



PRESSÃO ARTERIAL E SUA RELAÇÃO COM PERFIL LIPÍDICO E HÁBITOS ALIMENTARES EM ADULTOS JOVENS

BLOOD PRESSURE AND ITS RELATIONSHIP WITH LIPID PROFILE AND FOOD HABITS IN YOUNG ADULTS

LA PRESIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON EL PERFIL LIPÍDICO Y HÁBITOS ALIMENTARES EN LOS ADULTOS JÓVENES

Emiliana Bezerra Gomes¹, Thereza Maria Magalhães Moreira², Halana Cecília Vieira Pereira³, Fabiana Bezerra Gome⁴, Lara Bezerra Sales⁵

RESUMO

Objetivo: relacionar os valores de pressão arterial, níveis lipídicos e hábitos alimentares em adultos jovens. **Método:** estudo descritivo, exploratório, quantitativo realizado com escolares adultos jovens de 12 escolas públicas em Juazeiro do Norte/Ceará, Nordeste do Brasil. A amostra foi constituída por 351 estudantes. Os dados foram coletados com um questionário e analisados estatisticamente pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 15.0). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, protocolo nº 10030228-9. **Resultados:** os índices de pressão arterial aumentada e as alterações nos níveis de colesterol nos adultos jovens, embora em menor representação que os valores normais, quando associados ao baixo consumo de frutas e verduras, ao consumo de frituras e ao uso do sal de adição nas refeições, evidenciam potenciais de risco para as doenças cardiovasculares. **Conclusão:** quantificar riscos cardiovasculares e suas associações entre os adultos jovens podem subsidiar a enfermagem em ações preventivas e na promoção da saúde cardiovascular. **Descritores:** Pressão Arterial; Dislipidemias; Hábitos Alimentares; Adulto Jovem.

ABSTRACT

Objective: relating the values of blood pressure, lipid levels and dietary habits in young adults. **Method:** A descriptive, exploratory, quantitative study performed with school young adults from 12 public schools in Juazeiro do Norte/Ceara, northeastern Brazil. The sample consisted of 351 students. The data were collected with a questionnaire and statistically analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS version 15.0). The study was approved by the Research Ethics Committee, protocol nº 10030228-9. **Results:** the rates of increased blood pressure and changes in levels of cholesterol in young adults, although with less representation than normal values, when combined with low consumption of fruits and vegetables, consumption of fried foods and the use of salt in addition to meals, show potential risk for cardiovascular disease. **Conclusion:** quantify cardiovascular risks and their associations among young adults may subsidize nursing and preventive actions in promoting cardiovascular health. **Descriptors:** Blood Pressure; Dyslipidemia; Eating Habits; Young Adult.

RESUMEN

Objetivo: relacionar los valores de la presión arterial, los niveles de lípidos y los hábitos alimentarios en adultos jóvenes. **Método:** es un estudio descriptivo, exploratorio, cuantitativo hecho con los adultos jóvenes escolares de 12 escuelas públicas en Juazeiro do Norte/Ceará, noreste de Brasil. La muestra estuvo conformada por 351 estudiantes. Los datos se recogieron con un cuestionario y se analizaron estadísticamente mediante *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versión 15.0). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación, el protocolo nº 10030228-9. **Resultados:** las tasas de aumento de la presión arterial y los cambios en los niveles de colesterol en los adultos jóvenes, aunque con menor representación de los valores normales, cuando se combina con un bajo consumo de frutas y verduras, el consumo de alimentos fritos y el uso de la sal además en la comida, muestran un riesgo potencial para la enfermedad cardiovascular. **Conclusión:** cuantificar los riesgos cardiovasculares y sus asociaciones entre los adultos jóvenes pueden subsidiar la enfermería en las acciones preventivas y en la promoción de la salud cardiovascular. **Descriptores:** Presión Arterial; Dislipidemia; Hábitos Alimentarios; Adulto Joven.

¹Enfermeira, Professora Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri/URCA. Juazeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: emiliana.bg@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem / Programas de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/PPCCLIS, Universidade Estadual do Ceará/UECE e do Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla de IES - Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza/UECE/UFC/UNIFOR. Fortaleza (CE), Brasil. Pesquisadora do CNPq. E-mail: tmmoreira@yahoo.com; ³Enfermeira, Professora Especialista em Saúde Pública. Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri/URCA. Juazeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: halanacecilia@hotmail.com; ⁴Enfermeira Egressa, Faculdade de Juazeiro do Norte/FJN. Juazeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: fabibgluiza@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Especialista em Saúde Pública. Departamento de Enfermagem, Universidade Regional do Cariri/URCA. Juazeiro do Norte (CE), Brasil. E-mail: jarabsales@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Mudanças substanciais nos alimentos e modos de se alimentar ocorreram nas últimas décadas. A crescente oferta de alimentos industrializados, ricos em gorduras, açúcares e sódio, o acesso a alimentos hipercalóricos e baratos, afetando, especialmente, as famílias de baixa renda, a redução generalizada da atividade física têm contribuído para alterações epidemiológicas importantes e aumento nas demandas pela assistência de enfermagem.¹

