 \text{ kg/m}^2$ (sobrepeso) e $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obesidade)²². As categorias referentes ao sobrepeso e obesidade foram agrupadas.
- Doenças crônicas autorreferidas e autoavaliação da saúde: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças do coração (como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra), colesterol alto, doença no pulmão ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma ou bronquite asmática, artrite ou reumatismo, insuficiência renal, câncer e depressão (sim; não); e a autoavaliação da saúde, categorizada em muito boa/boa; regular; ruim/muito ruim.

Foram realizadas análises descritivas para caracterizar a população estudada. Estimaram-se as prevalências de AVC e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), segundo variáveis sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde, doenças crônicas e condição de saúde; as associações entre AVC e as variáveis selecionadas foram verificadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson com correção de segunda ordem (Rao &

Scott), considerando-se nível de significância de 5%. Razões de chance, ajustadas por sexo e idade, foram estimadas para expressar a magnitude da associação entre os comportamentos de saúde, IMC, doenças crônicas e autoavaliação da saúde e o AVC, por meio de regressão logística.

Posteriormente, utilizou-se um modelo de regressão logística múltipla hierárquica em que, inicialmente, as variáveis sociodemográficas que apresentaram $p < 0,20$ foram inseridas no modelo. Em seguida, além das pertencentes ao primeiro bloco que mantiveram significância após ajuste pelas demais variáveis do mesmo nível hierárquico, foram acrescentadas as do segundo bloco (comportamentos e IMC). Da mesma forma, após ajuste deste conjunto de variáveis, mantiveram-se as que apresentaram significância estatística e acrescentaram-se as do terceiro bloco (doenças crônicas e autoavaliação da saúde). No modelo final permaneceram todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$, quando ajustadas pelas variáveis do nível superior e do mesmo nível hierárquico.

Todas as análises foram realizadas no Stata 14 com as ponderações no módulo survey, considerando-se o desenho amostral complexo da pesquisa. A PNS 2019 foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Processo 3.529.376 de 23/08/2019). Todos os entrevistados foram previamente consultados, esclarecidos e aceitaram participar da pesquisa²¹.

RESULTADOS

Entre os idosos, a média de idade foi de 69,9 anos (IC95%:69,7-70,0) e a maioria eram mulheres (56,7%), raça/cor branca/amarela (51,8%), com cônjuge (56,3%), sem instrução/ensino fundamental incompleto (63,3%), com renda inferior a 1 salário mínimo (41,7%) e sem plano médico de saúde (70,7%). A prevalência de AVC foi de 5,6% (IC95%:5,1-6,1). Quanto à idade no primeiro diagnóstico, 65,2% (IC95%:61,1-69,1) dos idosos tinham 60 anos ou mais. As prevalências de AVC foram maiores nos homens, naqueles com idade ≥ 70

anos, nos pretos e pardos, naqueles com menor escolaridade, com menor renda e nos que não possuíam plano de saúde (**Tabela 1**).

Observou-se maior chance de AVC nos ex-fumantes em relação aos que nunca fumaram (OR=1,3; IC95%:1,1-1,6), naqueles com sobrepeso em relação os eutróficos (OR=1,4; IC95%:1,1-1,7) e nos inativos/insuficientemente ativos (OR=1,6; IC95%:1,2-2,1), após ajuste por sexo e idade; a prevalência foi menor nos que referiram consumo de bebida alcoólica com frequência ≥ 1 vez/mês (**Tabela 2**).

As prevalências de AVC foram maiores para todas as doenças crônicas investigadas, exceto entre os que referiram asma e câncer. Quanto a percepção subjetiva da saúde, nos que consideravam sua saúde ruim/muito ruim, a prevalência de AVC foi de 15,1% (IC95%:13,1-17,4), fortemente associada após ajuste por sexo e idade (OR=5,8; IC95%:4,5-7,5) (**Tabela 3**). Todas as variáveis independentemente associadas ao AVC, de acordo com os níveis hierárquicos, são apresentadas na **Tabela 4**.

Em relação às práticas de cuidado, a fisioterapia foi referida por 17% dos idosos e a realização de dieta por 47%. Cerca de 60% relataram que faziam acompanhamento regular com profissional de saúde, 26,1% tomavam aspirina e mais de 50% referiram uso de outros medicamentos por causa da doença, também, cerca de 59% dos idosos informaram alguma limitação para a realização das atividades habituais (**Figura 1**).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apresentam o AVC como uma ocorrência multifatorial influenciada por características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde e presença de comorbidades. Entre as práticas referidas pelos idosos que relataram a doença, a realização de dieta foi a mais frequente. Mais de 50% usavam outros medicamentos - além de

aspirina - por causa da doença, realizavam acompanhamento regular com profissional de saúde e relataram alguma limitação para a realização de atividades cotidianas.

Estudos realizados com adultos e idosos apontaram diferenças na prevalência de AVC de acordo com o sexo^{6,14,23-25}. Alguns trabalhos apontam maior ocorrência da doença no sexo masculino e que essa diferença tende a diminuir com o aumento da idade, que as mulheres têm o primeiro AVC cerca de 4 anos mais tarde do que os homens e que, apesar do AVC (isquêmico e hemorrágico) ser mais frequente nos homens, o cardioembólico - que tende a ser mais letal - é mais frequente nas mulheres^{23,24}.

