



COMBINAÇÃO DE FATORES DE RISCO COMPORTAMENTAIS PARA DOENÇAS CRÔNICAS E RISCO DE MORTALIDADE

ROBERTA SILVEIRA FIGUEIRA¹; ANA PAULA MACIEL DE LIMA²; BRUNA
CELESTINO SCHNEIDER³; RENATA MORAES BIELEMANN⁴

¹Universidade Federal de Pelotas- Faculdade de Nutrição – robertasfigueira@gmail.com

²Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil –anamacielp@outlook.com

³Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil –brucelsch@yahoo.com.br

⁴Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil; Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil; Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil – renatabielemann@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno atual de grande relevância (MINISTÉRIO DA SAÚDE (BRASIL, 2007). Neste ponto, o país coloca-se em momento de reestruturação da pirâmide etária, considerando o acelerado crescimento no envelhecimento populacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015). Atualmente, a população idosa é composta por 28 milhões de pessoas, totalizando 13% dos brasileiros (UNITED NATIONS, 2002). Este percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo a Projeção da População, divulgada em 2018 pelo IBGE.

O processo envelhecimento fisiológico faz com que o organismo humano sofra alterações neuromusculares, endócrinas e imunológicas (CERTO et al, 2016). Segundo Thomson (2017), as pessoas envelhecem em ritmos distintos, e ainda, que o estilo de vida, bem como os hábitos comportamentais, contribui de forma direta para a aceleração do envelhecimento. Dentre os fatores do estilo de vida, destacam-se os hábitos alimentares inadequados, a inatividade física, o consumo abusivo de álcool e o tabagismo (MEDEIROS et al, 2019).

Faz-se necessário abordar estes fatores de forma simultânea, considerando também a combinação entre eles, pois sua interação é preocupante quando refere-se a danos à saúde (FERREIRA et al, 2010). Salienta-se também que fatores genéticos, ambientais e culturais podem estar relacionados à simultaneidade desses fatores em indivíduos com estilo de vida pouco saudável (MION et al, 2006).

Quando trata-se da associação entre os fatores de risco e a mortalidade em idosos, faz-se importante analisar cada fator de forma individual, e também, a combinação entre eles, para compreender, de forma mais assertiva, a influência que os hábitos e o estilo de vida têm sobre a qualidade de vida nesta parcela populacional. Assim sendo, o objetivo deste trabalho é investigar a associação da combinação de fatores de risco comportamentais para a doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e a mortalidade.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte iniciado em 2014 na cidade de Pelotas/RS. Os critérios de inclusão da amostra foram: idosos com 60 anos ou mais, não institucionalizados, moradores da zona urbana do município. Entrevistadoras treinadas e padronizadas realizaram visitas domiciliares e aplicaram questionários e medidas nos indivíduos.



O questionário aplicado aos participantes incluiu: informações sociodemográficas, consumo alimentar, acesso aos serviços de saúde, doenças e atividade física. Os instrumentos utilizados para avaliação dos fatores de risco foram:

- 1) Tabagismo: foi avaliado através da pergunta “O(A) sr. (a) fuma ou já fumou?”. Foram consideradas as respostas “não, nunca fumou”, “já parou de fumar” e “sim, fuma”; tendo-se como critério de tabagismo o hábito de fumar um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês.
- 2) Inatividade física: foi aplicada a seção de lazer da versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ). Foram considerados inativos os idosos que não atingiram a recomendação de pelo menos 150 minutos/semana de atividade física moderada ou vigorosa (*World Health Organization* (Who), 2018).
- 3) Consumo de bebidas alcoólicas: avaliado pela resposta afirmativa à pergunta “Nos últimos 30 dias o(a) sr(a). tomou alguma bebida de álcool?”.
- 4) Baixa qualidade da dieta: foi aplicado o questionário de frequência alimentar (QFA) reduzido, com 11 perguntas sobre o consumo nos sete dias anteriores à entrevista dos seguintes alimentos e/ou combinação de alimentos: arroz com feijão; alimentos integrais; frutas; legumes e verduras; carnes (carne vermelha, frango, peixe) ou ovos; leite e derivados; frituras; doces, refrigerantes ou sucos industrializados; alimentos em conservas, embutidos ou enlatados; alimentos congelados e prontos para consumo; *fast food*. Para avaliar a qualidade da dieta dos indivíduos idosos, foi utilizado o Índice de Qualidade da Dieta de Idosos (IQD - I). (GOMES et al., 2016).

