

Prevalência e fatores associados à dislipidemia em um município do Espírito Santo, Brasil

Prevalence and factors associated with dyslipidemia in a municipality of Espírito Santo, Brazil

Patrícia da Silva Cunha,¹ Ronaldo José Faria,¹ Patrícia Silva Bazoni,¹ Josiane Pezzin,¹ Nicole Milato da Silva Gonçalves,¹ Jéssica Barreto Ribeiro dos Santos,¹ Michael Ruberson Ribeiro da Silva¹

RESUMO

Objetivo: identificar a prevalência e fatores associados à dislipidemia em adultos residentes no município de Alegre, Espírito Santo. **Método:** foi realizado um estudo transversal com a utilização de inquérito domiciliar. As análises descritivas foram realizadas por meio de distribuições de frequência e medidas de tendência central e dispersão, aplicadas às características sociodemográficas, perfil de saúde, doenças preexistentes, uso de medicamentos e qualidade de vida. Os fatores associados à dislipidemia foram analisados por meio de regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** foram entrevistados 694 indivíduos, dos quais 174 (25,1%) declararam ter diagnóstico de dislipidemia. A maioria dos respondentes era composta por mulheres (72,9%), autodeclaradas brancas (47,5%), residentes na sede do município (69,6%) e casadas (43,3%). Os fatores associados à dislipidemia foram maior idade, prática de atividade física, ocorrência de polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, e a presença de mais de duas comorbidades. **Conclusão:** as orientações dos profissionais de saúde quanto à prática de atividades físicas, alimentação saudável e acompanhamento médico são essenciais, visto que altos níveis de colesterol total, triglicérides e LDL são evidenciados como fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Palavras-chave: hiperlipidemias; prevalência; fatores de risco; estudos transversais.

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence and factors associated with dyslipidemia in adults living in the city of Alegre, Espírito Santo. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in the city of Alegre, Brazil. Descriptive analyses were performed based on the frequency distributions of sociodemographic characteristics, health profile, pre-existing diseases, medication use, and quality of life. Factors associated with dyslipidemia were analyzed using Poisson regression with robust variance. **Results:** A total of 694 individuals were interviewed, of whom 174 (25.1%) reported having been diagnosed with dyslipidemia. The majority of participants were women (72.9%), self-declared white (47.5%), lived in the city center (69.6%), and were married (43.3%). Factors associated with dyslipidemia included older age, physical activity, polypharmacy, and having more than two comorbidities. **Conclusion:** Guidance from health professionals regarding physical activity, healthy eating, and medical monitoring is essential, as high levels of total cholesterol, triglycerides, and LDL are evidenced as risk factors for cardiovascular diseases.

Keywords: hyperlipidemias; prevalence; risk factors; cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

Níveis anormais de lipídeos, como triglicérides, colesterol total, lipoproteína de baixa densidade (LDL, do inglês *low-density lipoprotein*) e lipoproteína de alta densidade (HDL, do inglês *high-density lipoprotein*) no plasma sanguíneo são características de uma doença denominada dislipidemia.¹

A dislipidemia pode ser classificada conforme sua etiologia ou níveis laboratoriais dos lipídeos.

Em relação a sua etiologia, a dislipidemia pode ser de causa primária ou secundária, sendo a secundária caracterizada quando a alteração lipídica tem como causas o estilo de

¹ Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) – Vitória (ES), Brasil.

Autor correspondente: Ronaldo José Faria

Ufes – Alto Universitário, s/n, Guararema, CEP.: 29500-000 – Alegre (ES), Brasil.

E-mail: ronaldofaria@hotmail.com

Recebido em 23/04/2024 – Aceito para publicação em 21/02/2025.



vida, comorbidades ou administração de medicamentos, e a primária quando a alteração lipídica tem origem genética. Por outro lado, a classificação laboratorial categoriza a dislipidemia em hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL baixo.

A dislipidemia é uma doença comum no Brasil, com uma prevalência de 14,3% em 2019, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), indicando que um em cada sete adultos brasileiros possui diagnóstico de alteração na concentração de colesterol.³ Além disso, altos níveis de colesterol total, triglicérides e LDL são evidenciados como fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, como a doença aterosclerótica, que pode provocar infarto, angina e morte cardiovascular.¹

Para o seu diagnóstico, o primeiro passo é descobrir as principais causas da hiperlipidemia por meio do histórico completo do paciente, enfatizando aspectos importantes, como história individual, história familiar, presença de doenças cardiovasculares, fatores de risco concomitantes, doenças prévias, uso de medicamentos e sintomas clínicos.⁴

O tratamento das hiperlipidemias é dividido em dois grupos: tratamento não medicamentoso e tratamento medicamentoso, cujo objetivo é reduzir a concentração de lipídios séricos e evitar seu acúmulo nas artérias, contribuindo, assim, para a prevenção de doenças ateroscleróticas e, conseqüentemente, de doenças cardiovasculares.^{5,6}

