

DISLIPIDEMIA E PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

DYSLIPIDEMIA AND CARDIOVASCULAR PREVENTION IN PRIMARY CARE

Ciências da Saúde • 30/09/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/790655639](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/790655639)

Salomão Fernandes Arraes Leite¹

Any Kelry Rodrigues Ferreira²

Jackeline Pires de Souza³

Rafael Bueno Menezes⁴

Ana Julya Matias Assunção⁵

Gabriella Corteze Vieira⁶

Thomás Liberato Dias⁷

Lucas Lourenço Borges⁸

Letícia Rodrigues Chagas⁹

Hiago Mendes Martins¹⁰

Mateus Glicério Martins¹¹

Igor Rezende Ceccarelli¹²

Lucas Bongiovani¹³

RESUMO

A dislipidemia constitui um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e permanece como um desafio na atenção primária devido à necessidade de identificação precoce, estratificação adequada do risco cardiovascular, definição de metas terapêuticas e manutenção da adesão ao tratamento. O objetivo deste estudo foi analisar as principais estratégias relacionadas ao manejo da dislipidemia e à prevenção cardiovascular na atenção primária, com ênfase na avaliação do risco cardiovascular, nas mudanças do estilo de vida, no tratamento farmacológico, nas terapias hipolipemiantes não estatínicas e no acompanhamento longitudinal dos pacientes. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, mediante buscas nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando publicações entre 5 anos, nos idiomas português e inglês. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade e das etapas de seleção, foram incluídos 12 estudos na análise final. Os resultados evidenciaram a importância da avaliação global do risco cardiovascular para orientar a intensidade das intervenções e estabelecer estratégias terapêuticas individualizadas. As mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação adequada, prática de atividade física, controle do peso e cessação do tabagismo, permanecem fundamentais na prevenção cardiovascular. Entre as intervenções farmacológicas, as estatinas constituem a principal estratégia para redução do colesterol e prevenção de eventos cardiovasculares, enquanto terapias não estatínicas podem ser utilizadas em situações específicas de intensificação ou intolerância ao tratamento. Também foram identificados desafios relacionados à prescrição adequada, adesão terapêutica, acompanhamento longitudinal e implementação das recomendações na prática clínica. Conclui-se que o manejo da dislipidemia na atenção primária

deve integrar avaliação individualizada do risco cardiovascular, intervenções no estilo de vida, tratamento farmacológico quando indicado e acompanhamento contínuo, fortalecendo a capacidade da atenção primária de atuar na prevenção dos eventos cardiovasculares.

Palavras-chave: Dislipidemia; prevenção cardiovascular; atenção primária.

ABSTRACT

Dyslipidemia is a major modifiable risk factor for the development of cardiovascular diseases and remains a challenge in primary care due to the need for early identification, appropriate cardiovascular risk stratification, the setting of therapeutic goals, and the maintenance of treatment adherence. This study aimed to analyze key strategies for dyslipidemia management and cardiovascular prevention in primary care, focusing on cardiovascular risk assessment, lifestyle changes, pharmacological treatment, non-statin lipid-lowering therapies, and longitudinal patient follow-up. An integrative literature review was conducted by searching the PubMed and Virtual Health Library (VHL) databases for publications from the last five years in Portuguese and English. Following the application of eligibility criteria and selection steps, 12 studies were included in the final analysis. The results highlighted the importance of comprehensive cardiovascular risk assessment to guide the intensity of interventions and establish individualized therapeutic strategies. Lifestyle changes—including a healthy diet, physical activity, weight control, and smoking cessation—remain fundamental to cardiovascular prevention. Regarding pharmacological interventions, statins constitute the primary strategy for lowering cholesterol and preventing cardiovascular events, while non-statin therapies may be used in specific situations requiring treatment

intensification or in cases of intolerance. Challenges related to appropriate prescribing, treatment adherence, longitudinal follow-up, and the implementation of recommendations in clinical practice were also identified. It is concluded that dyslipidemia management in primary care must integrate individualized cardiovascular risk assessment, lifestyle interventions, pharmacological treatment when indicated, and continuous follow-up, thereby strengthening the capacity of primary care to prevent cardiovascular events.

Keywords: Dyslipidemia; cardiovascular prevention; primary care.

1. INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular aterosclerótica constitui uma das principais causas de morbimortalidade em adultos, estando relacionada a um conjunto de fatores de risco modificáveis e não modificáveis que atuam de forma cumulativa ao longo da vida. Entre esses fatores, as alterações do metabolismo lipídico apresentam papel central na formação e progressão da aterosclerose, especialmente a elevação das concentrações de lipoproteína de baixa densidade (LDL-c). A exposição prolongada a níveis elevados de LDL-c favorece o acúmulo de partículas lipoproteicas na parede arterial e está associada ao desenvolvimento de doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. Dessa forma, a identificação e o tratamento adequado das dislipidemias representam componentes fundamentais das estratégias de prevenção cardiovascular, particularmente no âmbito da atenção primária à saúde (Rached *et al.*, 2025; Higashiyama *et al.*, 2024).

A abordagem da dislipidemia na atenção primária não deve ser limitada à identificação de valores elevados de colesterol, uma vez que a decisão terapêutica depende da avaliação global do risco

cardiovascular. A presença de hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, idade, histórico familiar, doença renal crônica e manifestações prévias de doença cardiovascular pode modificar substancialmente o risco individual e, conseqüentemente, a intensidade das intervenções necessárias. Nesse contexto, a avaliação sistemática do risco cardiovascular permite identificar indivíduos que podem se beneficiar de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, além de possibilitar uma abordagem preventiva antes da ocorrência de eventos cardiovasculares estabelecidos (Rached *et al.*, 2025; Bredehorst *et al.*, 2025).

A prevenção cardiovascular na atenção primária envolve, portanto, um conjunto de medidas destinadas à redução dos fatores de risco ao longo do curso de vida. Mudanças no padrão alimentar, prática regular de atividade física, controle do peso corporal, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool constituem estratégias importantes, devendo ser incorporadas ao cuidado de forma individualizada. Entretanto, embora as intervenções relacionadas ao estilo de vida sejam fundamentais, determinados indivíduos apresentam risco cardiovascular suficientemente elevado para justificar a utilização de medicamentos hipolipemiantes. As estatinas permanecem como uma das principais opções farmacológicas para redução do LDL-c e prevenção de eventos cardiovasculares, enquanto terapias adicionais podem ser consideradas de acordo com o risco, a resposta ao tratamento e a necessidade de alcançar as metas lipídicas estabelecidas pelas diretrizes (Rached *et al.*, 2025; Dugré *et al.*, 2023).

Apesar da existência de recomendações bem estabelecidas para a prevenção cardiovascular, a implementação dessas estratégias na prática clínica permanece desafiadora. Estudos realizados em

diferentes cenários de atenção primária identificam dificuldades relacionadas à avaliação adequada do risco cardiovascular, à prescrição de terapias hipolipemiantes quando indicadas, à intensificação do tratamento e à manutenção da adesão dos pacientes. Além disso, foram avaliadas características relacionadas ao risco cardiovascular e à prescrição de estatinas na atenção primária, evidenciando a relevância de analisar como as recomendações de prevenção são incorporadas ao cotidiano dos serviços de saúde (Micheletti *et al.*, 2025). Da mesma forma, outros estudos apontam que a utilização de estratégias sistemáticas de auditoria, feedback e acompanhamento pode contribuir para melhorar a adequação do tratamento hipolipemiante e o controle do risco cardiovascular na atenção primária (Rottura *et al.*, 2026).

Outro aspecto relevante diz respeito à persistência das alterações lipídicas ao longo do tempo e à necessidade de acompanhamento contínuo. A dislipidemia frequentemente apresenta caráter assintomático, fazendo com que indivíduos permaneçam expostos ao risco aterosclerótico durante anos sem manifestações clínicas evidentes. Essa característica reforça a importância da atenção primária como espaço privilegiado para identificação dos fatores de risco, avaliação periódica, orientação sobre hábitos de vida, início e acompanhamento do tratamento farmacológico e reavaliação da resposta terapêutica. A atuação contínua da equipe de saúde pode favorecer a identificação precoce de indivíduos de maior risco e reduzir oportunidades perdidas de prevenção cardiovascular (Spohn *et al.*, 2024; Bredehorst *et al.*, 2025).

A escolha e a intensidade da terapia hipolipemiante também devem considerar as características individuais do paciente, incluindo o risco cardiovascular absoluto, presença de doença aterosclerótica

estabelecida, comorbidades, possibilidade de interações medicamentosas, tolerabilidade e adesão ao tratamento. Embora as estatinas apresentem papel fundamental na prevenção cardiovascular, estudos de síntese das evidências demonstram que outras terapias hipolipemiantes podem ser utilizadas em situações específicas, especialmente quando a redução do LDL-c obtida com a terapia inicial é insuficiente ou quando existem limitações relacionadas ao uso das estatinas. Nesse cenário, a combinação entre diferentes agentes, incluindo medicamentos como a ezetimiba e outras terapias direcionadas à redução do LDL-c, amplia as possibilidades de manejo individualizado (Dugré *et al.*, 2023; Cho *et al.*, 2024).

A prevenção primária assume particular importância nesse contexto, uma vez que grande parte das intervenções cardiovasculares deve ocorrer antes do primeiro evento clínico. Entretanto, a identificação dos indivíduos que apresentam maior benefício potencial com intervenções farmacológicas exige uma avaliação equilibrada entre risco basal, benefícios esperados, possíveis efeitos adversos, preferências individuais e expectativa de vida. Essa questão torna-se ainda mais relevante em populações específicas, como os indivíduos mais idosos, nos quais a decisão sobre o início ou a manutenção de estatinas deve considerar as condições clínicas, o risco cardiovascular e os objetivos do cuidado. Assim, a prevenção cardiovascular deve ser compreendida como um processo contínuo de estratificação e tomada de decisão compartilhada, e não apenas como o tratamento isolado de uma alteração laboratorial (Nanna *et al.*, 2023; Gidding, 2024).