No acompanhamento de 2016-7, as entrevistas foram realizadas inicialmente por telefone, ocorrendo visitas domiciliares para aqueles indivíduos idosos cujo contato telefônico não teve sucesso. Investigou-se as mortes por todas as causas ocorridas até abril de 2017.

A abordagem estatística deu-se no pacote estatístico Stata 13.0 por meio de modelos de regressão de risco proporcionais de Cox e a associação foi verificada a partir do teste de Wald ou de tendência linear, com descrição das razões de risco (*hazard ratios*) e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Todas as fases do estudo foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os idosos participantes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2014, foram entrevistados 1.451 idosos e identificados 145 óbitos (10%) até abril de 2017. A maioria dos participantes tinha entre 60 e 69 anos de idade (52,2%), era do sexo feminino (62,9), casado ou vivia com companheiro (76,1%), pertencia ao nível econômico C (52,5%), possuía menos de oito anos completos de estudo (54,4%) e não estava trabalhando em 2014 (80,4%).

De acordo com a Tabela 1, foi constatado que a maior prevalência dentre as combinações de fatores riscos foi do par baixa qualidade da dieta + inatividade física, presente em 28,6% dos entrevistados, em contrapartida, a menor prevalência foi obtida com o par tabagismo + consumo de álcool, observado em 3,3% dos entrevistados. A presença da combinação de inatividade física + tabagismo representou o maior risco para mortalidade em idosos, segundo os dados, o risco é em média 5 vezes maior de morte para esta combinação. Ainda, conforme a análise ajustada, os maiores riscos de morte são relacionados as combinações de inatividade física + tabagismo (HR=5,10; IC95%:1,91- 13,03), baixa qualidade da dieta + inatividade física (HR=3,60; IC95%:1,27- 10,25) e

baixa qualidade da dieta + tabagismo (HR=2,56; IC95%:1,36- 4,80), com os valores p de 0,001, 0,012 e 0,007, respectivamente.

No Brasil, poucos estudos com a população idosa abordam os temas de simultaneidade de fatores de risco para DCNT, principalmente aqueles que possuem desenho semelhante ao presente estudo. No estudo apresentado por Medeiros e colaboradores (2019) 57,7% dos participantes apresentavam dois ou mais fatores de risco concomitantemente. Da mesma maneira, Ferreira e colaboradores observaram a presença de simultaneidade de fatores de risco em 87,3% da amostra de indivíduos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram investigados hipertensão arterial, diabetes melito, obesidade total, obesidade central, dislipidemias, tabagismo, sedentarismo e consumo de bebida alcoólica.

Por outro lado, no cenário internacional, um estudo realizado na China (CHOU, 2008) indicou simultaneidade de fatores de risco de 18,7%, onde foram investigados tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e baixo consumo de frutas e vegetais. Já no estudo realizado por Syddall e colaboradores (2016), no Reino Unido, foi observado simultaneidade entre os fatores de risco tabagismo atual, alto consumo de álcool por semana, baixa atividade física habitual e dieta pobre, obtendo prevalência de 25,0%.

A diferença entre os resultados pode ser encontrada devido à diversidade da metodologia em relação à coleta de dados, tipos e formas de classificação dos fatores de risco e ainda, às influências socioeconômicas e culturais entre as populações estudadas.

