

CAPÍTULO 8

DISLIPIDEMIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RASTREIO, ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR E TRATAMENTO

LUCCA DE SOUZA GARCIA¹
MARIA CECÍLIA SILVEIRA VILLELA²
ANA CAROLINA DE ALMEIDA MELO³
LUIZA ROCHA PINTO COELHO⁴

¹Discente - Anhanguera UNIDERP, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil.

²Discente - Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

³Discente - Centro Universitário Univértix, Matipó, Minas Gerais, Brasil.

⁴Orientadora - Médica pela Faculdade de Minas (FAMINAS) - Minas Gerais, Brasil.

Palavras-Chave: Dislipidemia; Estratificação de Risco Cardiovascular; Terapia Hipolipemiante.

INTRODUÇÃO

As dislipidemias permanecem entre os principais determinantes modificáveis de doença aterosclerótica cardiovascular (DACV) e de pancreatite por hipertrigliceridemia. Na atenção primária à saúde (APS), elas aparecem tanto como achado incidental em rastreios oportunistas quanto como componente central do manejo de pessoas com multimorbidades (hipertensão, diabetes, doença renal crônica, obesidade e tabagismo). O papel da APS, em nível avançado, vai além de “prescrever estatina”: envolve rastrear de forma custo-efetiva, estratificar risco de maneira reprodutível, identificar condições que mudam metas e intensidade terapêutica (DACV estabelecida, diabetes com lesão de órgão-alvo, hipercolesterolemia familiar, doença renal crônica, risco trombótico e inflamatório), manejar terapias combinadas com monitoramento e segurança, e coordenar seguimento longitudinal com foco em adesão e desfechos.

No Brasil, dois pilares estruturam uma prática moderna na APS: (1) a Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025, que atualiza conceitos de estratificação de risco, metas e intensificação terapêutica, incorporando evidências recentes e recomendações de maior precisão clínica (RACHED *et al.*, 2025); e (2) o PCDT de Dislipidemia do Ministério da Saúde, que organiza critérios diagnósticos, tratamento e acompanhamento no âmbito do SUS, com atualização pública no portal do Ministério (BRASIL, 2025). Em paralelo, diretrizes europeias e norte-americanas complementam o raciocínio de intensificação e terapias não estatinas, incluindo recomendações sobre ezetimiba, inibidores de PCSK9 e outros agentes conforme risco e resposta ao LDL-colesterol (LDL-c) (WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022; ESC, 2025).

Diante disso, o objetivo deste capítulo é oferecer uma abordagem avançada, prática e reprodutível para dislipidemias na APS, integrando estratégias de rastreio, estratificação de risco cardiovascular e pancreático, definição de metas terapêuticas, tratamento farmacológico e não farmacológico, monitoramento de segurança e adesão, além de fluxos de encaminhamento e seguimento longitudinal alinhados às diretrizes brasileiras atuais e ao PCDT do SUS.

Rastreio e diagnóstico clínico-operacional na APS

O rastreio de dislipidemias na APS deve ser orientado por risco, custo-efetividade e potencial de mudança de conduta. Em prática avançada, a pergunta não é “quem pode dosar colesterol?”, mas “em quem a informação muda o plano terapêutico e reduz evento?”. O PCDT e a diretriz brasileira fornecem o eixo para operacionalizar rastreio e diagnóstico, com foco em prevenção cardiovascular e pancreatite por hipertrigliceridemia (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025).

Pontos práticos do rastreio na APS (adultos):

- Priorizar rastreio em pessoas com fatores de risco (Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS, Diabetes Mellitus - DM, tabagismo, obesidade, Doença Renal Crônica - DRC, história familiar de DACV prematura), em candidatos a terapia farmacológica e em situações que mudam intensidade terapêutica.
- Em prevenção secundária (DACV estabelecida), o rastreio é parte do monitoramento terapêutico, não um “exame de triagem”.
- Em suspeita de dislipidemia genética, o rastreio é diagnóstico e tem implicação familiar (*cascade screening*).

Painel lipídico e parâmetros úteis na prática avançada:

- LDL-c permanece principal alvo terapêutico aterosclerótico na maioria dos cenários, com metas por risco (RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

- Triglicerídeos (TG) definem risco pancreático em níveis muito elevados e refinam risco cardiometabólico quando moderadamente elevados (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025).

- HDL-c é marcador de risco, mas não alvo terapêutico direto na maioria dos protocolos modernos.