Considerando sua alta incidência na população geral, a identificação precoce dos fatores de risco pode ser uma estratégia eficaz para a prevenção e tratamento da dislipidemia, contribuindo para o controle da condição e para a redução da mortalidade cardiovascular. Diante disso, este estudo teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à dislipidemia em adultos residentes no município de Alegre, Espírito Santo.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O estudo contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer substanciado nº 4.732.878. O termo de consentimento livre e informado foi formalmente aprovado e assinado por todos os participantes. Todos os procedimentos seguiram os padrões éticos do Comitê de Pesquisa em Seres Humanos e a Declaração de Helsinque de 1964, revisada em 2013.⁷

População e desenho do estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico com delineamento transversal, por meio de um inquérito domiciliar, no período de novembro e dezembro de 2021, no município de Alegre, Espírito Santo. A população do estudo foi composta por residentes do município de Alegre com idade mínima de 18 anos, e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Cálculo amostral

O cálculo do tamanho amostral foi realizado considerando a população urbana do município como referência, composta por 21.512 habitantes, conforme o último censo de 2010.⁸

Além disso, foram considerados um nível de confiança de 95% (erro $\alpha = 0,05$), uma prevalência estimada de 50% para diversos desfechos de prevalência do estudo e um efeito do desenho de 1,5. Assim, estimou-se uma amostra mínima final de 567 indivíduos, à qual foram acrescentados 10% para cobrir eventuais perdas durante a coleta de dados, totalizando 624 indivíduos a serem entrevistados.⁹

Coleta de dados e variáveis

Foi elaborado um questionário estruturado e pré-codificado, composto por questões divididas nos seguintes blocos: dados sociodemográficos, uso de serviços de saúde, doenças preexistentes, medicamentos em uso e qualidade de vida. Para a avaliação da dislipidemia, foi perguntado ao indivíduo se ele havia recebido diagnóstico de alguma doença e, em caso afirmativo, quais eram essas doenças. O questionário *European Quality of Life 5 Dimensions 3 Levels (EQ-5D-3L)* foi utilizado para a avaliação da qualidade de vida.

Os pesquisadores foram capacitados de forma teórica antes de dar início ao trabalho de campo. Em seguida, foi realizado um estudo piloto para o teste e para a avaliação do questionário, além de treinamento prático para os pesquisadores.

Todos os pesquisadores receberam duas doses da vacina para COVID-19, utilizaram álcool em gel durante as entrevistas e estavam equipados com jalecos e máscaras de proteção individual, uma vez que a coleta de dados ocorreu durante o período da pandemia. Portanto, medidas foram adotadas para garantir a biossegurança dos pesquisadores e dos entrevistados durante a pesquisa.

Análise estatística

Foram realizadas análises descritivas por meio de distribuições de frequência para as variáveis categóricas e de mediana e intervalo interquartil (IIQ) para as variáveis contínuas. O grupo com dislipidemia foi comparado com o grupo sem dislipidemia por meio do teste Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas e do teste de Mann-Whitney para as variáveis contínuas. Foi adotado um nível de significância de 5% para essas análises (valor de $p \leq 0,05$). Os fatores associados à dislipidemia foram analisados por meio de regressão de Poisson com variância robusta.

As variáveis independentes utilizadas foram: idade, sexo, raça, região de residência, estado civil, escolaridade, religião, renda, autopercepção de saúde, qualidade de vida, consultas médicas no último ano, prática de atividade física, plano de saúde privado, automedicação, polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos), uso de plantas medicinais e presença de comorbidades. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada. No modelo multivariado, as variáveis com valor de $p \leq 0,05$ foram mantidas no modelo final. Todos os dados foram analisados utilizando-se o software Jamovi versão 2.2.5 e Stata versão 16.1.

RESULTADOS

Foram entrevistados 694 indivíduos, dos quais 174 (25,1%) declararam ter sido diagnosticados com dislipidemia. A maioria dos indivíduos era composta por mulheres (72,9%), autodecla-



radas brancas (47,5%), residentes na sede do município (69,6%) e casadas (43,3%). Cerca de 50% dos indivíduos eram católicos, 49,4% possuíam ensino médio completo e 47,1% possuíam renda ≤ a um salário-mínimo (Tabela 1).

De acordo com os dados obtidos na Tabela 1, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para as variáveis sociodemográficas de idade ($p < 0,001$), raça ou cor ($p = 0,021$), estado civil ($p < 0,001$) e escolaridade ($p = 0,016$).

Indivíduos com dislipidemia apresentaram uma maior mediana de idade (62 anos versus 51 anos). Em relação à

raça, observou-se que 55,8% dos indivíduos diagnosticados com dislipidemia se autodeclararam brancos, contra 44,8% dos indivíduos sem dislipidemia.

