

Dislipidemias em pessoas com doenças crônicas atendidas na atenção primária à saúde

Dyslipidemia in people with noncommunicable diseases assisted in primary health care

Dislipidemia en personas con enfermedades crónicas atendidas en atención primaria de salud

Tamara Silva da Costa

 <https://orcid.org/0009-0001-7419-5440>

Mateus Medeiros Leite

 <https://orcid.org/0000-0002-0438-3833>

Tania Cristina Morais Santa Bárbara Rehem

 <https://orcid.org/0000-0002-4491-1661>

Cris Renata Grou

 <https://orcid.org/0000-0002-3901-0914>

Silvana Schwerz Funghetto

 <https://orcid.org/0000-0002-9332-9029>

Marina Morato Stival

 <https://orcid.org/0000-0001-6830-4914>

Luciano Ramos de Lima

ramosll@unb.br

 <https://orcid.org/0000-0002-2709-6335>

Revista de Pesquisa Cuidado é
Fundamental Online vol. 18 14689 2026

Universidade Federal do Estado do Rio
de Janeiro
Brasil

Received: 05 February 2026
Accepted: 06 August 2026

Resumo: Objetivo: Avaliar a frequência de alterações do perfil lipídico de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus atendidas na Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** estudo descritivo, transversal e quantitativo, com 351 participantes. Foram analisados dados sociodemográficos, clínicos, hábitos de vida, exames bioquímicos e medidas antropométricas. A dislipidemia foi definida por alterações no colesterol total, triglicerídeos, LDL e HDL, considerando-se também a razão triglicerídeos/HDL. **Resultados:** pelo menos um componente alterado foi identificado em 95,4% dos participantes. Alterações em dois, um, três e quatro componentes ocorreram, respectivamente, em 31,6%, 30,8%, 23,6% e 9,4%. O colesterol total elevado foi mais frequente (56,7%). No grupo com quatro alterações, observaram-se maior tempo de hipertensão, maior proporção de mulheres e dificuldade para dormir. **Conclusão:** verificou-se elevada frequência de alterações lipídicas e razão TG/HDL acima do ponto de corte entre as mulheres. **Palavras-chave:** Dislipidemias, Atenção primária à saúde, Avaliação em enfermagem, Doenças crônicas..

Abstract: Objective: to evaluate the frequency of changes in lipid profile components among people with systemic arterial hypertension and/or diabetes mellitus receiving Primary Health Care. **Methods:** a descriptive, cross-sectional, quantitative study was conducted with 351 participants. Sociodemographic and clinical data, lifestyle habits, biochemical tests, and anthropometric measurements

were analyzed. Dyslipidemia was defined by changes in total cholesterol, triglycerides, LDL, and HDL, also considering the triglyceride/HDL ratio. **Results:** at least one altered component was identified in 95.4% of participants. Two altered components occurred in 31.6%, one in 30.8%, three in 23.6%, and four in 9.4%. Elevated total cholesterol was the most frequent change (56.7%). The group with four alterations had a longer duration of hypertension diagnosis and higher proportions of women and sleep difficulties. **Conclusion:** lipid abnormalities were highly frequent, and the TG/HDL ratio exceeded the adopted cutoff among women.

Keywords: Dyslipidemias, Primary health care, Nursing assessment, Chronic disease. .

Resumen: Objetivo: evaluar la frecuencia de alteraciones del perfil lipídico de personas con hipertensión arterial sistémica y/o diabetes mellitus atendidas en la Atención Primaria de Salud. **Metodología:** estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, con 351 participantes. Se analizaron datos sociodemográficos y clínicos, exámenes bioquímicos y medidas antropométricas. La dislipidemia se definió por alteraciones del colesterol total, triglicéridos, LDL y HDL, considerando también la razón triglicéridos/HDL. **Resultados:** al menos un componente alterado se identificó en el 95,4% de los participantes. Las alteraciones en dos, uno, tres y cuatro componentes ocurrieron, respectivamente, en el 31,6%, 30,8%, 23,6% y 9,4%. El colesterol total elevado fue más frecuente (56,7%). El grupo con cuatro alteraciones presentó mayor duración de la hipertensión, mayor proporción de mujeres y dificultad para dormir. **Conclusión:** se verificó elevada frecuencia de alteraciones lipídicas y razón TG/HDL superior al punto de corte entre las mujeres.

Palabras clave: Dislipidemias, Atención Primaria de Salud, Evaluación en Enfermería, Enfermedad Crónica..

INTRODUÇÃO

A dislipidemia é definida pela alteração dos níveis séricos de lipídios, caracterizada pelo aumento dos valores basais de colesterol total (CT), triglicerídeos (TG) e lipoproteína de baixa densidade (*low-density lipoprotein* – *LDL*), bem como pela redução dos níveis de lipoproteína de alta densidade (*high-density lipoprotein*–*HDL*).¹

Trata-se de um problema frequente entre pessoas que convivem com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), especialmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM).² Segundo a Organização Mundial da Saúde, atualmente cerca de 1,13 bilhão de pessoas no mundo possuem HAS e aproximadamente 422 milhões convivem com DM.³ No Brasil, conforme dados do Ministério da Saúde, estima-se que 38,1 milhões de pessoas tenham HAS e mais de 13 milhões tenham DM.⁴ Estudos conduzidos no país revelam prevalências de dislipidemia que variam entre 43,0% e 67,6% na população.^{1,5}

Nesse contexto, reconhecer e/ou controlar a dislipidemia é fundamental para a prevenção de complicações em nível secundário, relacionadas a distúrbios cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio (IAM), e cerebrovasculares, como o acidente vascular encefálico (AVE). Além disso, as dislipidemias podem potencializar alterações sistêmicas da HAS e do DM, pois, quando associadas à obesidade, estabelecem um estado inflamatório crônico e persistente. Em pessoas com DM e mau controle glicêmico, o metabolismo lipídico é comprometido, contribuindo ainda mais para a persistência das dislipidemias.¹