Ademais, a atenção primária ocupa posição estratégica na prevenção da aterosclerose por possibilitar o acompanhamento

longitudinal da população e a integração de diferentes medidas preventivas em um mesmo cuidado. A identificação de fatores de risco, a solicitação e interpretação adequada do perfil lipídico, a estimativa do risco cardiovascular, a promoção de hábitos de vida saudáveis e o acompanhamento da terapia farmacológica podem ser incorporados à rotina dos serviços. Revisão sistemática de diretrizes internacionais demonstrou ampla diversidade de recomendações relacionadas à avaliação do risco, intervenções não farmacológicas e tratamento farmacológico na prevenção primária, reforçando a importância de organizar essas estratégias de maneira aplicável ao contexto da atenção primária (Bredehorst *et al.*, 2025).

Diante desse cenário, a atualização das estratégias de manejo da dislipidemia torna-se particularmente relevante para a prática clínica, sobretudo diante da publicação da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose de 2025. A diretriz reúne recomendações relacionadas à avaliação do risco cardiovascular, diagnóstico e classificação das dislipidemias, metas terapêuticas, intervenções no estilo de vida e tratamento farmacológico, oferecendo parâmetros atuais para a prevenção da doença aterosclerótica no contexto brasileiro (Rached *et al.*, 2025). A incorporação dessas recomendações à atenção primária pode contribuir para uma abordagem mais sistemática dos fatores de risco e para o aprimoramento da prevenção cardiovascular.

Com isso, o presente estudo tem como objetivo analisar as evidências disponíveis sobre a dislipidemia e a prevenção cardiovascular na atenção primária, abordando a importância da avaliação do risco cardiovascular, das mudanças no estilo de vida e do tratamento hipolipemiante, com ênfase no uso das estatinas e de terapias complementares. Busca-se ainda discutir os principais

desafios relacionados à identificação, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com risco cardiovascular aumentado, bem como as estratégias que podem contribuir para a melhoria da qualidade da prevenção cardiovascular nos serviços de atenção primária à saúde.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e abordagem qualitativa, desenvolvida com o objetivo de reunir, analisar e sintetizar evidências científicas relacionadas à dislipidemia e à prevenção cardiovascular no contexto da atenção primária à saúde. A escolha desse método possibilita integrar resultados provenientes de diferentes desenhos de estudo, permitindo uma compreensão abrangente do tema e contemplando aspectos relacionados à identificação dos fatores de risco cardiovascular, avaliação do risco aterosclerótico, intervenções no estilo de vida, tratamento farmacológico das alterações lipídicas e estratégias destinadas à melhoria da prevenção cardiovascular nos serviços de atenção primária.

A revisão foi desenvolvida a partir da definição do tema e da questão norteadora, seguida da elaboração da estratégia de busca, identificação das publicações potencialmente relevantes, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, organização das informações e análise dos resultados. A síntese foi direcionada para evidências recentes relacionadas ao manejo das dislipidemias, à prevenção da doença cardiovascular aterosclerótica e à utilização de estratégias de avaliação e tratamento no contexto

da atenção primária. Foram considerados tanto estudos que abordaram diretamente a prática clínica quanto trabalhos destinados à síntese de evidências e à elaboração ou avaliação de recomendações para prevenção cardiovascular.

A questão norteadora estabelecida para conduzir a pesquisa foi: quais são as principais evidências relacionadas ao manejo da dislipidemia e à prevenção cardiovascular na atenção primária, considerando a avaliação do risco cardiovascular, as intervenções sobre o estilo de vida, o tratamento hipolipemiante, a utilização de estatinas e outras terapias farmacológicas e as estratégias para aprimorar o cuidado dos indivíduos em risco de doença cardiovascular aterosclerótica?

2.2. Estratégia de Busca

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionadas por sua relevância na área das ciências da saúde e pela disponibilidade de estudos nacionais e internacionais relacionados à cardiologia, prevenção cardiovascular, dislipidemias e atenção primária à saúde. A utilização dessas bases teve como finalidade ampliar a identificação de publicações relacionadas ao tema, contemplando estudos voltados tanto para a avaliação do risco cardiovascular e manejo das alterações lipídicas quanto para a efetividade das intervenções preventivas e estratégias de melhoria da assistência.

Para a realização da busca foram utilizados descritores e palavras-chave relacionados à dislipidemia, prevenção cardiovascular, aterosclerose e atenção primária. Entre os termos empregados estiveram “dyslipidemia”, “hyperlipidemia”, “lipid disorders”,

“cholesterol”, “LDL cholesterol”, “low-density lipoprotein”, “cardiovascular disease”, “cardiovascular prevention”, “atherosclerotic cardiovascular disease”, “primary prevention”, “primary care”, “primary health care”, “general practice”, “statins”, “lipid-lowering therapy”, “lipid-lowering drugs”, “ezetimibe”, “cardiovascular risk” e “risk assessment”. Também foram utilizados termos relacionados à utilização e ao acompanhamento do tratamento, incluindo “statin use”, “statin prescription”, “treatment adherence”, “treatment intensification”, “lipid management” e “quality improvement”.

Os descritores foram combinados utilizando os operadores booleanos AND e OR, de acordo com a necessidade de ampliar ou restringir os resultados encontrados. Entre as combinações utilizadas estiveram “dyslipidemia AND primary care”, “dyslipidemia AND cardiovascular prevention”, “dyslipidemia AND primary prevention”, “dyslipidemia AND cardiovascular risk”, “LDL cholesterol AND primary prevention”, “statins AND primary care”, “statin therapy AND cardiovascular prevention”, “lipid-lowering therapy AND primary care”, “cardiovascular risk assessment AND primary care” e “atherosclerotic cardiovascular disease AND primary prevention”.

Também foram realizadas buscas direcionadas às estratégias terapêuticas e à implementação das recomendações na prática clínica, considerando a importância do tratamento farmacológico na redução do risco cardiovascular. Dessa forma, foram contemplados estudos sobre estatinas, terapias hipolipemiantes adicionais, combinações farmacológicas, adesão ao tratamento, prescrição de estatinas, intensificação terapêutica e estratégias de auditoria e feedback. Essa abordagem permitiu analisar a prevenção cardiovascular tanto sob a perspectiva clínica quanto sob a

perspectiva da organização e qualidade da assistência prestada na atenção primária.

2.3. Período e Critérios de Seleção

Foram priorizados artigos publicados em um período de 5 anos, com o objetivo de reunir evidências contemporâneas sobre o manejo da dislipidemia e a prevenção cardiovascular na atenção primária. A delimitação temporal buscou contemplar a evolução recente das recomendações relacionadas à estratificação do risco cardiovascular, às metas terapêuticas, às intervenções farmacológicas e não farmacológicas e às estratégias de organização do cuidado. Também foram considerados estudos mais recentes que sintetizaram evidências provenientes de períodos anteriores, especialmente revisões sistemáticas, revisões abrangentes e documentos relacionados à atualização de recomendações clínicas.

Foram considerados elegíveis artigos científicos publicados em português ou inglês, encontrados nas bases PubMed e/ou BVS, que apresentassem relação direta com a questão norteadora. Foram incluídos estudos envolvendo adultos em prevenção cardiovascular, indivíduos com dislipidemia ou alterações do perfil lipídico, pacientes com fatores de risco cardiovascular e populações acompanhadas em serviços de atenção primária. Também foram considerados estudos que abordassem a avaliação do risco cardiovascular, prevenção da doença aterosclerótica, tratamento hipolipemiante, utilização de estatinas e outras estratégias farmacológicas ou não farmacológicas.

Também foram considerados trabalhos que analisassem diferentes estratégias de prevenção cardiovascular, incluindo intervenções

destinadas à redução do LDL-c, mudanças no estilo de vida, avaliação e estratificação do risco, utilização de medicamentos hipolipemiantes, adesão ao tratamento e acompanhamento longitudinal. Estudos relacionados à prevenção primária receberam atenção especial, considerando a relevância da identificação e intervenção sobre os fatores de risco antes da ocorrência de eventos cardiovasculares. Também foram contemplados trabalhos que discutissem populações específicas, como indivíduos idosos, nos quais a indicação e manutenção do tratamento hipolipemiante podem exigir consideração individualizada dos riscos e benefícios.

Quanto ao desenho metodológico, foram priorizadas revisões sistemáticas, metanálises, revisões de literatura, estudos observacionais e estudos voltados à avaliação da prática clínica na atenção primária. Também foram considerados trabalhos relacionados à implementação de estratégias de melhoria da qualidade da assistência e à avaliação da prescrição e utilização de terapias hipolipemiantes. Revisões sistemáticas e estudos de síntese receberam especial atenção por permitirem a integração de evidências provenientes de diferentes populações e contextos, especialmente na avaliação da eficácia das intervenções destinadas à prevenção cardiovascular.

Foram excluídas publicações que não apresentassem relação direta com a questão norteadora, estudos realizados exclusivamente com populações pediátricas quando não apresentassem contribuição específica para a prevenção cardiovascular ao longo da vida, trabalhos voltados exclusivamente para doenças cardiovasculares sem relação com dislipidemia ou prevenção, além de estudos que não apresentassem informações relevantes sobre avaliação de risco, intervenções preventivas ou tratamento das alterações lipídicas.

Também foram excluídos editoriais, cartas ao editor, comentários, notícias e publicações sem características metodológicas compatíveis com os objetivos da revisão. Estudos duplicados encontrados nas diferentes bases foram considerados uma única vez.

2.4. Seleção e Análise dos Estudos

A seleção dos estudos ocorreu inicialmente por meio da identificação das publicações recuperadas nas bases PubMed e BVS. Após a busca, foram avaliados os títulos e resumos dos trabalhos potencialmente relacionados ao tema, considerando sua pertinência em relação à questão norteadora. Os estudos considerados elegíveis foram posteriormente analisados de maneira mais detalhada, levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos e a disponibilidade de informações relevantes para a síntese proposta.

