

Fatores de risco comportamentais relacionados ao acidente vascular cerebral em pacientes hipertensos

Behavioral risk factors related to stroke in hypertensive patients

Como citar este artigo:

Ribeiro VLD, Moura MCS, Silva ARV, Sousa ASJ, Beleza CMF. Behavioral risk factors related to stroke in hypertensive patients. Rev Rene. 2026;27:e96925. DOI: <https://doi.org/10.36517/2175-6783.20262796925>

 Virna Lohrane Dourado Ribeiro¹
 Maria Clara Santos Moura¹
 Ana Roberta Vilarouca da Silva¹
 Antônia Sylca de Jesus Sousa¹
 Cinara Maria Feitosa Beleza¹

¹Universidade Federal do Piauí.
Picos, PI, Brasil.

Autor correspondente:

Cinara Maria Feitosa Beleza
Rua Cícero Duarte, 905 - Junco.
CEP: 64607-670. Picos, PI, Brasil.
E-mail: cinara.maria@ufpi.edu.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes 
EDITOR ASSOCIADO: Gilmara Holanda da Cunha 

RESUMO

Objetivo: descrever os fatores de risco comportamentais relacionados ao acidente vascular cerebral em indivíduos com hipertensão arterial sistêmica. **Métodos:** estudo transversal realizado com 327 pacientes diagnosticados com hipertensão atendidos em Unidades Básicas de Saúde. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário estruturado. Foi realizada análise descritiva e inferencial. **Resultados:** os maiores consumos alimentares foram de verduras ou legumes (média=3,40) e carne vermelha (média=3,31). A substituição do almoço por lanches foi a prática menos frequente (média=0,46). Mais de 14% dos participantes relataram consumo de bebida alcoólica uma vez ou mais por mês. Cerca de 60% não praticavam exercícios físicos. O tabagismo atual foi identificado em 13,5% dos participantes e o pregresso em 36,4%, com tempo médio de 28,42 anos. Dentre indivíduos com histórico de acidente vascular cerebral, observou-se maior prevalência de tabagismo, sedentarismo e elevado consumo de carne vermelha. **Conclusão:** evidenciou-se a presença de fatores comportamentais de risco em hipertensos, sobretudo dentre aqueles com histórico de acidente vascular cerebral. **Contribuições para a prática:** contribui para a identificação precoce de fatores de risco modificáveis, o reforço da importância do rastreamento comportamental na rotina clínica e subsídio para o planejamento do cuidado multiprofissional. **Descritores:** Acidente Vascular Cerebral; Hipertensão; Estilo de Vida; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Objective: to describe behavioral risk factors related to stroke in individuals with systemic arterial hypertension. **Methods:** cross-sectional study conducted with 327 patients diagnosed with hypertension and treated at Primary Health Care Units. Data were collected using a structured questionnaire. Descriptive and inferential analyses were performed. **Results:** the highest food consumption frequencies were for vegetables or legumes (mean=3.40) and red meat (mean=3.31). Replacing lunch with snacks was the least frequent practice (mean=0.46). More than 14% of participants reported consuming alcoholic beverages once or more per month. Around 60% did not practice physical exercise. Current smoking was identified in 13.5% of participants and past smoking in 36.4%, with a mean duration of 28.42 years. Among individuals with a history of stroke, a higher prevalence of smoking, sedentary lifestyle, and high red meat consumption was observed. **Conclusion:** behavioral risk factors were identified among hypertensive individuals, especially among those with a history of stroke. **Contributions to practice:** this study contributes to the early identification of modifiable risk factors, reinforces the importance of behavioral screening in clinical routines, and supports the planning of multiprofessional care. **Descriptors:** Stroke; Hypertension; Life Style; Risk Factors.

Introdução

As doenças cerebrovasculares compreendem uma série de lesões que ocorrem no sistema nervoso central resultantes de alterações endoteliais. Essas lesões são causadas por diferentes condições, dentre elas o Acidente Vascular Cerebral (AVC), em sua forma isquêmica e hemorrágica e as anomalias vasculares, como aneurismas intracranianos e malformações arteriovenosas⁽¹⁻²⁾. As doenças cerebrovasculares são caracterizadas como umas das principais causas de incapacidade e mortalidade que ocorrem a longo prazo, e o AVC é o mais frequente delas⁽³⁾.