Quanto ao estado civil, 50,6% dos entrevistados com dislipidemia eram casados, enquanto no grupo sem dislipidemia essa proporção foi de 40,8%. Além disso, no grupo sem dislipidemia foi observada uma maior proporção de solteiros em comparação ao grupo com dislipidemia.

Os indivíduos do grupo com dislipidemia apresentaram menor escolaridade em comparação aos indivíduos do grupo com dislipidemia (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos residentes em Alegre, Espírito Santo.

| Variáveis | Sem dislipidemia (n = 520) | Com dislipidemia (n = 174) | Total (n = 694) | Valor - p |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|
| Idade em anos (mediana, IIQ) | 51,0 (33,0 - 67,0) | 62,0 (52,0 - 71,0) | 56,0 (37,0 - 67,5) | < 0,001 |
| Sexo | | | | |
| Feminino (n, %) | 371 (71,3) | 135 (77,6) | 506 (72,9) | 0,109 |
| Masculino (n, %) | 149 (28,7) | 39 (22,4) | 188 (27,1) | |
| Raça ou cor | | | | |
| Branco (n, %) | 233 (44,8) | 96 (55,8) | 329 (47,5) | 0,021 |
| Pardo (n, %) | 181 (34,8) | 54 (31,4) | 235 (34,0) | |
| Outros (n, %) | 106 (20,4) | 22 (12,8) | 128 (18,5) | |
| Região de residência | | | | |
| Sede (n, %) | 369 (71,1) | 113 (64,9) | 482 (69,6) | 0,127 |
| Distrito (n, %) | 150 (28,9) | 61 (35,1) | 211 (30,4) | |
| Estado civil | | | | |
| Solteiro (n, %) | 159 (30,6) | 24 (13,8) | 183 (26,4) | < 0,001 |
| Casado (n, %) | 212 (40,8) | 88 (50,6) | 300 (43,3) | |
| Outros (n, %) | 148 (28,5) | 62 (35,6) | 210 (30,3) | |
| Religião | | | | |
| Sem religião (n, %) | 44 (8,5) | 8 (4,6) | 52 (7,5) | 0,123 |
| Católico (n, %) | 247 (47,5) | 97 (55,7) | 344 (49,6) | |
| Evangélico (n, %) | 192 (36,9) | 61 (35,1) | 253 (36,5) | |
| Outros (n, %) | 37 (7,1) | 8 (4,6) | 45 (6,5) | |
| Escolaridade | | | | |
| Fundamental incompleto (n, %) | 183 (35,2) | 81 (46,6) | 264 (38,0) | 0,016 |
| Médio completo (n, %) | 265 (51,0) | 78 (44,8) | 343 (49,4) | |
| Técnico ou superior completo (n, %) | 72 (13,8) | 15 (8,6) | 87 (12,5) | |
| Renda | | | | |
| ≤ 1 salário-mínimo (n, %) | 236 (48,6) | 72 (42,9) | 308 (47,1) | 0,403 |
| 1 a 2 salários-mínimos (n, %) | 198 (40,7) | 78 (46,4) | 276 (42,2) | |
| 3 salários-mínimos (n, %) | 52 (10,7) | 18 (10,7) | 70 (10,7) | |

Fonte: elaboração própria.

IIQ: Intervalo Interquartil. Dados ausentes não foram considerados.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Em relação às características clínicas, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis autopercepção de saúde (valor de $p = < 0,001$), qualidade de vida (valor de $p = < 0,001$), consultas médicas no último ano (valor de $p = < 0,001$), atividade física regular (valor de $p = 0,003$) e polifarmácia (valor de $p = < 0,001$), como demonstrado na Tabela 2.

Em relação à autopercepção de saúde, 58,7% dos indivíduos sem dislipidemia relataram autopercepção de saúde muito boa ou boa, 35,4% regular e 6% muito ruim ou ruim, enquanto 33,3% das pessoas com dislipidemia relataram uma autopercepção de saúde muito boa ou boa, 52,9% regular e 13,8% muito ruim ou ruim. Portanto, pessoas sem dislipidemia apresentaram melhor autopercepção de saúde.

Participantes com dislipidemia apresentaram menor qualidade de vida (0,879; IIQ = 0,703 - 1,000) quando comparados àqueles sem dislipidemia (0,884; IIQ = 0,817 - 1,000).

Indivíduos sem dislipidemia relataram realizar menos

consultas médicas no último ano (75,9%) quando comparados a indivíduos com dislipidemia (90,7%).

A prática de atividade física foi mais frequente em participantes com dislipidemia (44,8%) quando comparada àqueles sem dislipidemia (32,2%). Entre os participantes com dislipidemia, 71,1% relataram fazer uso de medicamentos por conta própria (automedicação), enquanto 68,8% daqueles que não tinham dislipidemia praticavam a automedicação, sem diferença entre os grupos.