Durante a seleção, foram observadas características como população estudada, faixa etária, presença de dislipidemia ou outros fatores de risco cardiovascular, contexto de atendimento, classificação do risco cardiovascular, intervenção avaliada, tratamento farmacológico utilizado, desfechos cardiovasculares e principais resultados. Também foram consideradas as características metodológicas dos estudos, as medidas de associação ou efeito apresentadas e as limitações descritas pelos próprios autores.

A análise procurou diferenciar os estudos direcionados à avaliação dos fatores de risco cardiovascular daqueles que avaliaram especificamente estratégias de prevenção e tratamento da dislipidemia. Entre os primeiros, foram considerados fatores como

idade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, obesidade, doença renal crônica, histórico familiar e outras condições associadas ao desenvolvimento da doença aterosclerótica. Entre os estudos terapêuticos, foram analisadas intervenções relacionadas à mudança do estilo de vida, estatinas, ezetimiba e outras terapias hipolipemiantes, além de estratégias de combinação e intensificação do tratamento.

Após a seleção, as informações dos estudos foram organizadas considerando autor, ano de publicação, desenho metodológico, população investigada, contexto assistencial, estratégia preventiva ou terapêutica analisada e principais resultados. Quando disponíveis, também foram consideradas medidas quantitativas, como redução do LDL-c, risco relativo, odds ratio, hazard ratio, redução de eventos cardiovasculares e outras estimativas de efeito. Nos estudos relacionados à prática clínica, também foram considerados indicadores como frequência de prescrição de estatinas, adequação do tratamento ao risco cardiovascular, alcance das metas lipídicas e medidas relacionadas à adesão e ao acompanhamento dos pacientes.

Os estudos foram posteriormente agrupados de acordo com os principais eixos temáticos identificados. O primeiro eixo compreendeu a relação entre dislipidemia, LDL-c e desenvolvimento da doença cardiovascular aterosclerótica. O segundo concentrou-se na avaliação e estratificação do risco cardiovascular no contexto da prevenção primária. O terceiro abordou as intervenções não farmacológicas, incluindo alimentação, atividade física, controle do peso corporal e cessação do tabagismo. O quarto contemplou o tratamento farmacológico, com ênfase nas estatinas e nas terapias hipolipemiantes adicionais. O quinto eixo

compreendeu a utilização de estratégias combinadas e a intensificação terapêutica em indivíduos que não atingem a resposta esperada ao tratamento inicial. Por fim, foram analisados estudos relacionados à prescrição, adesão, acompanhamento e implementação das recomendações na atenção primária.

A síntese dos resultados foi realizada de forma qualitativa e descritiva, não sendo conduzida uma nova metanálise. Essa escolha esteve relacionada à heterogeneidade existente entre os estudos selecionados, que apresentaram diferenças quanto às populações investigadas, características clínicas, níveis de risco cardiovascular, intervenções avaliadas, critérios para indicação de tratamento, medicamentos utilizados, desfechos analisados e períodos de acompanhamento. Dessa forma, os resultados foram analisados individualmente e posteriormente integrados de acordo com os temas identificados.

A discussão dos achados foi estruturada de maneira a relacionar a presença de dislipidemia e outros fatores de risco cardiovascular com as estratégias disponíveis para prevenção da doença aterosclerótica na atenção primária. Foram considerados, ainda, os benefícios e limitações das intervenções relacionadas ao estilo de vida, o papel das estatinas e de outras terapias hipolipemiantes, a importância da avaliação individualizada do risco cardiovascular e os desafios relacionados à adesão, prescrição e intensificação do tratamento. Essa organização permitiu abordar a prevenção cardiovascular como um processo contínuo, que envolve identificação dos fatores de risco, estratificação do risco, intervenção precoce, acompanhamento longitudinal e reavaliação periódica da resposta terapêutica.

3. RESULTADOS

A busca e a seleção dos estudos permitiram reunir 12 publicações diretamente relacionadas à dislipidemia e à prevenção cardiovascular no contexto da atenção primária à saúde. Os estudos selecionados foram publicados entre 2023 e 2026 e apresentaram diferentes desenhos metodológicos, com predominância de revisões sistemáticas, revisões de literatura e estudos observacionais, além de trabalhos voltados à avaliação da prescrição de estatinas, utilização de terapias hipolipemiantes, estratificação do risco cardiovascular e implementação de estratégias de melhoria da assistência. Embora apresentassem diferenças quanto às populações investigadas, contextos assistenciais e intervenções avaliadas, os estudos convergiram para a importância da identificação precoce dos fatores de risco, da avaliação global do risco cardiovascular e da utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para prevenção da doença cardiovascular aterosclerótica.

A Tabela 1 apresenta as principais características dos estudos incluídos, considerando autoria e ano de publicação, desenho metodológico, objetivo principal e principais achados.

Tabela 1. Características dos estudos incluídos na revisão de literatura

Autor/Ano	Tipo de estudo	Objetivo principal	Principais achados
Rottura <i>et al.</i> (2026)	Estudo de auditoria e feedback em atenção primária	Avaliar uma estratégia destinada a melhorar o tratamento hipolipemiante	A implementação de estratégias sistemáticas de auditoria e feedback esteve relacionada à melhoria de aspectos do manejo lipídico e da

		e o manejo do risco cardiovascular na atenção primária.	gestão do risco cardiovascular, destacando a importância de intervenções organizacionais para aprimorar a qualidade da assistência.
Rached <i>et al.</i> (2025)	Diretriz clínica baseada em evidências	Atualizar as recomendações brasileiras para o diagnóstico e tratamento das dislipidemias e prevenção da aterosclerose.	A diretriz atualiza recomendações relacionadas à avaliação do risco cardiovascular, metas terapêuticas, mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico, com destaque para a redução do LDL-c como componente central da prevenção da doença aterosclerótica.
Micheletti <i>et al.</i> (2025)	Estudo observacional	Avaliar o risco cardiovascular e a prescrição de estatinas na atenção primária.	Foram identificadas diferenças entre o risco cardiovascular dos pacientes e a utilização de estatinas, evidenciando a importância da avaliação sistemática do risco e da adequação da prescrição ao perfil individual dos pacientes.

Bredehorst <i>et al.</i> (2025)	Revisão sistemática de diretrizes	Comparar recomendações para prevenção primária da doença cardiovascular aterosclerótica na atenção primária.	As diretrizes analisadas apresentaram recomendações relacionadas à avaliação do risco, estilo de vida e tratamento farmacológico. Foram observadas diferenças entre documentos quanto a critérios e estratégias de prevenção, reforçando a necessidade de individualização da abordagem.
Spohn <i>et al.</i> (2024)	Estudo observacional	Avaliar a prevalência e o manejo da dislipidemia em serviços de atenção primária.	A dislipidemia apresentou elevada frequência entre os pacientes atendidos na atenção primária, enquanto o manejo clínico mostrou oportunidades para aprimoramento da identificação, tratamento e acompanhamento dos indivíduos afetados.
Higashiyama <i>et al.</i> (2024)	Revisão de literatura	Revisar estratégias relacionadas à prevenção primária das doenças cardiovasculares .	A prevenção cardiovascular envolve abordagem multifatorial, com controle dos fatores de risco, mudanças no estilo de vida e utilização adequada de intervenções farmacológicas conforme o risco individual.

Gidding (2024)	Revisão/opinião científica	Discutir lacunas de conhecimento relacionadas à prevenção primária da doença aterosclerótica.	Foram destacadas questões ainda não completamente esclarecidas na prevenção primária, incluindo identificação dos indivíduos que apresentam maior benefício com intervenções preventivas e necessidade de aprimoramento das estratégias de avaliação do risco ao longo da vida.
Cho <i>et al.</i> (2024)	Revisão clínica	Discutir novas estratégias de combinação de terapias hipolipemiantes na prevenção primária.	A combinação de diferentes terapias hipolipemiantes pode ampliar a capacidade de redução do LDL-c em situações selecionadas, especialmente quando a resposta à terapia inicial não é suficiente para atingir os objetivos terapêuticos.
Kolber <i>et al.</i> (2023)	Diretriz simplificada baseada em evidências	Atualizar recomendações para prevenção e manejo da doença cardiovascular na atenção primária.	A abordagem simplificada enfatiza a avaliação do risco cardiovascular, mudanças de estilo de vida e utilização de terapias hipolipemiantes conforme o risco e as características individuais, buscando facilitar a aplicação das recomendações na atenção primária.

Dugré <i>et al.</i> (2023)	Revisão guarda-chuva de revisões sistemáticas	Avaliar as evidências sobre terapias hipolipemiantes para prevenção e manejo da doença cardiovascular na atenção primária.	As terapias hipolipemiantes, especialmente as estatinas, apresentam papel importante na redução do risco cardiovascular. Outras terapias podem ser utilizadas em situações específicas, considerando resposta, risco e tolerabilidade.
Machline-Carrion <i>et al.</i> (2023)	Estudo transversal	Avaliar a utilização de estatinas em uma estratégia digital de saúde aplicada em população acompanhada na atenção primária.	A utilização de uma estratégia digital em larga escala demonstrou potencial para identificar e acompanhar indivíduos em uso ou com indicação de tratamento com estatinas, contribuindo para estratégias populacionais de prevenção cardiovascular.
Nanna <i>et al.</i> (2023)	Revisão de literatura	Avaliar o papel das estatinas na prevenção primária em indivíduos idosos.	O uso de estatinas na população idosa deve considerar o risco cardiovascular individual, condições clínicas, expectativa de vida, potenciais benefícios e riscos, reforçando a importância da decisão individualizada.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A análise dos estudos incluídos demonstrou que a prevenção cardiovascular na atenção primária depende de uma abordagem multifatorial, na qual a dislipidemia representa um dos principais componentes modificáveis do risco aterosclerótico. Os trabalhos avaliados destacaram a importância do LDL-c, da avaliação global do risco cardiovascular e da identificação de indivíduos que podem se beneficiar de intervenções preventivas. Além disso, os estudos relacionados à prática clínica evidenciaram que a existência de recomendações não garante, isoladamente, sua incorporação adequada à rotina dos serviços, sendo necessárias estratégias de acompanhamento, educação e organização do cuidado

A Tabela 2 sintetiza os principais resultados encontrados nos estudos selecionados, organizando-os de acordo com os principais eixos relacionados à dislipidemia e à prevenção cardiovascular na atenção primária.

