

**AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO E PREVALÊNCIA DE DISLIPIDEMIA EM ADULTOS DA DEMANDA LABORATORIAL DE TEIXEIRA DE FREITAS, BAHIA**

*Lipid profile evaluation and prevalence of dyslipidemia in adults of laboratory tests of the Teixeira de Freitas, Bahia*

**Tharcilla Nascimento da Silva Macena<sup>1</sup>**

**Clóvis Lisboa dos Santos Junior<sup>2</sup>**

**Gilvan Ferreira Moreira<sup>3</sup>**

**Anderson Viana Santos<sup>4</sup>**

**Samille Oliveira Gonçalves<sup>5</sup>**

*Artigo recebido e aprovado em abril de 2015*

**Resumo:**

O presente trabalho objetivou determinar a prevalência de dislipidemia em adultos de faixa etária de 20 a 49 anos, tanto do sexo masculino quanto o sexo feminino, da demanda laboratorial de Teixeira de Freitas, Bahia. Casuísticas procedentes de amostras de 30% dos laboratórios não hospitalares da cidade, no ano de 2009 e 2010. Para a determinação das dislipidemias, consideraram-se os valores estabelecidos na III Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias. Para os dados analisados em pacientes que realizaram exames de dosagens do Col-T, Tg, HDL-c e LDL-c, observou-se predomínio de pacientes do sexo feminino para ambos os anos. As análises dos dados coletados apontam a existência de dislipidemias, contudo, prevalecendo os níveis desejáveis. Conclui-se que a maior parte da população estudada encontra-se dentro dos parâmetros normais, contudo, tem-se ainda uma quantidade considerável de pacientes com prevalência de dislipidemias.

**Palavras-chave:** Dislipidemia. Colesterol. Triglicérides.

**Abstract:**

The present research aimed to determine the prevalence of dyslipidemia in adults aged from 20 to 49 years from the laboratories of Teixeira de Freitas, Bahia. For that, an analysis casuistry proceeded from the samples of 30% of the non - hospital laboratories in the years of 2009 and 2010 was made using the values established by the III Brazilian Guideline about Dyslipidemia. On the data analyzed in patients that did exams of dosages of Col-T, Tg, HDL-c e LDL-c, it was observed the prevalence of female patients for both years when compared to the male patients. The collection of data analyzed indicate the existence of dyslipidemias, however, prevailing the wishing levels. Therefore, the biggest part of the studied population is in the normal standard; although still exist a considerable number of patients with dyspidemia prevalence.

**Keyword:** Dyslipidemia. Cholesterol. Triglycerides.

<sup>1</sup>Mestre efetiva e Professora visitante (Uneb, Campus X). End.: Av. Kaikan S/Nº. Bairro: Kaikan, Teixeira de Freitas. E-mail: tharcillamacena@gmail.com

<sup>2</sup> Mestre, Professor da Universidade do Estado da Bahia, Campus X. E-mail: petclovis@hotmail.com

<sup>3</sup> Estudante de Graduação. (Universidade do Estado da Bahia, Campus X). E-mail: gilvanbiouneb@gmail.com

<sup>4</sup> Estudante de Graduação (Pitágoras). E-mail: anderson.principadus@gmail.com

<sup>5</sup> Estudante de Graduação (Universidade do Estado da Bahia - Uneb, Campus X). E-mail: samilleoliv@hotmail.com

## Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte entre adultos no mundo inteiro (MCKAY, 2004). Possuindo origem patológica multifatorial, onde uma de suas causas decorre do aparecimento da dislipidemia (Gomes et al., 2006).

Segundo o Ministério da Saúde apud Correia (2010) dados estatísticos demonstram que em 2007 as doenças cardiovasculares foram a primeira causa de morte no Brasil, e no último ano que se dispõe de estatísticas oficiais, constatou-se que 308.466 óbitos foram recorrentes deste grupo de doenças. Além disso, é importante ressaltar que de acordo com as projeções da Organização Mundial da Saúde, estes números tende a aumentar, agravando ainda mais o quadro de morbimortalidade (IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias, 2007).