Indivíduos com dislipidemia apresentaram maior ocorrência de polifarmácia (41,6%), definida como o uso de cinco ou mais medicamentos, quando comparados ao grupo de indivíduos sem dislipidemia (13,1%).

Por fim, o uso de plantas medicinais foi mais frequente entre os indivíduos com dislipidemia (44,4%) quando comparados aos sem dislipidemia (38,4%), sem diferença estatística significativa (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas dos residentes em Alegre, Espírito Santo.

| Variáveis | Sem dislipidemia (n = 520) | Com dislipidemia (n = 174) | Total (n = 694) | Valor - p |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---------------------|-----------|
| Autopercepção de saúde | | | | |
| Muito bom/bom (n, %) | 305 (58,7) | 58 (33,3) | 363 (52,3) | < 0,001 |
| Regular (n, %) | 184 (35,4) | 92 (52,9) | 276 (39,8) | |
| Muito ruim/ruim (n, %) | 31 (6,0) | 24 (13,8) | 55 (7,9) | |
| Qualidade de vida (mediana, IIQ) | 0,884 (0,817-1,000) | 0,879 (0,703-1,000) | 0,884 (0,817-1,000) | < 0,001 |
| Consultas médicas no último ano | | | | |
| Sim (n, %) | 394 (75,9) | 156 (90,7) | 550 (79,6) | < 0,001 |
| Não (n, %) | 125 (24,1) | 16 (9,3) | 141 (20,4) | |
| Faz atividade física regular | | | | 0,003 |
| Sim (n, %) | 167 (32,2) | 78 (44,8) | 245 (35,4) | |
| Não (n, %) | 352 (67,8) | 96 (55,2) | 448 (64,6) | |
| Plano de saúde privado | | | | 0,732 |
| Sim (n, %) | 116 (22,3) | 41 (23,6) | 157 (22,6) | |
| Não (n, %) | 404 (77,7) | 133 (76,4) | 537 (77,4) | |
| Usa medicamentos por conta própria | | | | 0,576 |
| Sim (n, %) | 331 (68,8) | 123 (71,1) | 454 (69,4) | |
| Não (n, %) | 150 (31,2) | 50 (28,9) | 200 (30,6) | |
| Polifarmácia | | | | |
| Sem polifarmácia (n, %) | 451 (86,9) | 101 (58,4) | 552 (79,8) | < 0,001 |
| Polifarmácia (n, %) | 68 (13,1) | 72 (41,6) | 140 (20,2) | |
| Faz uso de plantas medicinais | | | | 0,166 |
| Sim (n, %) | 196 (38,4) | 75 (44,4) | 271 (39,9) | |
| Não (n, %) | 315 (61,6) | 94 (55,6) | 409 (60,1) | |

Fonte: elaboração própria.

IIQ: Intervalo Interquartil. Dados ausentes não foram considerados.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Uma maior proporção de indivíduos com dislipidemia apresentava ansiedade (valor de $p = 0,004$), hipertensão arterial (valor de $p < 0,001$), depressão (valor de $p < 0,001$), obesidade (valor de $p = 0,011$), doença do refluxo gastroesofágico (valor de $p = 0,002$), diabetes *mellitus* (valor de $p < 0,001$), doenças renais (valor de $p = 0,004$) e doenças cardíacas (valor de $p < 0,001$) quando comparada aos indivíduos sem dislipidemia (Tabela 3).

Cerca de 54% dos indivíduos com dislipidemia relataram ter ansiedade, 68,4% tinham hipertensão arterial, 28,7% tinham depressão, 22,4% obesidade, 20,7% apresentavam doença do refluxo gastroesofágico, 29,9% eram portadores de diabetes *mellitus*, 16,7% possuíam doenças renais e 22,5% relataram ter doenças cardíacas, como infarto, insuficiência cardíaca e angina. Para as outras variáveis, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3. Principais comorbidades relatadas pelos residentes em Alegre, Espírito Santo.