Tabela 2. Principais achados relacionados à dislipidemia e à prevenção cardiovascular na atenção primária

Aspecto	Atualizações encontradas na literatura	Principais referências
LDL-c	A redução do LDL-c constitui um dos principais alvos do tratamento da dislipidemia e da prevenção da doença cardiovascular aterosclerótica.	Rached <i>et al.</i> (2025); Dugré <i>et al.</i> (2023)
Avaliação do risco cardiovascular	A decisão terapêutica deve considerar o risco cardiovascular global, e não apenas o valor isolado do colesterol.	Rached <i>et al.</i> (2025); Bredehorst <i>et al.</i> (2025)

Prevenção primária	A identificação e intervenção sobre fatores de risco antes da ocorrência de eventos cardiovasculares constituem componentes fundamentais da prevenção.	Bredehorst <i>et al.</i> (2025); Higashiyama <i>et al.</i> (2024)
Estilo de vida	Alimentação adequada, atividade física, controle do peso e cessação do tabagismo permanecem componentes essenciais da prevenção cardiovascular.	Rached <i>et al.</i> (2025); Higashiyama <i>et al.</i> (2024)
Estatinas	As estatinas apresentam papel central na redução do LDL-c e na prevenção de eventos cardiovasculares em indivíduos selecionados de acordo com seu risco.	Rached <i>et al.</i> (2025); Dugré <i>et al.</i> (2023)
Prescrição de estatinas	Estudos de atenção primária demonstram que a avaliação do risco e a prescrição de estatinas podem apresentar oportunidades de aprimoramento na prática clínica.	Micheletti <i>et al.</i> (2025); Machline-Carrion <i>et al.</i> (2023)
Terapias combinadas	A associação de terapias hipolipemiantes pode ser considerada quando a resposta ao tratamento inicial não é suficiente para alcançar os objetivos terapêuticos.	Cho <i>et al.</i> (2024); Dugré <i>et al.</i> (2023)
Ezetimiba e outras terapias	Medicamentos adicionais às estatinas podem ampliar a redução do LDL-c em situações específicas, de acordo com o risco e a resposta ao tratamento.	Dugré <i>et al.</i> (2023); Rached <i>et al.</i> (2025)
Adesão ao tratamento	A efetividade da prevenção depende não apenas da prescrição, mas também da utilização adequada e da continuidade do tratamento ao longo do tempo.	Dugré <i>et al.</i> (2023); Spohn <i>et al.</i> (2024)

Acompanham ento na atenção primária	O acompanhamento longitudinal permite reavaliar o risco, resposta terapêutica, adesão e necessidade de intensificação do tratamento.	Rached <i>et al.</i> (2025); Bredehorst <i>et al.</i> (2025)
Idosos	A indicação de estatinas para prevenção primária em idosos deve considerar individualmente risco cardiovascular, condições clínicas, expectativa de vida e potenciais benefícios e riscos.	Nanna <i>et al.</i> (2023)
Estratégias digitais	Estratégias digitais de saúde podem auxiliar na identificação, acompanhamento e manejo de indivíduos elegíveis para tratamento hipolipemiante.	Machline- Carrion <i>et al.</i> (2023)
Auditoria e feedback	Estratégias estruturadas de auditoria e feedback podem contribuir para melhorar a qualidade da prescrição e do manejo do risco cardiovascular na atenção primária.	Rottura <i>et al.</i> (2026)
Diretrizes clínicas	Recomendações internacionais apresentam pontos de convergência, mas também diferenças relacionadas à estratificação de risco e indicação terapêutica.	Bredehorst <i>et al.</i> (2025); Kolber <i>et al.</i> (2023)
Lacunas na prevenção	Persistem questões relacionadas à identificação dos indivíduos que apresentam maior benefício com determinadas intervenções e à implementação das estratégias preventivas na prática clínica.	Gidding (2024)

Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

A análise temática dos resultados evidenciou quatro grandes grupos de achados. O primeiro esteve relacionado à identificação e

estratificação do risco cardiovascular, com destaque para a avaliação conjunta da dislipidemia e de outros fatores de risco. O segundo envolveu as intervenções não farmacológicas, principalmente mudanças no padrão alimentar, prática de atividade física, controle do peso corporal e cessação do tabagismo. O terceiro concentrou-se no tratamento farmacológico, com destaque para as estatinas e para a possibilidade de associação com outras terapias hipolipemiantes. O quarto grupo compreendeu os aspectos relacionados à implementação das recomendações na atenção primária, incluindo prescrição, adesão, acompanhamento, estratégias digitais e auditoria da prática clínica.

Entre os fatores relacionados ao risco cardiovascular, o LDL-c ocupou posição central nos estudos analisados. A redução desse parâmetro foi identificada como um dos principais objetivos do tratamento da dislipidemia, especialmente em indivíduos com maior risco de desenvolvimento de doença cardiovascular aterosclerótica. Os resultados também demonstraram que a interpretação do perfil lipídico não deve ocorrer de forma isolada, uma vez que a presença simultânea de outros fatores de risco pode modificar a necessidade e a intensidade das intervenções preventivas.

Os estudos direcionados à prevenção primária demonstraram ainda que a identificação dos fatores de risco deve ocorrer antes da instalação de manifestações clínicas da doença aterosclerótica. A atenção primária apresenta papel relevante nesse processo por possibilitar o acompanhamento longitudinal dos indivíduos, permitindo identificar alterações lipídicas e outros fatores de risco, estabelecer medidas preventivas e acompanhar a resposta às intervenções ao longo do tempo. A avaliação periódica também

possibilita modificar a estratégia terapêutica quando o risco cardiovascular ou a resposta ao tratamento se altera.

As intervenções relacionadas ao estilo de vida permaneceram presentes nos diferentes estudos avaliados. Alimentação adequada, prática regular de atividade física, controle do peso corporal e cessação do tabagismo constituem medidas importantes para redução global do risco cardiovascular. A abordagem dessas medidas deve fazer parte do acompanhamento contínuo, considerando as características individuais e as possibilidades de adesão de cada paciente. Nos indivíduos que apresentam indicação de tratamento farmacológico, as mudanças comportamentais devem permanecer como parte integrante do cuidado.

Em relação ao tratamento farmacológico, as estatinas constituíram a principal estratégia analisada entre os estudos selecionados. Os resultados demonstraram a importância dessas terapias na redução do LDL-c e na prevenção cardiovascular em indivíduos selecionados de acordo com seu risco. A intensidade do tratamento deve estar relacionada às características clínicas e ao objetivo terapêutico estabelecido, sendo necessário acompanhamento periódico para avaliar resposta, adesão e necessidade de ajustes.

Os estudos sobre terapias adicionais demonstraram que a utilização de mais de um agente hipolipemiante pode ampliar a capacidade de redução do LDL-c em determinadas situações. A associação entre diferentes classes pode ser utilizada quando a resposta obtida com a terapia inicial não é suficiente ou quando as características clínicas do paciente justificam maior intensidade de redução lipídica. A escolha da estratégia deve considerar o risco cardiovascular, a

resposta individual, a tolerabilidade, a adesão e a disponibilidade dos tratamentos.

Outro aspecto identificado foi a necessidade de melhorar a implementação das recomendações na prática cotidiana. Os estudos realizados em serviços de atenção primária demonstraram que a existência de recomendações clínicas não garante necessariamente que todos os pacientes elegíveis sejam identificados ou recebam tratamento compatível com seu risco. Dessa forma, a organização do cuidado, o acompanhamento sistemático e a utilização de ferramentas que auxiliem os profissionais podem contribuir para reduzir lacunas na prevenção cardiovascular.

As estratégias digitais também foram identificadas como possibilidades para aprimorar o acompanhamento dos pacientes. Recursos capazes de reunir informações clínicas, identificar indivíduos com fatores de risco e auxiliar no monitoramento da utilização de medicamentos podem favorecer a implementação de estratégias populacionais de prevenção. Essas ferramentas podem ser particularmente úteis em serviços que acompanham grande número de indivíduos e necessitam identificar pacientes que demandam avaliação ou intervenção.

As estratégias de auditoria e feedback constituíram outra abordagem identificada nos estudos. A avaliação sistemática da prática clínica permite identificar diferenças entre as recomendações estabelecidas e o cuidado efetivamente oferecido. A utilização dessas informações pode auxiliar na definição de intervenções direcionadas aos profissionais e aos serviços,

contribuindo para o aprimoramento dos processos relacionados à avaliação do risco, prescrição e acompanhamento do tratamento.

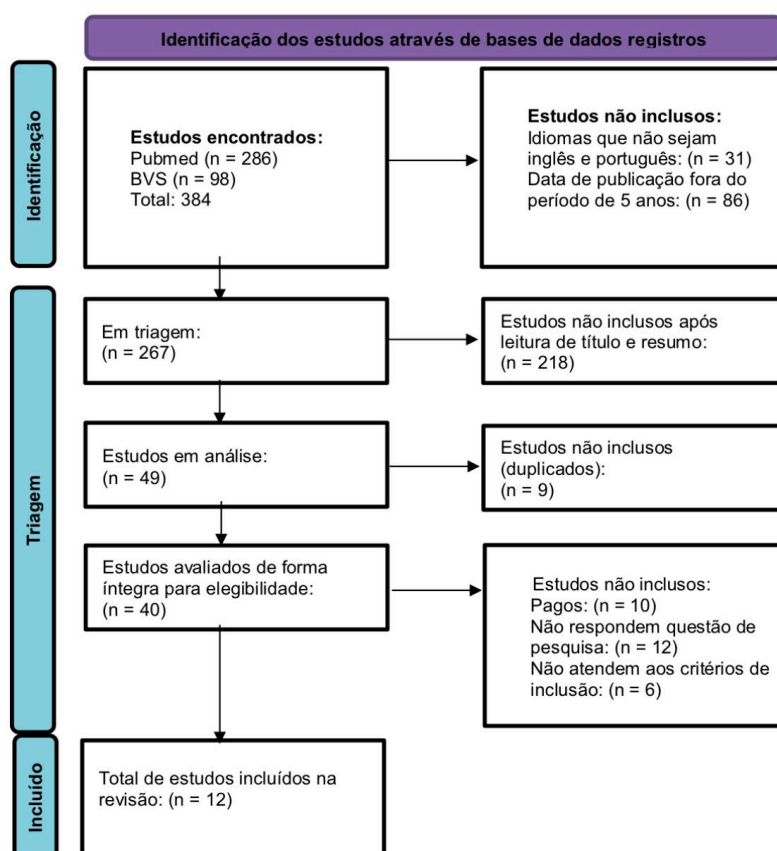
A população idosa apresentou características específicas nos estudos avaliados. A prevenção primária nessa população exige consideração individualizada de fatores como risco cardiovascular, condições clínicas concomitantes, expectativa de vida, potenciais benefícios, possíveis efeitos adversos e objetivos do cuidado. Dessa forma, a decisão terapêutica deve considerar o conjunto das características clínicas e não apenas a idade cronológica.