Tabela 1. Risco de mortalidade em idosos não institucionalizados em Pelotas, RS, de acordo com a presença de diferentes combinações de dois fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Estudo "COMO VAI", 2014-2017

Combinações	Número de fatores	N (%)	Risco Relativo Bruto (IC95%)	P* valor	HR Ajustado	P* valor
Baixa qualidade da dieta + inatividade física				0,001		0,012
	0	182 (13,3)	Ref.		Ref.	
	1	797 (58,1)	3,72 (1,35-10,22)		2,69 (0,97-7,50)	
	2	393 (28,6)	5,16 (1,85-14,37)		3,60 (1,27-10,25)	
Baixa qualidade da dieta + tabagismo				0,015		0,007
	0	856 (60,1)	Ref.		Ref.	
	1	474 (33,3)	1,33 (0,92-1,92)		1,32 (0,88-1,99)	
	2	94 (6,6)	1,95 (1,10-3,47)		2,56 (1,36-4,80)	
Baixa qualidade da dieta + consumo de álcool				0,600		0,654
	0	770 (54,1)	Ref.		Ref.	
	1	524 (36,9)	1,04 (0,72-1,49)		0,96 (0,64-1,43)	
	2	128 (9,0)	0,73 (0,37-1,47)		0,85 (0,41-1,74)	
Inatividade física + tabagismo				<0,001		<0,001
	0	240 (17,3)	Ref.		Ref.	
	1	992 (71,3)	3,75 (1,64-8,57)		2,70 (1,16-6,27)	
	2	159 (11,4)	4,89 (1,95-12,25)		5,10 (1,91-13,03)	
Inatividade				0,001		0,04



física +					4
alcoolismo	0	172 (12,4)	Ref.	Ref.	
	1	1.002 (72,1)	2,92 (1,23-6,66)	2,36 (1,3-5,45)	
	2	216 (15,5)	1,58 (0,59-4,22)	1,40 (0,52-3,75)	
Tabagismo +				0,180	0,61
consumo de					1
álcool	0	1.005 (69,6)	Ref.	Ref.	
	1	391 (27,1)	0,69 (0,45 – 1,03)	0,85 (0,55- 1,31)	
	2	48 (3,3)	0,74 (0,27- 2,00)	1,34 (0,48- 3,74)	

HR-Hazard Ratio

*Tendência de padrão linear

*Ajustado por gênero, idade, estado civil, escolaridade, nível econômico, ocupação

4. CONCLUSÕES

Fica evidenciada a importância da análise dos fatores de risco para DCNT não apenas de forma individual. A exposição combinada a diferentes fatores de risco está associada a maior risco de mortalidade em idosos. Ainda, torna-se relevante a importância de pesquisas relacionadas ao envelhecimento, para a formulação de políticas baseadas em indicadores confiáveis e uniformes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CERTO AC, SANCHEZ K, GALVÃO A, FERNANDES H. A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. **Actas de Gerontologia** 2(1):1-11; 2016.
- CHOU, Kee-Lee. "The Prevalence and Clustering of Four Major Lifestyle Risk Factors in Hong Kong Chinese Older Adults." **Journal of Aging and Health**, vol. 20, n. 7, outubro de 2008
- FERREIRA, Carla Cristina da Conceição et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 621-628, Oct. 2010
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, 2015.
- MEDEIROS, PAULO ADÃO DE ET AL. Prevalência e simultaneidade de fatores de risco cardiovasculares em idosos participantes de um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 22, e190064, 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília, 2007
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Plano de ação internacional para o envelhecimento 2002. 2003.
- SYDDALL HE, WESTBURY LD, SIMMONDS SJ, et al Compreendendo os maus comportamentos de saúde como preditores de diferentes tipos de admissão hospitalar em pessoas idosas: descobertas do Estudo de Coorte de Hertfordshire **J Epidemiol Community Health** 2016
- THOMSON, Helen. How old are you really?. **New Scientist**, v. 235, n. 3132, p. 28-31, 2017.