Considerando-se todos os tipos de AVC, parte da diferença entre os sexos pode ser explicada pelos diferenciais nos fatores de risco - como o controle da pressão arterial, IMC, dislipidemia, etilismo, tabagismo e tratamento medicamentoso - as mulheres têm uma proporção maior de uso de medicamentos anti-hipertensivos do que os homens em todas as faixas etárias²⁵, menor consumo de álcool e tabagismo^{23,26}, por exemplo. O tabagismo é um fator de risco independente para a ocorrência de AVC em ambos os sexos^{12,17,18}. Nos homens, o tabagismo é mais frequente, especialmente devido a questões sociais, culturais e econômicas, e apresentam maior prevalência de ex-tabagismo do que as mulheres^{23,26,27}.

Entre idosos, também existem diferenças de gênero em relação ao cuidado em saúde e na prevalência de doenças^{23,28}. Destaca-se que o diagnóstico tardio de doenças como a hipertensão arterial é maior no sexo masculino - o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) identificou que cerca de 20% da população com 50 anos ou mais de idade não possuíam o diagnóstico de hipertensão - e o consumo de álcool, particularmente entre os homens, aumentou a chance do não diagnóstico da doença²⁹.

A idade é um fator associado ao AVC e o número absoluto de indivíduos com a doença tende a aumentar devido ao envelhecimento da população^{13,19}, assim como vem se observando a ampliação da mortalidade nos idosos¹⁴. O envelhecimento per se predispõe o organismo a

doenças crônicas, com o passar dos anos os domínios funcionais sofrem um declínio fisiológico em decorrência do próprio envelhecimento celular e do processo degenerativo (como o enrijecimento dos vasos sanguíneos), o que pode acarretar diversas patologias, podendo sofrer influências de fatores genéticos, comportamentais e ambientais³⁰.

Neste estudo a prevalência de AVC foi maior nos idosos com menor nível de escolaridade. A baixa escolaridade associa-se significativamente com maior risco de AVC^{16,17}. Além de ser um importante determinante da situação socioeconômica, o nível de escolaridade possui forte influência nas práticas, atitudes e comportamentos em relação à saúde, pois também é um fator que condiciona a procura e a utilização dos serviços de saúde. Ademais, maiores níveis de escolaridade estão relacionados com maior renda e melhores condições de vida e saúde, e isso também vale para a população idosa²².

Destaca-se que as desigualdades sociais na ocorrência do AVC podem ser verificadas por meio dos indicadores, renda e posse de plano de saúde, na medida em que o menor acesso aos serviços de saúde reduz as oportunidades de orientações sobre prevenção de complicações associadas às doenças crônicas, geralmente já presentes nos idosos³¹. Deve-se considerar ainda, os diferenciais na mortalidade por DCV, incluindo o AVC, de acordo com as diferenças socioeconômicas^{6,32}.

Neste estudo verificou-se que a prevalência de AVC foi maior nos ex-fumantes, denotando os efeitos danosos deste fator de risco para os desfechos cardiovasculares e cerebrovasculares^{12,26}, e a importância do incentivo e apoio para mudança de estilo de vida^{2,6,18,19}. Em estudo realizado no Brasil, foi estimado que o tabagismo foi responsável por 156.337 mortes e 4,2 milhões de anos de vida perdidos por morte prematura, e que a carga da doença associada ao tabagismo foi maior nos homens, com 68% do total de mortes e 64% de anos de vida perdidos, em 2015. O estudo também verificou que os fumantes perdem cerca de seis anos de vida em comparação aos não fumantes³³. O tabaco predispõe a ocorrência de AVC

pela exposição a substâncias tóxicas que promovem a formação de radicais livres, causando inflamação crônica, e por potencializar o envelhecimento dos vasos arteriais³⁴. Políticas voltadas para a redução do tabagismo^{27,33} e promoção de estilo de vida saudável têm impacto direto na redução de hospitalizações e mortes preveníveis^{1,4,6,7,19}. Na Atenção Primária a Saúde (APS), grupos terapêuticos com atuação multiprofissional têm importante papel além da terapia convencional ofertada³⁵.

Quanto ao consumo de álcool, a menor ocorrência de AVC observada nos idosos que relataram consumir bebidas alcoólicas, deve ser feita à luz das limitações inerentes ao estudo transversal ou da forma como a informação foi obtida. Tal resultado pode decorrer de viés de sobrevivência seletiva, ao obter informações de idosos que sobreviveram às exposições de risco ao longo da vida. No entanto, estudo que avaliou o padrão de consumo de álcool em idosos brasileiros identificou que o AVC foi associado ao consumo leve/moderado³⁶.

Verificou-se, neste estudo, maior prevalência de AVC nos idosos inativos ou insuficientemente ativos fisicamente. Os benefícios da atividade física (AF) para a saúde são amplamente apontados na literatura para a prevenção de doenças crônicas e suas complicações^{37,38}. Nos Estados Unidos, estudo prospectivo com 170.579 adultos (30 a 84 anos) com doenças crônicas, revelou que a prática de AF no lazer, mesmo aquém do nível recomendado, atenuou o risco de mortalidade por todas as causas e por doenças cardiovasculares. Comparados aos que não praticavam AF, o risco de morte por todas as causas foi 23% e 26% menor para os que realizavam 10-59 e 60-149 minutos por semana, respectivamente, e diminuiu progressivamente para os que praticavam AF por 150 minutos ou mais/semana³⁹.