As diferentes recomendações analisadas apresentaram pontos de convergência e diferenças em relação às estratégias de prevenção. De maneira geral, os documentos reconhecem a importância da avaliação do risco cardiovascular, das intervenções sobre o estilo de vida e do tratamento farmacológico em indivíduos selecionados. Entretanto, existem diferenças entre recomendações quanto aos critérios utilizados para definição do risco, indicação de tratamento, intensidade das intervenções e objetivos terapêuticos, tornando importante considerar o contexto clínico e as recomendações específicas aplicáveis à população atendida.

De maneira geral, os 12 estudos analisados apontaram que o manejo da dislipidemia na atenção primária deve ser integrado à prevenção cardiovascular global. A identificação do LDL-c elevado constitui apenas uma das etapas do cuidado, sendo necessária a avaliação do risco cardiovascular, a implementação de medidas relacionadas ao estilo de vida, a indicação adequada de tratamento farmacológico e o acompanhamento longitudinal. Os estudos também demonstraram oportunidades de aprimoramento na prescrição, adesão, intensificação terapêutica e organização dos serviços,

tornando necessárias estratégias que aproximem as recomendações baseadas em evidências da prática cotidiana.

Figura 1. Fluxograma do processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos selecionados para a revisão de literatura, adaptado das recomendações PRISMA



Fonte: Elaborado pelos autores, 2026.

Após a aplicação das etapas de identificação, triagem e avaliação de elegibilidade, foram selecionados 12 estudos para compor a presente revisão. As publicações incluídas apresentaram diferentes abordagens metodológicas e permitiram reunir evidências sobre a avaliação do risco cardiovascular, a importância da redução do LDL-c, as intervenções relacionadas ao estilo de vida, o tratamento com estatinas e outras terapias hipolipemiantes, além de estratégias destinadas ao aprimoramento da assistência na atenção primária. Esses estudos constituíram a base para a análise dos principais

aspectos relacionados ao manejo da dislipidemia e à prevenção cardiovascular, que serão aprofundados na discussão.

4. DISCUSSÃO

4.1. Dislipidemia Como Fator de Risco Cardiovascular e Importância da Avaliação na Atenção Primária

A dislipidemia constitui um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da doença cardiovascular aterosclerótica e apresenta particular relevância no contexto da atenção primária, onde ocorre grande parte da identificação, estratificação e acompanhamento dos indivíduos em risco. Os estudos analisados demonstram que a abordagem da alteração lipídica não deve se limitar à identificação de valores elevados de colesterol, mas estar inserida em uma avaliação global do risco cardiovascular. Nesse contexto, idade, hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, histórico familiar, presença de doença cardiovascular e demais fatores associados devem ser considerados conjuntamente para definir a intensidade das medidas preventivas e farmacológicas. A diretriz brasileira publicada em 2025 reforça essa perspectiva ao estabelecer estratégias de avaliação do risco e de redução do colesterol aterogênico de acordo com o perfil clínico individual, enquanto revisões direcionadas à atenção primária destacam a importância de uma abordagem integrada dos diferentes fatores de risco (Rached *et al.*, 2025; Bredehorst *et al.*, 2025; Higashiyama *et al.*, 2024).

A avaliação do risco cardiovascular apresenta importância ainda maior porque a concentração de LDL-colesterol, embora seja um dos principais parâmetros utilizados na tomada de decisão

terapêutica, não deve ser interpretada de maneira isolada. Indivíduos com valores lipídicos semelhantes podem apresentar riscos cardiovasculares diferentes em razão da presença de outras condições clínicas, fazendo com que a necessidade de tratamento e a intensidade da intervenção sejam distintas. Nesse sentido, a estratificação de risco permite direcionar os esforços preventivos para aqueles que apresentam maior probabilidade de desenvolver eventos cardiovasculares ao longo do tempo. Micheletti *et al.* (2025), ao analisarem a relação entre risco cardiovascular e prescrição de estatinas na atenção primária, evidenciaram a importância de considerar o perfil global de risco na prática assistencial. De forma semelhante, Bredehorst *et al.* (2025) destacaram que as recomendações de prevenção cardiovascular na atenção primária são estruturadas a partir da combinação de fatores de risco, evitando que uma única variável laboratorial determine isoladamente a conduta.

Outro aspecto relevante é que a identificação da dislipidemia na atenção primária oferece uma oportunidade para intervenção antes do aparecimento de manifestações clínicas da doença aterosclerótica. A prevenção cardiovascular depende da identificação precoce dos indivíduos em risco e da adoção de medidas capazes de reduzir a exposição cumulativa aos níveis elevados de colesterol aterogênico. A intervenção nesse momento pode envolver mudanças no padrão alimentar, prática regular de atividade física, controle do peso, interrupção do tabagismo e tratamento farmacológico quando indicado. A literatura analisada também demonstra que a prevenção primária exige acompanhamento longitudinal, uma vez que o risco cardiovascular pode se modificar ao longo da vida conforme surgem novos fatores de risco ou ocorre progressão das alterações metabólicas. Dessa

forma, a atenção primária ocupa posição estratégica não apenas para diagnosticar a dislipidemia, mas para acompanhar continuamente o risco cardiovascular e ajustar as estratégias preventivas de acordo com sua evolução (Higashiyama *et al.*, 2024; Kolber *et al.*, 2023; Gidding, 2024).

Apesar da importância dessa abordagem, a identificação do risco e o tratamento adequado da dislipidemia ainda apresentam dificuldades na prática cotidiana. Spohn *et al.* (2024), ao avaliarem a prevalência e o manejo da dislipidemia em serviços de atenção primária, demonstraram a relevância do problema no cenário assistencial e as dificuldades relacionadas ao seu adequado controle. No contexto brasileiro, Micheletti *et al.* (2025) também identificaram diferenças entre o risco cardiovascular dos pacientes e a utilização de estatinas, indicando que a presença de uma indicação clínica nem sempre resulta em tratamento proporcional ao risco. Esses achados demonstram que o desafio da prevenção cardiovascular não está apenas na disponibilidade de terapias eficazes, mas também na capacidade do sistema de saúde de identificar os pacientes que se beneficiam dessas intervenções, iniciar o tratamento no momento adequado e garantir acompanhamento contínuo. Assim, a avaliação sistemática do risco cardiovascular deve fazer parte da rotina da atenção primária, permitindo que a abordagem da dislipidemia seja individualizada e integrada às demais estratégias de prevenção.

4.2. Avaliação do Risco Cardiovascular e Definição das Metas Terapêuticas

A definição da intensidade do tratamento da dislipidemia depende diretamente da avaliação do risco cardiovascular individual. Os

estudos analisados apontam que a utilização de uma estratégia baseada exclusivamente na concentração de colesterol pode resultar em decisões inadequadas, principalmente porque o benefício esperado da intervenção farmacológica varia conforme o risco basal do paciente. Na prevenção primária, essa avaliação permite diferenciar indivíduos com baixo risco daqueles que apresentam maior probabilidade de desenvolver eventos cardiovasculares e, conseqüentemente, podem necessitar de intervenções mais intensivas. A Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose de 2025 reforça a necessidade de estratificação individualizada, estabelecendo diferentes objetivos terapêuticos conforme o risco cardiovascular e a presença de condições que aumentam a probabilidade de doença aterosclerótica (Rached *et al.*, 2025; Bredehorst *et al.*, 2025).

O LDL-colesterol permanece como um dos principais parâmetros utilizados para orientar a intervenção terapêutica, uma vez que sua redução está diretamente relacionada à diminuição do risco de eventos cardiovasculares ateroscleróticos. Entretanto, outros marcadores podem contribuir para uma avaliação mais completa em situações específicas, especialmente quando existe discordância entre o LDL-colesterol e o risco clínico apresentado pelo paciente. Colesterol não HDL e apolipoproteína B, por exemplo, podem fornecer informações adicionais sobre a quantidade de partículas aterogênicas circulantes. Essa perspectiva é importante na atenção primária porque determinados pacientes podem apresentar alterações metabólicas que tornam a avaliação baseada exclusivamente no LDL menos representativa de sua carga aterogênica. A abordagem contemporânea, portanto, procura estabelecer metas e intensidade terapêutica considerando o conjunto de informações clínicas e laboratoriais disponíveis, em vez

de interpretar um único marcador de forma isolada (Rached *et al.*, 2025; Higashiyama *et al.*, 2024).

A estratificação do risco também apresenta desafios em grupos nos quais as evidências disponíveis são menos uniformes. A população idosa, por exemplo, apresenta elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular, mas a decisão sobre o início ou intensificação de estatinas na prevenção primária precisa considerar características individuais, expectativa de benefício, comorbidades, polifarmácia e preferências do paciente. Nanna *et al.* (2023) destacaram que a utilização de estatinas em idosos na prevenção primária permanece uma área que exige individualização, especialmente porque a representação dessa população nos estudos clínicos nem sempre permite extrapolar os resultados de maneira uniforme para todos os pacientes. Gidding (2024) também apontou a existência de lacunas no conhecimento relacionadas à prevenção primária, demonstrando que a avaliação do risco cardiovascular deve ser interpretada dentro das características específicas de cada grupo populacional, evitando decisões baseadas exclusivamente em um valor laboratorial ou em um limiar rígido.

