

## **SIMULTANEIDADE DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS EM ADULTOS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013**

**BÁRBARA HIRSCHMANN<sup>1</sup>; ROBERTA HIRSCHMANN<sup>2</sup>; FERNANDO CESAR  
WEHRMEISTER<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>UFPEl – Faculdade de Enfermagem – *babi.h@live.com*

<sup>2</sup>UFPEl – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – *r.nutri@hotmail.com*

<sup>3</sup>UFPEl - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – *fcwehrmeister@gmail.com*

### **1. INTRODUÇÃO**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são a principal causa de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países, incluindo o Brasil e, continuam sendo um dos principais desafios do desenvolvimento no século XXI, sendo responsáveis pela morte de 15 milhões de mulheres e homens entre 30 e 70 anos de idade a cada ano (WHO, 2017).

As DCNTs estão aumentando entre países de baixa e média-baixa renda e, afetam principalmente os indivíduos de menor nível socioeconômico (WHO, 2017). Entre os fatores de risco responsáveis pelo aumento da carga de DCNTs estão principalmente a inatividade física, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo (WHO, s.d). Além disso, uma combinação de dois ou mais fatores de risco é em geral, associada a um maior risco de desenvolvimento de certas DCNTs, como doenças cardiovasculares ou câncer, do que se esperaria com base nos efeitos separados (SCHUIT; VAN LOON; TIJHUIS; et al, 2002).

Apesar da existência de estudos que demonstram um aumento no risco de desenvolvimento de DCNTs entre aqueles que possuem fatores de risco conhecidos (SCHMIDT, DUNCAN; AZEVEDO E SILVA; et al, 2011; WHO, s.d), são escassos os estudos que avaliaram o efeito concomitante desses fatores especialmente entre a população brasileira. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi descrever a ocorrência simultânea de fatores de risco para DCNTs em adultos brasileiros.

### **2. METODOLOGIA**

Estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013 com a população de 18 anos ou mais de idade (IBGE, 2013). Foram considerados como fatores de risco para doenças crônicas (FRDC): consumo abusivo de álcool (A) definido como a ingestão  $\geq 5$  doses de bebida alcoólica para homens e  $\geq 4$  para mulheres, em uma única ocasião, nos últimos 30 dias; tabagismo atual (T); comportamento sedentário (hábito de assistir televisão  $\geq 3$  horas/dia) (S) e consumo inadequado de legumes ou verduras ( $< 5$  dias/semana) (C).

Para verificar a ocorrência simultânea dos fatores de risco, uma análise de *clusters* foi utilizada sendo considerada a razão entre as prevalências observadas (O) e esperadas (E) para cada combinação. A prevalência esperada foi calculada através da multiplicação da prevalência dos fatores de risco presentes pelo complemento da prevalência dos fatores ausentes. Por exemplo, para calcular valor observado de consumo de álcool, tabagismo e comportamento sedentário, o cálculo se dará da seguinte forma:  $A \times T \times S \times (1-C)$ , dado que o consumo inadequado de verduras e legumes é ausente nesta combinação. Nesta análise,

os *clusters* foram entendidos como as combinações nas quais a razão O/E foi maior que 1 e cujo intervalo de 95% de confiança (IC95%) não englobou a unidade (1).

A descrição dos dados foi realizada através do teste qui-quadrado de Pearson para heterogeneidade. As análises foram realizadas através do programa Stata versão 14.0. Foram utilizados procedimentos específicos na análise de dados derivados de amostras com desenho complexo, como é o caso da PNS. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 59.402 adultos brasileiros. A maior proporção da amostra era do sexo feminino, de cor da pele branca, tinha entre 18 e 29 anos e possuía médio completo ou superior incompleto. Cerca de metade apresentou pelo menos um fator de risco, sendo 21,2% e 4,9% a prevalência de indivíduos que apresentam dois e três ou mais FRDC, respectivamente (Tabela 1).

