

INVESTIGAÇÃO DA DISLIPIDEMIA EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SAUDE

Área Temática: Saúde

Coordenador(a) da atividade: Juliana Regina Dias MIKOWSKI

João Pedro ARAÚJO[1]; Juliana Regina Dias MIKOWSKI[2]

Projeto de Extensão: CEDANT – Consulta de Enfermagem nas Doenças e Agravos não Transmissíveis

Resumo: As doenças cardiovasculares associadas às dislipidemias representam uma das principais causas de morbimortalidade no mundo. Tanto a hipertensão quanto o Diabetes Mellitus, associados à dislipidemia, são fatores de risco importantes para as doenças cardiovasculares. Analisar o perfil lipídico e o risco renal em pessoas com hipertensão e DMT2 na Atenção Primária à Saúde, caracterizando variáveis sociodemográficas, antropométricas e clínicas. Estudo transversal, quantitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde participante do projeto CEDANT. Foram incluídos 130 pacientes após aplicação de critérios de inclusão e exclusão. A maioria da amostra era composta por mulheres, idosos e indivíduos com hipertensão. Mais de 50% apresentavam baixa escolaridade, comportamento sedentário e alto consumo de ultraprocessados. Em relação aos exames bioquímicos, a média de triglicerídeos foi a mais elevada (170,5 mg/dL). A estratificação de risco renal, realizada em 30 participantes, indicou risco intermediário em 33,3% e risco alto em 6,7%. Os achados sugerem que a dislipidemia pode estar associada ao agravamento da função renal. O estudo reforça a importância da atuação do enfermeiro na APS, sobretudo na prevenção e manejo de comorbidades. Destaca-se a necessidade de pesquisas adicionais para aprofundar a compreensão dessa relação e subsidiar intervenções mais eficazes.

Palavras-chave: Dislipidemia; Atenção Primária a Saúde; Educação em Saúde

INTRODUÇÃO

[1] Apresentador(a)
[2] Coautor(a)
[2] Coordenador(a)



As dislipidemias são caracterizadas por alterações no metabolismo das lipoproteínas, como o aumento do colesterol total (CT), da lipoproteína de baixa densidade (LDL) e dos triglicerídeos (TG), além da redução da lipoproteína de alta densidade (HDL). Esses distúrbios podem se desenvolver a partir de fatores genéticos e/ou ambientais. As doenças cardiovasculares associadas às dislipidemias representam uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, com um crescimento superior a 50% nas últimas três décadas. As alterações no perfil lipídico são responsáveis por aproximadamente 2,6 milhões de mortes, além de contribuírem para cerca de 29 milhões de anos de vida perdidos devido a óbitos precoces e incapacidades geradas por essas condições.

Tanto a hipertensão quanto a dislipidemia são reconhecidas como fatores de risco importantes para as doenças cardiovasculares (DCV). Estudos demonstram que a interação entre essas duas condições resulta em efeitos mais prejudiciais à saúde do que quando ocorrem isoladamente. Por isso, a identificação precoce da dislipidemia em indivíduos com fatores de risco, bem como sua intervenção adequada, é fundamental para a redução da mortalidade e morbidade causadas por doenças que, em grande parte, são evitáveis.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo conhecer o perfil lipídico de pessoas com Hipertensão Arterial (HÁ) e Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) na APS, a partir de variáveis sociodemográficas e clínicas, tendo a oportunidade de investigar e intervir com a consulta de enfermagem no âmbito da atenção primaria a saúde.

OBJETIVOS

Conhecer o perfil lipídico de pessoas com Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) na APS, a partir de variáveis sociodemográficas e clínicas.

METODOLOGIA

O Projeto CEDANT foi implantado em uma Unidade de Saúde de Ponta Grossa-PR para qualificar a prática clínica do enfermeiro em formação, fortalecendo o cuidado sistematizado a pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), especialmente hipertensão e diabetes tipo 2. Baseia-se no Processo de Enfermagem, conforme a Resolução COFEN nº 736/2024, utilizando instrumento metodológico próprio para as Consultas de Enfermagem (CE). As atividades iniciaram em julho de 2024, integrando-se à rotina das seis microáreas da unidade. O estudo tem caráter observacional, clínico, transversal, prospectivo e quantitativo, realizado no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). Conta com aprovação ética (Plataforma Brasil, nº 6.033.554, CAAE: 68952323.8.0000.0105.26).