Além da avaliação inicial, o acompanhamento longitudinal é fundamental para verificar a resposta às intervenções e reavaliar a necessidade de intensificação do tratamento. A persistência de níveis elevados de colesterol apesar das medidas adotadas pode indicar a necessidade de reforçar as intervenções relacionadas ao estilo de vida, investigar adesão ao tratamento e, quando apropriado, modificar ou associar terapias hipolipemiantes. Kolber *et al.* (2023) ressaltaram a importância de estratégias simplificadas e aplicáveis à atenção primária para facilitar a prevenção cardiovascular, enquanto Rottura *et al.* (2026) demonstraram o

potencial de estratégias de auditoria e feedback para identificar oportunidades de melhoria no manejo dos lipídios e do risco cardiovascular. Dessa forma, a avaliação do risco não deve ser entendida como uma etapa única realizada no momento do diagnóstico, mas como um processo contínuo, no qual os dados clínicos e laboratoriais são utilizados para acompanhar a evolução do paciente e adequar progressivamente a estratégia preventiva.

4.3. Mudanças no Estilo de Vida e Intervenções Não Farmacológicas na Prevenção Cardiovascular

As mudanças no estilo de vida constituem uma das principais estratégias para a prevenção cardiovascular e devem ser incorporadas ao manejo da dislipidemia independentemente da necessidade de tratamento farmacológico. Os estudos analisados destacam a importância de uma abordagem que envolva alimentação adequada, prática regular de atividade física, controle do peso corporal, redução do consumo de álcool quando excessivo e abandono do tabagismo. Essas medidas atuam não apenas sobre as concentrações de colesterol, mas também sobre hipertensão arterial, resistência à insulina, obesidade e outros fatores que contribuem para o risco cardiovascular global. Dessa forma, a intervenção sobre o estilo de vida deve ser compreendida como parte permanente do cuidado, e não apenas como uma etapa temporária antes do início das estatinas (Rached *et al.*, 2025; Bredehorst *et al.*, 2025; Higashiyama *et al.*, 2024).

A alimentação apresenta papel particularmente relevante nesse contexto, uma vez que a qualidade da dieta influencia diferentes componentes do perfil metabólico e cardiovascular. A redução da ingestão de gorduras saturadas e de alimentos ultraprocessados,

associada ao maior consumo de fibras, vegetais, frutas, leguminosas e outras fontes alimentares de nutrientes cardioprotetores, pode contribuir para uma melhora do perfil lipídico e do risco cardiovascular. Entretanto, a orientação nutricional na atenção primária precisa considerar as condições socioeconômicas, os hábitos culturais e a disponibilidade dos alimentos, pois recomendações excessivamente genéricas ou pouco adaptadas à realidade do paciente podem apresentar baixa adesão. Bredehorst *et al.* (2025), ao analisarem recomendações de diferentes diretrizes para prevenção primária, identificaram a presença consistente de medidas relacionadas à alimentação saudável e à atividade física, enquanto Higashiyama *et al.* (2024) reforçaram que a prevenção cardiovascular deve contemplar simultaneamente os principais fatores de risco modificáveis.

A atividade física também apresenta importância que ultrapassa a redução do colesterol. A prática regular de exercícios contribui para o controle do peso, melhora da capacidade cardiorrespiratória, sensibilidade à insulina e controle da pressão arterial, além de produzir benefícios cardiovasculares que não são necessariamente refletidos apenas pelas alterações no lipidograma. Por esse motivo, sua indicação deve fazer parte do plano terapêutico mesmo quando o paciente necessita de tratamento hipolipemiante. Kolber *et al.* (2023) ressaltaram a importância de intervenções relacionadas ao estilo de vida dentro da prevenção cardiovascular na atenção primária, enquanto Dugré *et al.* (2023), ao reunirem evidências sobre terapias destinadas à prevenção e ao manejo cardiovascular, reforçaram que o tratamento farmacológico deve estar inserido em uma estratégia mais ampla de redução de risco. A combinação entre medidas comportamentais e farmacológicas permite abordar diferentes componentes do risco cardiovascular simultaneamente.

Apesar da ampla recomendação das mudanças no estilo de vida, sua implementação na prática clínica permanece um desafio. A orientação isolada durante uma consulta pode não ser suficiente para produzir mudanças sustentáveis, principalmente quando o paciente apresenta dificuldades econômicas, baixa disponibilidade de tempo, hábitos alimentares consolidados ou outras barreiras sociais. Nesse sentido, a atenção primária possui a vantagem de possibilitar acompanhamento longitudinal, permitindo que as recomendações sejam reavaliadas e adaptadas ao longo do tempo. Rottura *et al.* (2026) demonstraram que estratégias estruturadas de auditoria e feedback podem contribuir para identificar oportunidades de melhoria no manejo do risco cardiovascular, enquanto Spohn *et al.* (2024) evidenciaram que o controle da dislipidemia na atenção primária envolve desafios relacionados tanto ao diagnóstico quanto ao tratamento. Assim, a efetividade das intervenções não farmacológicas depende não apenas da orientação inicial, mas também da capacidade dos serviços de saúde de acompanhar o paciente, reforçar as medidas propostas e integrar diferentes profissionais no cuidado cardiovascular.

4.4. Estatinas e Tratamento Farmacológico da Dislipidemia na Atenção Primária

As estatinas permanecem como a principal estratégia farmacológica para redução do colesterol LDL e prevenção de eventos cardiovasculares em indivíduos nos quais o tratamento medicamentoso está indicado. Os estudos analisados sustentam sua utilização como componente central da prevenção cardiovascular, especialmente em pacientes com risco aumentado ou concentrações de colesterol que justificam intervenção farmacológica. A escolha pela estatina e a intensidade do

tratamento devem, entretanto, estar relacionadas ao risco cardiovascular individual, ao objetivo terapêutico e à capacidade de alcançar a redução necessária do LDL-colesterol. A diretriz brasileira de 2025 estabelece a utilização das estatinas como base do tratamento hipolipemiante, enquanto a revisão sistemática de revisões conduzida por Dugré *et al.* (2023) reúne evidências sobre a efetividade das terapias hipolipemiantes utilizadas na atenção primária, reforçando o papel das estatinas na prevenção de eventos cardiovasculares (Rached *et al.*, 2025; Dugré *et al.*, 2023).

A efetividade das estatinas na prevenção cardiovascular, contudo, depende da adequada identificação dos pacientes que apresentam indicação para seu uso e da manutenção do tratamento ao longo do tempo. Estudos realizados em cenários de prática real demonstram que a prescrição nem sempre acompanha de maneira proporcional o risco cardiovascular apresentado pelos pacientes. Micheletti *et al.* (2025), ao analisarem a prescrição de estatinas na atenção primária, identificaram a relação entre o risco cardiovascular e a utilização desses medicamentos, evidenciando a importância de avaliar se as estratégias terapêuticas estão sendo aplicadas de forma compatível com o perfil clínico dos indivíduos. Machline-Carrion *et al.* (2023), utilizando uma estratégia digital de abrangência populacional, também demonstraram a utilidade de ferramentas capazes de avaliar o uso de estatinas em condições reais de assistência. Esses resultados evidenciam que a existência de uma terapia eficaz não garante, por si só, sua utilização adequada na população que poderia se beneficiar dela.

A resposta insuficiente ao tratamento com estatina também exige uma avaliação sistemática antes de simplesmente considerar o medicamento ineficaz. A adesão ao tratamento, a intensidade da

estatina utilizada, o tempo de exposição, possíveis interações medicamentosas e a presença de causas secundárias de dislipidemia devem ser considerados quando a redução do LDL não corresponde ao objetivo estabelecido. Quando a resposta permanece inadequada apesar da utilização apropriada da terapia inicial, pode ser necessária a intensificação do tratamento ou a associação de medicamentos com mecanismos complementares. Cho *et al.* (2024) discutiram justamente o interesse crescente em estratégias combinadas de redução lipídica na prevenção primária, enquanto a diretriz brasileira estabelece a possibilidade de utilização de terapias não estatínicas em situações nas quais as metas não são atingidas ou quando características clínicas específicas justificam uma abordagem mais intensiva (Cho *et al.*, 2024; Rached *et al.*, 2025).

A intensificação terapêutica, entretanto, deve ser individualizada e acompanhada de uma avaliação do benefício esperado, segurança, tolerabilidade, adesão e características clínicas do paciente. A possibilidade de associar diferentes agentes hipolipemiantes amplia as alternativas disponíveis para indivíduos que não alcançam redução adequada do LDL com a terapia inicial, mas também aumenta a complexidade do tratamento e exige acompanhamento adequado. Nanna *et al.* (2023) destacaram que a utilização de estatinas na prevenção primária de indivíduos mais idosos requer consideração individualizada dos potenciais benefícios e limitações da terapia, enquanto Gidding (2024) ressaltou que ainda existem lacunas importantes em diferentes áreas da prevenção primária. Nesse cenário, a atuação da atenção primária é fundamental para acompanhar a resposta ao tratamento, identificar dificuldades de adesão, revisar periodicamente a indicação farmacológica e discutir com o paciente os objetivos da terapia. Rottura *et al.* (2026) demonstraram, nesse sentido, que mecanismos de auditoria e

feedback podem ser utilizados para identificar lacunas no manejo dos lipídios e favorecer uma assistência mais sistematizada.

