

Coocorrência de Fatores de Risco para Doenças Cardiometabólicas: Alimentação Não Saudável, Tabaco, Álcool, Estilo de Vida Sedentário e Aspectos Socioeconômicos

Co-occurrence of Cardiometabolic Disease Risk Factors: Unhealthy Eating, Tobacco, Alcohol, Sedentary Lifestyle and Socioeconomic Aspects

Maury-Sintjago Eduard,¹ Parra-Flores Julio,¹ Rodríguez-Fernández Alejandra¹

Departamento de Nutrição e Saúde Pública, FACS, Universidad del Bío-Bío,¹ Chillán - Chile

Minieditorial referente ao artigo: Coocorrência de Tabagismo e Alimentação não Saudável na População Adulta Brasileira

A doença cardiometabólica (DCM) é a principal causa de morbimortalidade em todo o mundo. Os fatores de risco no desenvolvimento da DCM são diversos; compreendê-los contribui significativamente para a criação de estratégias clínicas e/ou comunitárias para sua prevenção e/ou tratamento.¹ Uma dieta não saudável, tabagismo, estilo de vida sedentário e maior consumo de álcool aumentam significativamente o risco de DCM, câncer, perda de anos de vida saudáveis e mortalidade prematura.²

Em uma revisão sistemática de Meader et al.,³ 37 estudos foram analisados para avaliar comportamentos de risco como tabagismo, inatividade física e dieta não saudável através de uma metanálise. Uma associação maior foi encontrada quando grupos de fatores de risco coexistiam (≥ 4) em comparação com fatores de risco individuais. O abuso de álcool e o tabagismo foram os fatores de risco mais comumente identificados. Também foi relatado que o nível socioeconômico é um preditor de múltiplos riscos.³ Por outro lado, em um estudo de coorte de mais de 20 anos, a mortalidade associada a 1, 2, 3 ou 4 fatores de risco foi de 1,85 (IC 95%, 1,28-2,68), 2,23 (IC 95%, 1,55-3,20), 2,76 (IC 95%, 1,91-3,99) e 3,49 (IC 95%, 2,31-5,26), respectivamente. O risco de mortalidade por DCM foi maior do que em outras causas de morte, como o câncer.⁴

Entre os aspectos socioeconômicos, o padrão socioespacial dos pontos de venda de bens e serviços é o fator que mais prediz estilos de vida pouco saudáveis. Macdonald et al.,⁵ em seu estudo na Escócia, mostram que a distribuição de locais que fornecem álcool, *fast food*, tabaco e pontos de jogos de azar está concentrada em áreas geográficas com maior privação socioeconômica.⁵ Outro estudo mostra que nos

países em desenvolvimento, as áreas mais pobres têm maior prevalência de hábitos inadequados de dieta e tabagismo e a co-ocorrência de fatores de risco é de 20%.⁶

Zwolonsky et al.,⁷ em um estudo com homens do Reino Unido, descobriram que 72% exibiam combinações de fatores de risco; inatividade física (72,8%), juntamente com a falta de consumo de frutas e vegetais (73%), foi a combinação mais comum. Além disso, 29,5% consumiam mais álcool que o limite recomendado e 25% eram fumantes.⁷

Nesse contexto, Zancheta et al.,⁸ detectaram uma forte correlação entre ingestão de álcool e tabagismo. Além disso, alimentação não saudável e inatividade física foram os fatores de risco mais frequentes. Aproximadamente 3% não apresentaram fatores de risco, enquanto 38,0%, 32,9%, 9,4% e 1,8% apresentaram dois a cinco fatores, respectivamente. É digno de nota que a maior incidência desses fatores de risco ocorreu em meninas, adolescentes mais velhos, que não moram com ambos os pais, filhos de mães com menor escolaridade, estudantes que frequentam escolas públicas e moradores de cidades em áreas urbanas mais desenvolvidas do país.⁸

Nesta edição dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Stolses et al.,⁹ avaliaram a co-ocorrência de tabagismo e alimentação não saudável em adultos em uma amostra populacional, mostrando uma alta prevalência de alimentação inadequada (68,4-72,6%) e hábitos de tabagismo (7,8-15,65%). A ocorrência de ambos os fatores de risco ocorreu principalmente em homens (47%), residentes na parte sul do país (44,1%), indivíduos com idade de 18 a 39 anos (59,4%) e que consumiam álcool (18,5%). Por fim, mostra-se que, residentes da região sul (PRadj 1,50; IC 95% 1,18-1,89), sem plano de saúde privado (PRadj 1,14; IC95% 1,03-1,25), com consumo abusivo de álcool (PRadj 3,22; 95 % IC 2,70-3,85) e relato de estado precário de saúde (PRadj 1,7; IC95% 1,18-2,44), mostravam uma associação significativa com o tabagismo e dieta inadequada em adultos brasileiros.

Em vista das evidências científicas relacionadas, é cada vez mais necessário realizar estudos sobre a co-ocorrência de fatores de risco cardiometabólicos, porque eles respondem à complexidade multicausal dos principais problemas de saúde em todo o mundo. Portanto, a abordagem estratégica para prevenção e/ou tratamento requer a abordagem dos fatores de risco de maneiras múltiplas, e não individuais.

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares; Síndrome Metabólica; Morbimortalidade; Análise por Conglomerados; Assunção de Riscos; Alcoolismo/epidemiologia; Tabagismo/epidemiologia; Estilo de Vida; Fast Foods; Sedentarismo.

Correspondência: Eduard Maury-Sintjago •

Departamento de Nutrición y Salud Pública, FACS, Universidad del Bío-Bío - Av. Andrés Bello N720, Chillán-Chile
E-mail: emaur@ubiobio.cl

DOI: 10.5935/abc.20190213

Referências

1. American Diabetes Association. Cardiovascular disease and risk management. *Diabetes care*, 2016; 39(1):S60-S71.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle (WA);2018.
3. Meader N, King K, Moe-Byrne T, Wright K, Graham H, Petticrew M, Power C, Whiter M y Sowden A. A systemic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviors. *BMC Public Health*. 2016;16:657.
4. Kvaavik E, Batty D, Ursin G, Huxley R, Gale C. Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women. *Arch Intern Med*. 2010;170(8):711-8.
5. Macdonald L, Olsen J, Shortt N, Ellaway A. Do “environmental bads” such as alcohol, fast food, tobacco, and gambling outlets cluster and co-locate in more deprived areas in Glasgow City, Scotland?. *Health Place*. 2018;51:224-31.
6. Nigatu T, Oti S, Egondi T, Kyobutungi C. Co-occurrence of behavioral risk factors of common non-communicable diseases among urban slum dwellers in Nairobi, Kenya. *Global Health Action*, 2015;8(1):28697
7. Zwolinsky S, Raine G, Robertson S. Prevalence, co-occurrence and clustering of lifestyle risk factors among UK men. *Journal of Men’s Health*, 2016; 12(2):15-24.
8. Zancheta C, M2219370. disease risk factors in Brazilian adolescents: Analysis of a national school-based survey. *PLoS ONE* 14(7):0219370.
9. Stolses P, De Assumpção D, Carvalho D. Co-occurrence of smoking and unhealthy diet in the Brazilian adult population. *Arq Bras Cardiol*. 2019; 113(4):699-709.

