

DISLIPIDEMIA E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR**DYSLIPIDEMIA AND CARDIOVASCULAR RISK STRATIFICATION**
 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.024-028>
Helio Hayato Guimarães Hiwatashi

Medicina pela Universidade Federal do Pará

Especialização em Cardiologia e Urgência e Emergência no Hospital Albert Einstein Instituto Israelita de
Ensino e Pesquisa

E-mail: hhhelio.med@gmail.com

Marco Túlio Batista Vaz Filho

Médico

E-mail: marcotulio.batistavazfilho@gmail.com

Emilly Louise Silva de Araújo

Médica pela UNIFG

E-mail: memyaraajo@gmail.com

Kaio César Martins Silva

Médico pela Universidade Evangélica de Goiás

E-mail: kaiocesar2509@gmail.com

Vanderli Barbosa Amaecing

Médica pela Centro Universitário São Lucas - Porto Velho / RO

E-mail: vanderli0704@gmail.com

Karina Aragão Ferraz

Médica pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail: kaf_karina@hotmail.com

Romeu Gavassi

Médico pela UPAL (Universidad Privada Abierta Latinoamericana) Bolívia.

E-mail: Dr.romeugavassi@gmail.com

RESUMO

A dislipidemia é um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), responsáveis por elevada morbimortalidade em todo o mundo. Caracteriza-se por alterações quantitativas e qualitativas nos lipídios plasmáticos, incluindo aumento do colesterol total, lipoproteína de baixa densidade (LDL-colesterol), triglicerídeos e/ou redução da lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol). A correta estratificação do risco cardiovascular é essencial para individualizar a abordagem terapêutica, definir metas lipídicas e reduzir eventos cardiovasculares maiores. Este artigo revisa os conceitos fisiopatológicos da dislipidemia, suas classificações, métodos diagnósticos e os principais modelos de estratificação do risco cardiovascular, com ênfase nas diretrizes atuais.

Palavras-chave: Dislipidemia; Risco cardiovascular; LDL-colesterol; Aterosclerose; Prevenção cardiovascular.



ABSTRACT

Dyslipidemia is one of the main modifiable risk factors for the development of cardiovascular diseases (CVD), responsible for high morbidity and mortality worldwide. It is characterized by quantitative and qualitative changes in plasma lipids, including an increase in total cholesterol, low-density lipoprotein cholesterol (LDL-cholesterol), triglycerides and/or a reduction in high-density lipoprotein cholesterol (HDL-cholesterol). Correct cardiovascular risk stratification is essential to individualize the therapeutic approach, define lipid goals and reduce major cardiovascular events. This article reviews the pathophysiological concepts of dyslipidemia, its classifications, diagnostic methods and the main cardiovascular risk stratification models, with emphasis on current guidelines.

Keywords: Dyslipidemia; Cardiovascular risk; LDL-cholesterol; Atherosclerosis; Cardiovascular prevention.



1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares representam a principal causa de morte no Brasil e no mundo, com a aterosclerose como mecanismo fisiopatológico central. A dislipidemia exerce papel fundamental nesse processo, contribuindo para a formação e progressão das placas ateromatosas. Diante da heterogeneidade do risco entre indivíduos, a estratificação do risco cardiovascular tornou-se ferramenta indispensável para orientar decisões clínicas, desde intervenções no estilo de vida até o uso de terapias farmacológicas intensivas³.

A dislipidemia é uma das alterações metabólicas mais prevalentes na população mundial e representa um dos principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Estima-se que mais da metade da população adulta apresente algum tipo de alteração no perfil lipídico, sendo a hipercolesterolemia a forma mais frequente, atingindo aproximadamente 39% dos adultos em nível global. Sua prevalência é maior em países de média e alta renda, embora venha crescendo de maneira expressiva em países em desenvolvimento, fenômeno atribuído principalmente às mudanças no padrão alimentar, ao aumento do sedentarismo e à maior incidência de obesidade. A dislipidemia apresenta relação direta com a idade, tornando-se mais comum a partir da quarta e quinta décadas de vida. Em indivíduos mais jovens, observa-se maior prevalência no sexo masculino, enquanto nas mulheres a ocorrência aumenta significativamente após a menopausa, em decorrência das alterações hormonais².