A maioria dos fatores de risco comportamentais foi mais prevalente entre os homens, exceto comportamento sedentário que teve maior prevalência entre as mulheres assim como encontrado em outros estudos nos quais as prevalências de tabagismo (MUNIZ; SCHNEIDER; SILVA; et al, 2012) e consumo de álcool (CRUZ; RAMIRES; WENDT; et al, 2017) foram maior entre os homens e a inatividade física maior entre as mulheres (MUNIZ; SCHNEIDER; SILVA; et al, 2012; CRUZ; RAMIRES; WENDT; et al, 2017).

De acordo com a Figura 1, o consumo inadequado de legumes e verduras foi o comportamento de risco para DCNTs mais reportado pela amostra (45,5%), enquanto o consumo de álcool foi o menos relatado (12,9%).

A Tabela 2 apresenta as prevalências observadas, esperadas e a razão O/E para as 16 combinações possíveis de fatores de risco. Cerca de 30% da amostra não apresentava nenhum fator de risco. Na análise de *clusters*, seis foram as combinações observadas maiores do que seria esperado ao acaso. Destacam-se: consumo abusivo de álcool + tabagismo atual + comportamento sedentário + consumo inadequado de verduras e legumes (O/E = 1,68; IC95%: 1,37; 2,05); consumo abusivo de álcool + tabagismo + comportamento sedentário (O/E = 1,27; IC95%: 1,04; 1,64) e tabagismo atual + comportamento sedentário + consumo inadequado de verduras e legumes (O/E = 1,30; IC95%: 1,19; 1,40).

Outro estudo realizado com adultos residentes na zona sul do Brasil que avaliou a simultaneidade de fatores de risco para DCNTs através da análise de clusters também encontrou prevalência observada maior que a esperada para as seguintes combinações: tabagismo + consumo abusivo de álcool + dieta inadequada + inatividade física (O/E: 2,2) e tabagismo + consumo abusivo de álcool + dieta inadequada (O/E: 1,9). No entanto as diferenças encontradas nos resultados podem ser explicadas pelas diferentes formas de avaliar os fatores de risco (SILVA; PERES; BOING; et al, 2013).

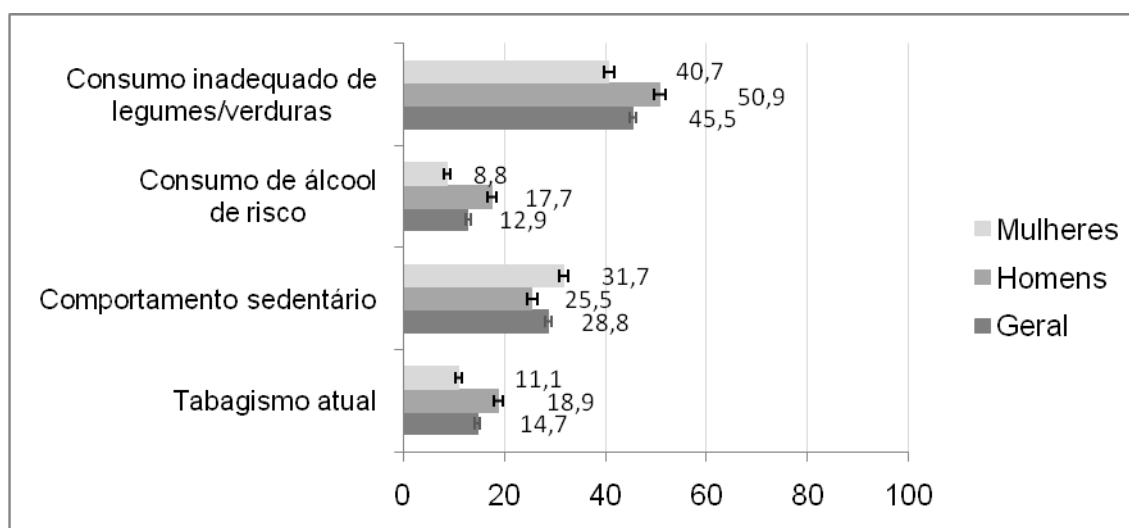
### 4. CONCLUSÕES

Foi encontrada alta prevalência de fatores de risco para DCNT entre adultos residentes no Brasil. O conhecimento sobre os fatores de risco que mais acometem a população bem como as combinações mais frequentes poderão auxiliar na criação de políticas governamentais orientadas para reduzir o consumo

de tabaco, o consumo nocivo de álcool, dietas pouco saudáveis e o comportamento sedentário.