A coleta de dados clínicos ocorreu de julho/2024 a janeiro/2025, com amostra não probabilística por conveniência de 300 pacientes cadastrados na área da unidade. Os participantes foram divididos em dois grupos: 20 a 59 anos (Grupo I) e 60 anos ou mais (Grupo II). Critérios de inclusão: pacientes com instabilidade clínica ou complicações associadas; ausência de atendimento nos últimos 6–12 meses ou em espera por consulta médica >3 meses; exames laboratoriais atualizados. Critérios de exclusão: faltas às consultas; ausência de realização de exames/procedimentos sequenciais; informações incompletas na entrevista.

O protocolo do estudo incluiu a coleta e análise de variáveis: a) Epidemiológicas: sexo, idade, faixa etária e escolaridade; Antropométricas: peso, altura e IMC; b) Fatores de risco: tabagismo, consumo de álcool; c) Comorbidades: hipertensão, DM2 e associação entre ambas; d) Dislipidemia: níveis de CT, TG, LDL-c e HDL-c.

RESULTADOS

Da amostra inicial de 300 pacientes, houve perda de 170, totalizando 130 participantes. Destes, 86 pertenciam ao Grupo I (20–59 anos) e 44 ao Grupo II (≥60 anos). Observou-se predominância de mulheres (58,5%), de idosos (66,2%), de hipertensão isolada (57,7%) e de

baixa escolaridade (53,8% com ensino fundamental incompleto), conforme demonstrado na Tabela 1.

Tab.1 - Variáveis epidemiológicas, antropométrica, comorbidades e fatores de risco associado ao grupo I e II.

GRUPO I (Faixa Etária 20-59 anos)	Feminino n = 22		Masculino n = 22		GRUPO II (Faixa Etária ≥ 59 anos)	Feminino n = 54		Masculino n = 32	
	n	n %	n	n %		n	n %	n	n %
VARIÁVEIS					VARIÁVEIS				
Escolaridade					**Escolaridade**				
Fundamental Incompleto	6	27,7	8	36,36	Fundamental Incompleto	39	72,22	17	53,13
Fundamental completo	3	13,64	3	13,64	Fundamental completo	3	5,56	2	6,25
Ensino médio incompleto	8	36,36	5	22,73	Ensino médio incompleto	9	16,67	11	34,38
Ensino médio completo	3	13,64	5	22,73	Ensino médio completo	0	0	2	6,25
Ensino Superior	2	9,09	1	4,55	Ensino Superior	3	5,56	0	0
Comorbidades					**Comorbidades**				
Hipertensão	16	72,73	13	59,09	Hipertensão	33	61,11	13	40,63
Hipertensão e DMT2	2	9,09	6	27,27	Hipertensão e DMT2	18	33,33	16	50,0
Diabetes Mellitus tipo 2	4	18,18	3	13,64	Diabetes Mellitus tipo 2	3	5,56	3	9,38
IMC					**IMC**				
Baixo Peso	0	0	1	4,55	Baixo Peso	3	5,56	0	0
Eutrófico	3	13,64	0	0	Eutrófico	5	9,26	4	12,5
Sobrepeso	5	22,73	8	36,36	Sobrepeso	24	44,44	16	50,0
Obesidade grau I	5	22,73	9	40,91	Obesidade grau I	10	18,52	8	25,0
Obesidade grau II	3	13,64	1	4,55	Obesidade grau II	9	16,67	3	9,38
Obesidade grau III	6	27,27	3	13,64	Obesidade grau III	3	5,56	1	3,13
Tabagismo					**Tabagismo**				
Sim	5	22,73	13	59,09	Sim	22	40,74	14	43,75
Não	17	77,27	9	40,91	Não	32	59,26	18	56,25
Consumo de Álcool					**Consumo de Álcool**				