O papel da dieta como determinante de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) é mundialmente reconhecido e classificado como um dos fatores modificáveis mais importantes para as Doenças Cardiovasculares (DCV), dentre elas, a hipertensão arterial. Incluída entre as ações prioritárias de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2005, as políticas de Alimentação Saudável, ganharam força na promoção da saúde. Julga-se que 80% dos casos de doenças coronarianas, 90% dos de diabetes tipo 2 e 30% dos casos de câncer estão relacionados a mudanças nos hábitos alimentares, diminuição da atividade física e uso de tabaco.²⁻³

Tais situações remetem à exposição a Fatores de Risco Cardiovascular (FRCV), comum em nosso cotidiano. Quais sejam: o avanço da idade, o gênero, a etnia, o excesso de peso, a obesidade, a ingestão de sal, a ingestão de álcool, o sedentarismo, os fatores socioeconômicos, a genética e outros fatores como os ambientais e os comportamentais.⁴

A hipertensão arterial, além de DCV, aparece implícita em pesquisas⁵, também como fator de risco de grande importância epidemiológica, presente nas diversas fases do ciclo vital e com elevada prevalência. E ainda comentam que os índices de hipertensão arterial, na fase adulta jovem, sofrem influência da adoção ou não de hábitos saudáveis que iniciam na infância e se concretizam na vida adulta.

A doença aterosclerótica e sua tendência precoce têm sido alvo de diversas pesquisas. Uma delas⁶ encontrou mais de 80% dos entrevistados com algum FRCV. Outra⁷, ao avaliar comportamento saudável, verificou que apenas 8% dos adultos jovens eram considerados saudáveis, e o consumo de frutas e hortaliças estava presente em apenas 16,6% deles.

O ritmo de vida da sociedade contemporânea, o consumismo, a mídia, convidam para uma omissa e curiosa relação

de prazer e risco entre os jovens e o consumo de refeições “práticas”, como as industrializadas e os *fast foods*, tornando corriqueira a vulnerabilidade às doenças cardiovasculares.⁶⁻⁷

Uma investigação sobre comportamento saudável em adultos jovens⁷ evidenciou grande número de jovens com alimentação inadequada. As causas estiveram relacionadas à renda, frequência das refeições fora de casa, baixa adesão a alimentos saudáveis nas cantinas escolares e em estabelecimentos próximos ao trabalho, dificultando mudanças e adesão a hábitos alimentares saudáveis.

A transição nutricional e alteração dos hábitos alimentares fazem das dislipidemias um risco silencioso e progressivo. As Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias⁸ recomendam avaliação do perfil lipídico com manutenção dos valores ótimos como forma efetiva de prevenção das doenças cardiovasculares. Em uma avaliação de escolares, crianças e adolescentes⁹, 32,9% dos participantes apresentaram níveis de colesterol total (CT) acima dos desejáveis (>170 mg/dL); em 25,1% os valores de LDL estavam aumentados (>110 mg/dL) e o HDL apresentou 17% de níveis não desejáveis. Um estudo semelhante⁵, com adultos jovens, mostrou 25% com CT $\geq$ 200 mg/dl; 10% com LDL $\geq$ 160 mg/dl; 15,7% com Triglicerídeos (TG) $\geq$ 150 mg/dl. Os valores de HDL, no entanto, foram abaixo do recomendado em 45,8%.

Outras situações geralmente associadas às dislipidemias são excesso de peso e obesidade, hipertensão arterial e resistência à insulina. Tal aglomerado de condições caracteriza a síndrome metabólica, e aumenta o risco em duas vezes para o desenvolvimento de DCV. Aproximadamente 7% dos indivíduos com 20 anos apresentam a síndrome.¹⁰

Essas questões vêm considerar que as dislipidemias, enquanto risco cardiovascular, são fatores instalados na infância que se perpetuam na vida adulta jovem, conferindo, mesmo entre os de pouca idade, risco acrescido para eventos cardiovasculares. Surge então a questão: qual(is) seria(m) a(s) relação(ões) entre os valores de pressão arterial, níveis lipídicos e hábitos alimentares entre adultos jovens?

Respostas a esse questionamento e a quantificação dos FRCV na população de adultos jovens permitem identificar o nível de susceptibilidade destes, contribui com estratégias de enfermagem focadas na prevenção de doenças e promoção da saúde cardiovascular, influencia condutas de vida saudável e minimiza a incidência das DCV. Tudo isso contribui com as metas da

Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em atenção às prioridades do Ministério da Saúde do Brasil, na perspectiva de mudança na supremacia da morbimortalidade por essas causas.^{3,5}

OBJETIVO

- Relacionar os valores de pressão arterial, níveis lipídicos e hábitos alimentares em adultos jovens.

