

ALTERAÇÕES DO PERFIL LIPÍDICO E DISLIPIDEMIAS COMO FATORES IMPACTANTES NA MORBIMORTALIDADE

Autores: LORENA AGUILAR XAVIER, GABRIEL ALENCAR MOTA, MARINA RAMOS COSTA, MARISE FAGUNDES SILVEIRA, MARCELO PERIM BALDO, LUÇANDRA RAMOS ESPÍRITO SANTO, THAÍS DE OLIVEIRA FARIA

Introdução

A doença cardiovascular (DCV) é uma das principais causas de morbidade, com significativo impacto sobre a habilidade funcional dos indivíduos e um dos principais contribuintes para a mortalidade tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Nas Américas, estima-se em 800 mil o número de óbitos/ano, com aproximadamente a mesma proporção de homens e mulheres. (SUN, 2014)

Nos últimos anos é expressiva a redução das taxas de mortalidade por DCV em todo mundo, sendo esse decréscimo não uniforme entre os países. (MANSUR,2012) No Brasil por exemplo, esse declínio foi mais predominante a partir da década de 90. Fato que coincide com a criação do Sistema Único de Saúde, atual sistema de saúde pública no Brasil de acesso universal. Todavia, as mortes continuam elevadas e podem ser decorrentes da alta prevalência e ao mesmo tempo do ineficaz controle dos fatores de risco nas diferentes populações, bem como do aumento e envelhecimento populacional. (MACEDO, 2017) Em uma análise mundial, o Brasil, quando comparado com os países que integram o Estudo MONICA da OMS (Organização Mundial da Saúde), apresenta taxas de mortalidade por DCV entre as mais altas do mundo. Os níveis são semelhantes aos observados nos países do Leste Europeu e China, e superior a maioria dos encontrados nos países latino-americanos. (MANSUR, 2012)

A dislipidemia é um distúrbio multifatorial e poligênico, resultante de uma interação entre a base genética individual e uma multiplicidade de fatores ambientais, incluindo fatores de risco sociais e comportamentais. É caracterizada pela presença de elevados níveis séricos de colesterol total, triglicérides, low-density lipoprotein (LDL) e ou reduzidos níveis de high-density lipoprotein (HDL). (GARCEZ, 2014) A dislipidemia é, ainda, considerada como um fator de risco independente e prevenível para doenças coronarianas, e têm demonstrado aumentar o risco para: síndrome metabólica, acidente vascular cerebral e mortalidade cardiovascular no geral.

A dislipidemia pode ser um problema relevante para a saúde humana em uma sociedade desenvolvida; no entanto, pode ser prevenida e controlada por meio da triagem precoce, do tratamento farmacológico e dos hábitos de vida saudáveis, como estratégias dietéticas adequadas, realização de exercícios físicos de forma regular e o controle do estresse. (GLANER, 2015)

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão de literatura que teve como foco a análise da produção científica sobre a prevalência atual e os fatores causais associados às alterações no perfil lipídico em homens e mulheres, nas diversas faixas etárias. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio da busca nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e PubMed (Public Medline). Os descritores utilizados para a busca foram: “dyslipidemia”, “blood lipid levels”, “public health”, “low-density lipoprotein”, “high-density lipoprotein”, “triglyceride levels”, “perfil lipídico” e “saúde pública”. A escolha criteriosa dos artigos foi feita com base em três pontos: o primeiro foi a seleção inicial dos estudos por meio da aplicação de critérios de inclusão e de exclusão pré-estabelecidos; o segundo através da leitura dos títulos e dos resumos dos artigos previamente selecionados, excluindo-se as duplicações; e o terceiro foi realizado mediante a leitura crítica dos artigos selecionados na etapa anterior. Ao final permaneceram somente aquelas publicações cujos dados apresentaram relevância para a presente pesquisa, sendo assim incluídos para a análise final. A seleção dos estudos para compor a amostra obedeceu aos seguintes critérios de

Resultados e Discussão

O perfil lipídico, fundamentalmente o colesterol e suas frações, apresenta relação direta com as doenças isquêmicas coronarianas e cerebrovasculares demonstrando riscos crescentes, quanto maior a colesterolemia, principalmente acima de 200 mg/dL, o mesmo ocorrendo com a relação à mortalidade. (NICOLAU, 1998)

A dislipidemia é um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento da aterosclerose e de doenças cardiovasculares no geral. A elevação da concentração sérica de colesterol total possui correlação positiva com o desenvolvimento de aterosclerose, doença inflamatória crônica a qual é responsável pelo espessamento da parede da camada média e íntima das artérias, e também pela diminuição da elasticidade arterial. (GARCEZ, 2014) Nesta mesma categoria, pode-se elencar também outros fatores de alto risco como o tabagismo, o diabetes, o sobrepeso, a obesidade e a hipertensão arterial sistêmica.

Tendo em vista, as afecções decorrentes da dislipidemia, dentre elas o acidente vascular encefálico, os avanços alcançados no sentido de maior qualidade de vida para os acometidos são significativos; todavia, a evolução alcançada não tem sido proporcional à habilidade funcional anterior ao adoecimento. Os pacientes que são acometidos por essa afecção, quando sobrevivem, permanecem com deficiências altamente incapacitantes, que limitam sua qualidade de vida e bem-estar, assim como representam um grande impacto na perda de anos produtivos vividos para esse indivíduo. (CANUTO, 2016). Dessa forma, é expressivo o impacto na vida dos indivíduos, não somente pelas taxas de mortalidade elevadas, mas também pela expressiva morbidade evidenciada pelas perdas globais de anos de vida ajustados por incapacidade, que é a soma dos anos perdidos por morte prematura aos anos vividos com incapacidades, ajustados ao peso de sua severidade. (MACEDO, 2017)

Em uma análise mundial, tem sido observada uma tendência crescente de anormalidades no perfil lipídico em homens e mulheres. Nos Estados Unidos, o Exame Nacional de Saúde e Nutrição Survey (NHANES) 2003-2006 mostrou que 52,9% dos adultos tiveram anormalidades lipídicas com percentuais alterados ou limítrofes. Na China, a prevalência de dislipidemia em adultos maiores de 18 anos foi de 18,6% de acordo com Inquérito para a Nutrição e Saúde Nacional Chinesa realizado em 2002. Os resultados do Estudo Internacional colaborativo de doenças cardiovasculares na Ásia (InterAsia), realizado entre 2000 e 2001, demonstrou que a prevalência em adultos chineses foi de 53,6% com idade entre 35 e 74 anos. Com crescimento econômico rápido e as mudanças de estilo de vida associadas, a dislipidemia na China aumentou significativamente durante a última década. (SUN, 2014)

Em relação ao gênero, algumas diferenças foram demonstradas em diversos estudos, como em um realizado na cidade de Norfolk no Reino Unido. As mulheres especialmente aquelas de menor nível socioeconômico apresentaram maior concentração de colesterol total bem como maiores índices de LDL e decréscimo de HDL quando comparadas a homens de mesma classe social. Observou-se que em homens, não houveram diferenças estatísticas significativas na prevalência de dislipidemia a depender da renda domiciliar. Em mulheres, no entanto, houve uma forte relação inversa entre características socioeconômicas e dislipidemia. Essas diferenças podem ser justificadas pelo maior nível de trabalho manual e atividade física desenvolvida por esses homens o que atuaria como fator protetor para os mesmos e a maior obesidade observada nas mulheres. No Brasil, a evolução do perfil do colesterol total, ao longo das décadas, revelou aumentos até a sexta década para os homens, com posterior estabilização ou até mesmo algum grau de decréscimo, e aumentos em todas as décadas analisadas, para as mulheres. (NICOLAU, 1998)

É notório que as diferenças socioeconômicas determinam de maneira expressiva os parâmetros lipídicos e, conseqüentemente, o risco cardiovascular. Embora os estudos não sejam unânimes, a maioria demonstra que a prevalência de fatores de risco cardiovasculares, inclusive a dislipidemia, diminui nos grupos de maior nível socioeconômico, e aumenta nos grupos de menor nível. Além disso, um dos estudos mostrou também que pessoas que vivem em vizinhanças menos abastadas, estarão sob maior risco cardiovascular, independentemente de seu nível econômico. (NAM, 2013)

Tal contexto se deve a uma série de fatores de cunho social e de renda, à falta de emprego, ao trabalho precário, à falta de suporte e coesão social e à menor taxa de alfabetização. Quanto aos determinantes sociais, a hipótese é de que as pessoas de situação socioeconômica mais precária tendem a manifestar mais comportamentos de risco, como fumar, beber, a falta de exercícios, maior consumo de carboidratos, alimentos saturados e baixa ingestão de vegetais. Além disso, o maior status socioeconômico estaria geralmente relacionado a um maior grau de educação, o que configuraria um fator de proteção. (NAM, 2013)

As consequências no estilo de vida causadas pelas diferenças na renda também foram listadas, na tentativa de explicar tal fenômeno, levando, primeiramente, a se considerar que a própria capacidade de acesso à saúde pode não ser satisfatória nos grupos populacionais de classes mais baixas, o que explicaria a maior prevalência de fatores de risco cardiovasculares. No entanto, dois dos estudos concluíram que a mesma relação de causa e efeito se dá, associando a menor classe social ao maior risco cardiovascular, mesmo em países cujo sistema de saúde seja universal e gratuito. (REDONDO, 2011)

Ademais, atualmente há um predomínio do padrão dietético, especialmente nas sociedades mais desenvolvidas, denominado “dieta ocidental”, com alto consumo de gorduras totais, colesterol, açúcar refinado e baixo teor de fibra alimentar, e o estilo de vida sedentário, que, aliados, são exemplos de fatores que podem contribuir para o aumento das dislipidemias. (GARCEZ, 2014)

Diante disso, sugere-se fortemente que o ambiente em que se vive, e as condições de vida, como classe social e a educação, influenciem diretamente a quais fatores de risco à saúde o paciente estará exposto. (REDONDO, 2011)

Diante desse contexto, as estratégias de enfrentamento devem ser direcionadas à prevenção e as mesmas existem há algum tempo. Existem duas estratégias diferentes de prevenção: a modificação dos riscos populacionais e a modificação dos riscos individuais. A primeira decorre da observação de que a variabilidade de determinada característica dentro de uma mesma população – o colesterol sérico, por exemplo – tende a formar uma distribuição contínua unimodal. A estratégia populacional de prevenção tem por objetivo o deslocamento de toda essa distribuição de frequência de risco em uma direção favorável. Para tanto, é necessário impor intervenções que modifiquem o comportamento de toda a sociedade. É uma estratégia de alcance mais longo na cadeia causal e de efeito mais duradouro. (MACEDO, 2017)

Conclusão/ Conclusões/ Considerações finais

É visto que a dislipidemia, além de depender de fatores como a predisposição genética, os maus hábitos alimentares, a obesidade e o baixo nível de atividade física, pode alterar-se, também, a depender de fatores de cunho socioeconômico, cultural e educacional. Sugere-se, portanto, que as intervenções implantadas com intuito de corrigir as iniquidades encontradas em tais setores poderão, também, ser úteis, tanto a nível individual como populacional, para a prevenção da dislipidemia e, conseqüentemente, para a diminuição das taxas de mortalidade cardiovascular. Notavelmente, esses fatores de risco e seus resultados clínicos prejudiciais podem ser em grande parte controlados através de uma gestão adequada dos mesmos, de modo que esse controle seja responsável pela redução na prevalência da dislipidemia e na mortalidade por DCV. Assim sendo, tal abordagem e controle da dislipidemia deve ser visto como uma das prioridades da saúde pública.

Agradecimentos

À Fapemig e Unimontes pelo incentivo a iniciação científica (PROINC), tanto a concessão de bolsas, quanto ao programa voluntário.

Referências

CANUTO, M.A.O.; NOGUEIRA, L.T.; ARAÚJO, T.M.E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. *Acta Paul Enferm*, Teresina, v.29, n.3, Jun. 2016.

GARCEZ, M.R.; PERERIRA, J.L.; FONTANELLI, M.M.; MARCHIONI, D.M.L.; FISBERG, R.M. Prevalência de Dislipidemia Segundo Estado Nutricional em Amostra Representativa de São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.103, n.6, Jul. 2014.

GLANER, M. F. Questionários indicam um baixo efeito global do nível de atividade física e do controle do estresse sobre o perfil lipídico de homens. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, Londrina, v.15, n.5, Mar. 2013.

GONÇALVES, C.P. Avaliação da circunferência da cintura como variável preditora de risco coronariano em estudo de base populacional. 2008. 150p. (Tese de Doutorado em Ciências Fisiológicas) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, Vitória, 2008.

MACEDO, L.E.T.; FAERSTEIN, E. Colesterol e a prevenção de eventos ateroscleróticos: limites de uma nova fronteira. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.51, n.2, Nov. 2017.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.99, n.2, mar. 2012.

NAM, G.E. et al. Socioeconomic status and dyslipidemia in Korean adults: The 2008–2010 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. **Preven. Med**, Korea, v.57, Oct. 2013. REDONDO, A.; BENACH, J.; SUBIRANA, I.; MARTINEZ, J.M.; MUÑOZ, M.A.; MASÍÁ, R. et al. Trends in the Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Cardiovascular Risk Factors across Educational Level in the 1995–2005. **Period. AEP**, Nova York, v.21, n.8, ago. 2011.

NICOLAU, J.C.; NOGUEIRA, C.; MAIA, L.N.; RAMIRES, J.A.F. Evolução dos Níveis de Colesterol na População Adulta de São José do Rio Preto (1991-1997). **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v.71, n.5, set. 1998.

SUN, G. et al. High prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among rural Chinese adults. **Lipids in Health and Disease**, Nanjing, v. 13, n.189, dez. 2014.