Duro et al (2008) relata que a dislipidemia é considerada um dos fatores de risco que ps distúrbio do metabolismo lipídico. Além disso, Moura et al (2000) retrata que para avaliar o risco de doença coronária aterosclerótica é necessário o estudo do perfil lipídico que dá-se através da avaliação das medidas de lipoproteína de baixa densidade (LDL) – colesterol e de triglicerídeos, que funcionam como fatores de risco; de lipoproteína de alta densidade (HDL) – colesterol, que funciona como fator de proteção; e de lipoproteína de muito baixa densidade (VLDL) – colesterol. Existem ainda alguns estudos que sugerem a razão colesterol/HDL-colesterol ou LDL-colesterol/HDL-colesterol para a avaliação do risco de doenças cardiovasculares.

Estudos ainda comprovam os benefícios da detecção precoce das elevações dos níveis séricos do colesterol e suas frações, pois o tratamento destas disfunções reduz as taxas de mortalidade por DCV, (nível de evidência I “resultados consistentes de estudos bem delineados, e bem conduzidos em populações representativas, que diretamente avaliam os efeitos na saúde”), e além disso, contribui para um melhor prognóstico e tratamento para os casos detectados (Duro et al, 2008, p-83).

Nesta perspectiva, cientes da relevância do estudo do perfil lipídico para a prevenção de doenças cardiovasculares, o presente trabalho teve como objetivo determinar a prevalência de dislipidemia em jovens e adultos da demanda laboratorial não hospitalar da rede privada da cidade de Teixeira de Freitas, Bahia.

## Revisão de Literatura

### Lipídios

De acordo com as IV Diretriz sobre Dislipidemia (2007, p.3), os lipídios são substâncias insolúveis em água e solúveis em solventes or-

gânicos. São transportados na forma de lipoproteínas que podem ser divididas, conforme sua densidade, em cinco classes: Quilomicrons, Lipoproteínas de Densidade Muito Baixa (VLDL), Lipoproteínas de Baixa Densidade (LDL), Lipoproteínas de Densidade Intermediária (IDL) e Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL). Os principais lipídios do plasma humano são: colesterol, ésteres de colesterol, triglicerídeos, fosfolipídios e ácidos graxos não esterificados.

Diament (2006) relata que as lipoproteínas LDL e VLDL são consideradas lipoproteínas de colesterol ruim pois transportam colesterol para as células e facilitam a deposição de gordura nos vasos. O IDL é um tipo de lipoproteína muito semelhante ao LDL, portanto, também atua como colesterol ruim. Em contrapartida, as lipoproteínas de HDL são consideradas colesterol bom pois promovem a retirada do excesso de colesterol das artérias percorrendo o sentido inverso do LDL e VLDL. Outro importante fator a observar é que a produção de lipoproteínas é regulada pelos níveis de colesterol, onde o colesterol oriundo de gorduras saturadas favorece a produção de LDL, e as gorduras insaturadas promovem a produção de HDL, o ressalta a relevância de uma dieta alimentar saudável como método de prevenção a doenças cardiovasculares.

## Arteriosclerose

Souza et al. (2003) explica que a arteriosclerose é considerada uma das principais causas de morte no mundo ocidental. A doença consiste no acúmulo de gordura na parede das artérias, resultando na redução do calibre das células e em um déficit sanguíneo aos tecidos. O autor ainda relata que a arteriosclerose afeta primeiro as artérias elásticas como a aorta, a carótida e as ilíacas, comprometendo também as grandes e médias como a coronária e as poplíteas. De acordo com Camacho et al (2007) a doença começa na infância, mas os sintomas só são detectados na idade adulta, quando ocorrem lesões e os órgãos são afetados.

Camacho (2007) também aborda sobre a possível relação da arteriosclerose com os níveis de LDL. O autor explica que observações fitopatológicas feitas em humanos e animais levantam a hipótese de que a arteriosclerose é oriunda de uma resposta do organismo a injúria tecidual com enfoque para a disfunção endotelial, onde a lipoproteína de baixa densidade (LDL) modificada pela oxidação (LDLox) é o principal fator envolvido no desencadeamento da lesão. O acúmulo de LDL no compartimento plasmático pode ocorrer através de uma dieta rica em gorduras, da síntese endógena de colesterol ou pela diminuição do catabolismo da LDL pelo fígado, que é causado por um defeito gênico que resulta na perda da expressão ou na função dos seus receptores, resultando na hipercolesterolemia.