Dessa forma, estudos têm sido desenvolvidos em âmbito nacional e internacional. Pesquisas conduzidas por enfermeiros investigaram pessoas com dislipidemias na atenção primária à saúde (APS), abrangendo amostras que variam de crianças a idosos.⁶⁻⁸ No estado do Piauí, um estudo avaliou 45 pessoas com DM atendidas na APS e identificou uma prevalência de dislipidemia de 82,2%, significativamente associada ao sexo feminino, tabagismo e sedentarismo. Os principais componentes da dislipidemia observados foram CT, TG e LDL elevados.⁹ Outra investigação analisou a relação entre estilo de vida, presença de HAS, DM e dislipidemia com a taxa de internação hospitalar (IH) por doenças do aparelho circulatório em estados brasileiros. O estudo incluiu 1.058.764 pessoas e identificou uma prevalência média mensal de IH de 43,9 por 100.000 habitantes, evidenciando associação entre estilo de vida, DCNT e morbidade hospitalar por doenças cardiovasculares.¹⁰

Na Espanha, um estudo identificou associação entre níveis séricos elevados de TG e aterosclerose precoce, bem como inflamação

vascular em indivíduos aparentemente saudáveis. Foram avaliados 3.754 participantes, dos quais 58,0% apresentaram placas ateroscleróticas e 16,8% calcificação da artéria coronária, enquanto a inflamação vascular foi observada em 46,7%. Em indivíduos com risco cardiovascular baixo a moderado, a hipertrigliceridemia mostrou-se associada à aterosclerose subclínica e à inflamação vascular, mesmo na presença de níveis normais de LDL.¹¹

Diante desse cenário, a equipe de enfermagem, em conjunto com a equipe multiprofissional, deve identificar pessoas com dislipidemias e estabelecer ações de promoção da saúde e prevenção de riscos, visando evitar desfechos adversos relacionados às DCNT, especialmente complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Destaca-se, nesse contexto, a consulta de enfermagem, na qual o enfermeiro exerce papel central na assistência às pessoas na atenção primária à saúde. Uma vez identificada a dislipidemia associada às DCNT, cabe ao enfermeiro promover ações educativas voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos, incentivo à adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, estímulo à adoção de comportamentos saudáveis e modificação do estilo de vida.

Além disso, observa-se na literatura um número limitado de estudos nos quais a equipe de enfermagem analisa especificamente a temática das dislipidemias, enquanto pesquisas conduzidas por outros profissionais de saúde são mais frequentes.^{5,8-9} Dessa forma, torna-se relevante difundir e analisar achados provenientes de pesquisas desenvolvidas por enfermeiros.

A enfermagem está diretamente envolvida em estratégias de prevenção secundária, uma vez que, diante da presença de dislipidemias, o enfermeiro deve identificar e auxiliar no controle dos riscos cardiovasculares em indivíduos que convivem com as limitações decorrentes das complicações associadas às DCNT. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de alterações nos componentes do perfil lipídico de pessoas com HAS e/ou DM atendidas na Atenção Primária à Saúde

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, realizado conforme as recomendações do STROBE Statement. A coleta de dados ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma Regional Administrativa do Distrito Federal, no período de junho de 2016 a agosto de 2019.

A população elegível era composta por 1200 pessoas com HAS e/ou DM tipo 2 cadastradas no Hiperdia da UBS no período de referência. O tamanho amostral foi estimado para população finita, considerando prevalência esperada de 50%, adotada como parâmetro conservador de máxima variabilidade diante da ausência de estimativa

prévia específica para a população do serviço, erro absoluto de 5 pontos percentuais, nível de confiança de 95% e acréscimo de 20% para possíveis recusas e perdas, resultando em amostra mínima de 350 participantes.

A lista nominal do Hiperdia constituiu a moldura amostral. Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória simples, a partir da lista nominal de pessoas elegíveis cadastradas no Hiperdia da UBS. A cada participante foi atribuído um número sequencial, e o sorteio foi realizado por meio de planilha eletrônica. As pessoas sorteadas foram contatadas individualmente e convidadas a participar do estudo. Um total de 10% das pessoas selecionadas não foram localizadas após as tentativas de contato. Nesses casos, foi realizado novo sorteio na lista de participantes elegíveis, seguindo o mesmo procedimento, até o alcance da amostra prevista. Ao final, 351 participantes compuseram a análise.

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados na UBS, com diagnóstico médico de DM tipo 2 e/ou HAS. A capacidade de compreender e responder às questões foi avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental, versão brasileira, com pontos de corte ajustados à escolaridade: 18 pontos para pessoas sem escolarização formal, 21 para 1 a 3 anos, 24 para 4 a 7 anos e 26 para mais de 7 anos.¹² Os critérios de exclusão adotados foram: gestantes e pessoas com neoplasia em tratamento, em razão das possíveis alterações metabólicas e terapêuticas capazes de interferir no perfil lipídico. Também foram excluídas pessoas com transtornos mentais, quando a condição comprometia a compreensão, a comunicação ou o consentimento.

A coleta de dados foi realizada por uma equipe vinculada a um grupo de pesquisa, composta por estudantes de graduação, mestrado e doutorado, previamente treinados pelos docentes responsáveis. Utilizou-se instrumento estruturado para identificar o perfil demográfico, socioeconômico, hábitos de vida relacionados ao estilo de vida e variáveis clínicas. As variáveis relacionadas aos hábitos de vida e ao sono foram obtidas por autorrelato durante a entrevista e classificadas de forma dicotômica, conforme as respostas dos participantes. O sedentarismo foi definido pela resposta afirmativa do participante à ausência de prática regular de atividade física, sendo classificado como “sim” ou “não”. A dificuldade para dormir foi identificada pelo relato de dificuldade habitual para iniciar ou manter o sono, também classificada como “sim” ou “não”. O tabagismo correspondeu ao relato de consumo atual de produtos derivados do tabaco, enquanto o etilismo correspondeu ao relato de consumo atual de bebidas alcoólicas.

Após jejum de 12 horas, foram coletados 15 mL de sangue venoso da veia antecubital em tubos a vácuo apropriados para cada análise. Imediatamente após a coleta, as amostras foram acondicionadas e

transportadas ao laboratório de análises clínicas contratado com recursos do projeto, onde foram processadas conforme os procedimentos técnicos e de controle de qualidade adotados pelo serviço. O laboratório contratado possuía sistema interno de controle de qualidade, com calibração dos equipamentos e utilização de controles analíticos conforme os procedimentos operacionais do serviço.

A glicemia de jejum, o colesterol total, os triglicerídeos e o HDL foram determinados pelo método enzimático-colorimétrico, enquanto a hemoglobina glicada foi determinada por imunoturbidimetria. O LDL foi determinado por método direto. O valor máximo de triglicerídeos, de 946 mg/dL, foi revisto no banco de dados e conferido com o laudo laboratorial original, sendo confirmado e mantido na análise descritiva.