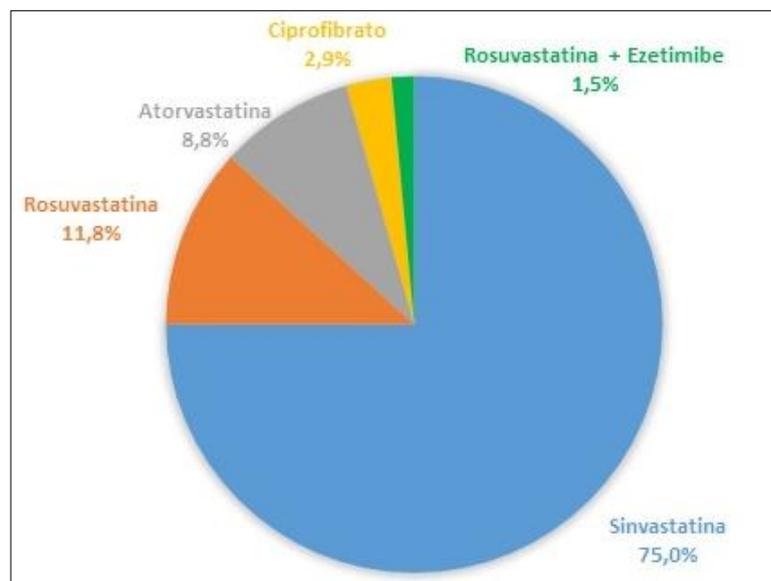
| Principais comorbidades | Sem dislipidemia (n = 520) | Com dislipidemia (n = 174) | Total (n = 694) | Valor - p |
|--|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------|
| Ansiedade (n, %) | 215 (41,3) | 94 (54,0) | 309 | 0,004 |
| Hipertensão arterial (n, %) | 194 (37,3) | 119 (68,4) | 313 | < 0,001 |
| Depressão (n, %) | 89 (17,1) | 50 (28,7) | 139 | < 0,001 |
| Obesidade (n, %) | 74 (14,2) | 39 (22,4) | 113 | 0,011 |
| Artrites (n, %) | 71 (13,7) | 34 (19,5) | 105 | 0,061 |
| Doença do refluxo gastroesofágico (n, %) | 59 (11,3) | 36 (20,7) | 95 | 0,002 |
| Diabetes <i>mellitus</i> (n, %) | 48 (9,2) | 52 (29,9) | 100 | < 0,001 |
| Doenças renais (n, %) | 46 (8,8) | 29 (16,7) | 75 | 0,004 |
| Doenças cardíacas (infarto, insuficiência cardíaca, angina) (n, %) | 35 (6,7) | 39 (22,5) | 74 | < 0,001 |
| Hipotireoidismo (n, %) | 36 (6,9) | 20 (11,5) | 56 | 0,056 |
| Asma (n, %) | 33 (6,3) | 10 (5,7) | 43 | 0,777 |
| Câncer, tumores e neoplasias (n, %) | 14 (2,7) | 10 (5,7) | 24 | 0,056 |

Fonte: elaboração própria.

Dos 174 indivíduos com dislipidemia, 68 (39,0%) informaram utilizar medicamentos para tratar a sua condição de saúde e, além disso, apresentaram comprovantes de uso, como prescrição médica, embalagens ou outros.

O medicamento mais utilizado foi a sinvastatina ($n = 51$; 75%), seguido da rosuvastatina ($n = 8$; 11,8%), atorvastatina ($n = 6$; 8,8%), ciprofibrato ($n = 2$; 2,9%) e rosuvastatina associada a ezetimibe ($n = 1$; 1,5%), como representado na Figura 1.

Figura 1. Medicamentos mais utilizados para tratar dislipidemia no município de Alegre, Espírito Santo.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

As variáveis idade, prática de atividade física, polifarmácia e comorbidades foram identificadas como fatores associados à dislipidemia.

Conforme mostrado na Tabela 4, verifica-se um aumento de 1% na prevalência de dislipidemia a cada ano adicional de vida [Razão de Prevalência (RP) = 1,01].

Indivíduos com dislipidemia apresentaram uma prevalência 1,48 vez maior de praticar atividades físicas e uma prevalência 1,44 vez maior de estarem em polifarmácia. Além disso, esses indivíduos apresentaram uma prevalência 4,54 vezes maior de possuir outras comorbidades associadas (duas ou mais comorbidades; mais de duas doenças).

Tabela 4. Fatores associados à dislipidemia em residentes do município de Alegre, Espírito Santo.

| Variáveis | Regressão Multivariada | | |
|-------------------------------------|------------------------|-------------|-----------|
| | RP Ajustada | IC 95% | Valor - p |
| Idade em anos | 1,01 | 1,00 - 1,02 | 0,002 |
| Faz atividade física regular | | | |
| Não (n, %) | 1,00 | | |
| Sim (n, %) | 1,48 | 1,18 - 1,86 | 0,001 |
| Polifarmácia | | | |
| Sem polifarmácia (n, %) | 1,00 | | |
| Polifarmácia (n, %) | 1,44 | 1,13 - 1,83 | 0,003 |
| Número de doenças | | | |
| Até duas doenças | 1,00 | | |
| Mais de duas doenças | 4,54 | 3,06 - 6,74 | < 0,001 |

Fonte: elaboração própria.

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o perfil de pessoas com dislipidemia no município de Alegre, Espírito Santo. Foram entrevistados 694 indivíduos, sendo que 174 (25,1%) declararam ter diagnóstico de dislipidemia atestado por profissional de saúde.