MÉTODO

Artigo elaborado a partir da dissertação << Análise dos fatores de risco cardiovascular em escolares adultos jovens de Juazeiro do Norte - Ceará >> apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará/CMACCLIS/UECE. Fortaleza-CE, Brasil. 2010.

Estudo descritivo, exploratório, quantitativo, realizado entre março de 2009 e dezembro de 2010, com os adultos jovens das escolas públicas estaduais de nível médio regular e Educação de Jovens e Adultos - EJA presencial, situadas na cidade de Juazeiro do Norte, interior do estado do Ceará.

Tomou-se como adulto jovem a fase compreendida entre 20 a 24 anos, pelo marco legal brasileiro, que contextualiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no âmbito da saúde do adolescente e do jovem.¹¹

A amostra somou 351 adultos jovens, regularmente matriculados nas 12 escolas disponíveis no município, estratificados de acordo com a distribuição por escola e turnos. A seleção dos sujeitos foi feita a partir de sorteio aleatório, com base na lista de matriculados. A não aceitação em participar e/ou desistência, seguiu com substituição do estudante, em novo sorteio, utilizando-se os mesmos critérios. Os critérios de exclusão limitaram-se à ausência destes no momento da coleta de dados.

A coleta de dados, após anuência, abrangeu o preenchimento de um questionário com itens sobre características sociodemográficas (idade, sexo, escola, turma, raça, estado civil, profissão e renda familiar mensal) e aos hábitos alimentares (consumo de frutas e vegetais, gordura total e saturada e sal de adição) referentes às recomendações de prevenção de DCV pelas atuais diretrizes de hipertensão arterial (DBHA, 2010). Na sequência, a verificação objetiva da pressão arterial e encaminhamento ao laboratório para coleta de exames.

A pressão arterial dos participantes foi registrada por duas coletadoras, em três momentos subsequentes, no mesmo dia, sempre na posição sentada e no mesmo braço, com intervalos de 5 a 10 min, já que não se tratou de definição diagnóstica, mas sim de valor momentâneo confiável. A técnica de verificação e avaliação das cifras pressóricas seguiu o protocolo recomendado pela *American Heart Association*®¹² e Sociedade Brasileira de Cardiologia nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.⁴

Os indicadores bioquímicos de colesterol total, HDL, LDL e triglicerídeos foram realizados em laboratório privado contratado para este fim, por questões de biossegurança, garantias de uma coleta e análise de material adequada.

Os participantes recebiam carta convite para a realização da análise bioquímica e eram orientados quanto à necessidade de jejum, de 12h a 14h, conforme determinações das IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose⁸, além de reforçada a gratuidade do serviço e da necessidade de cópia dos resultados para anexar ao questionário do estudo.

Os faltosos à coleta de sangue para análise bioquímica foram reconvocados e reagendados via contato telefônico por até três vezes, a falta à terceira remarcação foi considerada como desistência. A ausência de alguns ao final do período de coleta de dados viável ao estudo gerou um *missing* de 54 sujeitos no que se refere aos dados bioquímicos.

Após coletados, os dados foram analisados estatisticamente pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 15.0) e apresentados em forma de tabelas para melhor visualização.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, protocolo nº 10030228-9, em 27 de abril de 2010, pelo respeito aos princípios éticos preconizados na Resolução 196, de 1996.¹³

RESULTADOS

Dos 351 adultos jovens estudados, a maioria não possuía companheiro(a) (80%) e dividia seu tempo entre trabalho e estudo, ainda morando na casa dos pais. 183 (52,1%) estavam regularmente matriculados no último ano do Ensino Médio. A renda familiar foi de até dois salários mínimos para a maioria (78,8%). O número de estudantes com outra profissão (222 - 63,2%) e ocupação (220 - 62,7%), além de estudante por si, justificam os 84,6% deles matriculados no turno noturno.

Estão colocados na Tabela 1 os dados referentes às variáveis: pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) e suas relações com o sexo. A estatística foi calculada a partir do teste Exato de Fisher (EF).

Tabela 1. Relação entre sexo e alterações na pressão arterial dos adultos jovens. Juazeiro do Norte, Ceará - Brasil, 2010.

	Feminino		Masculino		Total		Estatística
	n	%	n	%	n	%	
PAS	135		216		351		EF = 1,017 p > 0,05
Normal	133	98,5	215	99,5	348	99,1	
Alterada	2	1,5	1	0,5	3	0,9	
X ± SD	114±9,726		105±9,75		180,6±10,66		EF = 3,280 p = 0,070
PAD	35		216		351		
Normal	130	96,3	214	99,1	344	98	
Alterada	5	3,7	2	0,9	7	2	
X ± SD	76±7,439		69,29±7,256		71,89±8,023		

Nota 1: Média (X); Desvio Padrão (SD); Exato de Fisher (EF); Pressão arterial sistólica (PAS); Pressão arterial diastólica (PAD).