**Tabela 1.** Descrição da amostra de acordo com características sociodemográficas. PNS, 2013 (n=59.402)

Variável	Prevalência (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	47,1
Feminino	52,9
<b>Cor da pele</b>	
Branca	47,4
Preta	9,3
Parda	42,0
Amarela	0,9
Indígena	0,4
<b>Idade</b>	
18-29	26,0
30-39	21,7
40-49	18,0
50-59	16,2
60 ou mais	18,1
<b>Escolaridade</b>	
sem instrução ou fundamental incompleto	21,8
fundamental completo ou médio incompleto	27,3
médio completo ou superior incompleto	38,1
superior completo	12,8
<b>Score de fatores de risco</b>	
0	29,4
1	44,5
2	21,2
3 ou mais	4,9



**Figura 1.** Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas estratificado por sexo em adultos brasileiros. PNS, 2013 (n =59.402)

**Tabela 2.** Prevalência e associação dos quatro fatores de risco comportamentais.  
PNS, 2013 (n=59.402)

Número de fatores	A	T	S	C	O (%)	E (%)	O/E	IC95%
4	+	+	+	+	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>1,68</b>	<b>1,37 – 2,05</b>
3	+	+	+	-	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>1,27</b>	<b>1,04 – 1,54</b>
3	+	+	-	+	<b>0,8</b>	<b>0,6</b>	<b>1,25</b>	<b>1,08 – 1,42</b>
3	+	-	+	+	1,2	1,4	0,82	0,74 – 0,90
3	-	+	+	+	<b>2,2</b>	<b>1,7</b>	<b>1,30</b>	<b>1,19 – 1,40</b>
2	+	+	-	-	<b>0,9</b>	<b>0,7</b>	<b>1,16</b>	<b>1,02 – 1,31</b>
2	+	-	-	+	2,7	3,6	0,77	0,72 – 0,82
2	-	+	+	-	2,1	2,0	1,02	0,94 – 1,10
2	-	-	+	+	10,0	9,7	1,02	0,98 – 1,05
2	+	-	+	-	1,4	1,7	0,81	0,73 – 0,88
2	-	+	-	+	4,2	4,2	1,00	0,94 – 1,05
1	+	-	-	-	<b>5,2</b>	<b>4,3</b>	<b>1,22</b>	<b>1,15 – 1,28</b>
1	-	+	-	-	3,9	5,0	0,79	0,75 – 0,83
1	-	-	+	-	11,3	11,7	0,96	0,93 – 0,99
1	-	-	-	+	24,1	24,1	1,00	0,98 – 1,02
0	-	-	-	-	29,4	28,8	1,02	1,00 – 1,03

A: consumo abusivo de álcool; T: tabagismo; S: comportamento sedentário; C: consumo inadequado de legumes/verduras; O: valor observado; E: valores esperado; O/E: observado/esperado

Nota: Em negrito, aqueles que foram considerados *clusters*

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CRUZ, M.F.; RAMIRES, V.V.; WENDT, A.; MIELKE, G.I.; MARTINEZ-MESA, J.; WEHRMEISTER, F.C. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.33, n.2, 2017.

MUNIZ, L.C.; SCHNEIDER, B.C.; SILVA, I.C.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I.S. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**. v.46, n.3, p.534-42, 2012.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; AZEVEDO E SILVA, G.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. v.377, n.9781, p.1949-61, 2011.

SCHUIT, A.J.; VAN LOON, A.J.; TIJHUIS, M.; OCKE, M. Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. **Prev Med**. v.35, n.3, p.219-24, 2002.

SILVA, D.A.; PERES, K.G.; BOING, A.F.; GONZALEZ-CHICA, D.A.; PERES, M.A. Clustering of risk behaviors for chronic noncommunicable diseases: a population-based study in southern Brazil. **Prev Med**. v.56, n.1, p.20-4, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases Progress Monitor**, 2017. Geneva: WHO; 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO; s.d.