## Dislipidemia

O termo “dislipidemia” é utilizado por Gomes et al (2006), para demonstrar qualquer tipo de distúrbio do metabolismo lipídico que são caracterizados por anormalidades quantitativas e/ou qualitativas das lipoproteínas e são consideradas o resultado da insuficiência do aparato catabólico. Em outras palavras, dislipidemias são causadas por uma anormalidade do sistema catabólico (enzimas, células receptoras superficiais, etc.) ou por uma estrutura anormal da partícula lipoproteica, a qual diminui sua habilidade de interação com o mecanismo catabólico (IV Diretriz sobre Dislipidemia, 2007).

### Classificação das dislipidemias

De acordo a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias (2007), as dislipidemias são classificadas em três categorias: hipercolesterolemia isolada – aumento do colesterol total CT e ou LDL colesterol; hipertrigliceridemia isolada – aumento dos triglicérides-TG; hiperlipidemia mista – aumento do CT e dos TG; diminuição isolada do HDL – colesterol ou associada a aumento dos TG ou LDL-C.

### Classificação etiológica

A IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias (2007) classifica as dislipidemias como primárias quando possuem origem genética, e secundárias quando são causadas por outras doenças ou uso de medicamentos: hipotireoidismo, diabetes melito (DM), síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteroides, anabolizantes.

## Metodologia

### Laboratórios

Os dados foram coletados utilizando bancos de dados secundários provenientes de laboratórios de análises clínicas da rede privada da cidade de Teixeira de Freitas – Bahia, no qual, foi utilizada como ferramenta de pesquisa uma planilha investigativa (Planilha 1.), que serviu para a quantificação dos dados coletados.

### Casuística

O levantamento retrospectivo abrangeu o período de Janeiro a Dezembro de 2009 e 2010. Casuísticas procedentes de amostras de 30% de ambos os sexos, com idade de 20 a 49 dos quais possuíam todos os quatro

exames que constituem o perfil lipídico dos laboratórios não hospitalares da cidade, em um total de 288 amostras por ano. Sendo que não foram apreciados exames de repetição (monitorização, terapêutica ou confirmação de resultados anteriores) realizados nesse intervalo de tempo.

**Planilha 1:** Modelo de planilha para coleta de dados para estudos por amostragem.

Fonte: Acervo dos autores

## Exames

Ano:			Laboratório:			
Nº de Amost.	Sexo	Idade (20-49)	Perfil Lipídico			
			CT	TG	HDL	LDL
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Foram analisados em fontes secundárias os resultados de dosagens de Colesterol Total (CT), Triglicerídeos (Tg), colesterol HDL e colesterol LDL, obtidos a partir de técnicas bioquímicas (Calorimétrico e/ou Cinético) utilizado pelos laboratórios de análise clínicas particular, seguindo como referências os valores das III Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

### Distribuição dos dados e cálculos percentuais

Para a determinação das dislipidemias, consideramos os valores da tabela referente a IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2007). Foram analisadas as prevalências em frequência da quantidade de pacientes e seus intervalos de confiança (IC 95%) utilizando a representação gráfica dos dados e o quiquadrado ( $X^2$ ) para realização da projeção e análise das variáveis em conjunto para obtenção dos perfis lipídicos.

### Resultado e Discussão

Os valores de referências do estudo de perfil lipídico estão contidos na Tabela 1, de acordo com as III Diretrizes Brasileiras sobre Disli-

pidemia e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

Os resultados mostram o predomínio de pacientes do sexo feminino com 66,30% e de 33,70% do sexo masculino (Figura 1) no ano de 2009, sabendo-se que todos os pacientes em análise realizaram exames de dosagens do Col-T, Tg, HDL e LDL.