Noubiap *et al.*¹⁰ conduziram uma revisão sistemática com metanálise que incluiu 177 estudos com 294.063 participantes para avaliar a prevalência de dislipidemia na população geral. Os resultados indicaram que 25,5% (IC 95% = 20,0 - 31,4) das pessoas apresentaram dislipidemia devido a concentrações elevadas de colesterol total.

Um estudo retrospectivo na região de Aragão, na Espanha, avaliou o impacto da pandemia de COVID-19 no manejo de diabetes e dislipidemia. A prevalência de dislipidemia permaneceu em torno de 23,5% em 2019 e 2020, mas aumentou para 24,5% em 2021. Além disso, o número de prescrições farmacológicas ativas aumentou de forma expressiva em 2021.¹¹

Dos 174 indivíduos com dislipidemia, 68 estavam usando algum medicamento para a doença, sendo que o medicamento mais utilizado foi a sinvastatina (75%), seguida da rosuvastatina (11,8%), atorvastatina (8,8%), ciprofibrato (2,9%) e rosuvastatina associada a ezetimibe (1,5%).

Esses achados estão em acordo com as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dislipidemia, que estabelece a sinvastatina como primeira escolha, visto que esse medicamento possui evidências de prevenção de mortalidade e está disponível na Atenção Primária à Saúde (APS).

A rosuvastatina foi o segundo medicamento mais utilizado e mostrou-se eficaz na redução de desfechos cardiovasculares maiores e mortalidade total quando comparada ao placebo em um estudo clínico randomizado. Porém, esse estudo gerou controvérsias entre autores devido ao fato de haver conflitos de interesse, baixa ocorrência de eventos esperados, além do encerramento precoce do estudo.¹²

As dislipidemias, particularmente o aumento de LDL-colesterol, são fatores de risco significativos para doenças cardiovasculares, com a hipercolesterolemia sendo a forma mais comum. Altos níveis de LDL-colesterol estão ligados a um maior risco de doenças isquêmicas do coração e derrames, afetando tanto países desenvolvidos quanto países em desenvolvimento.¹³

Em países de alta renda, o aumento no uso de estatinas tem reduzido os níveis de colesterol e mortes por doenças cardiovasculares. Já nos países de baixa renda, a falta de acesso a medicamentos e mudanças nos hábitos alimentares e estilos de vida têm elevado os níveis de lipídios e a prevalência de dislipidemias. Diante desse cenário, é essencial a implementação de diretrizes nacionais adaptadas às necessidades locais e intervenções que aumentem a conscientização sobre as dislipidemias entre os profissionais de saúde, visando reduzir o impacto dos níveis lipídicos adversos e das doenças cardiovasculares.¹⁴

Os fatores associados à prevalência de dislipidemia encontrados neste estudo foram idade, prática de atividade física, polifarmácia e possuir mais de duas comorbidades.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.

Quanto maior a idade, maior a chance de ter dislipidemia, resultado similar ao estudo de Moraes *et al.*¹⁵ O crescimento da população idosa constitui um dos maiores desafios para a saúde pública. À medida que a expectativa de vida dos indivíduos aumenta, ocorrem mudanças no perfil de saúde com maior prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas complicações.¹⁶

As dislipidemias, principalmente as hiperlipidemias, provocam alterações no sistema de homeostase e no equilíbrio do organismo, resultando no aumento da formação de placas ateroscleróticas e induzindo a formação de coágulos que ocasionam a obstrução das artérias, o que se torna mais comum à medida que as pessoas envelhecem.¹⁷

Esse achado é consistente com os resultados de estudos realizados em outros países, que também destacam a relação entre o aumento da idade e a prevalência de dislipidemia. Pesquisas conduzidas por Ali *et al.*¹⁸ e Nie *et al.*¹⁹ são corroboradas por esses resultados, evidenciando padrões semelhantes em diferentes contextos geográficos e culturais.

No estudo de Pereira *et al.*²⁰ foi observado que indivíduos que não praticavam atividade física possuíam 29% mais chances de ter dislipidemia. Esse dado difere do achado no presente estudo, em que indivíduos que praticavam atividade física possuíam duas vezes mais chances de ter dislipidemia, o que pode levar à hipótese de que esses indivíduos recebam recomendação de praticar atividade física para melhorar a qualidade de vida. Além disso, durante o período da pandemia de COVID-19, houve um cenário em que a prática de atividades físicas não foi significativamente reduzida pela população.²¹ Pelo contrário, houve recomendações para que as pessoas continuassem a se exercitar, desde que tomassem medidas de biossegurança e proteção individual e coletiva.²²