Os valores da PAS nos homens foi em média 114 mmHg (± 9,726), com maior índice (95,6%) dentro do considerado ótimo e normal, enquanto 1,5% de adultos jovens foram enquadrados na hipertensão estágio 1. A PAD média para eles foi 76 mmHg (±7,439), com 90,4% dos valores entre ótimo e normal, 3% (4 casos) classificado com hipertensão estágio 1 e 0,7% (um estudante) com hipertensão estágio 2.

Nas mulheres a média da pressão arterial foi menor. A média da PAS foi 105 mmHg (± 9,756), com 94,9% dos valores ótimos e apenas 0,5% (uma estudante) com hipertensão estágio 1. A média da PAD foi 69,29 mmHg (± 7,256),

com 93,5% dos valores considerados ótimos e apenas um caso (0,5%) classificado como hipertensão estágio 1 e um outro como hipertensão estágio 2.

Seguem na Tabela 2 os dados referentes às variáveis: colesterol total (CT), HDL, LDL e triglicerídeos (TG), assim como suas relações com o sexo. A estatística foi calculada a partir dos testes *Qui-quadrado* (X²), teste Exato de Fisher (EF) para as variáveis que não atendiam às hipóteses aplicativas do X² e *Odds Ratio* (OR).

Tabela 2. Relação entre sexo e colesterolis nos adultos jovens. Juazeiro do Norte, Ceará - Brasil, 2010.

	Feminino		Masculino		Total		Estatística
	n	%	n	%	n	%	
CT	106		191		297		EF = 0,012
Normal	103	76,3	182	86,1	289	82,3	p = 0,914
Alterada	3	2,2	5	2,3	8	2,3	
X ± SD	143,78±21,99		148,32±23,53		146,70±23,6		
HDL	106		191		297		X²=120,763
Normal	17	12,6	156	72,2	173	49,3	OR = 0,043
Alterada	89	65,9	35	16,2	124	35,3	IC95%:0,02-0,08
X ± SD	42,91±7,742		47,41±8,47		45,80±8,48		p < 0,001
LDL	106		191		297		EF = 0,5
Normal	106	78,5	188	87	294	83,8	p > 0,05
Alterada	-	-	3	1,4	3	0,9	
X ± SD	82,632±19,31		84,04±22,80		83,54±21,60		
TG	106		191		297		X² = 0,649
Normal	100	74,1	184	85,2	284	80,9	OR = 0,634
Alterada	6	4,4	7	3,2	13	3,7	IC95%:0,20-1,93
X ± SD	91,41±37,976		84,52±20,648		86,98±28,21		p = 0,421

Nota 1: Média (X); Desvio Padrão (SD); Intervalo de Confiança (IC); Odds Ratio (OR); Exato de Fisher (EF); Qui-Quadrado (X²); colesterol total (CT); HDL-Colesterol (HDL); LDL-Colesterol (LDL); Triglicerídeos (TG).

Nota 2: *Missing* de 54 para os colesterolis

Os colesterolis e suas frações, quando comparadas as médias entre homens e mulheres, não sofreram grandes variações, exceto os triglicerídeos. Já as porcentagens referentes aos valores alterados foram bem maiores entre os homens em relação às mulheres.

O CT alcançou uma média de 143,78 mg/dl (± 21,996) entre os homens e 148,32 mg/dl (± 23,539) nas mulheres, com níveis de alteração semelhantes (2,2% e 2,3%) entre ambos. O HDL foi a taxa que mais sofreu alteração,

foram 65,9% dos valores alterados em homens e 16,2% nas mulheres, uma discrepância não tão evidente quando comparamos as médias: 42,91 mg/dl (± 7,742) e 47,41 mg/dl (± 8,478) para homens e mulheres, respectivamente.

O LDL não teve qualquer registro de alteração entre os homens e contou com apenas três casos femininos (1,4%). Os níveis de TG registraram média de 91,41 mg/dl (± 37,976) em homens, seis deles (4,4%)

alterados, foram sete (3,2%) casos de alteração em mulheres.

O destaque entre as variáveis dispostas na Tabela 2 ficou por conta da significância estatística encontrada no *Qui-quadrado*, de forte associação ($p < 0,001$) entre: Sexo *versus* HDL.

A relação entre as variáveis relativas aos valores pressóricos e os níveis de colesterol dos adultos jovens estão colocados na Tabela 3. A estatística foi calculada a partir do teste Exato de *Fisher*.

Tabela 3. Relação entre Pressão Arterial e Colesteróis nos adultos jovens. Juazeiro do Norte, Ceará - Brasil, 2010.