Menor prevalência de AVC foi observada entre os idosos que apresentaram uma alimentação não saudável. Este achado provavelmente é resultante de causalidade reversa, uma desvantagem inerente ao delineamento transversal, uma vez que a exposição e o desfecho

foram medidos em um único momento. Sequelas decorrentes do AVC, como a perda de funções sensoriais, cognitivas, de capacidades funcionais e de comunicação, e problemas emocionais, impactam negativamente no consumo alimentar^{40,41}. Entre os indivíduos que sobrevivem ao AVC, cerca de 40% apresentam disfagia persistente que, por sua vez, aumenta o risco de pneumonia (principalmente em casos de aspiração silenciosa), de desnutrição e desidratação⁴⁰⁻⁴².

Maior prevalência de AVC foi observada nos idosos com excesso de peso. Metanálise com 20 estudos identificou maior risco de AVC nos indivíduos com sobrepeso (RR=1,25; IC95%:1,16-1,34) e obesidade (RR=1,47; IC95%:1,02-2,11), em relação aos de peso normal, e que o risco de AVC isquêmico foi 53% e 68% maior entre os indivíduos com sobrepeso e obesidade, respectivamente⁴³. Mecanismos explicativos sobre os danos da obesidade para os vasos cerebrais incluem a sua associação com hipertensão, diabetes e hiperlipidemia, doenças crônicas que promovem o desenvolvimento de arteriosclerose, e a produção de adipocinas, tais como leptina e fator de necrose tumoral, que causam inflamação e aterosclerose⁴³. A regulação do balanço energético para atingir ou manter o peso corporal saudável ao longo da vida é essencial para a prevenção de doenças cardiovasculares⁴⁴. Apesar de os riscos de AVC relacionados ao IMC, colesterol de lipoproteína de baixa densidade, pressão arterial sistólica, glicemia ou tabagismo reduzirem com o aumento da idade, esses fatores geralmente se agrupam entre os idosos, modificando significativamente sua importância na ocorrência de AVC⁴⁵.

Deve-se manter o foco nos fatores de risco e também na presença de comorbidades⁴⁶. Estudos demonstraram, por exemplo, que a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) pode ser um fator de risco para AVC, no entanto, por apresentar múltiplas comorbidades, é difícil dizer se a DPOC é um fator de risco independente para AVC ou se é devido a um efeito de confusão⁴⁷, o que pode ser aplicado para a população idosa, considerando-se as doenças investigadas e a natureza do estudo transversal. Ressalta-se que a prevalência de certas

condições que elevam a probabilidade para AVC, incluindo diabetes, hipertensão, fibrilação atrial e doença arterial coronariana e periférica, aumenta com a idade, afetando mais os idosos⁴⁵.

As morbidades, isoladas ou combinadas, interagem potencialmente com os fatores de risco cardiovascular convencionais para modificar o risco de AVC em idosos⁴⁵. Embora não observada associação do câncer com o AVC, pacientes com câncer têm risco aumentado de trombose arterial, elevando a possibilidade de infarto e AVC⁴⁸. Intervenções de tratamento e de estilo de vida voltadas para outras morbidades, como as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer, arritmia, insuficiência cardíaca, podem contribuir para a redução da ocorrência de AVC neste subgrupo⁴⁹.

Quanto à autoavaliação da saúde, os resultados apontaram para o impacto do AVC e limitações por ele impostas, na percepção subjetiva da saúde e qualidade de vida - 72% dos idosos que referiram alguma limitação em decorrência da doença consideravam sua saúde ruim/muito ruim. A autoavaliação de saúde é um indicador condizente com a real condição de saúde, inclusive entre idosos^{50,51}, pois aqueles que relatam condições ruins apresentam riscos de mortalidade consistentemente superiores aos que relatam uma saúde melhor²².

O uso de medicamentos referido pelos idosos que tiveram AVC também pode ser reflexo da sua relação com outras doenças/condições crônicas. Embora os fármacos usados não tenham sido objeto de investigação, sabe-se que alguns anti-hipertensivos têm efeitos adicionais - o anlodipino tem efeito antianginoso e os inibidores da enzima de conversão de angiotensina são adequados para a prevenção e tratamento de nefropatia diabética, prevenção secundária de AVC e IAM, e tratamento de insuficiência cardíaca^{52,53}. No cuidado à saúde de idosos na APS, as boas práticas de prescrição medicamentosa devem ser observadas, evitando-se a iatrogenia associada à prescrição, cujos efeitos adversos a medicamentos são mais

frequentes nos idosos^{54,55} e podem ser confundidos com sintomas comuns, como a fadiga provocada por betabloqueadores que pode assumir contornos de um quadro de depressão⁵⁵.

Em relação as práticas de cuidado, problemas de saúde que implicam em limitações físicas, de mobilidade e/ou cognitivas - como o AVC - podem impedir a execução de atividades habituais e físicas. Neste estudo, entre os que referiram AVC, somente 17% realizavam fisioterapia, e este tratamento pode reabilitar o idoso para a realização de outras práticas físicas e de mobilidade com impacto positivo para sua saúde e qualidade de vida¹².