A prática de polifarmácia foi um fator associado à dislipidemia neste estudo. Esse resultado é similar ao estudo de Martínez *et al.*,²³ que avaliou pacientes ambulatoriais da clínica de anticoagulação de um hospital terciário na Espanha, entre os anos de 2016 e 2018, observando que 76,5% das pessoas que estão em polifarmácia possuem dislipidemia. Além disso, foi possível identificar um elevado uso de medicamentos por automedicação, bem como o uso de plantas medicinais durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, o que contribui para a ocorrência de polifarmácia e problemas relacionados à farmacoterapia.^{24,25}

A PNS (2019) apontou que a presença de comorbidades como diabetes, hipertensão arterial e insuficiência renal é um fator associado ao desenvolvimento de dislipidemia. Dado que sustenta o achado no presente estudo, que mostra que indivíduos portadores de mais de duas comorbidades possuem 7,08 vezes mais chances de ter dislipidemia quando comparados a indivíduos com até duas doenças.³

O estudo de Santos *et al.*²⁶ identificou maior prevalência de dislipidemia em pacientes com comorbidades, como hipertensão arterial, diabetes e doenças cardíacas. Além dessas comorbidades, a obesidade foi identificada em estudos realizados ao redor do mundo como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da dislipidemia.^{18,19,27}

Entre as limitações do estudo, pode ser considerado o delineamento transversal, no qual a população de estudo não é

acompanhada ao longo do tempo, não havendo possibilidade de se estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, o estudo apresenta informações de dislipidemia autorreferida, que é um método de aferição limitado, já que pode haver viés de memória.

CONCLUSÃO

A prevalência de dislipidemia entre a população estudada durante o período da pandemia de COVID-19 foi de 25,1%, indicando uma incidência significativa dessa condição. Diversos fatores foram identificados como associados ao aumento do risco de dislipidemia, incluindo a idade, a prática insuficiente de atividade física, o uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia) e a presença de mais de duas comorbidades. Esses achados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas para esse grupo populacional.

É fundamental destacar a importância do papel ativo dos profissionais de saúde na orientação contínua dos pacientes quanto à adoção de hábitos saudáveis. Recomenda-se a promoção da prática regular de atividades físicas, a manutenção de uma alimentação balanceada e o acompanhamento por profissionais da saúde. Esses cuidados são essenciais, uma vez que níveis elevados de colesterol total, triglicerídeos e LDL-colesterol são amplamente reconhecidos como fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Dessa forma, intervenções precoces e orientações adequadas podem contribuir para a prevenção de complicações graves e para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos afetados pela dislipidemia.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES) e da Secretaria Executiva de Saúde de Alegre (SESA).

REFERÊNCIAS

1. Araújo LPG, Glaucete SS, Dias PLR, Nepomuceno RM, Cola CSD. Principais fatores de risco para o acidente vascular encefálico e suas consequências: uma revisão de literatura. REINPEC. 2017;3(1):283-96. doi: 10.20951/2446-6778/v3n1a20.
2. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afione A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. Arq Bras Cardiol. 2017;109(2):1-76. doi: 10.5935/abc.20170121.
3. Nogueira de Sá ACMG, Gomes CS, Moreira AD, Velasquez-Melendez G, Malta DC. Prevalência e fatores associados ao diagnóstico autorreferido de colesterol alto na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Epidemiol Serv Saúde. 2022;31(spe1):e2021380. doi: 10.1590/SS2237-9622202200002.especial.
4. Calmarza CP, Civeira Murillo F. Protocolo diagnóstico de las dislipidemias. Medicine Progr Form Méd Contin Acred. 2013;11(40): 2424-8. doi: 10.1016/S0304-5412(13)70640-1.
5. Oliveira LB, Carvalho IB, Dourado CSME, Dourado JCL, Nascimento MO. Prevalência de dislipidemias e fatores de risco associados. J Health Biol Sci. 2017; 5(4):320-5. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v5i4.1306.p320-325.2017.
6. Silva EA, Fernandes DR, Sandoval AC, Terra Júnior AT. O uso