	PAS				PAD				Estatística	
	Normal		Alterada		Normal		Alterada			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
CT									EF=7,69 p=0,10	
Normal	287	96,6	2	0,7	286	96,3	3	1		
Alterada	8	2,7	-	-	7	2,4	1	0,3		
Total	297	295	99,3	2	0,7	293	98,7	4	1,3	EF=1,84 p=0,31
HDL										
Normal	172	57,9	1	0,3	172	57,9	1	0,3		
Alterada	123	41,4	1	0,3	121	40,7	3	1	EF = 0,21 p =1,00	
Total	297	295	99,3	2	0,7	293	98,7	4		1,3
LDL										
Normal	292	98,3	2	0,7	290	97,6	4	1,3	EF=10,01 p=0,08	
Alterada	3	1	-	-	3	1	-	-		
Total	297	295	99,3	2	0,7	293	98,7	4		1,3
TG									EF=10,01 p=0,08	
Normal	283	95,3	1	0,3	281	94,6	3	1		
Alterada	12	4	1	0,3	12	4	1	0,3		
Total	297	295	99,3	2	0,7	293	98,7	4	1,3	

Nota 1: Exato de Fisher (EF); Pressão arterial sistólica (PAS); Pressão arterial diastólica (PAD); colesterol total (CT); HDL-Colesterol (HDL); LDL-Colesterol (LDL); Triglicerídeos (TG).

Nota 2: *Missing* de 54 para os colesteróis

Na relação valores alterados e normais das variáveis ligadas à pressão arterial (PAS e PAD) e aos níveis de colesteróis (CT, HDL, LDL e TG) expostos na Tabela 3, fica clara a superação da normalidade. As alterações estiveram mais destacadas na sua relação entre PAD *versus* HDL, em que três adultos jovens (1%) tiveram associação positiva para os valores alterados.

A concomitância entre valores alterados de PAS e PAD encontraram igual circunstância de anormalidade nos valores referentes às variáveis HDL e TG. Não ficou explícita qualquer associação com os níveis alterados de LDL. Não houve significância à análise estatística.

Embora baixos, os níveis alterados de colesterol, e também na sua associação com os valores pressóricos anormais, denotam risco cardiovascular real em pessoas ainda tão jovens. As alterações nos colesteróis e pressão arterial demonstradas na Tabela 3, certamente sofrem influências da dieta, seguida pelos adultos jovens estudados. Para tanto, o resultado da relação entre os valores pressóricos e os hábitos alimentares encontram-se dispostos na Tabela 4. Os hábitos alimentares foram examinados sobre os seguintes aspectos: a adição de sal à comida, o consumo de frutas, verduras e vegetais, e de frituras em geral.

Tabela 4. Relação entre pressão arterial e hábitos alimentares dos estudantes adultos jovens. Juazeiro do Norte, Ceará - Brasil, 2010.

		PAS				PAD				Estatística
		Normal		Alterada		Normal		Alterada		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Consumo do Sal de Adição										EF = 0,83
Não adiciona		159	45,3	1	0,3	158	45	2	0,6	p = 0,46
Adiciona		189	53,8	2	0,6	186	53	5	1,4	
Total	351	348	99,1	3	0,9	344	98	7	2	
Consumo de vegetais										EF = 0,40
Diário		41	11,7	-	-	41	11,7	-	-	p = 1,00
Não diário		307	87,5	3	0,9	303	86,3	7	2	
Total	351	348	99,1	3	0,9	344	98	7	2	
Consumo de frutas										EF = 0,41
Diário		42	12	-	-	42	12	-	-	p =1,00
Não diário		306	87,2	3	0,9	302	86	7	2	
Total	351	348	99,1	3	0,9	344	98	7	2	
Consumo de frituras										EF = 1,15
Diário		49	14	-	-	49	14	-	-	p = 0,59
Não diário		299	85,2	3	0,9	295	84	7	2	
Total	351	348	99,1	3	0,9	344	98	7	2	

Nota 1: Exato de Fisher (EF); Pressão arterial sistólica (PAS); Pressão arterial diastólica (PAD).

A ingestão de sal colocada na Tabela 4 refere-se pontualmente ao sal de adição, o que se acrescenta à comida já pronta. As respostas revelaram que a maioria (54,4%) dos adultos jovens faz adição de sal, seja em alta ou baixa frequência, sendo que 44 destes (12,5%) o fazem sempre, mesmo antes de provar a comida, um risco exponencial à saúde cardiovascular.

Foi na relação entre a pressão arterial diastólica, que as demais variáveis revelaram valores alterados com maiores associações positivas para alterações. A classificação do consumo de frutas e vegetais como diário ou não, está baseada na *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH), recomendada pelas VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão Arterial,⁴ que reconhece na ingesta diária de frutas e hortaliças um fator de proteção cardiovascular, capaz de reduzir os valores da pressão arterial.

A dieta rica em vegetais não trouxe resultados satisfatórios, pois, na maioria (88,4%), o seu consumo não era realizado diariamente. A ingestão de frutas, também considerada benéfica e de proteção cardiovascular, não era realizada diariamente por 88,4% dos adultos jovens, valor coincidentemente igual aos que não ingerem vegetais com a mesma frequência.

O consumo de frituras, em geral, configura um risco importante, especialmente para as alterações de colesterol. Entre os adultos jovens o consumo de frituras foi relatado pela maioria (56,7%), porém, com frequência diária, foram apenas 14%, número bem inferior. A estatística não apontou significância entre os cruzamentos.