O acesso aos cuidados é fundamental na manutenção do estado de saúde dos idosos com AVC. Na reabilitação do idoso pós-AVC a fisioterapia é essencial no resgate e melhoria da mobilidade, tanto para a reabilitação da marcha, quanto para a recuperação funcional e (re)inclusão social do idoso¹². Essa oferta de cuidados deve começar na APS, pelo cuidado multiprofissional, já que o diagnóstico precoce de agravos limitantes/incapacitantes requer intervenção imediata para elaboração de um plano interdisciplinar de cuidado¹².

Ressalta-se que muitas pessoas idosas que sobrevivem ao AVC apresentam consequências que as tornam dependentes para as atividades diárias, com efeitos significativos tanto para o idoso, quanto para familiares e cuidadores. A reabilitação do AVC demanda esforço coordenado e sustentado de uma equipe multiprofissional, incluindo o paciente, a família, cuidador e profissionais de saúde, com coordenação e comunicação efetiva entre todos⁴¹.

Uma alimentação saudável e variada é essencial para o tratamento não medicamentoso da doença^{12,18}. Neste estudo, a realização de dieta foi referida por cerca de 47% dos idosos que tiveram AVC, ressaltando-se a importância de prover informações sobre os benefícios da alimentação saudável, de ampliar as ações de cuidado integral ofertadas pelo SUS, como o atendimento domiciliar para pessoas com sequelas de AVC, e o fortalecimento das equipes multidisciplinares.

De acordo com o estudo da Carga Global de Doença (Global Burden of Disease - GBD), 15 fatores de risco dietéticos, em conjunto, contribuíram para 7,9 milhões ou 14,0% das mortes no mundo, em 2019, sobretudo por DCV⁵⁶. Estudo de revisão sistemática com metanálise, que avaliou os efeitos de fatores dietéticos sobre o risco de DCV, revelou que padrões alimentares como a dieta mediterrânea, e o consumo de frutas, hortaliças, azeite, oleaginosas, chá verde, fibras alimentares e potássio reduzem significativamente o risco de AVC⁵⁷. Para promover a saúde cardiovascular, a American Heart Association (AHA) recomenda o consumo de frutas e hortaliças em grande variedade, de cereais integrais, de fontes proteicas de origem vegetal (feijões e oleaginosas), de pescados, laticínios com baixo teor de gordura, de óleos vegetais, bem como evitar o consumo de bebidas adoçadas, doces, carnes processadas e sal⁴⁴.

Entre as limitações deste estudo, deve-se considerar as inerentes ao delineamento transversal, que não possibilita estabelecer relações temporais entre as variáveis - algumas associações podem ser devido a causalidade reversa. Também, a possibilidade de viés de informação, pois o diagnóstico médico autorreferido de doenças crônicas pode estar sujeito ao viés de memória e ao acesso aos serviços de saúde. Entre as forças do estudo, destaca-se a utilização de dados representativos para idosos brasileiros não institucionalizados, permitindo traçar o perfil epidemiológico do AVC nesta população, com vistas na redução do impacto da doença, promoção da qualidade de vida e diminuição da carga da doença sobre os serviços de saúde⁵⁸.

CONCLUSÃO

Observou-se relação inversa entre a prevalência de AVC e o grau de escolaridade e nível socioeconômico dos idosos (refletido pelo acesso ao plano de saúde). A ocorrência de AVC foi maior nos ex-fumantes, com comorbidades neuroendócrinas e cardiovasculares. Menos de 20% dos idosos com a doença relatou fazer fisioterapia, evidenciando a necessidade

de ampliar o cuidado multiprofissional na rede de atenção à saúde para este subgrupo. Esses achados contribuem para a identificação de segmentos de idosos mais afetados pelo AVC e podem auxiliar no planejamento de futuras intervenções.

REFERÊNCIAS

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020;22;76(25):2982-3021. Erratum in: *J Am Coll Cardiol.* 2021;20;77(15):1958-59.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília; 2019.
3. Coordenação-Geral de Informações e Análise Epidemiológica do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019. *Bol Epidemiol* 2022; 53(2):1-13.
4. Malta DC, Teixeira R, Oliveira GMM, Ribeiro ALP. Cardiovascular Disease Mortality According to the Brazilian Information System on Mortality and the Global Burden of Disease Study Estimates in Brazil, 2000-2017. *Arq Bras Cardiol.* 2020;115(2):152-60.
5. World Health Organization (WHO). Cardiovascular diseases (CVDs). Key facts. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) (acessado em 21/Set/22).
6. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20(10):795-820.

7. Moreira PVL, Arruda Neta ADCP, Ferreira SS, Ferreira FELL, Lima RLFC, Toledo Vianna RP, et al. Coronary heart disease and stroke mortality trends in Brazil 2000-2018. *PLoS One* 2021;16(9):e0253639.
8. Siqueira ASE, Siqueira-Filho AG, Land MGP. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(1):39-46.
9. Lotufo PA, Goulart AC, Passos VMA, Satake FM, Souza MFM, França EB, et al. Cerebrovascular disease in Brazil from 1990 to 2015: Global Burden of Disease 2015. *Rev. bras. epidemiol.* 2017;20(Suppl 01):129-41.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
12. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
13. Sharrief A, Grotta JC. Stroke in the elderly. *Handb Clin Neurol* 2019;167:393-418.
14. Avan A, Digaleh H, Di Napoli M, Stranges S, Behrouz R, Shojaeianbabaei G, et al. Socioeconomic status and stroke incidence, prevalence, mortality, and worldwide burden: an ecological analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *BMC Med* 2019;17(1):191.