Também foram realizadas avaliações antropométricas, incluindo peso, estatura e circunferência da cintura, para cálculo do índice de massa corporal, além da verificação da pressão arterial conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.

Para fins epidemiológicos e descritivos, a dislipidemia foi analisada de acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Foram classificados como alterados os valores de colesterol total ≥ 190 mg/dL, triglicerídeos ≥ 150 mg/dL, LDL ≥ 160 mg/dL e HDL ≤ 40 mg/dL.¹ Considerou-se presença de alteração lipídica quando pelo menos um desses componentes apresentou valor fora do limite adotado. O ponto de corte de LDL ≥ 160 mg/dL foi empregado exclusivamente para padronizar a classificação descritiva da amostra e a contagem dos componentes lipídicos alterados, não sendo interpretado como meta terapêutica individual. A avaliação da adequação do LDL requer estratificação do risco cardiovascular e consideração de condições clínicas, como DM, doença aterosclerótica, lesão de órgãos-alvo e outros fatores de risco. Como o estudo não reuniu todas as informações necessárias para essa estratificação, não foi possível avaliar o alcance das metas individualizadas de LDL.

Outra variável analisada foi a razão TG/HDL, calculada a partir dos valores plasmáticos de TG e HDL, sendo considerados indicativos de risco para doença cardiovascular (DCV) os pontos de corte $> 2,5$ para mulheres e $> 3,5$ para homens.¹³

Os dados foram organizados em banco eletrônico no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®), versão 20.0. A análise estatística descritiva foi realizada por meio do cálculo de frequências absolutas, relativas e medidas de dispersão. A normalidade das variáveis foi avaliada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov; como não apresentaram distribuição normal, optou-se pela apresentação dos dados em medianas e intervalos interquartílicos.

Ressalta-se que não foram conduzidos modelos de ajuste para confundimento, portanto, não se inferiram associações independentes

entre características dos participantes e alterações lipídicas e as diferenças de frequências, proporções e medianas entre os grupos foram interpretadas apenas como variações numéricas observadas na amostra, sem inferência de associação estatística.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), sob o parecer CAEE nº 50367215.5.0000.5553, respeitando-se os preceitos da Resolução CNS nº 466/2012.

RESULTADOS

A prevalência de pelo menos uma alteração lipídica na amostra estudada foi de 95,4% (n = 335). A amostra foi predominantemente composta por mulheres (73,2%), idosos com idade entre 60 e 69 anos (57,3%), indivíduos com ensino fundamental completo (65,8%), renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo (52,7%), casados (53,8%) e aposentados (49,6%). Em relação aos comportamentos de risco, 8,8% eram tabagistas, 7,4% etilistas, 49,0% relataram dificuldade para dormir e 61,5% eram sedentários (Tabela 1).

Quanto ao número de componentes do perfil lipídico alterados (CPLA), observou-se que 31,6% dos participantes apresentaram dois componentes alterados, 30,8% um componente, 23,6% três componentes e 9,4% quatro componentes. No grupo com quatro componentes do perfil lipídico alterados, 78,8% dos participantes eram mulheres e 66,7% relataram dificuldade para dormir. Nos participantes com três CPLA, observaram-se maiores proporções entre aqueles com idade entre 60 e 69 anos (67,5%) e casados (56,6%). Indivíduos com dois CPLA apresentaram maior proporção de renda igual ou inferior a um salário mínimo (56,8%). Aqueles com apenas um componente alterado concentraram maior proporção de indivíduos com ensino fundamental (71,3%), aposentados (58,3%) e sedentários (66,7%) (Tabela 1).

Tabela 1

Número de componentes lipídicos dos participantes de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas (n=351). Brasília, 2020.

		Número de componentes lipídicos					
		Total (n=351)	0	1	2	3	4
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo	Feminino	257 (73,2)	10 (62,5)	77 (71,3)	86 (77,5)	58 (69,9)	26 (78,8)
	Masculino	94 (26,8)	6 (37,5)	31 (28,7)	25 (22,5)	25 (30,1)	7 (21,2)
Idade	≤ 59 anos	26 (7,4)	0 (0,0)	6 (5,6)	9 (8,1)	7 (8,4)	4 (12,1)
	60 a 69 anos	201 (57,3)	11 (68,8)	54 (50,0)	65 (58,6)	56 (67,5)	15 (45,5)
	≥ 70 anos	124 (35,3)	5 (31,3)	48 (44,4)	37 (33,3)	20 (24,1)	14 (42,4)
Escolaridade	Analfabeto	46 (13,1)	3 (18,8)	11 (10,2)	19 (17,1)	11 (13,3)	2 (6,1)
	Ensino fundamental	231 (65,8)	9 (56,3)	77 (71,3)	68 (61,3)	55 (66,3)	22 (66,7)
	Ensino médio	74 (21,1)	4 (25,0)	20 (18,5)	24 (21,6)	17 (20,5)	9 (27,3)
Renda	≤ 1*SM	185 (52,7)	8 (50,0)	60 (55,6)	63 (56,8)	37 (44,6)	17 (51,5)
	> 1 SM	166 (47,3)	8 (50,0)	48 (44,4)	48 (43,2)	46 (55,4)	16 (48,5)
Estado civil	Solteiro	45 (12,8)	1 (6,3)	20 (18,5)	12 (10,8)	9 (10,8)	3 (9,1)
	Casado	189 (53,8)	12 (75,0)	56 (51,9)	60 (54,1)	47 (56,6)	14 (42,4)
	Divorciado	28 (8,0)	1 (6,3)	9 (8,3)	9 (8,1)	6 (7,2)	3 (9,1)
Ocupação	Viúvo	89 (25,4)	2 (12,5)	23 (21,3)	30 (27,0)	21 (25,3)	13 (39,4)
	Ativo	113 (32,2)	8 (50,0)	23 (21,3)	38 (34,2)	31 (37,3)	13 (39,4)
	Aposentado	174 (49,6)	5 (31,3)	63 (58,3)	55 (49,5)	36 (43,4)	15 (45,5)
Tabagismo	Inativo	64 (18,2)	3 (18,8)	22 (20,4)	18 (16,2)	16 (19,3)	5 (15,2)
	Sim	31 (8,8)	3 (18,8)	5 (4,6)	8 (7,2)	12 (14,5)	3 (9,1)
	Não	320 (91,2)	13 (81,3)	103 (95,4)	103 (92,8)	71 (85,5)	30 (90,9)
Etilismo	Sim	26 (7,4)	1 (6,3)	7 (6,5)	5 (4,5)	10 (12,0)	3 (9,1)
	Não	325 (92,6)	15 (93,8)	101 (93,5)	106 (95,5)	73 (88,0)	30 (90,9)
Sono	Normal	179 (51,0)	8 (50,0)	56 (51,9)	62 (55,9)	42 (50,6)	11 (33,3)
	Dificuldade para dormir	172 (49,0)	8 (50,0)	52 (48,1)	49 (44,1)	41 (49,4)	22 (66,7)
Sedentarismo	Sim	216 (61,5)	9 (56,3)	72 (66,7)	66 (59,5)	54 (65,1)	15 (45,5)