- das estatinas no tratamento da dislipidemia e o mecanismo da biossíntese do colesterol. *Rev Cient FAEMA*. 2018;9:597-602. doi: 10.31072/rcf.v9iedesp.606.
7. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053.
 8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. 2010 [acesso em 24 jan. 2024]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=29&uf=32>
 9. Silva PLN, Bianchini ZM, Dias AJR. Amostragem: teoria e prática usando R [Internet]. Rio de Janeiro: [editora desconhecida]; 2021 [acesso em 5 set. 2023]. Disponível em: <https://amostragemcomr.github.io/livro/index.html>
 10. Noubiap JJ, Bigna JJ, Nansseu JR, Nyaga UF, Balti EV, Echouffo-Tcheugui JB, et al. Prevalence of dyslipidaemia among adults in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*. 2018;6(9):e998–e1007. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30275-4.
 11. Mateo-Gallego R, Gracia-Rubio I, Garza MC, Cebollada A, Pérez-Calahorra S, Bayona-Sánchez A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic in diabetes and dyslipidemia management in a Spanish region: a retrospective study of the Aragon population. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10:1191026. doi: 10.3389/fmed.2023.1191026.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 10 set. 2023]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_dislipidemia_prevencaoeventoscardio-vascularessepancreatite_isbn_18-08-2020.pdf
 13. Rhee EJ, Kim HC, Kim JH, Lee EY, Kim BJ, Kim EM, et al. 2018 Guidelines for the management of dyslipidemia. *Korean J Intern Med*. 2019;34(4):723-71. doi: 10.3904/kjim.2019.188.
 14. Pirillo A, Casula M, Olmastroni E, Norata GD, Catapano AL. Global epidemiology of dyslipidaemias. *Nat Rev Cardiol*. 2021;18(10):689-700. doi: 10.1038/s41569-021-00541-4.
 15. Moraes SA, Checchio MV, Freitas ICM. Dislipidemia e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP: resultados do Projeto EPIDCV. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013;57:691-701. doi: 10.1590/S0004-27302013000900004.
 16. Atella V, Piano Mortari A, Kopinska J, Belotti F, Lapi F, Cricelli C, et al. Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell*. 2018;18(1):e12861. doi: 10.1111/acel.12861.
 17. Wengrofsky P, Lee J, Makaryus AN. Dyslipidemia and its role in the pathogenesis of atherosclerotic cardiovascular disease: implications for evaluation and targets for treatment of dyslipidemia based on recent guidelines. In: McFarlane SI, editor. *Dyslipidemia*. London: IntechOpen; 2019. doi: 10.5772/intechopen.85772.
 18. Ali N, Samadder M, Kathak RR, Islam F. Prevalence and factors associated with dyslipidemia in Bangladeshi adults. *PLOS ONE*. 2023;18(1):e0280672. doi: 10.1371/journal.pone.0280672.
 19. Nie F, Wang Z, Zeng Q, Guan H, Yang J, Luo P, et al. Health behaviors and metabolic risk factors are associated with dyslipidemia in ethnic Miao Chinese adults: the China multi-ethnic cohort study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):851. doi: 10.1186/s12889-021-10871-0.
 20. Pereira LP, Sichieri R, Segri NJ, Silva RMVG, Ferreira MG. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1815-24. doi: 10.1590/1413-81232015206.16312014.
 21. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Wendt A, Nunes BP, Hallal PC, Santos LP, et al. Physical activity during the COVID-19 pandemic: a population-based cross-sectional study in a city of South Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020;25(11):4249-58. doi: 10.1590/1413-812320202511.29072020.
 22. Pitanga FJG, Beck CC, Pitanga CPS. Atividade física e redução do comportamento sedentário durante a pandemia do coronavírus. *Arq Bras Cardiol*. 2020;114(6):1058-60. doi: 10.1590/1413-812320202511.29072020.
 23. Martínez-Montesinos L, Rivera-Caravaca JM, Agewall S, Soler E, Lip GYH, Marín F, et al. Polypharmacy and adverse events in atrial fibrillation: Main cause or reflection of multimorbidity? *Biomed Pharmacother*. 2023;158:114064. doi: 10.1016/j.biopha.2022.114064.
 24. Bazoni PS, Faria RJ, Cordeiro FJR, Timóteo ÉDS, Silva AM, Horsth AL, et al. Self-medication during the COVID-19 pandemic in Brazil: findings and implications to promote the rational use of medicines. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(12):6143. doi: 10.3390/ijerph20126143.
 25. Silva AM, Horsth AL, Timóteo ÉDS, Faria RJ, Bazoni PS, Meira EF, et al. Use of medicinal plants during COVID-19 pandemic in Brazil. *Sci Rep*. 2023;13:16558. doi: 10.1038/s41598-023-43673-y.
 26. Santos RM, Silva EBS, Rodigiero G, Acrani GO, Kasperavicius JP, Fernandes JGP, et al. Prevalência de dislipidemia e sua relação com condições sociodemográficas, de saúde e de comportamento entre usuários da atenção primária à saúde. *Braz J Health Rev*. 2022;5(2):7353-70. doi: 10.34119/bjhrv5n2-295.
 27. Kang P, Shin HY, Kim KY. Association between dyslipidemia and mercury exposure in adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):775. doi: 10.3390/ijerph18020775.

Como citar este artigo:

Cunha PS, Faria RJ, Bazoni PS, Pezzin J, Gonçalves NMS, Santos JBR, Silva MRR. Prevalência e fatores associados à dislipidemia em um município do Espírito Santo, Brasil. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2025;27:e66366. doi: 10.23925/1984-4840.2025v27a3.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.