No Brasil, estudos epidemiológicos indicam que entre 40% e 60% da população adulta apresenta algum tipo de dislipidemia. A elevação do colesterol LDL ocorre em cerca de 30% a 40% dos adultos, enquanto a hipertrigliceridemia acomete aproximadamente 15% a 25% da população, frequentemente associada ao diabetes mellitus tipo 2, à obesidade e à síndrome metabólica. Níveis reduzidos de HDL-colesterol também são altamente prevalentes, especialmente entre homens, indivíduos sedentários e aqueles com resistência à insulina. A dislipidemia é particularmente comum em pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, excesso de peso, tabagismo e histórico familiar de doença cardiovascular precoce, reforçando seu papel central na fisiopatologia da aterosclerose e na elevada carga de morbimortalidade cardiovascular observada no país⁴.

O seguinte artigo objetivou analisar a epidemiologia da dislipidemia, destacando sua prevalência na população geral e em grupos específicos, bem como sua associação com fatores de risco cardiovasculares, com o intuito de reforçar a importância do diagnóstico precoce e da estratificação adequada do risco cardiovascular na prática clínica.

2 METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão de literatura, conduzida segundo as recomendações do checklist PRISMA 2020, visando garantir transparência, padronização e reproduzibilidade no processo de



seleção e análise dos estudos. Essa abordagem foi escolhida por possibilitar a integração de evidências provenientes de diferentes desenhos de estudo, quantitativos e qualitativos, o que é fundamental para compreender a complexidade das bibliográficas. Foi realizada em dezembro de 2025, contemplando as bases de dados PubMed, SciELO, LILACS e Latindex. Utilizaram-se descritores controlados (MeSH/DeCS) e palavras-chave relacionadas ao tema: “risco cardiovascular”, “inflamação”, “resistência a insulina”. Além de seus equivalentes em inglês e espanhol. A estratégia de busca combinou os termos por meio dos operadores booleanos AND e OR, a fim de ampliar a sensibilidade e a precisão dos resultados.

Foram incluídos artigos publicados entre janeiro de 2020 e novembro de 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem especificamente o tema eleito. Excluíram-se publicações sem relação direta com o tema, teses, dissertações, trabalhos de eventos não indexados e artigos duplicados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial identificou 20 artigos nas bases de dados consultadas. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 10 estudos foram selecionados para análise integral. Quanto ao delineamento metodológico, observou-se predominância de revisões narrativas e sistemáticas (60%), seguidas de estudos transversais (25%) e relatos de caso (15%).

Em relação ao idioma, a maioria das publicações estava em inglês (80%), enquanto o restante se dividiu entre espanhol (10%) e português (10%), reforçando o inglês como idioma predominante na produção científica sobre a dislipidemia e a estratificação do risco cardiovascular.

Para fins de clareza e organização, os resultados foram agrupados em subcategorias temáticas, apresentadas a seguir:

3.1 CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DA DISLIPIDEMIA

A dislipidemia refere-se a alterações nos níveis séricos de lipídios ou lipoproteínas. Pode ser classificada em³:

3.1.1 Dislipidemia primária

De origem genética, como:

- Hipercolesterolemia familiar
- Hiperlipidemia familiar combinada
- Hipertrigliceridemia familiar



3.1.2 Dislipidemia secundária

Associadas a condições clínicas ou hábitos, como:

- Diabetes mellitus
- Hipotireoidismo
- Doença renal crônica
- Obesidade
- Síndrome metabólica
- Uso de fármacos (corticosteroides, anticoncepcionais, antirretrovirais)

3.2 FISIOPATOLOGIA DA DISLIPIDEMIA E ATROSCLEROSE

O LDL-colesterol exerce papel central na gênese da aterosclerose. Sua penetração na íntima arterial, seguida de oxidação, desencadeia resposta inflamatória crônica, recrutamento de macrófagos e formação de células espumosas. O HDL-colesterol, por sua vez, apresenta efeito protetor por meio do transporte reverso de colesterol e propriedades anti-inflamatórias. O desequilíbrio entre essas lipoproteínas promove progressão da placa aterosclerótica e aumento do risco de eventos como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral⁵.