15. Gardener H, Sacco RL, Rundek T, Battistella V, Cheung YK, Elkind MSV. Race and Ethnic Disparities in Stroke Incidence in the Northern Manhattan Study Stroke 2020;51(4):1064-69.
16. Che B, Shen S, Zhu Z, Wang A, Xu T, Peng Y, et al. Education Level and Long-term Mortality, Recurrent Stroke, and Cardiovascular Events in Patients With Ischemic Stroke. J Am Heart Assoc 2020;9(16):e016671.
17. Harshfield EL, Georgakis MK, Malik R, Dichgans M, Markus HS. Modifiable Lifestyle Factors and Risk of Stroke: A Mendelian Randomization Analysis. Stroke. 2021;52(3):931-36.
18. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. Arq Bras Cardiol. 2019;113(4):787-891. Erratum in: Arq Bras Cardiol. 2021;116(4):855.
19. World Health Organization (WHO). Stroke, Cerebrovascular accident. Disponível em: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html> (acessado em 19/Dez/22).
20. Micha R, Peñalvo JL, Cudhea F, Imamura F, Rehm CD, Mozaffarian D. Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States. JAMA. 2017;317(9):912-24.
21. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. Epidemiol. Serv. Saúde 2020;29(5):e2020315.
22. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Encuesta Multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe: informe preliminar.

- 36ª Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud; 9-1 jul 2001; Kingston. Washington, DC: OPAS; 2001.
23. Yu C, An Z, Zhao W, Wang W, Gao C, Liu S, et al. Sex Differences in Stroke Subtypes, Severity, Risk Factors, and Outcomes among Elderly Patients with Acute Ischemic Stroke. *Front Aging Neurosci* 2015;7:174.
24. Appelros P, Stegmayr B, Terént A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke* 2009;40(4):1082-90.
25. Wang Y, Dai Y, Zheng J, Xie Y, Guo R, Guo X, et al. Sex difference in the incidence of stroke and its corresponding influence factors: results from a follow-up 8.4 years of rural China hypertensive prospective cohort study. *Lipids Health Dis.* 2019;18(1):72.
26. World Health Organization (WHO). Tobacco. Key facts. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (acessado em 19/Dez/22).
27. Malta DC, Silva AGD, Machado ÍE, Sá ACMGN, Santos FMD, Prates EJS, et al. Trends in smoking prevalence in all Brazilian capitals between 2006 and 2017. *J Bras Pneumol.* 2019;45(5):e20180384.
28. Abad-Díez JM, Calderón-Larrañaga A, Poncel-Falcó A, Poblador-Plou B, Calderón-Meza JM, Sicras-Mainar A, et al. Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC Geriatr.* 2014;14:75.
29. Oliveira IM, Araujo TA, Roediger MA, Zanetta DMT, Andrade FB. Fatores associados à hipertensão não diagnosticada entre adultos mais velhos no Brasil - ELSI-Brasil. *Cien Saude Colet.* 2022;27(5):2001-10.
30. Franceschi C, Garagnani P, Morsiani C, Conte M, Santoro A, Grignolio A, et al. The Continuum of Aging and Age-Related Diseases: Common Mechanisms but Different Rates. *Front Med (Lausanne).* 2018;5:61.

31. Malta DC, Gomes CS, Stopa SR, Andrade FMD, Prates EJS, Oliveira PPV, et al. Inequalities in health care and access to health services among adults with self-reported arterial hypertension: Brazilian National Health Survey. *Cad Saude Publica* 2022;38(Suppl 1):e00125421.
32. Mata MS, Costa ICC. Composição do Índice de Iniquidade em Saúde a partir das desigualdades na mortalidade e nas condições socioeconômicas em uma capital brasileira. *Ciênc saúde coletiva* 2020;25(5):1629-40.
33. Pinto M, Bardach A, Palacios A, Biz A, Alcaraz A, Rodriguez B, et al. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(8):e00129118.
34. Xu L, Schooling CM, Chan WM, Lee SY, Leung GM, Lam TH. Smoking and Hemorrhagic Stroke Mortality in a Prospective Cohort Study of Older Chinese. *Stroke*. 2013; 44:2144-2149.
35. Preto JZ, Rech RS, Faustino-Silva DD. Tobacco cessation groups: historical series of a primary health care at the south of Brazil. *Cad. Saúde Colet* 2022;30(2):244-54.
36. Noronha PN, Nascimento-Souza MA, Lima-Costa MF, Peixoto SV. Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). *Ciênc. saúde coletiva* 2019; 24(11)28:4171-80.
37. Ruegsegger GN, Booth FW. Health Benefits of Exercise. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2018; 8(7):a029694.
38. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020; 54(24):1451-62.