Não 135
(38,5) 7 (43,8) 36 (33,3) 45 (40,5) 29 (34,9) 18 (54,5)

Autores (2020).

* SM: salário mínimo de R\$ 998,00 (novecentos e noventa e oito reais) em 2019.

Em relação aos componentes lipídicos isoladamente, o colesterol total elevado foi a alteração mais frequente, presente em 56,7% dos participantes, com valores variando entre 88,0 mg/dL e 464,0 mg/dL. Os triglicerídeos, LDL e HDL apresentaram-se dentro dos parâmetros de normalidade em 55,3%, 84,3% e 85,5% dos indivíduos, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização dos componentes lipídicos dos participantes (n=351). Brasília, 2020.

Componente	Alterado, n (%)	Normal, n (%)	Med. (IIQ)	Mín.-Máx.
CT - mg/dL	199 (56,7)	152 (43,3)	196,0 (173,1–227,7)	88,0–464,0
TG - mg/dL	157 (44,7)	194 (55,3)	141,0 (104,0–194,0)	45,0–946,0
LDL - mg/dL	55 (15,7)	296 (84,3)	112,6 (91,0–141,2)	26,0–246,6
HDL - mg/dL	51 (14,5)	300 (85,5)	49,0 (43,0–55,8)	25,0–99,0

Autores (2020).

Md: mediana; IIQ: intervalo interquartil; Mín.: mínimo; Máx.: máximo; CT: colesterol total; TG: Triglicérides; LDL: *Low Density Lipoproteins*; HDL: *High Density Lipoproteins*.

O tempo mediano de diagnóstico foi de 11,9 anos para HAS e 8,0 anos para DM tipo 2 (DM2). A mediana do tempo de diagnóstico de HAS foi numericamente superior no grupo com quatro componentes lipídicos alterados. Em todos os grupos de componentes lipídicos, a maioria dos participantes apresentou índice de massa corporal elevado e uso mediano de quatro medicamentos de uso diário (Tabela 3).

Tabela 3

Mediana e intervalo interquartil das variáveis clínicas de acordo com o número de componentes lipídicos (n=351). Brasília, 2020.

	Número de componentes lipídicos				
	0 (n=16)	1 (n=108)	2 (n=111)	3 (n=83)	4 (n=33)
	*MD ([†] IIQ)	MD (IIQ)	MD (IIQ)	MD (IIQ)	MD (IIQ)
Tempo de [‡] HAS (anos)	6 (6-6)	13 (10-20)	11 (10-20)	10 (10-17)	15 (10-20)
Tempo de [§] DM (anos)	3 (3-3)	10 (5-15)	10 (5-15)	10 (5-16)	10 (7-20)
IMC -Kg/m ²	30,6 (28,7-32,9)	28,4 (25,5-31,2)	29,1 (25,5-33,5)	30,0 (27,7-32,6)	28,3 (26,8-33,2)
Número de medicamentos	4 (2-4)	4 (3-6)	4 (3-6)	4 (3-5)	4 (3-6)
Glicemia em jejum – mg/dL	104,5 (90,8-127,0)	115,0 (95,0-161,0)	118,0 (96,0-156,0)	110,0 (93,0-130,0)	112,8 (98,0-175,0)
[¶] HbA1c (%)	6,1 (5,8-6,8)	6,4 (5,6-7,3)	6,3 (5,6-7,9)	6,0 (5,6-7,0)	6,3 (5,8-8,2)
^{**} PAS – mmHg	140 (130-150)	130 (120-160)	140 (130-160)	140 (130-160)	150 (130-160)
^{††} PAD – mmHg	90 (80-100)	80 (70-90)	80 (80-90)	85 (80-100)	85 (80-95)

Autores (2020).

*Md: mediana; [†]IIQ: intervalo interquartil; [‡]HAS: hipertensão arterial sistêmica (nota: apresentado apenas dos participantes com HAS); [§]DM: diabetes mellitus – (nota: apresentado apenas dos participantes com DM); ^{||}IMC: índice de massa corporal; [¶]HbA1c: hemoglobina glicada; ^{**}PAS: pressão arterial sistólica; ^{††}PAD: pressão arterial diastólica

As medianas da glicemia de jejum variaram entre 104,5 e 118,0 mg/dL, enquanto as medianas da HbA1c variaram entre 6,0% e 6,4% nos grupos classificados segundo o número de componentes lipídicos alterados. As medianas da pressão arterial sistólica variaram entre 130 e 150 mmHg nos grupos classificados segundo o número de componentes lipídicos alterados (Tabela 3).

Na distribuição descritiva do número de componentes lipídicos alterados segundo as condições crônicas Entre os participantes com HAS, 29,5% apresentaram dois componentes alterados e 29,5% apresentaram três. Entre aqueles com DM, 40,5% apresentaram três componentes alterados. No grupo com HAS e DM, 34,5% apresentaram um componente alterado e 32,7% apresentaram dois (Figura 1).