4.5. Terapias Hipolipemiantes Não Estatínicas e Estratégias de Intensificação

Embora as estatinas permaneçam como a principal base farmacológica para o tratamento da dislipidemia, nem todos os pacientes atingem a redução desejada do LDL-colesterol com a monoterapia. Essa situação pode ocorrer em indivíduos com maior risco cardiovascular, resposta insuficiente ao tratamento, intolerância às estatinas ou necessidade de alcançar reduções lipídicas mais expressivas. Nesses casos, a associação de terapias com mecanismos de ação diferentes permite ampliar a capacidade de redução do colesterol aterogênico sem depender exclusivamente do aumento da dose da estatina. A diretriz brasileira de 2025 contempla a utilização de diferentes estratégias farmacológicas de acordo com o risco cardiovascular e a resposta terapêutica, enquanto a revisão de Dugré *et al.* (2023) reuniu evidências sobre diferentes classes de medicamentos utilizados na prevenção e no tratamento cardiovascular (Rached *et al.*, 2025; Dugré *et al.*, 2023).

Entre as estratégias de associação, a ezetimiba apresenta particular importância por reduzir a absorção intestinal de colesterol e poder ser utilizada em conjunto com uma estatina quando a redução obtida com a terapia inicial não é suficiente. Outras terapias não estatínicas, incluindo medicamentos direcionados à proteína PCSK9 e outras estratégias de redução do colesterol aterogênico, podem ser consideradas conforme o risco individual, a intensidade da redução necessária e as características clínicas do paciente. Cho *et al.* (2024) discutiram a expansão das estratégias combinadas na

prevenção primária, destacando que a utilização de diferentes mecanismos farmacológicos pode proporcionar maior redução do LDL em pacientes selecionados. Entretanto, a indicação dessas terapias não deve ocorrer de maneira automática, devendo considerar a magnitude do benefício esperado, a evidência disponível para cada população e a relação entre complexidade do tratamento e benefício clínico (Cho *et al.*, 2024; Rached *et al.*, 2025).

A necessidade de intensificação também deve ser analisada diante da possibilidade de que uma aparente falha terapêutica esteja relacionada à adesão inadequada, à interrupção do medicamento ou à utilização de uma intensidade inferior à necessária. Esse aspecto possui grande importância na atenção primária, onde o acompanhamento longitudinal permite identificar dificuldades que não seriam percebidas em uma avaliação isolada. Spohn *et al.* (2024) demonstraram que o manejo da dislipidemia em condições reais de atenção primária apresenta oportunidades de melhoria, enquanto Machline-Carrion *et al.* (2023) demonstraram o potencial de estratégias digitais para avaliar e aprimorar a utilização de estatinas em larga escala. Antes de acrescentar novos medicamentos, portanto, é necessário verificar se o tratamento inicial está sendo utilizado de maneira adequada e se o paciente compreende a finalidade da terapia.

A incorporação de terapias combinadas também precisa considerar as características individuais do paciente e o contexto no qual o tratamento será realizado. Em prevenção primária, especialmente entre indivíduos que não apresentam doença aterosclerótica estabelecida, a decisão de utilizar terapias adicionais deve ser proporcional ao risco cardiovascular e ao benefício absoluto esperado. Gidding (2024) ressaltou a existência de lacunas

importantes no conhecimento sobre diferentes estratégias de prevenção primária, enquanto Bredehorst *et al.* (2025) demonstraram que as recomendações das diretrizes apresentam diferenças quanto aos critérios utilizados para definir intervenções farmacológicas em determinados grupos. Dessa forma, a intensificação do tratamento deve ser acompanhada de reavaliações periódicas, considerando resposta lipídica, tolerabilidade, adesão, risco cardiovascular e características clínicas do indivíduo, evitando tanto a subutilização quanto o uso indiscriminado de terapias adicionais.

4.6. Adesão Ao Tratamento, Acompanhamento Longitudinal e Estratégias de Melhoria do Cuidado na Atenção Primária

A adesão ao tratamento representa um dos principais determinantes da efetividade das estratégias de prevenção cardiovascular. Mesmo diante de medicamentos comprovadamente eficazes, a interrupção, o uso irregular ou a utilização em intensidade inferior à necessária podem comprometer a redução do risco cardiovascular. Na dislipidemia, esse problema pode ser particularmente difícil de identificar porque a doença frequentemente permanece assintomática durante muitos anos e os benefícios do tratamento são predominantemente preventivos. Dessa forma, a percepção de ausência de sintomas pode reduzir a motivação para manter o tratamento, tornando o acompanhamento contínuo uma etapa fundamental do cuidado. Os estudos realizados em condições reais de atenção primária demonstram que a distância entre as recomendações terapêuticas e sua aplicação cotidiana permanece um desafio relevante (Spohn *et al.*, 2024; Micheletti *et al.*, 2025).

O acompanhamento longitudinal permite identificar diferentes motivos relacionados à persistência de níveis elevados de LDL-colesterol, incluindo baixa adesão, efeitos adversos percebidos, dificuldade de acesso aos medicamentos, interrupção do acompanhamento e necessidade de ajuste da intensidade terapêutica. Nesse contexto, a consulta de retorno não deve se limitar à repetição do lipidograma, mas representar uma oportunidade para revisar o tratamento como um todo. A avaliação dos resultados laboratoriais deve ser acompanhada de investigação sobre a utilização dos medicamentos, mudanças no estilo de vida, surgimento de novos fatores de risco e possíveis barreiras ao tratamento. Rottura *et al.* (2026), ao avaliarem uma estratégia de auditoria e feedback na atenção primária, demonstraram a relevância de identificar sistematicamente lacunas no manejo do risco cardiovascular e do tratamento hipolipemiante, reforçando a importância de mecanismos organizacionais que auxiliem os profissionais na tomada de decisão.

As estratégias digitais constituem outra possibilidade para melhorar a identificação e o acompanhamento dos pacientes com indicação de tratamento. A utilização de sistemas capazes de reunir informações clínicas, resultados laboratoriais e dados sobre prescrição pode facilitar a identificação de indivíduos que necessitam de avaliação ou intensificação terapêutica. Machline-Carrion *et al.* (2023) avaliaram uma estratégia digital aplicada à utilização de estatinas em atenção primária em escala populacional, demonstrando o potencial desse tipo de ferramenta para analisar padrões de utilização de medicamentos em condições reais. A incorporação de recursos digitais pode, portanto, ampliar a capacidade dos serviços de saúde de identificar pacientes que não estão recebendo tratamento compatível com seu risco, embora sua

efetividade dependa da qualidade dos dados disponíveis, da integração com o trabalho das equipes e da capacidade de transformar as informações produzidas em ações clínicas.

A organização do cuidado também precisa considerar as particularidades dos diferentes grupos populacionais. Em indivíduos idosos, por exemplo, a continuidade do tratamento deve ser acompanhada de avaliação de comorbidades, polifarmácia, tolerabilidade e objetivos individuais, evitando que a decisão terapêutica seja baseada exclusivamente na idade cronológica. Nanna *et al.* (2023) destacaram a necessidade de individualização da prevenção primária com estatinas nessa população, enquanto Rached *et al.* (2025) e Bredehorst *et al.* (2025) reforçam a importância da estratificação do risco e da adequação da intensidade das intervenções às características clínicas de cada indivíduo. Assim, o acompanhamento da dislipidemia na atenção primária deve ser compreendido como um processo contínuo, no qual identificação do risco, tratamento, avaliação da resposta, adesão e revisão periódica das condutas são integrados em uma mesma estratégia de prevenção cardiovascular.

4.7. Dislipidemia em Populações Especiais e Individualização da Prevenção Cardiovascular

A abordagem da dislipidemia na atenção primária precisa considerar que o risco cardiovascular e a resposta ao tratamento não são uniformes entre todos os indivíduos. Características como idade, presença de diabetes mellitus, hipertensão arterial, histórico familiar de doença cardiovascular, alterações metabólicas e condições clínicas associadas podem modificar tanto o risco absoluto de eventos quanto o benefício esperado das intervenções. Dessa forma,

a utilização de uma estratégia única para todos os pacientes apresenta limitações, sendo necessária a adaptação das medidas preventivas ao perfil clínico e ao risco cardiovascular individual. As recomendações analisadas reforçam que a prevenção primária deve integrar avaliação de risco, modificações do estilo de vida e tratamento farmacológico quando indicado, com intensidade proporcional às características do paciente (Rached *et al.*, 2025; Bredehorst *et al.*, 2025; Higashiyama *et al.*, 2024).

A população idosa representa um dos grupos em que essa individualização assume maior importância. O envelhecimento está associado ao aumento da prevalência de dislipidemia e de outros fatores de risco cardiovasculares, mas a decisão de iniciar ou intensificar uma estatina na prevenção primária deve considerar o conjunto das características clínicas do indivíduo. Comorbidades, polifarmácia, possíveis efeitos adversos, funcionalidade e expectativa de benefício ao longo do tempo podem interferir na decisão terapêutica. Nanna *et al.* (2023) destacaram que as evidências disponíveis para a prevenção primária com estatinas em adultos mais velhos apresentam particularidades e que a decisão terapêutica deve ser individualizada. Gidding (2024) também apontou lacunas existentes na prevenção primária da doença aterosclerótica, incluindo questões relacionadas à identificação dos indivíduos que apresentam maior benefício com determinadas estratégias preventivas.

Outro aspecto importante é a presença de condições metabólicas que modificam o risco cardiovascular e podem influenciar a necessidade de intervenção mais intensiva. Diabetes, obesidade, hipertensão e outras alterações metabólicas frequentemente coexistem com a dislipidemia e contribuem de maneira conjunta

para a formação e progressão da aterosclerose. Nesses pacientes, o controle do LDL-colesterol não deve ser analisado de forma independente dos demais fatores de risco. A prevenção cardiovascular exige uma abordagem simultânea da pressão arterial, glicemia, peso corporal, tabagismo, alimentação e atividade física, além do tratamento lipídico quando indicado. Higashiyama *et al.* (2024) destacaram a importância da atuação conjunta sobre os diferentes fatores modificáveis, enquanto Rached *et al.* (2025) estabeleceram diferentes estratégias terapêuticas de acordo com o risco cardiovascular e as características clínicas dos pacientes.