39. Sun J, Wu H, Zhao M, Magnussen CG, Xi B. Dose-response association of leisure time physical activity with mortality in adults with major chronic diseases. *Front Nutr.* 2022; 9:1048238.
40. Minelli C, Bazan R, Pedatella MTA, Neves LO, Cacho RO, Magalhães SCSA, et al. Brazilian Academy of Neurology practice guidelines for stroke rehabilitation: part I. *Arq Neuropsiquiatr.* 2022; 80(6):634-52.
41. Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* 2016;47(6):e98-e169.
42. Balcerak P, Corbiere S, Zubal R, Kägi G. Post-stroke Dysphagia: Prognosis and Treatment-A Systematic Review of RCT on Interventional Treatments for Dysphagia Following Subacute Stroke. *Front Neurol.* 2022;13:823189.
43. Wang X, Huang Y, Chen Y, Yang T, Su W, Chen X, et al. The relationship between body mass index and stroke: a systemic review and meta-analysis. *J. Neurol.* 2022; 269:6279-6289.
44. Lichtenstein AH, Appel LJ, Vadiveloo M, Hu FB, Kris-Etherton PM, Rebholz CM, et al. 2021 Dietary Guidance to Improve Cardiovascular Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2021; 144(23):e472-e487.
45. Yousufuddin M, Young N. Aging and ischemic stroke. *Aging (Albany NY)* 2019; 11(9):2542-44.
46. Sharrief A, Grotta JC. Stroke in the elderly. *Handb Clin Neurol.* 2019;167:393-418.
47. Corlateanu A, Covantev S, Mathioudakis AG, Botnaru V, Cazzola M, Siafakas N. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Stroke. *COPD* 2018; 15(4):405-13.

48. Chen YJ, Dong RG, Zhang MM, Sheng C, Guo PF, Sun J. Cancer-related stroke: Exploring personalized therapy strategies. *Brain Behav.* 2022; 12(9):e2738.
49. Yousufuddin M, Bartley AC, Alsawas M, Sheely HL, Shultz J, Takahashi PY, et al. Impact of Multiple Chronic Conditions in Patients Hospitalized with Stroke and Transient Ischemic Attack. *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2017;26(6):1239-48.
50. Lemes JS, Pagotto V, Rodrigues PKA, Vera I, Silveira EA. Associação entre autoavaliação de saúde e tipos de atividades de vida diária em idosos. *Cad Saúde Colet.* 2021; 29(2):251-59.
51. Falk H, Skoog I, Johansson L, Guerchet M, Mayston R, Hörder H, et al. Self-rated health and its association with mortality in older adults in China, India and Latin America-a 10/66 Dementia Research Group study. *Age Ageing.* 2017; 46(6):932-39.
52. Marcondes-Braga FG, Moura LAZ, Issa VS, Vieira JL, Rohde LE, Simões MV, et al. Emerging Topics Update of the Brazilian Heart Failure Guideline - 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(6):1174-1212.
53. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq. Bras. Cardiol.* 2021;116(3):516-658.
54. Drenth-van Maanen AC, Wilting I, Jansen PAF. Prescribing medicines to older people- How to consider the impact of ageing on human organ and body functions. *Br J Clin Pharmacol.* 2020;86(10):1921-30.
55. Zazzara MB, Palmer K, Vetrano DL, Carfi A, Onder G. Adverse drug reactions in older adults: a narrative review of the literature. *Eur Geriatr Med.* 2021;12(3):463-73. Erratum in: *Eur Geriatr Med.* 2022;13(1):307.

56. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223-49.
57. Chareonrungrueangchai K, Wongkawinwoot K, Anothaisintawee T, Reutrakul S. Dietary Factors and Risks of Cardiovascular Diseases: An Umbrella Review. *Nutrients*. 2020;12(4):1088.
58. Lui SK, Nguyen MH. Elderly Stroke Rehabilitation: Overcoming the Complications and Its Associated Challenges. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2018; 2018:9853837.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Francisco PMSB contribuiu na concepção e delineamento do estudo, análise dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Santos APS contribuiu com a revisão da literatura, análise dos dados e redação do artigo. Bacurau AGM contribuiu com a interpretação dos dados, revisão da literatura, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Assumpção D colaborou com a interpretação dos dados, revisão da literatura, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam que não há conflito de interesse.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde, de domínio público, encontram-se disponíveis no site: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/bases-de-dados/>.

Tabela 1. Prevalência de acidente vascular cerebral (AVC) em idosos (idade ≥ 60 anos), segundo características sociodemográficas. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis/categorias	n (%)	% (IC95%)	p-valor
<i>Sexo</i>			0,0052
Masculino	10.193 (43,32)	6,40 (5,64 - 7,25)	
Feminino	12.535 (56,68)	4,99 (4,44 - 5,62)	
<i>Faixa etária (em anos)</i>			< 0,0001
60 a 69	12.555 (56,30)	3,79 (3,32 - 4,33)	
70 a 79	7.157 (30,14)	7,68 (6,66 - 8,83)	
80 e mais	3.016 (13,56)	8,50 (6,99 - 10,30)	
<i>Raça/cor da pele¹</i>			0,0025
Branca/amarela	10.105 (51,79)	4,88 (4,29 - 5,55)	
Preta/parda/indígena	12.621 (48,21)	6,37 (5,68 - 7,15)	
<i>Situação conjugal</i>			0,2100
Com cônjuge	10.725 (56,27)	5,33 (4,72 - 6,01)	
Sem cônjuge	12.003 (43,73)	5,95 (5,26 - 6,73)	
<i>Escolaridade</i>			< 0,0001
Sem instrução/fundamental incompleto	14.987 (63,27)	6,55 (5,94 - 7,23)	
Fundamental completo/médio completo	5.040 (24,03)	4,40 (3,62 - 5,34)	
Superior incompleto/completo	2.701 (12,70)	3,13 (2,37 - 4,12)	
<i>Renda per capita (em salário mínimo)</i>			< 0,0001
Até 1/2 SM	2.393 (10,19)	7,53 (5,78 - 9,75)	
Mais de 1/2 até 1 SM	7.857 (31,54)	6,72 (5,83 - 7,73)	
Mais de 1 até 2 SM	6.617 (31,87)	5,41 (4,62 - 6,32)	
Mais de 2 até 3 SM	2.287 (10,80)	4,35 (3,27 - 5,77)	
Mais de 3 SM	3.571 (15,60)	3,35 (2,60 - 4,32)	
<i>Posse de plano de saúde</i>			< 0,0001
Sim	5.837 (29,28)	6,28 (5,69 - 6,92)	
Não	16.891 (70,72)	3,96 (3,30 - 4,74)	