O AVC configura-se como o desenvolvimento imediato de sinais relacionados a distúrbios globais ou focais da função do cérebro, com sintomas que duram no mínimo 24 horas. Tem origem vascular, envolve um ou mais vasos sanguíneos e provoca modificações nos planos cognitivo e sensório-motor, a depender da área de ocorrência e gravidade da lesão⁽⁴⁾. Também, pode manifestar-se com *déficit* transitório e sintomas como fraqueza, dormência súbita, dificuldades na fala, confusão mental e cefaleia intensa, ou ainda deixar graves sequelas como alterações cognitivas, hemiplegia ou hemiparesia, transtornos emocionais e dores crônicas. O quadro varia de indivíduo para indivíduo e o tratamento é essencial para manutenção da qualidade de vida⁽⁵⁾.

O AVC é a segunda causa de morte e um dos principais motivos de incapacidades permanentes em todo o mundo, ocorre majoritariamente, em indivíduos a partir dos 50 anos⁽⁶⁻⁷⁾. É uma condição responsável por 6,24 milhões de óbitos em 2015 e a tendência é que a posição seja mantida até 2030. No Brasil, a alta incidência (137 casos por 100 mil habitantes por ano), reflete a problemática vivenciada na saúde da população, principalmente ao levar em consideração a escassez de políticas públicas relacionadas à assistência em saúde⁽⁸⁾.

No que se refere aos fatores de risco para a ocorrência do AVC, geralmente são divididos em não modificáveis, dentre os quais estão o sexo, idade, etnia,

doenças hereditárias e história familiar e em modificáveis como o sedentarismo, alimentação, etilismo, uso de drogas e tabagismo⁽⁹⁾. Quase 50% das mortes são causadas pelo mau controle dos fatores de risco modificáveis⁽¹⁰⁾, e a exposição cada vez mais precoce aos mais diversos fatores de risco associados ao estilo de vida influenciam significativamente na população⁽¹¹⁾.

Ou seja, caso persistam as tendências desfavoráveis relacionadas à fração atribuível à população de alguns dos principais fatores de risco, como índice de massa corporal elevado, glicemia de jejum elevada, dieta rica em bebidas açucaradas, baixa atividade física, pressão arterial sistólica elevada, exposição ao chumbo e dieta pobre em ácidos graxos poli-insaturados ômega-6, haverá aumento da carga total da doença em números absolutos de casos, o que poderá sobrecarregar o sistema de saúde nas próximas décadas⁽¹²⁾.

A hipertensão arterial sistêmica é considerada o principal fator de risco modificável para a ocorrência de AVC, apresentando relação direta com os níveis pressóricos. O risco aumenta proporcionalmente à elevação da pressão arterial sistólica e/ou diastólica. Assim, o tratamento voltado para a redução da pressão arterial contribui de forma significativa para a diminuição da incidência da doença. Contudo, o controle da pressão arterial em indivíduos acometidos por AVC é complexo, em razão da diversidade de suas causas e das repercussões hemodinâmicas associadas⁽¹³⁾.

Logo, a forma crucial de prevenir o AVC é manter a hipertensão arterial sistêmica na classificação ótima ou normal, maneira mais eficaz para a prevenção cerebrovascular primária. Contudo, a adesão ao tratamento e a hábitos saudáveis enfrentam barreiras importantes, fatores como o nível de escolaridade, apoio familiar e atuação da atenção primária à saúde são aspectos decisivos⁽¹⁴⁾.

Embora existam evidências consolidadas sobre a influência dos fatores comportamentais no desenvolvimento e na recorrência do acidente vascular cerebral, ainda são escassos estudos brasileiros que descrevam esses fatores especificamente entre indivíduos com hipertensão arterial acompanhados na

Atenção Primária à Saúde. A identificação desses comportamentos é relevante para subsidiar o planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e fortalecimento do cuidado longitudinal prestado pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

Dessa forma, conhecer o perfil comportamental dessa população pode contribuir para o direcionamento de intervenções voltadas ao controle dos fatores de risco modificáveis e à redução da morbimortalidade por doenças cerebrovasculares. Diante do exposto, o estudo objetivou descrever os fatores de risco comportamentais relacionados ao acidente vascular cerebral em indivíduos com hipertensão arterial sistêmica.

Métodos

Tipo de estudo e local

Trata-se de um estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa dos dados, e faz parte de um estudo maior, intitulado: Análise do acidente vascular cerebral e sua associação com a saúde cardiovascular em pessoas com hipertensão arterial. Foi desenvolvido em 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), da zona urbana, do município de Picos, Piauí, e 25 unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no período de setembro de 2024 a dezembro de 2025.