A individualização também envolve a consideração das preferências, possibilidades e condições de acompanhamento de cada pessoa. Uma estratégia teoricamente adequada pode apresentar baixa efetividade quando não é compatível com a capacidade de adesão ou com o contexto de vida do paciente. Por isso, a decisão terapêutica deve envolver comunicação clara sobre os objetivos do tratamento, benefícios esperados e possíveis limitações, permitindo que o paciente participe ativamente do cuidado. A atenção primária apresenta papel central nesse processo por possibilitar acompanhamento prolongado e reavaliação periódica das estratégias adotadas. Nesse sentido, a individualização não significa apenas escolher um medicamento ou uma meta lipídica diferente, mas construir um plano preventivo que seja proporcional ao risco, clinicamente apropriado e viável para o paciente ao longo do tempo.

4.8. Integração das Estratégias de Prevenção Cardiovascular e Desafios para a Atenção Primária

Os resultados reunidos nesta revisão demonstram que a prevenção cardiovascular relacionada à dislipidemia depende da integração de

diferentes estratégias e não da utilização isolada de uma intervenção. A identificação do risco cardiovascular deve ser seguida pela abordagem dos fatores modificáveis, orientação sobre estilo de vida, tratamento farmacológico quando indicado e acompanhamento longitudinal. A atuação coordenada dessas medidas permite abordar simultaneamente diferentes componentes do risco aterosclerótico e aumentar a possibilidade de alcançar uma redução clinicamente relevante do risco cardiovascular. As diferentes diretrizes e revisões analisadas convergem quanto à necessidade de uma abordagem abrangente, embora apresentem diferenças em relação aos critérios utilizados para estratificação e definição das intervenções (Bredehorst *et al.*, 2025; Kolber *et al.*, 2023; Rached *et al.*, 2025).

Um dos principais desafios identificados é transformar as recomendações estabelecidas pelas diretrizes em práticas consistentes no cotidiano dos serviços de atenção primária. A presença de lacunas entre indicação, prescrição e utilização efetiva do tratamento pode reduzir o impacto populacional das terapias disponíveis. Micheletti *et al.* (2025) demonstraram a importância de analisar a relação entre risco cardiovascular e prescrição de estatinas em condições reais de atenção primária, enquanto Spohn *et al.* (2024) evidenciaram os desafios relacionados à identificação e ao manejo da dislipidemia em serviços assistenciais. Esses resultados indicam que a qualidade da prevenção cardiovascular depende não apenas do conhecimento das recomendações, mas também da capacidade dos serviços de identificar os pacientes em risco, acompanhar sua evolução e garantir continuidade do cuidado.

Estratégias organizacionais e tecnológicas podem contribuir para reduzir essas lacunas. Auditorias, sistemas de feedback e

ferramentas digitais podem auxiliar na identificação de pacientes que apresentam indicação de tratamento ou que permanecem fora dos objetivos terapêuticos estabelecidos. Rottura *et al.* (2026) demonstraram a aplicação de auditoria e feedback como estratégia para identificar oportunidades de melhoria no tratamento hipolipemiante e no gerenciamento do risco cardiovascular. De maneira complementar, Machline-Carrion *et al.* (2023) avaliaram uma estratégia digital voltada à utilização de estatinas em atenção primária, demonstrando a possibilidade de utilizar dados populacionais para identificar padrões de tratamento. Essas ferramentas podem ampliar a capacidade de monitoramento dos serviços, desde que estejam integradas ao processo de trabalho das equipes e sejam utilizadas para apoiar decisões clínicas, e não apenas para produzir indicadores administrativos.

Por fim, os estudos analisados demonstram que ainda existem questões que precisam ser melhor esclarecidas na prevenção primária da doença cardiovascular. A definição da melhor estratégia para determinados grupos, especialmente indivíduos mais idosos e pacientes com diferentes combinações de fatores de risco, permanece objeto de investigação. Além disso, a incorporação de terapias combinadas, novos medicamentos e ferramentas digitais exige avaliação contínua de efetividade, segurança, adesão e aplicabilidade na prática cotidiana. Gidding (2024) ressaltou a existência de lacunas no conhecimento sobre prevenção primária, enquanto Cho *et al.* (2024) discutiram novas possibilidades de combinação das terapias hipolipemiantes. Nesse contexto, a atenção primária permanece como cenário fundamental para a prevenção cardiovascular, pois concentra a identificação inicial dos fatores de risco, o acompanhamento longitudinal e a implementação das medidas preventivas. A integração entre estratificação de risco,

mudanças no estilo de vida, tratamento farmacológico, monitoramento da adesão e organização dos serviços constitui, portanto, o principal eixo para transformar as evidências disponíveis em cuidado cardiovascular contínuo e individualizado.

5. CONCLUSÃO

A dislipidemia constitui um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tornando seu reconhecimento e manejo componentes fundamentais da prevenção na atenção primária. A avaliação do paciente deve considerar não apenas os valores do perfil lipídico, mas também a presença de outros fatores de risco, comorbidades, características individuais e o risco cardiovascular global. Dessa forma, a identificação precoce das alterações lipídicas permite estabelecer estratégias preventivas de maneira mais adequada e individualizada.

As medidas relacionadas ao estilo de vida permanecem fundamentais no cuidado, incluindo alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, controle do peso corporal e abandono do tabagismo. Quando indicadas, as estatinas constituem a principal estratégia farmacológica para redução do colesterol e prevenção de eventos cardiovasculares. Entretanto, a efetividade do tratamento depende não apenas da escolha do medicamento, mas também da adequação da intensidade terapêutica, da adesão do paciente e do acompanhamento contínuo na atenção primária.

Nos casos em que as metas terapêuticas não são alcançadas ou quando existem situações que limitam o uso das estatinas, a intensificação do tratamento com terapias hipolipemiantes não estatínicas pode ser considerada. Antes dessa decisão, é importante

avaliar a adesão, a tolerabilidade e a adequação do tratamento já instituído. A utilização de estratégias de acompanhamento longitudinal, ferramentas digitais e mecanismos de avaliação da qualidade do cuidado pode contribuir para identificar falhas no manejo e favorecer maior continuidade terapêutica.

Assim, a prevenção cardiovascular relacionada à dislipidemia deve ser compreendida como um processo contínuo e integrado, que envolve avaliação de risco, mudanças no estilo de vida, tratamento farmacológico quando indicado e acompanhamento individualizado. Entre os principais desafios permanecem a identificação adequada dos pacientes em risco, a implementação das recomendações na prática cotidiana, a manutenção da adesão e a intensificação do tratamento quando necessária. Nesse contexto, o fortalecimento da atenção primária é essencial para garantir um cuidado sistemático, longitudinal e centrado nas características e necessidades de cada paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BREDEHORST, M. *et al.* Recommendations for the primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease in primary care: a systematic guideline review. **Frontiers in Medicine**, v. 11, p. 1494234, 2025. DOI: 10.3389/fmed.2024.1494234.

CHO, J. H. *et al.* Exploring new combination strategy of lipid-lowering therapies for primary prevention of cardiovascular disease. **Korean Circulation Journal**, v. 54, n. 9, p. 545-548, 2024. DOI: 10.4070/kcj.2024.0195.

DUGRÉ, N. *et al.* Lipid-lowering therapies for cardiovascular disease prevention and management in primary care: PEER umbrella

systematic review of systematic reviews. **Canadian Family Physician**, v. 69, n. 10, p. 701-711, 2023. DOI: 10.46747/cfp.6910701.

GIDDING, S. S. Addressing knowledge gaps in the primary prevention of atherosclerotic heart disease. **Journal of the American Heart Association**, v. 13, n. 6, e033991, 2024. DOI: 10.1161/JAHA.123.033991.

HIGASHIYAMA, A. *et al.* Primary prevention of coronary and other cardiovascular diseases: a focused review. **Journal of Atherosclerosis and Thrombosis**, v. 31, n. 8, p. 1113-1128, 2024. DOI: 10.5551/jat.RV22019.

KOLBER, M. R. *et al.* PEER simplified lipid guideline 2023 update: prevention and management of cardiovascular disease in primary care. **Canadian Family Physician**, v. 69, n. 10, p. 675-686, 2023. DOI: 10.46747/cfp.6910675.

MACHLINE-CARRION, M. J. *et al.* Assessing statins use in a real-world primary care digital strategy: a cross-sectional analysis of a population-wide digital health approach. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 23, p. 100534, 2023. DOI: 10.1016/j.lana.2023.100534.

MICHELETTI, V. C. D. *et al.* Cardiovascular risk and statin prescription in primary care: an observational study, São Leopoldo, 2018-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, e20240432, 2025. DOI: 10.1590/S2237-96222025v34e20240432.en.

NANNA, M. G. *et al.* Primary prevention statin therapy in older adults. **Current Opinion in Cardiology**, v. 38, n. 1, p. 11-20, 2023. DOI: 10.1097/HCO.0000000000001003.

RACHED, F. H. *et al.* Brazilian guideline on dyslipidemias and prevention of atherosclerosis - 2025. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 122, n. 9, e20250640, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250640.

ROTTURA, M. *et al.* Improving lipid-lowering treatment and cardiovascular risk management in primary care: findings from an audit and feedback project. **Frontiers in Pharmacology**, v. 17, p. 1787952, 2026. DOI: 10.3389/fphar.2026.1787952.

SPOHN, O. *et al.* Prevalence and management of dyslipidemia in primary care practices in Canada. **Canadian Family Physician**, v. 70, n. 3, p. 187-196, 2024. DOI: 10.46747/cfp.7003187.

¹ Centro Universitário UNINORTE, Rio Branco-AC. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Faculdade Anhanguera em Teixeira de Freitas, Teixeira de Freitas-BA. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁴ Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros-GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁵ Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES), Mineiros-GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

⁶ Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

- ⁷ Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ⁸ Universidade Federal de Goiás (UFG) Goiânia-GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ⁹ Faculdade Morgana Potrich (FAMP), Mineiros-GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ¹⁰ Centro Universitário Atenas (UNIATENAS), Paracatu-MG. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ¹¹ Faculdade Zarns, Itumbiara-GO. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ¹² Universidade Anhembí Morumbi - Mooca, São Paulo-SP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)
- ¹³ Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente-SP. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)