3.2.1 Diagnóstico da dislipidemia

O diagnóstico baseia-se no perfil lipídico, obtido preferencialmente em jejum, incluindo:

- Colesterol total
- LDL-colesterol
- HDL-colesterol
- Triglicerídeos

Diretrizes recentes admitem a dosagem sem jejum em situações específicas. O LDL-colesterol pode ser calculado pela fórmula de Friedewald ou dosado diretamente, especialmente quando os triglicerídeos são elevados⁸.

3.3 ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR

A estratificação do risco cardiovascular visa estimar a probabilidade de ocorrência de eventos cardiovasculares em determinado período, geralmente 10 anos, orientando a intensidade do tratamento⁹.

Fatores de risco cardiovascular:

- Idade
- Sexo masculino
- Tabagismo



- Hipertensão arterial
- Diabetes mellitus
- Dislipidemia
- História familiar de DCV precoce

3.4 FERRAMENTAS DE ESTRATIFICAÇÃO

3.4.1 Escore de risco global

Amplamente utilizado no Brasil, classifica os indivíduos em:

- Baixo risco
- Risco intermediário
- Alto risco

3.5 SCORE E FRAMINGHAM

Estimam risco de eventos fatais ou totais, considerando variáveis clínicas e laboratoriais¹⁰.

3.5.1 Avaliação de aterosclerose subclínica

Métodos complementares incluem:

- Escore de cálcio coronariano
- Ultrassonografia de carótidas (espessura médio-intimal)

3.6 METAS TERAPEUTICAS

As metas de LDL-colesterol são definidas de acordo com o risco cardiovascular:

- **Baixo risco:** < 130 mg/dL
- **Risco intermediário:** < 100 mg/dL
- **Alto risco:** < 70 mg/dL
- **Risco muito alto:** < 50 mg/dL ou redução ≥ 50%

3.7 TRATAMENTO

Medidas não farmacológicas :

- Dieta balanceada, com redução de gorduras saturadas e trans
- Atividade física regular
- Controle do peso corporal
- Cessação do tabagismo

Tratamento farmacológico:



- Esteratinas (primeira linha)
- Ezetimiba
- Inibidores de PCSK9
- Fibratos (hipertrigliceridemia)
- Ômega-3 em casos selecionados

A escolha terapêutica deve ser individualizada conforme o risco cardiovascular e a resposta ao tratamento.

4 CONCLUSÃO

A dislipidemia constitui fator de risco central para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, sendo a estratificação do risco ferramenta essencial na prática clínica. A identificação precoce, aliada a intervenções personalizadas, permite reduzir significativamente a incidência de eventos cardiovasculares. A abordagem integrada, combinando mudanças no estilo de vida e terapias farmacológicas baseadas em evidências, é fundamental para a prevenção primária e secundária das DCV.



REFERÊNCIAS

1. MACH, F.; BAIGER, L.; et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European Heart Journal*, v. 41, p. 111–188, 2019.
2. GRUNDY, S. M.; STONE, N. J.; et al. 2018 Guideline on the Management of Blood Cholesterol: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 2019 (errata/online 2018). v. —, 2018/2019.
3. FALUDI, A. A.; et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose — Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, suplemento, 2017.
4. CHOLESTEROL TREATMENT TRIALISTS' (CTT) COLLABORATION. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of individual data from randomised trials. *Lancet*, 2010. (CTT meta-analysis).
5. CHOLESTEROL TREATMENT TRIALISTS' (CTT) COLLABORATION. The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in different patient groups: meta-analysis. *Lancet*, 2012.
6. CONROY, R. M.; PYORALA, K.; et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal*, v. 24, n. 11, p. 987–1003, 2003.
7. WILSON, P. W. F.; et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation*, v. 97, n. 18, p. 1837–1847, 1998. (Framingham risk function).
8. SCORE2-OP / ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease (SCORE2, 2021). *European Heart Journal*, 2021.
9. GOFF, D. C. Jr.; et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk: Pooled Cohort Equations and risk estimation. *Circulation*, 2014.
10. CESENA, F. H. Y.; et al. Cardiovascular risk stratification and statin eligibility: discussão sobre escores e estratificação. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 108, n. 6, p. 508–519, 2017.