DISCUSSÃO

A faixa etária, necessariamente preestabelecida, dado o foco do estudo, entre 20 e 24 anos, não é considerada atualmente como de risco acrescido. Tal consideração é feita do ponto de vista biológico do desenvolvimento humano, por serem esperadas nessa fase boas condições de saúde físicas e sensoriais, questão também culturalmente sustentada, muito embora fatores relacionados ao estilo de vida, como por exemplo, dieta, obesidade, prática de exercícios físicos, sono, tabagismo e dependência de substâncias possam afetar a saúde e a sobrevivência.¹⁴ Referindo-se especialmente à saúde cardiovascular, alguns estudos evidenciaram o aparecimento de FRCV e DCV ainda na infância,¹⁵⁻¹⁶ o que explicaria os crescentes números envolvendo a fase adulta jovem.¹⁷⁻¹⁸

Em outro estudo¹⁷ também obtivemos maior representação de adultos jovens do sexo feminino (61,5%), conciliando trabalho e estudo (63,2%) e vivendo na casa dos pais sem companheiro(a), o que justifica os 84,6% deles matriculados no turno noturno. Tal situação certamente propicia a adesão a hábitos alimentares não saudáveis, com ingestão de alimentos industrializados e *fast food*, ricos em gorduras e sódio em grande parte.¹⁵

A renda familiar referida foi, na maioria, de até dois salários mínimos, o que converge para o RCV, relação evidente em estudos,^{6,19} que ao investigar a relação entre desigualdade social e doença cardiovascular observou que quanto piores as condições socioeconômicas maiores os riscos de morbimortalidade por DCV, e que dentre os fatores estudados a escolaridade e a renda tinham correlação significativa para as DCV. Há um risco também do ponto de vista ambiental, pois o menor poder aquisitivo leva as pessoas a residirem em áreas onde a oferta de infraestrutura de saúde e educação são menores.

Amplamente influenciada pelo fator “renda”, a alimentação, enquanto risco cardiovascular, é uma realidade mundial. O cotidiano agitado, especialmente nas grandes cidades, e o crescente acesso a alimentos industrializados, rápidos e economicamente viáveis, aliados à vantagem ganho de tempo, tem feito dessas um risco emergente.²⁰ A dieta recomendada como capaz de diminuir o RCV é explicitada nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁴ como aquela rica em frutas e vegetais (oito a dez porções/dia) e alimentos de baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais.

O consumo de frutas e vegetais encontrado neste estudo foi bem inferior ao recomendado como fator de proteção cardiovascular, outro estudo¹⁵ encontrou uma prevalência de 80% para o consumo inadequado de frutas e vegetais, semelhante ao índice aqui encontrado, dos que não consumiam frutas e verduras diariamente e dos 14% que consumiam frituras todos os dias.

As demonstrações de alimentação insalubre que encontramos, e suas semelhanças em outras pesquisas, certamente esbarram na oferta de *fast food* e comidas industrializadas - amplamente divulgados na mídia, com seus altos teores de sódio, carboidratos e gorduras saturadas; uma política que não diz respeito diretamente ao setor saúde, mas sim ao industrial. São alimentos relativamente baratos, não requerem gasto de tempo com o preparo e são de fácil acesso, no contraponto ficam os vegetais e frutas, bem como os integrais, e os *lights*, de custo elevado,

dificultando a aquisição dos com menor renda.^{3,20-21}

Essa situação tem contribuído para um grandioso e ainda crescente problema de saúde pública mundial: a hipertensão arterial, geralmente associada ao sobrepeso e obesidade nessas circunstâncias. Estudos têm demonstrado sua magnitude nas diversas fases do ciclo vital: na infância e adolescência,^{22,23} entre adultos e idosos.^{21,24}

O aumento da pressão arterial tem relação direta com a dieta. A ingestão de sal, seja por alimentos industrializados e/ou ricos em sódio, pode elevar consideravelmente a pressão arterial. Em algumas pessoas o efeito do sal sobre a PA é mais deletério que em outras, é a chamada sensibilidade ao sal.¹⁰

Nos adultos jovens do estudo, o sal de adição esteve presente em 54,4%, destes 12,5% fazia adição de sal mesmo antes de provar a comida. Um estudo chileno com crianças hipertensas e medidas custo-efetivas na redução e controle da pressão arterial viu, na redução da ingestão de sal, favoráveis resultados e acredita que o investimento em mídia de prevenção possa trazer esses benefícios também aos jovens e população no geral, que lança mão de alimentos industrializados e preparados fora do domicílio.^{10,15}

O poder da enfermagem enquanto educadora em saúde fica aqui explícito, especialmente no que se refere à necessidade de maior atuação na promoção da saúde cardiovascular. Informada, a população certamente estaria mais atenta à avaliação da própria saúde, com vistas à prevenção dos FRCV, bem como ao surgimento de sinais indicativos de DCV, o que traria amplos benefícios, especialmente pelo caráter assintomático de algumas delas, como exemplo, a HAS.²⁵