Sim	10	45,45	15	68,18	Sim	11	20,37	10	31,25
Não	12	54,55	7	31,82	Não	43	79,63	22	68,75
Comportamento Sedentário					**Comportamento Sedentário**				
Sim	17	77,27	15	68,18	Sim	39	72,22	20	62,5
Não	5	22,73	7	31,82	Não	15	27,78	12	37,5

Os resultados mostraram alterações lipídicas em ambos os sexos. Nos homens, observaram-se médias de CT 169,5 mg/dl; LDL-c 103,2 mg/dl; TG 170,5 mg/dl e HDL-c 47,7 mg/dl, com LDL-c elevado em 9,3% e HDL-c baixo em 33,3%. Já nas mulheres, as médias foram CT 170,1 mg/dl; LDL-c 98,2 mg/dl; TG 140,3 mg/dl e HDL-c 55,4 mg/dl, com CT elevado em 32,9%, TG em 34,2% e HDL-c baixo em 34,2%. Esses achados estão detalhados na Tabela 2.

Tab.2 - Perfil da dislipidemia em pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas em Consulta de Enfermagem na Atenção primária a saúde, município de Ponta Grossa, 2025 (n=130)

GRUPO I (Faixa Etária 20-59 anos)	Feminino n = 14		Masculino n = 14		GRUPO II (Faixa Etária ≥ 59 anos)	Feminino n = 35		Masculino n = 21	
	n	n %	n	n %		n	n %	n	n %
VARIÁVEIS					VARIÁVEIS				
CT					**CT**				
Baixo/limítrofe (<190mg/dl)	7	50,0	7	50,0	Baixo/limítrofe (<190mg/dl)	17	48,57	13	61,90
Alto (≥190 mg/dl)	7	50,0	7	50,0	Alto (≥190 mg/dl)	18	51,43	8	38,10
HDL-c					**HDL-c**				
Baixo (<40mg/dl)			6	42,86	Baixo (<40mg/dl)			11	52,38
Alto (≥40 mg/dl)			8	57,14	Alto (≥40 mg/dl)			10	47,62
Baixo (<50mg/dl)	7	50,0			Baixo (<50mg/dl)	18	51,43		
Alto (≥50 mg/dl)	7	50,0			Alto (≥50 mg/dl)	17	48,57		
LDL-c					**LDL-c**				

Baixo (<130mg/dl)	11	78,57	11	78,57	Baixo (<130mg/dl)	34	97,14	19	90,48
Alto (≥130mg/dl)	3	21,42	3	21,43	Alto (≥130mg/dl)	1	2,86	2	9,52
TG					**TG**				
Baixo/limítrofe (<150mg/dl)	6	42,86	3	21,43	Baixo/limítrofe (<150mg/dl)	17	48,57	7	33,33
Alto (≥150 mg/dl)	8	57,14	11	78,57	Alto (≥150 mg/dl)	18	51,43	14	66,67

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo confirma a associação entre dislipidemia, fatores de risco e alterações antropométricas, evidenciando a importância do acompanhamento contínuo desses pacientes. Destaca-se o protagonismo do enfermeiro, que por meio da Consulta de Enfermagem e da estratificação de risco contribui para a promoção do conhecimento, conscientização e gestão mais efetiva do cuidado de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde (APS).

APOIO

Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa, viabilização do campo de atuação do projeto e o Projeto CEDANT, pelo protagonismo na qualificação da prática clínica e na valorização do cuidado em enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVES FEIO, C. M. *et al*. Dislipidemia e Hipertensão Arterial. Uma Relação Nefasta. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 27, n. 2, p. 64–67, 2020.

BALLARD-HERNANDEZ, J.; SALL, J. Dyslipidemia update. **The Nursing clinics of North America**, v. 58, n. 3, p. 295–308, 2023.

MAUVAIS-JARVIS, F. et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. **Lancet**, v. 396, n. 10250, p. 565–582, 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.