Nota: n (%): número absoluto de observações (percentual da amostra ponderada). IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; p-valor do teste Qui-quadrado (Rao-Scott).

Tabela 2. Prevalência de acidente vascular cerebral (AVC) em idosos (idade ≥ 60 anos) e razões de chances, segundo comportamentos relacionados à saúde e Índice de Massa Corporal. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis/categorias	%	IC95%	p-valor	OR _{ajustada} (IC95%)
<i>Tabagismo</i>			0,0063	
Não fumante	4,95	4,35-5,63		1
Fumante	4,69	3,44-6,36		1,05 (0,74-1,49)
Ex-fumante	6,56	5,78-7,45		1,29 (1,06-1,57)
<i>Frequência habitual de consumo de bebidas alcoólicas</i>			< 0,0001	
Nunca ou < 1 vez/mês	6,28	5,74-6,87		1
≥ 1 vez/mês	2,68	2,09-3,43		0,42 (0,31-0,55)
<i>Prática de atividade física no lazer</i>			< 0,0001	
Ativo	3,53	2,77-4,50		1
Insuficientemente ativo/inativo	6,11	5,59-6,68		1,58 (1,22-2,06)
<i>Consumo alimentar</i>			0,0867	
Saudável	6,09	5,34-6,93		1
Não saudável	5,25	4,69-5,87		0,87 (0,73-1,05)
<i>Índice de Massa Corporal (IMC)</i>			0,0756	
Baixo peso	6,10	5,03 - 7,37		1,14 (0,90-1,46)
Eutrofia	4,98	4,38 - 5,65		1
Sobrepeso/obesidade	6,13	5,30 - 7,08		1,37 (1,12-1,68)

Nota: IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; p-valor do teste Qui-quadrado (Rao-Scott); OR_{ajustada}: Razão de Chances ajustada por sexo e idade.

Tabela 3. Prevalência de acidente vascular cerebral (AVC) em idosos (idade ≥ 60 anos) e razões de chances, segundo doenças crônicas e autoavaliação de saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis/categorias	%	IC95%	p-valor	OR _{ajustada} (IC _{95%})
<i>Hipertensão arterial</i>				
Não	3,27	2,69 - 3,98	< 0,0001	1
Sim	7,46	6,79 - 8,19		2,34 (1,86-2,93)
<i>Diabetes mellitus</i>				
Não	4,86	4,37 - 5,39	< 0,0001	1
Sim	8,62	7,38 - 10,04		1,85 (1,51-2,26)
<i>Doença do coração</i>				
Não	4,42	3,97 - 4,93	< 0,0001	1
Sim	13,40	11,59 - 15,45		3,07 (2,49-3,78)
<i>Colesterol alto</i>				
Não	4,96	4,45 - 5,53	< 0,0001	1
Sim	7,47	6,49 - 8,59		1,76 (1,45-2,14)
<i>Doença no pulmão/DPOC</i>				
Não	5,43	4,97 - 5,92	< 0,0001	1
Sim	11,46	8,13 - 15,92		1,99 (1,36-2,91)
<i>Asma/bronquite asmática</i>				
Não	5,52	5,05 - 6,03	0,1304	1
Sim	7,21	5,16 - 10,0		1,35 (0,93-1,96)
<i>Artrite/reumatismo</i>				
Não	5,42	4,92 - 5,97	0,1194	1
Sim	6,42	5,32 - 7,72		1,28 (1,02-1,60)
<i>Insuficiência renal</i>				
Não	5,38	4,92 - 5,89	< 0,0001	1
Sim	13,93	10,24 - 18,66		2,67 (1,85-3,84)
<i>Câncer</i>				
Não	5,44	4,98 - 5,95	0,0224	1
Sim	7,76	5,80 - 10,32		1,31 (0,94-1,83)
<i>Depressão</i>				
Não	5,06	4,60 - 5,57	< 0,0001	1
Sim	9,62	7,92 - 11,65		2,34 (1,85-2,96)
<i>Autoavaliação da saúde</i>				
Muito boa/boa	2,91	2,42 - 3,49	< 0,0001	1
Regular	6,08	5,36 - 6,88		2,08 (1,66-2,62)
Ruim/muito ruim	15,12	13,09 - 17,41		5,77 (4,46-7,46)

Nota: IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; p-valor do teste Qui-quadrado (Rao-Scott); OR_{ajustada}: Razão de Chances ajustada por sexo e idade.