Este estudo foi elaborado e reportado conforme as recomendações da iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais transversais.

População e amostra

Os dados foram coletados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica, em uma pesquisa direta na Secretaria Municipal de Saúde de Picos, na qual realizou-se o levantamento do número de atendimentos de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no terceiro trimestre de 2023, em todas as UBS/ESF localizadas na

zona urbana do município. Assim, a população em estudo foi composta por 6.256 indivíduos.

Para cálculo da amostra aleatória simples, determinou-se a fórmula aplicada às pesquisas em populações finitas. Para isso, utilizou-se a prevalência do AVC de 31,4%⁽¹⁵⁾, Intervalo de Confiança (IC) de 95% e erro amostral de 5%. Foi considerada uma margem de segurança (7%) para perdas ou exclusão, o que perfaz, no mínimo 318 pessoas na amostra. Mas, foram abordados ao final, 327 hipertensos.

Destaca-se como critérios de inclusão ter idade igual ou superior a 18 anos; e possuir registro de diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica na sua ficha de acompanhamento da UBS. Foram critérios de exclusão: pessoas com transtorno mental descompensado no momento da coleta de dados, pessoas hospitalizadas para tratamento ou em endereço diferente do registrado na UBS.

Coleta de dados

Os participantes foram recrutados por amostragem por conveniência, com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde vinculados às equipes da Estratégia Saúde da Família. Inicialmente, referidos agentes identificavam os indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial cadastrados nas unidades e acompanhavam os pesquisadores até os domicílios para realização das entrevistas. Após esclarecimento dos objetivos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes eram entrevistados individualmente em ambiente reservado no próprio domicílio. As entrevistas foram conduzidas por pesquisadores previamente treinados e apresentaram duração média entre 20 e 30 minutos.

Os dados foram obtidos por meio de questionário estruturado elaborado a partir dos indicadores da Pesquisa Nacional de Saúde⁽¹⁶⁾, instrumento amplamente utilizado em inquéritos epidemiológicos nacionais. O mesmo contemplou variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais relacionadas ao estilo de vida.

As variáveis comportamentais incluíram a frequência de consumo alimentar (verduras e legumes, carne vermelha, frango/galinha, peixe, alimentos doces e substituição de refeições principais por lanches rápidos) e foi registrada em número de dias por semana, com variação de zero a sete dias. O consumo de bebida alcoólica foi categorizado em: nunca consumiu, menos de uma vez por mês e uma vez ou mais por mês, conforme critérios adotados pela Pesquisa Nacional de Saúde⁽¹⁶⁾.

O tabagismo foi classificado em uso atual, uso progressivo e nunca fumou. A prática de atividade física ou esporte foi investigada por meio da pergunta sobre a realização ou não dessas atividades, posteriormente categorizada em “sim” ou “não”. O tempo médio de aplicação do instrumento foi de aproximadamente 20 a 30 minutos.

Além disso, os participantes eram questionados quanto à ocorrência prévia de AVC (autorrelato). Nos casos de resposta afirmativa, a informação foi confirmada por meio da apresentação de exames, disponibilizados durante a visita domiciliar. Os indivíduos que não relataram histórico de AVC constituíram o grupo de comparação.

Análise dos dados

Realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de frequências, percentuais e Intervalo de Confiança de 95% das variáveis qualitativas e média, mediana, desvio-padrão e Intervalo de Confiança de 95% das quantitativas. Quanto à associação ao desfecho, inicialmente avaliou-se a distribuição dos dados quantitativos pelo teste de Shapiro-Wilk. Os testes de hipótese aplicados foram o teste t de Student e Mann-Whitney, a depender da distribuição dos dados. Os resultados foram apresentados em função da média e desvio-padrão. Para testar a associação das variáveis categóricas utilizou-se os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Todos os testes foram avalia-

dos ao nível de significância de 5%. O software utilizado foi o Stata, versão 18.0.