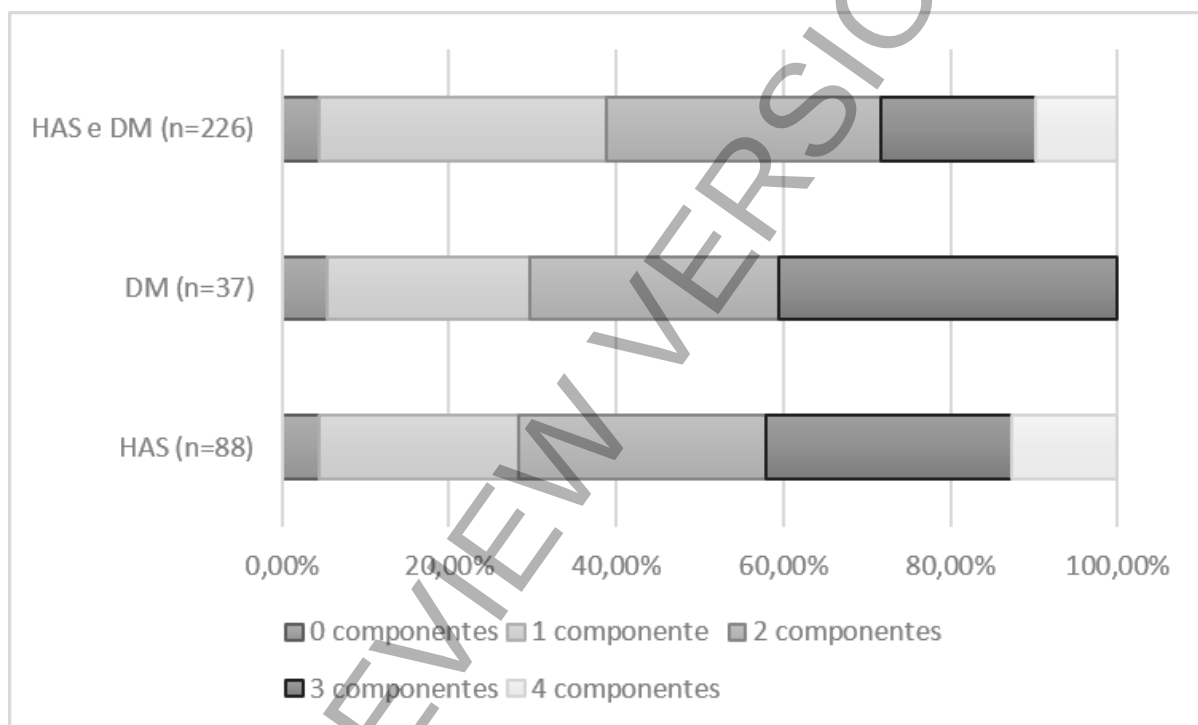


Figura 1

Distribuição do número de componentes lipídicos (0 a 4) de acordo com as doenças crônicas (HAS- Hipertensão arterial sistêmica; DM- Diabetes mellitus) dos participantes (n=351). Brasília, 2020.

Autores (2020).

Quanto ao índice triglicérides/HDL, a mediana foi de 2,62 (IIQ = 1,93–4,02) entre as mulheres e 3,49 (IIQ = 2,09–4,70) entre os homens. Segundo as condições crônicas, a mediana da razão TG/HDL foi de 2,72 entre os participantes com HAS, 3,03 entre aqueles com DM e 2,74 entre os participantes com ambas as condições (Figura 2).

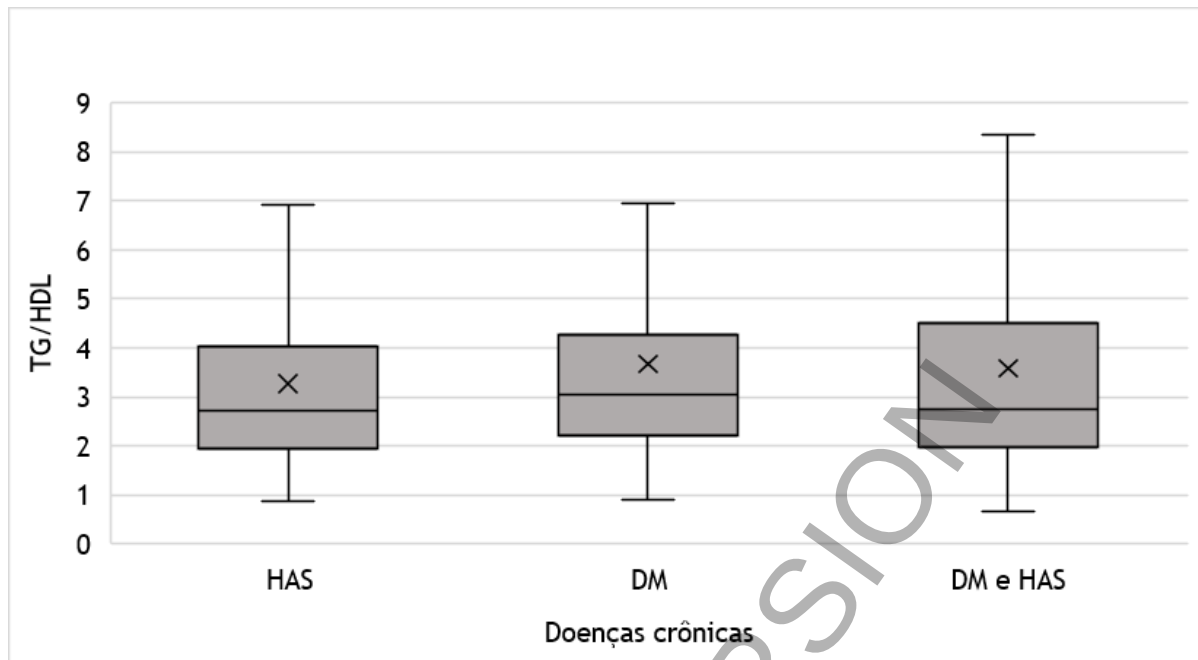


Figura 2

Mediana do índice TG/HDL de acordo com as doenças crônicas (HAS- Hipertensão arterial sistêmica; DM- Diabetes mellitus) dos participantes (n=351). Brasília, 2020.

Autores (2020).