Tabela 4. Modelo hierárquico múltiplo de regressão logística para a associação entre acidente vascular cerebral (AVC) e variáveis sociodemográficas, comportamentos de saúde e condições de saúde em idosos (idade ≥ 60 anos). Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Variáveis/categorias	Primeira etapa OR ^a ajustada (IC95%)	Segunda etapa OR ^b ajustada (IC95%)	Terceira etapa OR ^c ajustada (IC95%)
<i>Sexo</i>			
Feminino	1		
Masculino	1,33 (1,10-1,60)		
<i>Faixa etária (em anos)</i>			
60 - 69	1		
70 - 79	2,13 (1,73-2,63)		
80 e mais	2,42 (1,87-3,15)		
<i>Renda per capita (em salário mínimo)</i>			
Até 1/2 SM	1		
Mais de 1/2 até 1SM	0,78 (0,56-1,08)		
Mais de 1SM até 2SM	0,67 (0,48-0,94)		
Mais de 2SM até 3SM	0,57 (0,37-0,88)		
Mais de 3SM	0,48 (0,31-0,73)		
<i>Posse de plano de saúde</i>			
Sim	1		
Não	1,31 (1,01-1,71)		
<i>Tabagismo</i>			
Não fumante		1	
Fumante		1,06 (0,74-1,53)	
Ex-fumante		1,33 (1,10-1,62)	
<i>Consumo de bebidas alcoólicas</i>			
Nunca ou < 1 vez/mês		1	
≥ 1 vez/mês		0,45 (0,34-0,61)	
<i>Prática de atividade física no lazer</i>			
Ativo		1	
Insuficientemente ativo/inativo		1,43 (1,09-1,88)	
<i>Consumo alimentar</i>			
Saudável		1	
Não saudável		0,82 (0,68-0,98)	

Índice de Massa Corporal (IMC)

Baixo peso	1	
Eutrofia	1,10 (0,86-1,40)	
Sobrepeso/Obesidade	1,33 (1,08-1,63)	
<i>Doenças crônicas</i>		
Hipertensão arterial		1,78 (1,39-2,28)
Diabetes mellitus		1,27 (1,02-1,59)
Doença do coração		2,15 (1,74-2,67)
Insuficiência renal		1,62 (1,10-2,37)
Depressão		1,81 (1,41-2,33)
<i>Autoavaliação da saúde</i>		
Muito boa/boa		1
Regular		1,48 (1,15-1,91)
Ruim/muito ruim		3,22 (2,40-4,32)

Nota: IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%; OR: razão de chances. ^aajuste para características sociodemográficas; ^bajuste para características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde e IMC; ^cajuste para características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde, IMC e variáveis do mesmo nível hierárquico.

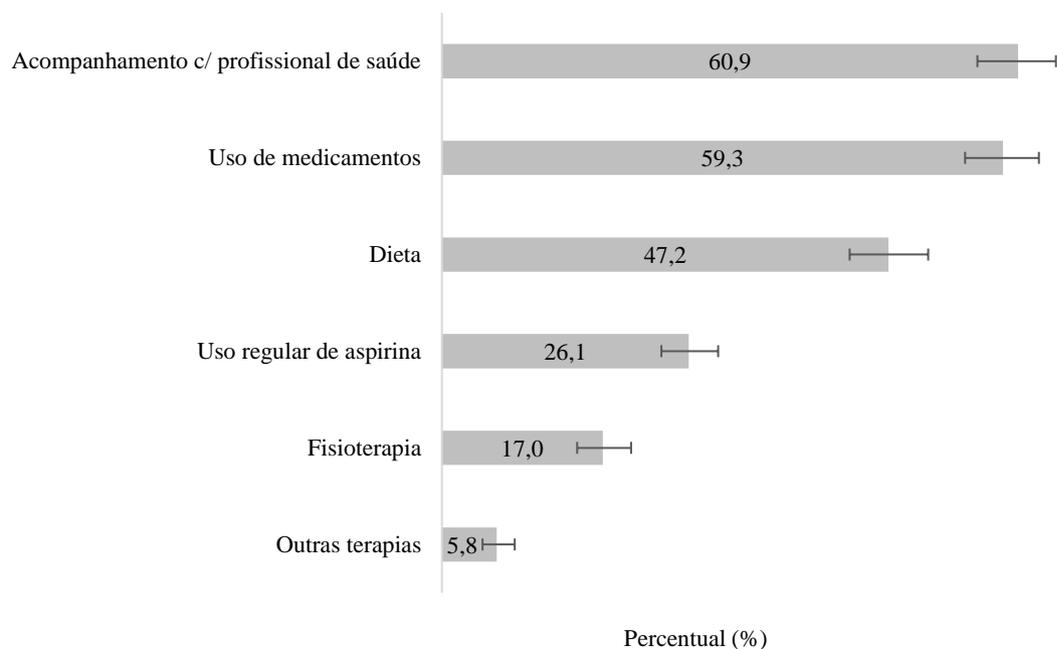


Figura 1. Distribuição percentual de práticas de cuidado realizadas pelos idosos (idade \geq 60 anos) por causa do acidente vascular cerebral (AVC). Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.