Não foi realizada regressão logística multivariada devido ao reduzido número de participantes com histórico de AVC (n=14), condição que comprometeria a estabilidade dos modelos e aumentaria o risco de estimativas imprecisas. Dessa forma, os resultados apresentados devem ser interpretados como associações bivariadas exploratórias. Por fim, não foram observados dados faltantes para as variáveis incluídas na análise.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob parecer nº 6.852.234/2024 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 79136024.5.0000.8057. Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos e metodologia da pesquisa e, após sua anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 327 indivíduos com hipertensão arterial, com predominância do sexo feminino (66,4%), com média de idade de 64,35 anos (Desvio-padrão (DP)=11,27). A maioria possuía ensino fundamental incompleto (42,5%), era casada (48,3%) e apresentava renda individual entre um e dois salários mínimos (62,4%). A prevalência de AVC observada foi de 14 (4,3%).

Na Tabela 1 é possível visualizar que os maiores consumos semanal foram de verdura ou legume (Média=3,40; IC=3,16-3,64) e carne vermelha (Média=3,31; IC=3,08-3,54). A substituição da refeição do almoço por lanches rápidos ocorreu no menor número médio de dias na semana (Média=0,46; IC=0,35-0,57), seguido pelo consumo de peixe (Média=1,04; IC=0,92-1,16).

Tabela 1 – Caracterização dos consumos alimentares de indivíduos com hipertensão arterial atendidos em Unidades Básicas de saúde. Picos, PI, Brasil, 2025

Variáveis	Média (IC95%)	Media-na	Desvio-padrão
Consumo de verdura ou legumes	3,40 (3,16-3,64)	3,00	2,19
Consumo de carne vermelha	3,31 (3,08-3,54)	3,00	2,15
Consumo de frango/galinha	2,64 (2,45-2,82)	2,00	1,72
Consumo de peixe	1,04 (0,92-1,16)	1,00	1,12
Consumo de alimentos doces	1,23 (1,03-1,43)	0,00	1,83
Substituir a refeição do almoço por lanches rápidos	0,46 (0,35-0,57)	0,00	1,03

IC: Intervalo de confiança

Além disso, mais de 14% (IC=10,7-18,3) dos avaliados consumiram bebida alcoólica uma vez ou mais por mês. Quase 60% (59,6; IC=54,2-64,8) não praticava exercício físico ou esporte, e o número médio de dias semanal dentre aqueles que praticavam é igual a 1,27 (IC=1,06-1,48). Um total de 44 (13,5%) (IC=10,2-17,6) tinham uso atual diário de tabaco. No passado, era um hábito que esteve presente em 36,4% dos avaliados (IC=31,3-41,8), cuja a média de tempo de uso foi igual a 28,42 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos fatores de risco comportamentais de indivíduos com hipertensão arterial atendidos em Unidades Básicas de saúde. Picos, PI, Brasil, 2025

Variáveis	n (%)	IC95%
Consumo de bebida alcoólica		
Não bebeu nunca	234 (71,6)	66,4-76,2
Menos de uma vez por mês	47 (14,4)	11,0-18,6
Uma vez ou mais por mês	46 (14,1)	10,7-18,3
Prática de exercício físico ou esporte		
Sim	132 (40,4)	35,2-45,8
Não	195 (59,6)	54,2-64,8
Uso atual de tabaco		
Sim, diariamente	44 (13,5)	10,2-17,6
Sim, menos que diariamente	6 (1,8)	0,8-4,0
Não, nunca fumou	277 (84,7)	80,4-88,2
Uso de tabaco no passado		
Sim, diariamente	119 (36,4)	31,3-41,8
Sim, menos que diariamente	7 (2,1)	1,0-4,4
Não, nunca fumou	201 (61,5)	56,1-66,6

IC: Intervalo de confiança

Ao comparar os indivíduos hipertensos com e sem histórico de AVC, observou-se que a maioria dos participantes não consumia bebida alcoólica (85,7%), não praticava atividade física ou esporte (78,6%) e não fazia uso atual de tabaco (85,7%). Entretanto, verificou-se elevada frequência de tabagismo progressivo nesse grupo, uma vez que 57,1% relataram ter fumado diariamente no passado, percentual superior ao observado entre os indivíduos sem histórico da doença (35,6%) (Tabela 3).

Embora sem significância estatística, observou-se ainda maior proporção de inatividade física (78,6% versus 59,0%) e de tabagismo progressivo (57,1% versus 35,6%) entre os participantes com histórico de AVC. Esses achados sugerem a presença de comportamentos potencialmente desfavoráveis à saúde cardiovascular nesse grupo, mesmo após a ocorrência do evento cerebrovascular.