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que 95,4% dos participantes apresentaram pelo menos um componente do perfil lipídico alterado, segundo os pontos de corte adotados. O colesterol total elevado foi a alteração mais frequente, seguido pelos triglicerídeos elevados. Esses resultados evidenciam uma frequência expressiva de alterações lipídicas entre pessoas com HAS e/ou DM acompanhadas na Atenção Primária à Saúde. A elevada frequência observada deve ser interpretada considerando o perfil clínico e assistencial da população estudada. A amostra não foi constituída pela população geral, mas exclusivamente por pessoas cadastradas no Hiperdia de uma única Unidade Básica de Saúde, com diagnóstico de doenças crônicas que estão frequentemente acompanhadas por alterações metabólicas, excesso de peso, resistência à insulina e maior exposição cumulativa a fatores cardiovasculares, o que pode explicar, ao menos parcialmente, a elevada frequência de alterações lipídicas identificada.^{1,2}

Um estudo realizado no Piauí com pessoas com DM atendidas na Atenção Primária à Saúde identificou prevalência de dislipidemia de 82,2%, com alterações principalmente no colesterol total, nos triglicerídeos e no LDL.⁹ Em São Paulo, um estudo de base populacional identificou frequência inferior à encontrada na presente investigação.⁵ As diferenças entre os resultados podem decorrer dos

critérios utilizados para definir dislipidemia, das características clínicas das amostras, da distribuição etária, da presença de doenças crônicas e dos métodos empregados para obtenção das informações. Estudos baseados em exames laboratoriais também não são diretamente comparáveis às investigações que utilizam diagnóstico autorreferido, como aquelas fundamentadas em entrevistas telefônicas.¹⁴⁻¹⁵

Apesar disso, observa-se convergência entre os estudos no que se refere ao aumento da prevalência de dislipidemia com o avançar da idade. No VIGITEL, aproximadamente um terço dos indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos relataram esse diagnóstico.¹⁵ Da mesma forma, no presente estudo verificou-se maior proporção de dislipidemia entre idosos, especialmente na faixa etária acima de 60 anos, o que reforça a importância da identificação precoce dessa condição pela equipe de enfermagem, no contexto da prevenção secundária.

As dislipidemias em idosos podem ter etiologia primária, de origem genética (poligênica ou monogênica), como a hipercolesterolemia familiar, ou etiologia secundária, mais frequentemente relacionada ao estilo de vida, à presença de outras condições clínicas, como intolerância à glicose, DM, obesidade, hipotireoidismo, síndromes nefróticas, bem como ao uso de determinados medicamentos, incluindo classes de anti-hipertensivos.¹⁻⁹ Observa-se que níveis elevados de colesterol total tendem a ser mais frequentes até os 60 anos de idade e, posteriormente, podem reduzir; entretanto, a hipercolesterolemia permanece expressiva entre idosos, sobretudo entre mulheres, aumentando a morbimortalidade cardiovascular acumulada ao longo dos anos.¹

Nesse sentido, destaca-se que homens com idade superior a 49 anos e mulheres acima de 56 anos apresentam risco cardiovascular potencializado, especialmente quando convivem com dislipidemias associadas a outras DCNT.¹ No presente estudo, as mulheres representaram 73,2% da amostra total e 78,8% do grupo com quatro componentes lipídicos alterados. Esses resultados descrevem a composição dos grupos, mas não permitem concluir que o sexo feminino esteve associado ao maior número de alterações lipídicas. Entretanto, outros estudos que observaram maior frequência de dislipidemia em mulheres acima dos 50 anos, associando esse fenômeno ao climatério, período marcado pela redução dos níveis de estrogênio, que favorece o acúmulo de gordura abdominal, alterações metabólicas e maior risco cardiovascular.^{11,16}

O sedentarismo foi frequentemente autorreferido pelos participantes, resultado consistente com investigações realizadas com pessoas com DM tipo 2, que identificaram elevada proporção de indivíduos que não atingem o mínimo recomendado de 150 minutos

semanais de atividade física.^{4,9,11,17} Estudos apontam associação inversamente proporcional entre a prática regular de exercícios físicos e a ocorrência de dislipidemia, com prevalência até 29% maior entre indivíduos sedentários.¹⁵ Ademais, evidências demonstram redução significativa do risco cardiovascular após períodos sistematizados de exercício físico em pessoas hipertensas.¹⁸

Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel estratégico na identificação e manejo dos fatores de risco modificáveis associados à dislipidemia, especialmente entre mulheres e idosos, por meio de consultas individuais, atividades coletivas e busca ativa na Atenção Primária à Saúde. A atuação envolve ações voltadas à promoção da alimentação saudável, incentivo à prática de exercícios físicos, controle do estresse, cessação do tabagismo, redução do consumo de álcool e prevenção da obesidade, alinhadas às diretrizes nacionais.^{1-2,4}

Os exercícios físicos, enquanto estratégia terapêutica não farmacológica, apresentam evidências robustas quanto à redução dos níveis de triglicerídeos e LDL, aumento do HDL e diminuição da progressão da aterosclerose.¹⁸ As diretrizes brasileiras recomendam, no mínimo, 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada, preferencialmente com associação de exercícios aeróbicos, resistidos e de flexibilidade.^{1,4}

Outro achado relevante deste estudo refere-se ao grupo com quatro componentes lipídicos alterados que apresentou mediana de 15 anos de diagnóstico de HAS. Para o DM, as medianas do tempo de diagnóstico foram semelhantes entre os grupos com um a quatro componentes alterados. Tais resultados são consistentes com pesquisas nacionais.^{9,19} Evidências indicam que maior duração dessas doenças se relaciona a pior controle glicêmico, elevação de triglicerídeos e maior ocorrência de complicações crônicas, impactando negativamente a qualidade de vida.^{17,18,20}

A dislipidemia está associada com a presença de placas ateroscleróticas e o aumento nos níveis dos CPLA, que podem estar relacionados a desfechos ruins e ou complicações, sobretudo os cardiovasculares.^{1-2,4-5,21} A dislipidemia associa-se diretamente à formação de placas ateroscleróticas, que podem evoluir silenciosamente, mesmo na ausência de alterações bioquímicas expressivas.¹¹ A ruptura dessas placas pode resultar em eventos agudos, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico, reforçando a necessidade de monitoramento contínuo e intervenção precoce.¹

Destaca-se, ainda, que a mediana da razão TG/HDL ficou acima do ponto de corte adotado para as mulheres. Entre os grupos, a maior mediana numérica foi observada nos participantes com DM. Estudos indicam que esse índice se relaciona à resistência insulínica, controle

glicêmico inadequado e maior risco cardiometabólico.^{12,14,22} Assim, a avaliação integrada dos componentes lipídicos e das DCNT permite atuação mais efetiva na prevenção secundária. A dislipidemia geralmente está associada a DCNT, como DM e HAS. O controle ineficaz dessas doenças desencadeia uma quantidade maior de alterações em frações lipídicas, e aumentam o risco de desfechos cardiovasculares.^{1-2,4,23-26}