LIPÍDIOS	VALORES (mg/dL)	CATEGORIAS
Colesterol Total	< 200	Desejável
	200 - 239	Limítrofe
	> 240	Alto
Colesterol LDL	< 100	Ótimo
	100 - 129	Subótimo
	130 - 159	Limítrofe
	160 - 189	Alto
	> 189	Muito Alto
Colesterol HDL	< 40	Baixo
	≥ 40	Normal
Triglicerídios	< 150	Normal
	150 - 199	Limítrofe
	200 - 499	Alto
	> 500	Muito Alto

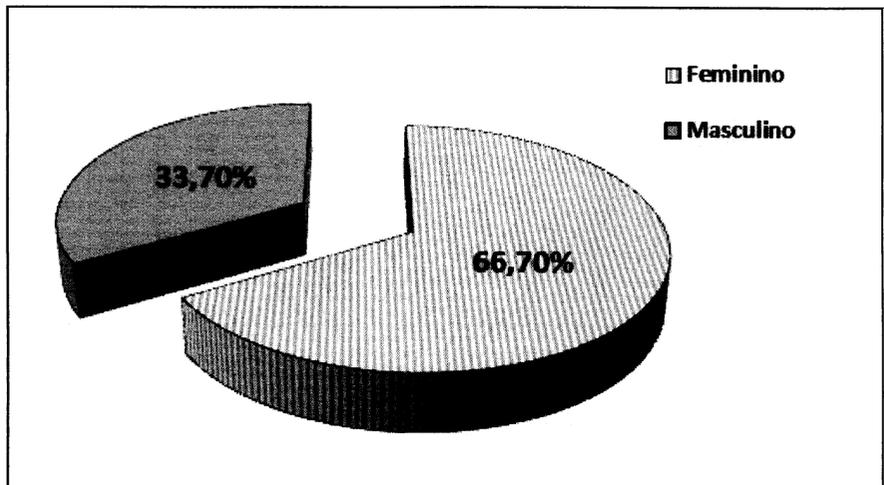
**Tabela 1:** Valores de referência para exames do perfil lipídico em adultos de 20 a 49 anos

Fonte: III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemia e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

Observa-se então que houve um predomínio do sexo feminino, constatando uma diferença de 32,6% entre os sexos, onde o gênero feminino possui quase o dobro do masculino. Já no ano de 2010 os resultados apontam que houve uma frequência de 40,60% de pacientes homens que realizaram os quatro exames e 66,30% pacientes mulheres, onde também evidencia-se o predomínio do sexo feminino na realização dos exames.

**Figura 1:** Frequência dos Pacientes que realizaram os 4 exames levando em consideração ao gênero no ano de 2009.

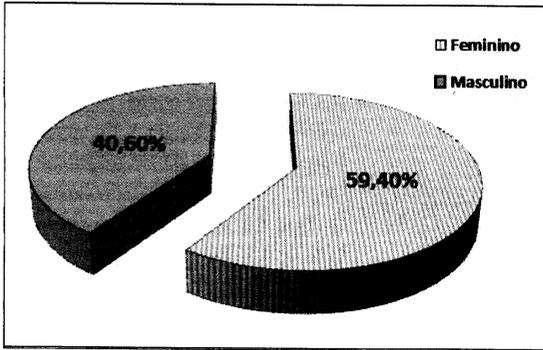
Fonte: Dados primários da pesquisa



Lessa (1997, p. 399) relata em seu trabalho que a demanda pela assistência médica, no Brasil, é sempre maior para o gênero feminino, pois as mulheres têm maior oportunidade de diagnóstico de dislipidemia do que os homens.

**Figura 2:** frequência dos Pacientes que realizaram os 4 exames levando em consideração ao gênero no ano de 2010.

Fonte: Dados primários da pesquisa

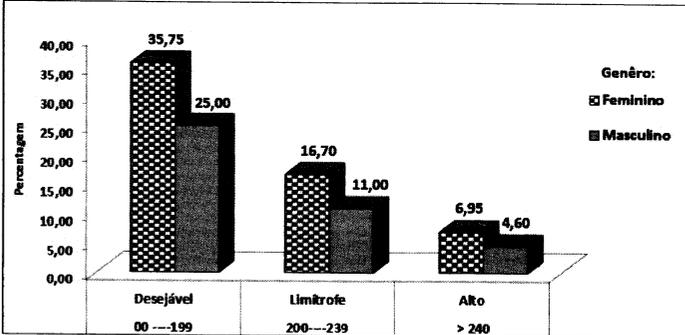


Nos valores para Colesterol Total, observou-se que 94,06% de prevalência dos valores desejáveis, tanto em 2009 quanto em 2010, como observado na figura 3 e 4. Nos casos referentes a triglicerídeos, houve maior prevalência de hipertrigliceridemia (TG  $\geq 150$  mg/dL) nos homens (13,24%) do que em mulheres (9,51%) nos dois anos.

Quanto aos valores de LDL extrapolaram os valores limítrofes somente 9,62% (2009) e 3,3% (2010) dos pacientes.

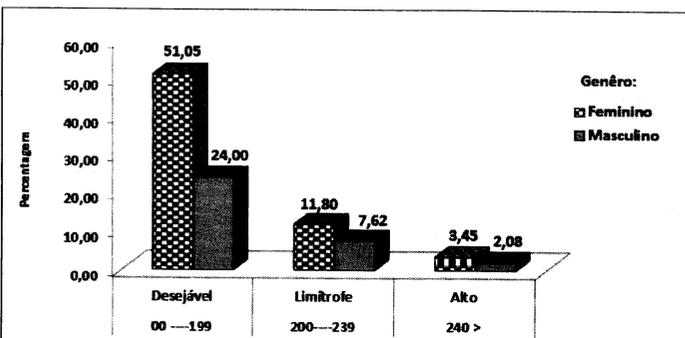
**Figura 3:** Comparação dos valores de Col. T. entre o gênero feminino e o masculino no ano de 2009.

Fonte: Dados primários da pesquisa



**Figura 4:** Comparação dos valores de Col. T. entre o gênero feminino e o masculino no ano de 2010.

Fonte: Dados primários da pesquisa

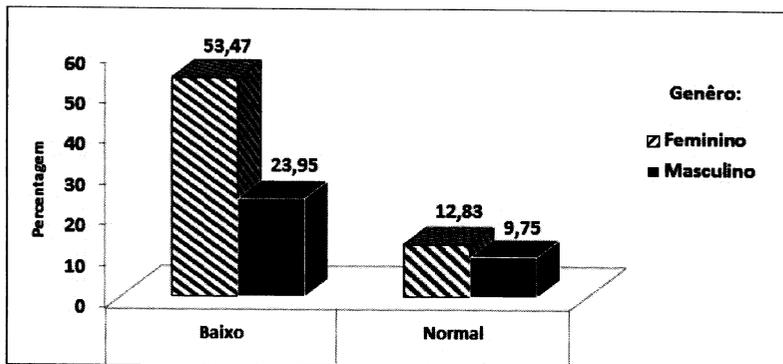


brio de homens e mulheres dos valores limítrofe e alto referente a este mesmo ano, sendo que no ano de 2009 havia uma diferença considerável entre os sexos correspondentes a estes mesmos níveis.

Os valores de HDL no ano de 2009 (figura 7) apresentam um índice baixo; comparando os sexos houve uma maior prevalência de baixo HDL nas mulheres do que nos homens, com uma diferença de 29,52% entre os sexos. Já os valores no nível normal há uma predominância também do sexo feminino, com uma diferença de 3,08% entre os sexos, onde evidencia-se uma predisposição a similaridade dos valores.

**Figura 7:** Comparação dos valores de HDL entre o gênero feminino e o masculino no ano de 2009.

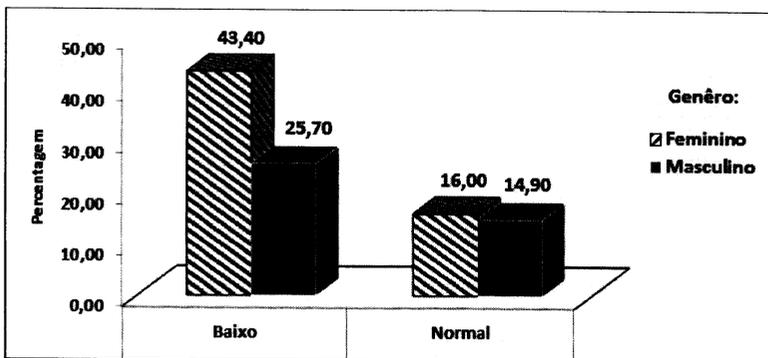
Fonte: Dados primários da pesquisa



No ano de 2010 (figura 8) ainda há uma percentagem preocupante de homens e mulheres com um índice baixo de HDL. Sendo que o sexo feminino ainda predomina em números quando comparado ao sexo masculino. Já para o nível normal há uma diferença de 1,10% entre os sexos, constatando-se assim um equilíbrio.

**Figura 8:** Comparação dos valores de HDL entre o gênero feminino e o masculino no ano de 2010.

Fonte: Dados primários da pesquisa



Confrontando os anos de 2009 e 2010, percebe-se que em ambos os anos há uma prevalência no número de mulheres com nível baixo de HDL. Porém, no nível normal houve uma diferença mínima entre os

sexos. Tal resultado se equiparado com os resultados apresentados por Lessa et al, (1997), em seu trabalho realizado na cidade de Salvador – BA, onde apresenta uma metodologia de coleta de dados divergente da utilizada neste trabalho, também constatou que para o gênero feminino houve prevalência nos valores alterados na categoria Baixo HDL sobre o masculino, o que pode ser observado na tabela 2.

**Tabela 2:** Valores do HDL-c em adultos  $\geq 20$ , segundo gênero, Salvador, 1995.  
Fonte: Lessa et al., 1997.

HDL	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	% dos que dosaram	Nº	% dos que dosaram	Nº	% dos que dosaram
< 35	266	15,9	262	8,0	528	10,7
$\geq 35$	1403	84,1	3027	92,0	4430	89,3
NR	758		1676		2434	
<b>Total</b>	<b>2427</b>	<b>100,0</b>	<b>4965</b>	<b>100,0</b>	<b>7392</b>	<b>100,0</b>

NR- não realizado; intervalo de confiança (IC) a 95% para: masculino- (14,2; 17,8); feminino- (7,1; 8,9); total = (9,8; 11,6);  $\chi^2 = 73,9$ ;  $p < 0,0001$ .

Essas anormalidades nos níveis de HDL são preocupantes já que esse é um fator importante de proteção contra a aterosclerose independente da concentração de LDL (LARIS et al., 2005 apud KOLANKIEWICZ, 2008). Quanto mais elevada a fração lipoproteica de baixa densidade (LDL), mais frequente a doença aterosclerótica do coração (DAC), e quanto mais elevada a lipoproteína de alta densidade (HDL), menor o risco de contrair essa doença, este fato ocorre em ambos os sexos, em todas as raças, grupos étnicos e em todas as idades adultas (SHNEIDER et al., 2008).

Os resultados dos exames referentes aos valores de LDL no ano de 2009 (figura 9) apresentam números desejáveis, onde são avaliados nesta categoria os níveis que vão desde ótimo a limítrofe. No entanto, apesar de apresentarem maior percentagem em valores desejáveis, houve uma incidência considerável para os níveis alto e muito alto.

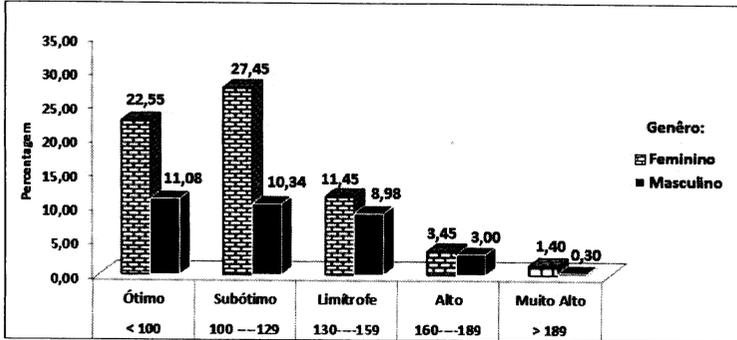
No ano de 2010 (figura 10) os resultados se assemelham bastante aos obtidos em 2009. Todavia, no ano de 2009 há uma prevalência do gênero feminino tanto para os níveis considerados desejáveis, quanto para os valores elevados. Porém, no ano de 2010 ocorreu uma inversão apenas para o nível alto, no qual houve uma predominância do sexo masculino.

Segundo a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias, estas podem ser classificadas genotipicamente ou fenotipicamente em hipercolesterolemia isolada - elevação do LDL-C ( $\geq 160$  mg/dL); Hipertrigliceridemia isolada - elevação dos TG ( $\geq 150$  mg/dL); Hiperlipidemia mista - valores aumentados de ambos LDL – C ( $\geq 160$  mg/dL) e TG ( $\geq 150$  mg/dL)

e HDL – C baixo, redução do HDL – C (homens < 40 mg/dL e mulheres < 50 mg/dL) isolada ou em associação com aumento de LDL- C ou TG.