Tabela 3 – Comparação dos fatores de risco comportamentais entre indivíduos com hipertensão arterial com e sem histórico de acidente vascular cerebral atendidos em Unidades Básicas de Saúde. Picos, PI, Brasil, 2025

Variáveis	Não	Sim	p-valor
	n (%)	n (%)	
Consumo de bebida alcoólica			
Não bebeu nunca	222 (71,2)	12 (85,7)	0,374*
Menos de uma vez por mês	47 (15,1)	0 (0,0)	
Uma vez ou mais por mês	43 (13,8)	2 (14,3)	
Prática de exercício físico ou esporte			
Sim	128 (41,0)	3 (21,4)	0,143†
Não	184 (59,0)	11 (78,6)	
Uso atual de tabaco			
Sim, diariamente	42 (13,5)	2 (14,3)	1,000*
Sim, menos que diariamente	6 (1,9)	0 (0,0)	
Não, nunca fumou	264 (84,6)	12 (85,7)	
Uso de tabaco no passado			
Sim, diariamente	111 (35,6)	8 (57,1)	0,066*
Sim, menos que diariamente	6 (1,9)	1 (7,1)	
Não, nunca fumou	195 (62,5)	5 (35,7)	

*Teste exato de Fisher; †Teste de Qui-quadrado de Pearson

Em relação aos hábitos alimentares, os participantes com histórico de AVC apresentaram maior frequência semanal de consumo de frango/galinha quan-

do comparados aos demais hipertensos (3,93 versus 2,57 dias por semana; $p=0,002$). Por outro lado, o consumo de carne vermelha foi menor entre aqueles com AVC (1,79 versus 3,39 dias por semana; $p=0,008$). Também foi observado que nenhum participante com histórico de AVC relatou substituir a refeição do almoço por lanches rápidos, enquanto essa prática esteve presente entre os indivíduos sem a doença ($p=0,030$) (Tabela 4).

Foram estatisticamente significativas as associações entre AVC e consumo de carne vermelha, consumo de frango/galinha e a substituição da refeição do almoço por lanches rápidos.

Tabela 4 – Comparação dos consumos alimentares entre indivíduos com hipertensão arterial com e sem histórico de acidente vascular cerebral atendidos em Unidades Básicas de Saúde. Picos, PI, Brasil, 2025

Variáveis	Não	Sim	p-valor
	Média (DP)	Média (DP)	
Consumo de verdura ou legume	3,38 (2,21)	3,86 (1,96)	0,432*
Consumo de carne vermelha	3,39 (2,15)	1,79 (1,48)	0,008†
Consumo de frango/galinha	2,57 (1,70)	3,93 (1,69)	0,002†
Consumo de peixe	1,04 (1,12)	1,07 (1,27)	0,915†
Consumo de alimentos doces	1,22 (1,83)	1,50 (2,03)	0,862†
Substituir a refeição do almoço por lanches rápidos	0,49 (1,05)	0,00 (0,00)	0,030†

*Teste t de Student; †Teste de Mann-Whitney; DP: Desvio-padrão

Discussão

Neste estudo, observou-se elevada frequência de comportamentos potencialmente prejudiciais à saúde cardiovascular entre indivíduos hipertensos atendidos na atenção primária, com destaque para a baixa prática de atividade física, o histórico de tabagismo e o consumo frequente de carne vermelha. Dentre os participantes com histórico de AVC, verificou-se maior proporção de inatividade física e de tabagismo progressivo, além de diferenças no padrão de consumo alimentar quando comparados aos hipertensos sem AVC. Esses achados reforçam a importância da avaliação sistemática dos hábitos de vida na atenção pri-

mária, especialmente entre indivíduos com condições crônicas e maior risco cardiovascular.

Em relação ao consumo alimentar, observou-se que verduras e legumes apresentaram a maior frequência média de consumo semanal entre os participantes. Embora esse resultado sugira a presença de comportamentos alimentares potencialmente protetores, a frequência observada ainda está abaixo do padrão recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que orienta o consumo diário de frutas, verduras e legumes. A ingestão adequada desses alimentos está associada à redução do risco cardiovascular devido ao elevado teor de fibras, vitaminas, minerais e compostos antioxidantes, que contribuem para o controle pressórico e para a prevenção de eventos cerebrovasculares⁽¹⁷⁾.

O consumo de carne vermelha apresentou frequência média elevada entre os hipertensos avaliados. Embora os indivíduos com histórico de AVC tenham apresentado menor frequência de consumo, esse resultado pode refletir modificações nos hábitos alimentares após a ocorrência do evento. Achados semelhantes têm sido descritos em estudos que demonstram maior adesão a recomendações dietéticas após o diagnóstico de doenças cardiovasculares⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Ainda assim, o consumo frequente de carnes vermelhas na amostra reforça a necessidade de ações educativas voltadas à alimentação saudável.