No sentido de contribuição da equipe de enfermagem, destaca-se sua participação no cuidado interdisciplinar com envolvimento de outros membros da equipe de saúde na APS. Os profissionais em conjunto devem somar na prevenção primária e secundária das dislipidemias, principalmente na investigação de desfechos de complicações advindas das DCNT, entre elas, complicações cardiovasculares e metabólicas que podem levar a redução das atividades de vida diária, da qualidade de vida e limitações.^{1-2, 20, 26-28}

O ponto de corte único utilizado para classificar o LDL deve ser interpretado com cautela. Esse limite teve finalidade epidemiológica e permitiu uma classificação uniforme dos componentes do perfil lipídico, mas não representa a meta terapêutica aplicável a todos os participantes. Pessoas com HAS, DM ou ambas podem apresentar diferentes níveis de risco cardiovascular e, conseqüentemente, metas distintas de LDL. Portanto, a proporção de participantes classificados com LDL alterado neste estudo não deve ser interpretada como proporção de indivíduos fora da meta terapêutica. É possível, inclusive, que participantes com LDL inferior a 160 mg/dL permanecessem acima da meta correspondente ao seu risco cardiovascular.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o delineamento transversal, que impede estabelecer relações de temporalidade e causalidade, e a realização em um único território de saúde, o que restringe a generalização dos resultados. A utilização de um ponto de corte único para o LDL e a ausência das informações necessárias à estratificação do risco cardiovascular impossibilitaram avaliar a adequação às metas terapêuticas individualizadas. Além disso, não foram coletadas informações específicas sobre uso, classe, dose e duração de estatinas ou fibratos, adesão ao tratamento, consumo alimentar e tempo transcorrido desde a última modificação medicamentosa. Essas variáveis podem influenciar diretamente o perfil lipídico e constituir potenciais fatores de confusão. As informações sobre sedentarismo, dificuldade para dormir, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas foram autorreferidas e classificadas de forma dicotômica, sem utilização de instrumentos validados ou mensuração da frequência, duração, intensidade ou quantidade dessas exposições, o que pode ter ocasionado erro de classificação. Por fim, a ausência de análise multivariável limita a identificação de associações independentes. Dessa forma, os achados devem ser interpretados

como descritivos da população estudada, sem inferência de causalidade, avaliação da efetividade do tratamento ou determinação do alcance das metas terapêuticas individuais.

A coleta de dados foi concluída em agosto de 2019. Em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19 e de seus impactos sobre as atividades acadêmicas e de pesquisa, as etapas de consolidação e análise do banco de dados foram temporariamente suspensas. Após a retomada das atividades, foram realizadas a conferência do banco, a análise dos resultados e a elaboração do manuscrito. Embora os achados permaneçam válidos para caracterizar a população investigada no período da coleta, o intervalo até a submissão e as mudanças posteriores nas recomendações clínicas devem ser considerados na interpretação dos resultados. Por esse motivo, os pontos de corte empregados foram mantidos como critérios epidemiológicos previamente definidos no protocolo do estudo, enquanto a discussão clínica foi atualizada para reconhecer a necessidade de estratificação individual do risco cardiovascular e de definição das metas terapêuticas correspondentes.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou elevada frequência de alterações nos componentes do perfil lipídico entre pessoas com HAS e/ou DM atendidas na APS. As alterações mais frequentes ocorreram no colesterol total e nos triglicerídeos. A maior parte da amostra foi constituída por mulheres e pessoas idosas, e o sedentarismo foi frequentemente autorreferido. No grupo com quatro componentes lipídicos alterados, observou-se elevada proporção de mulheres e de participantes que relataram dificuldade para dormir, além de mediana de 15 anos de diagnóstico de HAS.

O processo de envelhecimento populacional, aliado às mudanças no estilo de vida, intensifica os fatores de risco cardiovasculares, ressaltando o papel estratégico da enfermagem na prevenção, identificação precoce e manejo da dislipidemia. A anamnese qualificada, a avaliação clínica, antropométrica e laboratorial, associadas à estratificação de risco cardiovascular e à implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, são fundamentais para o controle dessa condição.

Os achados deste estudo fornecem subsídios importantes para qualificar as práticas dos profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, no planejamento de ações individuais e coletivas que favoreçam a prevenção secundária e a redução de eventos cardiovasculares e metabólicos futuros.

REFERÊNCIAS

1. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2017 [acesso em 24 de janeiro 2026];109(2 supl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170121>.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024. [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2024 [acesso em 24 de janeiro 2026]. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/5412848>.
3. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 24 Jan 2026]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/hypertension>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes: diabetes mellitus. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 24 de janeiro 2026]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>.
5. Pereira JL, Castro MA, Leite JMRS, Rogero MM, Sarti FM, César CLG, et al. Overview of cardiovascular disease risk factors in adults in São Paulo, Brazil: prevalence and associated factors in 2008 and 2015. *Int J Cardiovasc Sci.* [Internet]. 2022 [cited 24 Jan 2026];35(2). Available from: <https://doi.org/10.36660/ijcs.20210076>.
6. Bauman CD, Bauman JM, Mourão DM, Pinho L, Brito MFSF, Carneiro ALG, et al. Dyslipidemia prevalence in adolescents in public schools. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 24 Jan 2026];73(3):e20180523. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0523>.
7. Cheng YC, Kuo YC, Chang PC, Li YC, Huang WT, Chen W, et al. Geriatric functional impairment using the integrated care for older people (ICOPE) approach in community-dwelling elderly and its association with dyslipidemia. *Vasc Health Risk Manag.* [Internet]. 2021 [cited 24 Jan 2026];17. Available from: <https://doi.org/10.2147/VHRM.S305490>.
8. Lucchi T. Dyslipidemia and prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in the elderly. *Minerva Med.* [Internet]. 2021 [cited 24 Jan 2026];112(6). Available from: <https://doi.org/10.23736/S0026-4806.21.07347-X>.
9. Lira Neto JCG, Silva TL, Silva IG, Félix NDC, Maranhão TA, Damasceno MMC. Frequency and factors associated with dyslipidemia among people with type 2 diabetes mellitus. *Rev Pesqui Cuid Fundam*

Online. [Internet]. 2022 [cited 24 Jan 2026];14:e11014. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11014>.