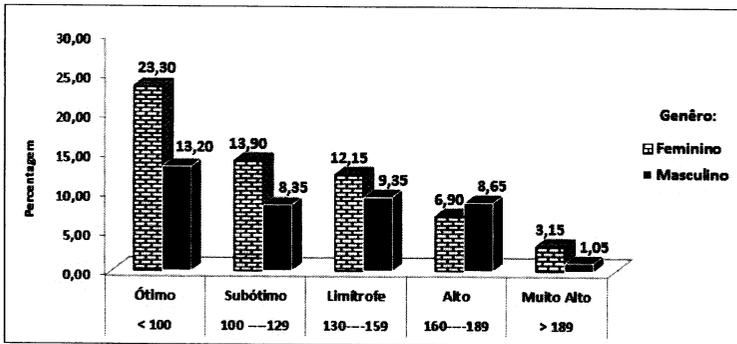
**Figura 9:** Comparação dos valores de LDL entre os sexos feminino e o masculino no ano de 2009.

Fonte: Dados primários da pesquisa



**Figura 10:** Comparação dos valores de LDL entre os sexos feminino e masculino no ano de 2010.

Fonte: Acervo do autor.



Na tabela 3.1, observa-se que no ano de 2009, 223 casos dos 387 constatados neste ano foram referentes à HDL – C baixo, o que é um fator preocupante, pois o baixo HDL quando associado a um LDL ou TG elevado pode desencadear outras anormalidades a saúde física do indivíduo. Em contrapartida há 24 casos de Hipercolesterolemia, que corresponde a 6,2%; 85 casos de Hipertrigliceridemia, que equivale a 22% e 55 casos de Hiperlipidemia Mista que também corresponde a 14,2%. Já na tabela 3.2 referente ao ano de 2010, verifica-se que houve 199 casos de HDL – C baixo, que equivale a quase metade do total de número de casos. Todavia, a hipercolesterolemia apresenta 57 casos – 13,8%; hipertrigliceridemia possui 86 casos – 20,8% e hiperlipidemia mista contém 72 casos – 17,4%.

O número de casos de dislipidemia no ano de 2009 para o ano de 2010 (tabela 4.) sofreu um acréscimo de 23 casos, onde o número de incidência de hipercolesterolemia sofreu um aumento de 33 casos, praticamente 60% a mais. Contudo, os valores de hipertrigliceridemia tiveram um aumento bem pequeno, de apenas 0,8%. Já hiperlipidemia

obteve um acréscimo considerável de 17 casos entre os anos.

**Obs:** Todos os pacientes em análise realizaram exames para dosagens do Col. T., Tg, HDL e LDL, o total de números de casos apresentados aqui na tabela não é equivalente ao total de número de indivíduos (288), uma vez que um indivíduo pode apresentar mais de um tipo de dislipidemia.

**Tabela 3:** Casos de dislipidemias no ano de 2009 da demanda labortorial não hospitalar em Teixeira de Freitas, Bahia.

Fonte: Dados primários da pesquisa

**Obs:** Todos os pacientes em análise realizaram exames para dosagens do Col. T., Tg, HDL e LDL, o total de números de casos apresentados aqui na tabela não é equivalente ao total de número de indivíduos (288), uma vez que um indivíduo pode apresentar mais de um tipo de dislipidemia.

Situação Determinada pela SCBD	Nº de Casos	%
Hipercolesterolemia isolada (LDL -c = 160 mg/dL)	24	6,2
Hipertrigliceridemia Isolada (TG = 150 mg/dL)	85	22
Hiperlipidemia Mista (LDL -c = 160 mg/dL e TG = 150 mg/dL)	55	14,2
HDL diminuído isolado ou associado a LDL elevado e/ou TG elevado	223	57,6
Total de casos de Dislipidemias	387	

**Tabela 4:** Casos de dislipidemias no ano de 2010 da demanda labortorial não hospitalar em Teixeira de Freitas, Bahia.

Fonte: Dados primários da pesquisa

Situação Determinada pela SCBD	Nº de Casos	%
Hipercolesterolemia isolada (LDL -c = 160 mg/dL)	57	13,8
Hipertrigliceridemia Isolada (TG = 150 mg/dL)	86	20,8
Hiperlipidemia Mista (LDL -c = 160 mg/dL e TG = 150 mg/dL)	72	17,4
HDL diminuído isolado ou associado a LDL elevado e/ou TG elevado	199	48
Total de casos de Dislipidemias	414	

Muitos são os estudos relacionados à prevalência de dislipidemias em adultos, estes são descritas na literatura internacional, nacional e regional. Todavia, eles apresentam divergências metodológicas no que diz respeito à maneira da coleta dos dados – secundária ou amostragem populacional, e ainda os critérios de classificação do perfil lipídico (KOLANKIEWICZ et al, 2008). Além disso, vários são os autores que discorrem sobre os fatores que podem interferir no perfil lipídico de uma população, exemplos desses são: Feio (2003), Silva et al (2007), Schneider (2008) que apontam em seus trabalhos que há uma grande variedade de fatores que interferem nos níveis lipídicos de uma população podendo ser de origem genética, alimentar e estilo de vida, tornando

assim a prevalência de dislipidemias geograficamente variáveis, no qual vai depender dos hábitos dietéticos, culturais ou adquiridos e do estilo de vida das diferentes populações. Contudo, existem também outros fatores envolvidos nesta questão, no entanto não controláveis, sendo eles: idade, sexo e raça. Pontes et al., (2008) em seu trabalho realizado no município de Santa Rita – no estado de Pernambuco abordando sobre o padrão de atividade física e a influência do sedentarismo na ocorrência de dislipidemias em adultos relata algumas questões importantes que podem ser levadas em consideração para a prevenção de ocorrências de dislipidemias, uma delas é o desenvolvimento de atividades físicas. Pontes et al., (2008) aborda que mecanismos fisiológicos com base na prática de atividades físicas induzem a um perfil lipídico favorável. Já Kolankiewicz et al (2008), relata em seu trabalho realizado na cidade de Guarani das Missões (Rio Grande do Sul) a característica dos hábitos alimentares baseado em alimentos gordurosos da população, verificando assim a influência da dieta alimentar no perfil lipídico da cidade.

Diante disso, percebe-se que atualmente pesquisas apontam como prevenção as doenças relacionadas aos desequilíbrios dos valores séricos circulantes no sangue (Dislipidemia e DAC), a atividade física e mudanças na dieta alimentar. Nessa perspectiva a manutenção de um estilo de vida ativa reduz substancialmente o risco de várias patologias e melhora a qualidade de vida em todas as faixas etárias (PONTES et al., 2008).

## **Conclusão**

Diante de todos os dados obtidos neste levantamento revelam que mesmo apresentando em sua maioria valores desejáveis no perfil lipídico para ambos os sexos e anos na população estudada, contudo, tem-se ainda uma quantidade considerável de pacientes com prevalência de dislipidemia, mais consideravelmente para a ocorrência de Baixo HDL-c para ambos os anos analisados, onde no ano de 2009 apresentou de 57% do total de casos, já no ano de 2010 depara-se com 48% do total de caso, fato esse que tornasse preocupante e merece atenção por parte do poder público, pois apesar da pesquisa realizada apresentar certas limitações no que se refere ao número amostral, por apenas levar em consideração apenas os valores quantitativos séricos circulantes nos indivíduos, mesmo assim os dados evidenciados apresentam uma tendência que pode ser considerados relevantes que podem servir de alerta para que se tome medidas necessárias como projetos e campanhas educativas com intuito de chamar atenção para os jovens e adultos de como os hábitos alimentares saudáveis e atividade física é refletida através das dosagens e para as prevalências de dislipidemia como retratados nos resultado e discussão deste trabalho.

SILVA, R. de A. da; KANAAN, S.; SILVA, L. E. da; PERALTA, R. H. S. Estudo do perfil lipídico em crianças e jovens do ambulatório pediátrico do Hospital Universitário Antônio Pedro associado ao risco de dislipidemias. *J Bras Patol Med Lab*. v. 43. n. 2. abril 2007 p. 95-101.

SOUZA, L. J; FILHO, J. T. D; SOUZA, T. F. REIS, A. F; NETO, C. G; BASTOS, D. A; CÔRTEZ, V. A; CHALITA, F. B; TEIXEIRA, C. L. Prevalência de dislipidemia e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2003. v. 81. n. 3. p. 249-56.