Embora os participantes com histórico de AVC tenham apresentado menor frequência de consumo quando comparados aos demais hipertensos, esse resultado pode refletir modificações alimentares adotadas após a ocorrência do evento cerebrovascular, hipótese que não pôde ser confirmada em razão do delineamento transversal do estudo.

Observou-se, neste estudo, uma prevalência de 4,3% de casos de AVC. Resultado semelhante foi identificado em que a associação entre a duração do diagnóstico de hipertensão arterial e o risco de ocorrência desse agravo, no qual a prevalência foi de 6,4% em uma amostra composta de 27.310 participantes, acompanhados por uma mediana de 12,4 anos⁽²⁰⁾.

A baixa prática de atividade física observada na amostra constitui um achado relevante, uma vez que aproximadamente seis em cada 10 participantes relataram não praticar exercícios físicos ou esportes. Dentre aqueles com histórico de AVC, essa proporção foi ainda maior. Resultado semelhante foi observado em estudos nacionais e internacionais conduzidos com pessoas hipertensas, que também identificaram elevada prevalência de sedentarismo nessa população⁽¹⁸⁾. A participação nos níveis mínimos de atividade física recomendados pela OMS esteve associada à redução da pressão arterial; com diminuição de pelo menos sete mmHg na pressão arterial sistólica e três mmHg na diastólica⁽²¹⁾. Dessa forma, estratégias de incentivo à prática regular de atividade física devem ser fortalecidas no âmbito da APS.

Embora a maioria dos participantes não relatasse uso atual de tabaco, observou-se elevada frequência de tabagismo pregresso, especialmente entre aqueles com histórico de AVC. Esse resultado corrobora estudos que demonstram que a exposição prolongada ao tabaco permanece como importante fator relacionado à ocorrência de eventos cerebrovasculares, mesmo após a interrupção do hábito. Assim, é de grande valia que a APS atue ativamente e incentive o Programa Nacional de Controle do Tabagismo, bem como a implementação de terapias cognitivas comportamentais associadas ao uso de medicamento⁽²²⁾. Outra estratégia é fornecer aconselhamento breve a todos os fumantes durante visitas de rotina, medida que pode resultar em expressiva redução de mortes e de custos evitados⁽²³⁾.

No que se refere à análise das variáveis no grupo dos pacientes de AVC que obtiveram associação significativa. Ao analisar o consumo de carne vermelha nesse grupo, pode-se concluir uma baixa ingestão (1,79 dias por semana) em comparação com aqueles que não tiveram AVC (3,39 dias por semana). O resultado pode ser entendido como uma possível mudança nos hábitos alimentares após AVC, e indicar mais um efeito do evento, e não a causa. Um estudo demonstrou que os consumidores apresentam crescente in-

teresse pela alimentação, 43% consideram-na muito importante e cerca de 43,2% a classificam como importante⁽²⁴⁾. Esses dados evidenciam que a população pode estar mais consciente sobre o impacto que os hábitos e o estilo de vida exercem sobre a saúde.

No tocante ao consumo e frango/galinha os dados apontam um maior consumo nos pacientes de AVC, que pode relacionar-se à tentativa de substituição da carne vermelha. Porém, sabe-se da influência do modo de preparo dos alimentos, por isso, cortes mais gordurosos como coxas, sobrecoxas e azas devem ser assados ou grelhados, para diminuir o teor de gordura⁽¹⁷⁾. Uma dieta saudável é pobre em carnes vermelhas⁽¹⁸⁾. Entretanto, sabe-se que o padrão alimentar da sociedade é influenciado por diversos fatores, como cultura, renda, escolaridade, gênero e condições domiciliares que influenciam o acesso à alimentação adequada⁽²⁵⁾.

Ao analisar a substituição de almoço por lanches, nenhum dos pacientes de AVC relataram essa prática. Tal resultado contrasta com os achados de estudo que mostrou elevada frequência de padrões alimentares inadequados entre adultos brasileiros, que incluíam maior consumo de alimentos ultraprocessados e substituição de refeições tradicionais, fatores associados ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares⁽²⁶⁻²⁷⁾. Porém, embora tenha se observado um resultado positivo nesse quesito, o padrão alimentar anterior ao evento não pôde ser avaliado, ou seja, é importante refletir se o hábito foi adotado antes ou depois do evento.