10. Janssen H, Koekkoek LL, Swirski FK. Effects of lifestyle factors on leukocytes in cardiovascular health and disease. *Nat Rev Cardiol*. [Internet]. 2024 [cited 24 Jan 2026];21(3). Available from: <https://doi.org/10.1038/s41569-023-00931-w>.
11. Raposeiras-Roubin S, Rosselló X, Oliva B, Fernández-Friera L, Mendiguren JM, Andrés V, et al. Triglycerides and residual atherosclerotic risk. *J Am Coll Cardiol*. [Internet]. 2021 [cited 24 Jan 2026];77(24). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.04.059>.
12. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2015 [acesso em 24 de janeiro 2026];20(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.06032015>.
13. Salazar MR, Carbajal HA, Espeche WG, Leiva Sisniegues CE, Balbín E, Dulbecco CA, et al. Relation among the plasma triglyceride/high-density lipoprotein cholesterol concentration ratio, insulin resistance, and associated cardiometabolic risk factors in men and women. *Am J Cardiol*. [Internet]. 2012 [cited 24 Jan 2026];109(12). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2012.02.016>.
14. Valença SEO, Brito ADM, Silva DCG, Ferreira FG, Novaes JF, Longo GZ. Prevalência de dislipidemias e consumo alimentar: um estudo de base populacional. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2021 [acesso em 24 de janeiro 2026];26(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.28022020>.
15. Pereira LP, Sichieri R, Segri NJ, Silva RMVG, Ferreira MG. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2015 [acesso em 24 de janeiro 2026];20(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.16312014>.
16. Thaung Zaw JJ, Howe PRC, Wong RHX. Postmenopausal health interventions: time to move on from the Women's Health Initiative? *Ageing Res Rev*. [Internet]. 2018 [cited 24 Jan 2026];48. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.10.005>.
17. Stival MM, Lima LR, Costa MVG, Volpe CRG, Funghetto SS, Pinho DLM. Risco de glicemia instável em pessoas idosas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm UFSM*. [Internet]. 2022 [acesso em 24 de janeiro 2026];12:e57. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769271452>.

18. Cassiano ADN, Silva TS, Nascimento CQ, Wanderley EM, Prado ES, Santos TMM, et al. Efeitos do exercício físico sobre o risco cardiovascular e qualidade de vida em idosos hipertensos. *Cien Saude Colet.* [Internet]. 2020 [acesso em 24 de janeiro 2026];25(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27832018>.
19. Cortez DN, Reis IA, Souza DAS, Macedo MML, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2015 [acesso em 24 de janeiro 2026];28(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500042>.
20. Lima LR, Funghetto SS, Volpe CRG, Santos WS, Funez MI, Stival MM. Quality of life and time since diagnosis of diabetes mellitus among the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2018 [cited 24 Jan 2026];21(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170187>.
21. Lima TR, Silva DAS, Giehl MWC, D'Orsi E, González-Chica DA. Agrupamentos de fatores de risco cardiometabólicos e sua associação com aterosclerose e inflamação crônica em adultos e idosos em Florianópolis, Sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* [Internet]. 2021 [acesso em 24 de janeiro 2026];117(1). Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200230>.
22. Azagew AW, Abate HK, Mekonnen CK, Mekonnen HS, Tezera ZB, Jember G. Diabetic dyslipidemia and its predictors among people with diabetes in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* [Internet]. 2024 [cited 24 Jan 2026];13(1):190. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02593-2>.
23. Costa MVG, Lima LR, Silva ICR, Rehem TCMSB, Funghetto SS, Stival MM. Risco cardiovascular aumentado e o papel da síndrome metabólica em idosos hipertensos. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2021 [acesso em 24 de janeiro 2026];25(1):e20200055. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0055>.
24. Barbalho UGS, Silva AO, Silva ICR, Lima LR, Stival MM, Funghetto SS. Impact of metabolic syndrome components in high-risk cardiovascular disease development in older adults. *Clin Interv Aging.* [Internet]. 2020 [cited 24 Jan 2026];15. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S252589>.
25. Oliveira G, Schimith MD, Silva LMC, Cezar-Vaz MR, Cabral FB, Silveira VN, et al. Fatores de risco cardiovascular, saberes e práticas de cuidado de mulheres: possibilidade para rever hábitos. *Esc Anna Nery.* [Internet]. 2022 [acesso em 24 de janeiro 2026];26:e20210281.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0281>.

26. Khalafi M, Habibi Maleki A, Symonds ME, Rosenkranz SK, Rohani H, Ehsanifar M. The effects of intermittent fasting on body composition and cardiometabolic health in adults with prediabetes or type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Obes Metab.* [Internet]. 2024 [cited 24 Jan 2026];26(9). Available from: <https://doi.org/10.1111/dom.15730>.
27. Leite MM, Dutra MT, Costa MVG, Funghetto SS, Silva AO, Lima LR, et al. Comparative evaluation of inflammatory parameters and substitute insulin resistance indices in elderly women with and without type 2 diabetes mellitus. *Exp Gerontol.* [Internet]. 2021 [cited 24 Jan 2026];150:111389. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111389>.
28. Machado C, Jukoski FA, Oliveira TKF. Controle dos níveis pressóricos em hipertensos. *Rev Soc Bras Clin Med.* [Internet]. 2021 [acesso em 24 de janeiro 2026];19(1). Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361680/7-13.pdf>.

Author notes

ramosll@unb.br

Additional information

redalyc-journal-id: 5057



Available in:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505783104142>

How to cite

Complete issue

More information about this article

Journal's webpage in redalyc.org

Scientific Information System Redalyc
Network of Scientific Journals from Latin America and the
Caribbean, Spain and Portugal
Project academic non-profit, developed under the open
access initiative

Tamara Silva da Costa, Mateus Medeiros Leite,
Tania Cristina Morais Santa Bárbara Rehem,
Cris Renata Grou, Silvana Schwerz Funghetto,
Marina Morato Stival, Luciano Ramos de Lima

**Dislipidemias em pessoas com doenças crônicas
atendidas na atenção primária à saúde**

Dyslipidemia in people with noncommunicable diseases assisted
in primary health care

Dislipidemia en personas con enfermedades crónicas atendidas
en atención primaria de salud

Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online
vol. 18, 14689, 2026

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil
rpcfo@unirio.br

ISSN-E: 2175-5361

DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v18.14689>



CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE

**Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-
CompartirIgual 4.0 Internacional.**