- Colesterol não-HDL e/ou ApoB podem ser úteis como alvos alternativos/adjuntos em fenótipos com hipertrigliceridemia e dislipidemia aterogênica (diretrizes variam por disponibilidade e contexto; o importante é padronizar no serviço) (RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

Suspeita de dislipidemia genética e situações que mudam a intensidade terapêutica (**Quadro 8.1**):

Quadro 8.1 Situações de alto impacto na APS

LDL-c muito elevado (especialmente ≥ 190 mg/dL) ou história familiar sugestiva → suspeitar hipercolesterolemia familiar; avaliar história de DACV prematura e xantomias; considerar rastreio familiar e encaminhamento conforme rede.
DACV estabelecida (IAM/AVC/AIT, doença arterial periférica, revascularização) → prevenção secundária com metas mais intensas e estratégia combinada precoce.
Diabetes com múltiplos fatores de risco, lesão de órgão-alvo ou longa duração → risco muito alto; metas mais agressivas.
DRC (especialmente estágios avançados) → risco aumentado e necessidade de ajuste terapêutico e monitoramento.
TG muito elevados (≥ 500 mg/dL e, sobretudo, ≥ 1000 mg/dL) → foco em prevenção de pancreatite e causa secundária.
Hipotireoidismo, síndrome nefrótica, colestase, uso de drogas (corticoide, retinoides, antipsicóticos, etc.) → tratar causa secundária e reavaliar perfil.

Fonte: RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025; ESC, 2025.

Estratificação de risco e definição de metas terapêuticas

A estratificação de risco é o “motor” do manejo moderno: ela define intensidade de intervenção, metas de LDL-c e quando escalar para terapia combinada. A diretriz brasileira 2025 enfatiza estratificação por categorias de risco, incluindo prevenção secundária e grupos de muito alto risco, com metas e percentuais de redução, e recomenda intensificação escalonada quando metas não são atingidas (RACHED *et al.*, 2025). A atualização europeia de dislipidemias também reforça o conceito “quanto mais baixo, melhor” para LDL-c em risco elevado, com intensificação precoce quando necessário (ESC, 2025).

Risco cardiovascular na APS (visão avançada):

- A estratificação não deve ser “só calculadora”. Calculadoras são úteis para prevenção primária intermediária, mas perdem valor quando há “condições de muito alto risco” (DACV, DRC avançada, diabetes com lesão, LDL-c muito alto). Nesses cenários, o risco já é alto por definição e a conduta é intensiva.

- Para prevenção primária, o risco deve considerar: idade, HAS, tabagismo, DM, história familiar, obesidade central e marcadores de risco quando disponíveis/indicados (p.ex., Lp(a) como modificador em diretrizes mais recentes; aplicabilidade depende de disponibilidade e protocolo local) (RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

Metas de LDL-c por estrato de risco e estratégia de intensificação (modelo APS) (**Tabela 8.1**):

Tabela 8.1 Metas e intensificação

Estrato clínico	Direção da meta	Estratégia preferencial
Prevenção secundária (DACV)	meta mais baixa possível e redução percentual importante	estatina alta intensidade + considerar combinação precoce se necessário
Muito alto risco (p.ex., DM com lesão, DRC avançada, múltiplos fatores)	metas agressivas	estatina alta intensidade; combinar se meta não atingida
Alto risco	metas intermediárias/baixas	estatina moderada a alta; intensificar conforme resposta
Risco intermediário	metas individualizadas	decisão compartilhada, estatina conforme risco e preferências
Baixo risco	foco em estilo de vida, avaliar caso a caso	farmacoterapia seletiva

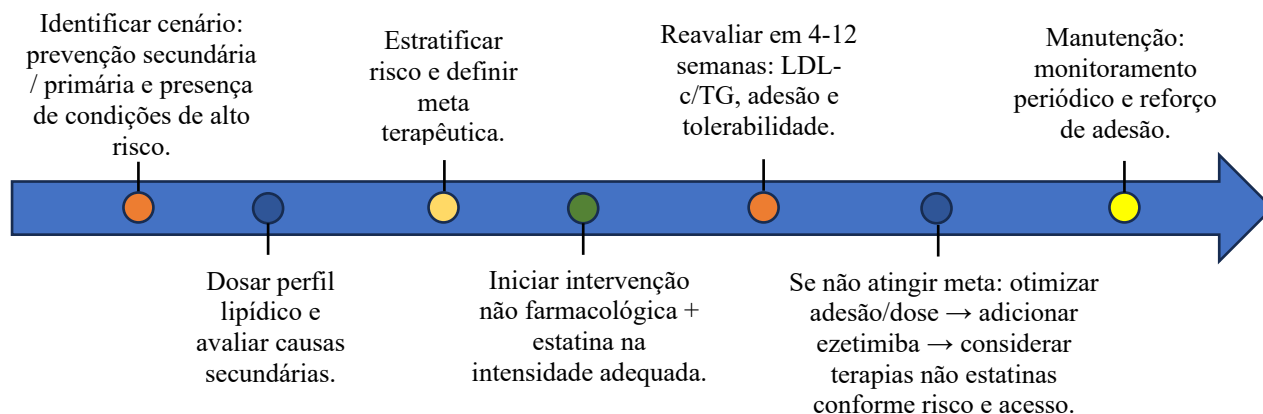
Fonte: RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025; ESC, 2025.

Observação prática: em APS, o erro comum é “subtratar” risco muito alto (adiando intensificação) e “supertratar” risco baixo sem decisão

compartilhada. O método deve ser padronizado e auditável.

Algoritmo de decisão em APS: do rastreio à intensificação (**Figura 8.1**):

Figura 8.1 Algoritmo APS



Fonte: RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025; WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022.

Tratamento: intervenções não farmacológicas e farmacoterapia escalonada

A base do manejo na APS continua sendo intervenção em estilo de vida, mas em nível avançado ela deve ser estruturada e integrada a metas mensuráveis, evitando recomendações genéricas (“dieta e exercício”). O PCDT e diretrizes atuais reforçam que, em risco alto e muito alto, mudanças de estilo de vida são necessárias, porém frequentemente insuficientes para

metas de LDL-c, exigindo farmacoterapia e combinação (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

Intervenções não farmacológicas de alto valor

- Redução de gorduras saturadas e ultraprocessados, aumento de fibras solúveis, padrão alimentar cardioprotetor, controle de peso e atividade física regular.
- Em hipertrigliceridemia, reduzir álcool e açúcares simples/refinados é frequentemente

mais efetivo do que apenas “reduzir gordura”, além de revisar causas secundárias (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025).

Farmacoterapia: lógica escalonada e combinações

Estatinas são primeira linha para redução de LDL-c e redução de eventos cardiovasculares, com intensidade guiada por risco (RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025). Em prática avançada, “estatinas” não são um bloco único: o especialista deve prescrever intensidade, definir meta e prazo de reavaliação.

Ezetimiba é a principal terapia adjuvante quando LDL-c não atinge meta apesar de estatina otimizada, com base em evidências e incorporação em múltiplos consensos; diretrizes modernas discutem intensificação combinada mais precoce em alto risco, em vez de escalada lenta (WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022; RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

Terapias não estatinas (ex.: inibidores de PCSK9 e outras): indicadas principalmente em

muito alto risco, prevenção secundária e hipercolesterolemia familiar quando metas não são atingidas com terapia otimizada e/ou conforme disponibilidade e PCDT/regras locais. A decisão deve ser baseada em risco absoluto e potencial de benefício, e a APS precisa, no mínimo, reconhecer elegibilidade e coordenar acesso/encaminhamento (WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022; RACHED *et al.*, 2025).

Hipertrigliceridemia e risco pancreático

A APS deve diferenciar:

- TG moderadamente elevados: foco em risco cardiometabólico e causas secundárias.
- TG muito elevados: foco em prevenção de pancreatite, intervenção dietética intensiva (incluindo álcool e carboidratos simples), revisão medicamentosa e farmacoterapia específica conforme PCDT e acesso (BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025).

Manejo escalonado por fenótipo (LDL predominante vs TG predominante) (Tabela 8.2):

Tabela 8.2 Fenótipo e estratégia

Fenótipo dominante	Prioridade	Conduta nuclear na APS
LDL-c elevado (aterosclerótico)	reduzir eventos CV	estatina intensidade por risco → combinar se não atingir meta
TG elevado moderado	reduzir risco cardiometabólico	perda ponderal, reduzir álcool/açúcares, tratar causas secundárias, considerar fármaco conforme risco
TG muito elevado	prevenir pancreatite	intervenção dietética intensiva + tratar causas secundárias + terapia específica conforme PCDT e risco
Misto (LDL + TG)	dupla meta	priorizar LDL-c por risco CV e tratar TG conforme magnitude/risco pancreático

Fonte: BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025; WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022.

Monitoramento, adesão, segurança e critérios de encaminhamento

O manejo longitudinal é onde a APS ganha ou perde desfecho. A principal causa de “falha terapêutica” em dislipidemia na APS não é falta de opções farmacológicas, mas baixa adesão, titulação tardia e ausência de reavaliação estruturada.

Monitoramento e reavaliação

- Após iniciar ou intensificar terapia, reavaliar lipídios em janela adequada (comumente 4–12 semanas) para confirmar resposta e ajustar plano, depois espaçar conforme estabilidade.
- Monitorar efeitos adversos com raciocínio clínico: sintomas musculares, elevação de

transaminases (quando indicado), interações e percepção do paciente.

- Documentar adesão real (uso correto, barreiras, custo, crenças) antes de concluir “falha de estatina”.

Tolerância e “intolerância a estatina”

A abordagem avançada deve evitar rotular rapidamente “intolerância” sem reavaliação e tentativa estruturada (ajuste de dose, troca, esquema alternativo, tratar fatores associados). A diretriz brasileira e consensos internacionais reforçam que a descontinuação não planejada aumenta risco, e que a meta é manter alguma forma de terapia hipolipemiante efetiva, frequentemente combinando classes (RACHED *et al.*, 2025; WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022).

Encaminhamento: quando a APS deve acionar rede/especialista

- Suspeita de hipercolesterolemia familiar, especialmente LDL-c muito elevado e história familiar de DACV precoce (RACHED *et al.*, 2025; ESC, 2025).

- Prevenção secundária ou muito alto risco sem atingir metas apesar de terapia otimizada → avaliar intensificação com não estatinas e acesso.

- TG muito elevados persistentes (alto risco pancreático) ou suspeita de causas raras/complexas.

- Dúvida diagnóstica relevante (p.ex., hepatopatia, miopatia severa, interações complexas).

- Necessidade de terapias de alto custo ou de protocolos específicos do SUS.

“Checklist de qualidade” do seguimento na APS (Quadro 8.2):

Quadro 8.2 Seguimento de alta qualidade

Meta terapêutica explicitada e registrada.
Intensidade de estatina definida (não “estatina genérica”).
Reavaliação programada (data/intervalo).
Adesão checada (uso real, barreiras).
Causas secundárias revisadas em falha de resposta.
Estratégia de intensificação clara (otimizar → combinar → encaminhar).
Educação do paciente focada em risco absoluto e benefício.

Fonte: BRASIL, 2025; RACHED *et al.*, 2025.

Dislipidemias na APS exigem método, não automatismo. Em nível avançado, a APS deve rastrear de forma custo-efetiva, estratificar risco com precisão clínica, definir metas e intensidades terapêuticas proporcionais e escalar tratamento com reavaliação programada, priorizando atingir LDL-c em alto/muito alto risco e prevenindo pancreatite em hipertrigliceridemia grave. Diretrizes brasileiras atuais e o PCDT do SUS oferecem base robusta para padronização, enquanto consensos internacionais refinam estratégias de intensificação e terapias adjuvantes. O impacto real depende da capacidade da APS de sustentar adesão, monitorar segurança e coordenar a rede para casos complexos, transformando “números de laboratório” em prevenção de eventos e redução de mortalidade (RACHED *et al.*, 2025; BRASIL, 2025; WRITING COMMITTEE *et al.*, 2022; ESC, 2025).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Dislipidemia. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Brasília DF., 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/d/dislipidemia/view>. Acesso em: 03 mar. 2026.

ESC - European Society of Cardiology. 2025 Focused Update: Dyslipidaemias. 2025. Disponível em: <https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/dyslipidaemias/>. Acesso em: 03 mar. 2026.

RACHED, F.H. *et al.* Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, p. e20250640, 2025.

WRITING COMMITTEE. *et al.* 2022 ACC Expert Consensus Decision Pathway on the Role of Nonstatin Therapies for LDL-Cholesterol Lowering in the Management of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk. Journal of the American College of Cardiology, 2022. Disponível em: <https://www.jacc.org/doi/10.1016/j.jacc.2022.07.006>. Acesso em: 03 mar. 2026.