De uma forma geral, os achados do presente estudo reforçam a influência significativa dos fatores comportamentais na saúde dos indivíduos hipertensos, principalmente na relação com a ocorrência de AVC. Observou-se maior frequência de inatividade física e tabagismo pregresso entre os participantes com histórico de AVC. Por outro lado, comportamentos como a substituição da refeição principal não foram presentes nesse grupo, o que sugere a adesão a hábitos mais saudáveis.

Assim, é evidente a importância de estratégias de prevenção e intervenções no âmbito da atenção bá-

sica, que considerem o estilo de vida e as diversidades da população atendida, com foco não apenas no tratamento da hipertensão, mas na promoção de comportamentos saudáveis e sustentáveis a longo prazo.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, destaca-se o delineamento transversal, que dificulta o estabelecimento de relações de causalidade. Além disso, a baixa prevalência de AVC observada na amostra limitou a realização de análises multivariadas, como regressão logística, o que restringe a identificação de fatores independentemente associados ao desfecho. Outrossim, é a coleta de dados autorreferidos, que está sujeita a viés de memória ou subnotificação de comportamentos que são considerados socialmente indesejados. Porém, ainda assim os resultados encontrados oferecem subsídios relevantes para a saúde coletiva e dão suporte para estratégias de educação em saúde e prevenção de agravos cerebrovasculares.

Contribuições para a prática

O estudo contribui para a identificação precoce de fatores de risco modificáveis, o reforço da importância do rastreamento comportamental na rotina clínica e subsídio para o planejamento do cuidado multiprofissional.

Conclusão

Evidenciou-se elevada frequência de comportamentos de risco cardiovascular entre indivíduos hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde, com destaque para a baixa prática de atividade física, o histórico de tabagismo e o consumo frequente de carne vermelha. Dentre os participantes com histórico de acidente vascular cerebral, observou-se maior proporção de inatividade física e de tabagismo pregresso, além de diferenças no padrão de consumo alimentar quando comparados aos hipertensos sem histórico da doença.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: **Ribeiro VLD, Beleza CMF**. Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada; Concordância em ser responsável por todos os aspectos do manuscrito relacionados à precisão ou integridade de qualquer parte sejam investigadas e resolvidas adequadamente: **Ribeiro VLD, Moura MCS, Silva ARV, Sousa ASJ, Beleza CMF**.

Disponibilidade de dados

Os autores declaram que todo o conjunto de dados que dão suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente.

Referências

1. Souza ARM, Alves DSB, Lacerda GCB, Godoy PH. Ischemic and hemorrhagic cerebrovascular disease in Brazil: mortality trends and correlation with socioeconomic index over 20 years. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2025;30(Suppl 2):e18932023. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-812320242911.18932023EN>
2. Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, Adeoye O, Alexandrov AW, Ansari AS, et al. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2026;57:e00–e00. doi: <https://doi.org/10.1161/STR.00000000000000513>
3. Borghetti G. Hospitalizações por doenças cerebrovasculares em Roraima, Brasil. *Rev Saúde com*. 2024;20(3):3373-81. doi: <https://dx.doi.org/10.22481/rsc.v20i3.14439>
4. Amado B, Melo L, Pinto R, Lobo A, Barros P, Gomes JR. Ischemic stroke: lessons from the past towards effective preclinical models. *Biomedicines*. 2022;10(10):2561. doi: <https://doi.org/10.3390/biomedicines10102561>
5. Teodoro SA, Glehn FMSV. Reabilitação multiprofissional no pós-acidente vascular cerebral: uma revisão integrativa. *RevistaFT*. 2025;29(143).