Mesmo em situações nas quais o risco é percebido, por vezes, a adoção de um estilo de vida saudável nem sempre tem se configurado numa tarefa simples, esbarrado no ritmo de vida agitado do mundo globalizado/informatizado, na correria das grandes cidades, na sobrecarga de atividades cotidianas para manutenção do padrão de vida.¹⁴

As conclusões estatísticas relacionadas às variáveis expostas nas Tabelas 1, 2 3 e 4 apontaram, embora com pouca significância estatística, para as dislipidemias e os maus hábitos alimentares como fator de risco cardiovascular presente nos adultos jovens, o que reflete na pressão arterial. Certamente são situações decorrentes da interação de

inadequados padrões de comportamentos alimentares e de cuidados com a saúde.²⁶

As chances para riscos cardiovasculares não é vista aqui meramente como uma lógica matemática e de proporcionalidade, mas sim como ponto de reflexão para a enfermagem sobre o comportamento futuro dos riscos, que sugere maiores probabilidades para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, até mesmo em curto prazo.

CONCLUSÃO

O atual impacto das doenças cardiovasculares tem evidência num campo particular, os adultos jovens. Ensombrados pela crença de uma fase do desenvolvimento humano, no qual o organismo é eficiente e as doenças e agravos são escassos, as DCV vêm tomando espaço paulatinamente nessa camada da população. Os agravantes ficam por conta dos riscos cardiovasculares, próprios do ritmo de vida contemporâneo e das exigências impostas nessa fase tão produtiva da vida.

Na caracterização sociodemográfica, a amostra apresentou a maioria feminina e autorreferida mestiça, dividida entre os estudos e o trabalho, sem companheiro(a), e ainda na casa dos pais, com renda até dois salários mínimos.

A alimentação, questão diretamente relacionada à renda, apresentou outros pormenores. Os adultos jovens demonstraram inadequação alimentar, com consumo baixo de frutas e verduras, e alto para as gorduras saturadas e a adição de sal à comida. Seria questão de informação somente? Ou essa realidade reflete o acesso pela renda? Ou ainda estaria ligada ao insuficiente tempo para preparo e alimentação? Essa questão perpassa somente pela indústria alimentícia e mídia? Continuamos com a alimentação insalubre dos *fast foods* e comidas industrializadas amplamente divulgadas na mídia; que também oferece verduras, frutas, e os alimentos integrais e *lights*, geralmente mais caros.

Tais situações remetem às limitações deste estudo, que tratou de poucos aspectos alimentares, questão tão complexa de abordagem, que enxerga em maiores aprofundamentos e conhecimento da dieta seguida pelos adultos jovens, possibilidades de outros estudos na enfermagem, o que certamente traria grandes contribuições à enfermagem na promoção da saúde cardiovascular.

Os índices de pressão arterial aumentada nos adultos jovens, embora em menor

representação que os valores normais, evidenciaram poucas, mas importantes, situações de risco cardiovascular. A multicausalidade e a dinâmica que envolve os FRCV nos faz pensar em estilo de vida, e nos faz questionar a qualidade dele na determinação das DCV.

Os valores expressos na análise bioquímica, quando relacionados ao sexo e à pressão arterial, mostraram baixos percentuais alterados. Tais evidências sugerem uma importante contribuição do fator alimentação enquanto promotor de tais achados, seja na subdeterminação do risco por essas causas, pelo desconhecimento dos próprios valores de colesterol e pressão arterial, por questões outras orgânicas e/ou genéticas desconhecidas, ou até mesmo de inclinação pessoal sobre o autocuidado. O que remete à relação entre o FRCV e o acesso à informação, aos serviços de saúde e à infraestrutura, com o nível econômico que se tem.

Entendemos que a pequena evidência de risco entre os adultos jovens não deve minimizar a preocupação da enfermagem, sobretudo pelas tendências e estilos de vida contemporâneos, as evidências científicas da abrangência das DCV e da exposição aos FRCV, especialmente pelo caráter multivariado e comportamentos nas diversas sociedades.

AGÊNCIA DE FINANCIAMENTO

Estudo realizado com apoio da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico/ Programa de Bolsas de Formação Acadêmica na modalidade Mestrado Acadêmico/FUNCAP/Mestrado, 2009-2012. Fortaleza (CE), Brasil

AGRADECIMENTOS

Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP)

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization, Pan American Health Organization. Preventing chronic diseases a vital investment. Geneva; 2005.

2. Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Ministério da Saúde: Brasília; 2008.

3. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil,

2011 a 2022. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2011 Oct/Dec [cited 2012 Aug 20];20(4):425-38. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>

4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1 suppl.1):1-64.

5. Bustos P, Amigo H, Arteaga A, Acosta AM, Rona RJ. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos. Rev Méd Chile [Internet]. 2003 Sept [cited 2010 Apr 14];131(9):973-80. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900002&script=sci_arttext

6. Van Eyken EBBDO, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Públ [Internet]. 2009 Jan [cited 2011 Nov 3];25(1):111-23. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

7. Barreto SM, Passos VMAP, Giatti L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. Rev Saúde Públ [Internet]. 2009 Nov [cited 2010 June 10];43 Suppl 2:S9-17. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900003

8. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2007;88 Suppl 1:2-19.

9. Ribeiro RQC, Lotufo PA, Lamounier JA, Oliveira RG, Soares JF, Botter DA. Fatores adicionais de risco cardiovascular associados ao excesso de peso em crianças e adolescentes: o estudo do coração de Belo Horizonte. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2006 June [cited 2010 Mar 4];86(6):408-18. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006000600002

10. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Associação Brasileira para Estudos da Obesidade. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005;84 Suppl 1:1-28.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde,

um direito de adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

12. Pickering TG, Hall JE, Appel LJ, Falkner BE, Graves J, Hill MN, et al. Blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the subcommittee of professional and public education of the American Heart Association council on high blood pressure research. J Am Heart Assoc. 2005;45:142-61.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 83-91p.

14. Silveira PG, Wagner A. Ninho cheio: a permanência do adulto jovem em sua família de origem. Estud Psicol (Campinas) [Internet]. 2006 Oct/Dec [cited 10 Mar 2012]; 23(4):441-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt#1

15. Lancarotte I, Nobre MR, Zanetta R, Polydoro M. Lifestyle and Cardiovascular Health in School Adolescents from São Paulo. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 July [cited 2012 May 20];95(1):61-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en

16. Pereira A, Guedes AD, Verreschi ITN, Santos RD, Martinez TLR. Obesity and its association with other cardiovascular risk factors in school children in Itapetininga, Brazil. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2009 Sept [cited 2010 Aug 15];93(3):253-60. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009000900009&lng=en&nrm=iso&tlng=en

17. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação de saúde em adultos no Sul do Brasil. Rev Saúde Públ [Internet]. 2010 Oct [cited 2011 Feb 27]; 44(5):901-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt

18. Moreira TMM, Gomes EB, Santos JC. Cardiovascular risk factors in young adults with arterial hypertension and/or diabetes mellitus. Rev Gaúcha Enferm (on line) [Internet]. 2010 Dec [cited 2011 Mar 11]; 31(4):662-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

19. Mondini, L, Moraes AS, Freitas ICM, Gimeno SGA. Fruit and vegetable intake by adults in Ribeirão Preto, Southeastern Brazil. Rev Saúde Públ [Internet]. 2010 Aug [cited 2011 Jan 13];44(4):686-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=en

20. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes NOL, Silva Júnior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2006 Sept [cited 2010 Sept 2];15(3):47-65. Available from: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

21. Barbosa AA, Roieski MI, Rodrigues ESR, Gomes GPLA, Herrera SDSC. Prevalence of cardiovascular risk factors among hypertensive military police officers. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Nov [cited 2012 Apr 22];5(10):2374-82. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2058>

22. Cimadon HMS, Geremia R, Pellanda LC. Hábitos alimentares e fatores de risco para aterosclerose em estudantes de Bento Gonçalves - RS. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 Aug [cited 2011 Nov 11];95(2):166-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2010nahead/aop08410.pdf>

23. McMahan CA, Gidding SS, Fayad ZA, Zieske AW, Malcom GT, Tracy RE, et al. Risk scores predict atherosclerotic lesions in young people. Arch Intern Med [Internet]. 2005 Apr [cited 2010 July 21];165(8):883-90. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15851639>

24. Teixeira AMNC, Sachs A, Santos GMS, Asakura L, Coelho LC, Silva CVD. Identificação de risco cardiovascular em pacientes atendidos em ambulatório de nutrição. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2010 Mar/Apr [cited 2010 Nov 5];23(2):116-23. Available from: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2010_02/a2010_v23_n02_04andreateixeira.pdf

25. Oliveira SKP, Lima FET, Soares DG, Machado CA, Queiroz APO, Meneses LST. Cholesterol levels: influence in coronary artery disease. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 May [cited 2012 Aug 20];6(8):1549-55. Available from:

<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2643>

26. Carvalho e Martins MC, Ricarte IF, Rocha CHLR, Maia RB, Silva VB, Veras AB, et al. Blood Pressure, Excess Weight and Level of Physical Activity in Students of a Public University. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 Aug [cited 2011 Jan 19];95(2):192-9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2010005000069&script=sci_arttext

Submissão: 23/08/2012

Aceito: 19/01/2014

Publicado: 01/03/2014

Correspondência

Emiliana Bezerra Gomes
Universidade Regional do Cariri/URCA
Departamento de Enfermagem
Rua Cel. Antônio Luis, 1161
Bairro Pimenta
CEP: 63100-000 – Crato(CE), Brasil