- doi:<https://dx.doi.org/10.69849/revistaf/ni10202502091213>
6. Owolabi MO, Thrift AG, Mahal A, Ishida M, Martins S, Johnson WD, et al. Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. *Lancet Public Health*. 2022;7(1):e74-e85. doi: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00230-9](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00230-9)
7. Torres JL, Andrade FB, Lima-Costa MF, Nascimento LR. Walking speed and home adaptations are associated with independence after stroke: a population-based prevalence study. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(6):2153-62. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022276.13202021>
8. Tereza DM, Baldasso GM, Paes RS, Sá Junior AR, Giehl MWC, Dutra RC. Stroke epidemiology in southern Brazil: Investigating the relationship between stroke severity, hospitalization costs, and health-related quality of life. *An Acad Bras Ciênc*. 2022;94(2):e20211492. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0001-376520220211492>
9. GBD 2021 Stroke Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol*. 2024;23(10):973-1003. doi: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(24\)00369-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00369-7)
10. Bando DH, Chiaravalloti Neto F, Queiroz AP. Stroke mortality negatively associated with health, education, and safety: an ecological study, Minas Gerais, 2014–2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2025;34:e20240820. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240820.en>
11. Bereda G. Demographic disparities in stroke occurrence: insights from an integrative review of emerging trends. *Brain Behav*. 2025;15(8):e70575. doi: <https://doi.org/10.1002/brb3.70575>
12. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins SO, Pandian J, Lindsay P, et al. World Stroke Organization: global stroke fact sheet 2025. *Int J Stroke*. 2025;20(2):132-44. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/17474930241308142>
13. Bombig MTN, Francisco YA, Bianco HT. Acidente vascular cerebral e hipertensão: relação, metas e recorrência. *Rev Bras Hipertens*. 2021;28(3):232-7. doi: <http://doi.org/10.47870/1519-7522/20212803232-7>
14. Ministério da Saúde (BR). Linha de Cuidado do Adulto com Hipertensão Arterial Sistêmica [Internet]. 2021 [cited Apr 18, 2026]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_adulto_hipertens%C3%A3o_arte-rial.pdf
15. Chekol YM, Merid MW, Tesema GA, Tesfie TK, Tebeje TM, Gelaw NB, et al. Development and validation of a risk prediction model to estimate the risk of stroke among hypertensive patients in University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Gondar, 2012 to 2022. *Degener Neurol Neuromuscul Dis*. 2023;13:89-110. doi: <https://doi.org/10.2147/dnnd.s435806>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal [Internet]. 2020 [cited Apr 18, 2026]. Available from: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>
17. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para a população brasileira [Internet]. 2014 [cited Apr 18, 2026]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
18. Brandão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitosa ADM, et al. Brazilian Guidelines of Hypertension – 2025. *Arq Bras Cardiol*. 2025;122(9):e20250624. doi: <http://doi.org/10.36660/abc.20250624i>
19. Magagnin AB, Heidemann ITSB, Brum CN. Transition of care for stroke patients: an integrative review. *Rev Rene*. 2022;23:e80560. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222380560>
20. Howard G, Muntner P, Lackland DT, Plante TB, Cushman M, Stamm B, et al. Association of duration of recognized hypertension and stroke risk: the REGARDS study. *Stroke*. 2025;56(1):105-12. doi: <https://dx.doi.org/10.1161/STROKEA-HA.124.048385>
21. Islam FMA, Islam MA, Hosen MA, Lambert EA, Maddison R, Lambert GW, et al. Associations of physical activity levels, and attitudes towards physical activity with blood pressure among adults with high blood pressure in Bangladesh. *PLoS One*. 2023;18(2):e0280879. doi: <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0280879>

22. Aguiar VQ, Souza FVC, Camargo RR, Meyer JC. O tabagismo e o risco de recorrência de acidente vascular cerebral. *Interfaces Ciênc Saúde*. 2023; 12(1):1-6. doi: <https://doi.org/10.47385/interfaces.4494.2.2023>
23. Szklo AS. Aconselhamento breve em consultas de rotina: uma estratégia populacional para reduzir a carga da doença e econômica do tabagismo no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2025;41(7):e00000125. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT000125>
24. Duarte P, Teixeira M, Silva S. Healthy eating as a trend: consumers' perceptions towards products with nutrition and health claims. *Rev Bras Gest Neg*. 2021;23(3):405-21. doi: <http://dx.doi.org/10.7819/rbgn.v23i3.4113>
25. Golgher AB. Food insecurity in Brazil by household arrangements and characteristics between 2004 and 2022. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(5):e00168823. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311XEN168823>
26. Assumpção D, Cocetti M, Bacurau AGM, Ruiz AMP, Francisco PMSB. Hábito alimentar de adultos brasileiros segundo a condição na força de trabalho. *Rev Bras Estud Popul*. 2023;40:e0234. doi: <http://doi.org/10.20947/S0102-3098a0234>
27. Lane MM, Gamage E, Du S, Ashtree DN, McGuinness AJ, Gauci S, et al. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. *BMJ*. 2024;384:e077310. doi: <http://doi.org/10.1136/bmj-2023-077310>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons