

DISLIPIDEMIA: ATUALIZAÇÕES E DESAFIOS DO MANEJO CLÍNICO EM 2025
DYSLIPIDEMIA: UPDATES AND CHALLENGES IN CLINICAL MANAGEMENT IN 2025
DISLIPIDEMIA: ACTUALIZACIONES Y DESAFÍOS DEL MANEJO CLÍNICO EN 2025

Beatriz Gonçalves Santiago¹
Ana Beatriz Ferreira da Silva²
Daniella Lavranos Leal³
Matheus de Castro Fernandes Andrade⁴
Tallita Lougon Duarte⁵
Lahis Werneck Vilagra⁶

RESUMO: A dislipidemia está diretamente relacionada ao aumento de aterosclerose e doenças cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral), sendo uma preocupação em saúde pública. Diante disso, as diretrizes mais recentes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e American Association of Clinical Endocrinology (AACE) de 2025, bem como artigos atualizados trazem metas de colesterol LDL mais rigorosas, reforço das medidas não farmacológicas, incorporação do Escore PREVENT e da categoria de extremo risco e dosagem da lipoproteína A. Além disso, ressaltar-se a importância da combinação de fármacos e opções como inibidores de PCSK9, ácido bempedoico e inclisiran, tais quais devem ser usados para otimizar a terapêutica de acordo com a classificação e particularidade do paciente, a fim de mitigar a morbimortalidade cardiovascular. Porém, ainda há entraves para a adoção dessa terapêutica: custo e subuso por parte dos profissionais.

1

Palavras-chave: Dislipidemia. Aterosclerose. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT: Dyslipidemia is directly related to the increase of atherosclerosis and cardiovascular diseases (acute myocardial infarction and stroke), making it a public health concern. In this context, the most recent guidelines from the Brazilian Society of Cardiology (SBC); the European Society of Cardiology (ESC), and the American Association of Clinical Endocrinology (AACE) from 2025, as well as updated articles, bring stricter LDL cholesterol targets, reinforcement of non-pharmacological measures, incorporation of the PREVENT Score and the extreme risk category, and measurement of lipoprotein A. Furthermore, the importance of combining drugs and options such as PCSK9 inhibitors, bempedoic acid, and inclisiran is emphasized, which should be used to optimize therapy according to the patient's classification and specifics, in order to mitigate cardiovascular morbidity and mortality. However, there are still obstacles to adopting this therapy: cost and underuse by healthcare professionals.

Keywords: Dyslipidemia. Atherosclerosis. Cardiovascular diseases.

¹Discente de Medicina. Universidade de Vassouras (UNIVASSOURAS).

² Discente de Medicina. Universidade de Vassouras (UNIVASSOURAS).

³Discente de Medicina. Universidade de Vassouras (UNIVASSOURAS).

⁴Discente de Medicina. Universidade de Vassouras (UNIVASSOURAS).

⁵Discente de Medicina. Universidade de Vassouras (UNIVASSOURAS).

⁶Docente de Medicina. Médica pela Universidade de Vassouras (UNIVASSOURAS) e Coordenadora da Liga de Cardiologia.

RESUMEN: La dislipidemia está directamente relacionada con el aumento de aterosclerosis y enfermedades cardiovasculares (infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular), siendo una preocupación en salud pública. Ante esto, las guías más recientes de la Sociedad Brasileña de Cardiología (SBC); Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y Asociación Americana de Endocrinología Clínica (AACE) de 2025, así como artículos actualizados, establecen objetivos de colesterol LDL más estrictos, refuerzan las medidas no farmacológicas, incorporan el Score PREVENT y la categoría de riesgo extremo y la dosificación de la lipoproteína A. Además, se resalta la importancia de la combinación de fármacos y opciones como inhibidores de PCSK9, ácido bempedóico e inclisiran, los cuales deben usarse para optimizar la terapia según la clasificación y particularidad del paciente, con el fin de mitigar la morbimortalidad cardiovascular. Sin embargo, todavía existen obstáculos para la adopción de esta terapia: costo y subuso por parte de los profesionales.

Palabras-clave: Dislipidemia. Aterosclerosis. Enfermedades cardiovasculares.

INTRODUÇÃO

A dislipidemia é um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, contribuindo diretamente para a formação da aterosclerose e para eventos como infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (Mach, et al., 2025). Apesar dos avanços terapêuticos, como o uso de estatinas e inibidores de PCSK9, ainda existem desafios importantes no controle lipídico adequado em grande parte da população. As diretrizes mais recentes da European Society of Cardiology/ European Atherosclerosis Society (ESC/EAS, 2025) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2025) reforçam metas mais rigorosas de LDL-c, o uso combinado de fármacos hipolipemiantes e a incorporação de novas terapias, como o ácido bempedoico e o inclisiran.

Por outro lado, fatores como baixa adesão ao tratamento, efeitos adversos, custo elevado e desigualdades de acesso dificultam a implementação plena dessas recomendações (Laufs, et al., 2024; AACE, 2024). Diante desse contexto, compreender as atualizações mais recentes e os principais obstáculos clínicos e estruturais é essencial para otimizar o manejo da dislipidemia. Este artigo tem como objetivo discutir as evidências atuais e os desafios práticos no controle da dislipidemia estruturando nas recomendações mais recentes das principais diretrizes nacionais e internacionais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sendo um estudo qualitativo, retrospectivo e transversal. As bases de dados utilizadas para a pesquisa foram baseadas em diretrizes atualizadas a respeito de dislipidemia (Sociedade Brasileira de Cardiologia/

Sociedade Europeia de Cardiologia e American Association of Clinical Endocrinology), além de artigos sobre o tópico obtidos nas referências das diretrizes. Utilizaram-se os critérios de inclusão: últimos 10 anos (2015-2025); artigos de revisão sistemática; textos completos e gratuitos e foram excluídos textos que não abordavam o tema escolhido, de acordo com a leitura dos títulos e seus respectivos resumos, envolvendo outros aspectos que não se enquadrem à dislipidemia e atualizações de seu manejo clínico. Os resultados foram analisados de acordo com os artigos e diretrizes selecionadas, de forma descritiva.

RESULTADOS

A bibliografia utilizada consiste nas diretrizes atuais de manejo da dislipidemia – Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) e American Association of Clinical Endocrinology (AACE), além de estudos encontrados por meio de pesquisa no Google – totalizando 7 artigos, de acordo com a relevância frente ao tema em questão. A análise dos artigos citados pela Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose de 2025 apontam as principais evidências e desafios acerca do manejo da dislipidemia, evidenciando avanços diagnósticos, terapêuticos e estratégias de prevenção cardiovascular (SBC, 2025).

Estudos reforçam o LDL-c (colesterol de lipoproteína de baixa densidade) como principal marcador e alvo terapêutico no tratamento da dislipidemia. A Diretriz SBC 2025 propõe metas lipídicas mais rigorosas, de acordo com o nível de risco cardiovascular do paciente, podendo chegar a valores <40 mg/dL em situações de risco extremo (SBC, 2025). A diminuição intensiva do LDL-c se relaciona à queda do risco de eventos cardiovasculares maiores como o infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (Nissen SE et al., 2023).

Além do LDL-c, marcadores complementares como o colesterol não-HDL e a apolipoproteína B (ApoB) foram destacados como preditores independentes de risco residual, especialmente em indivíduos com hipertrigliceridemia e síndrome metabólica (Raja V, et al., 2023). Para melhorar a previsão de eventos cardiovasculares futuros, a estratificação de risco foi aprimorada, incorporando fatores agravantes como histórico familiar de doença cardiovascular prematura, níveis elevados de lipoproteína e o uso de escores atualizados, como o SCORE2 (SBC, 2025).

Em relação ao tratamento medicamentoso, a diretriz consolida as estatinas como base da terapia farmacológica, baseada em sua capacidade de redução da mortalidade e eventos

cardiovasculares (Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, 2019). Contudo, há um desafio persistente: a baixa adesão e o subuso de estatinas de alta potência, fatores que comprometem o alcance das metas lipídicas (SBC, 2025).

As terapias combinadas surgem como estratégia para otimizar o controle lipídico. Estudos como FOURIER e ODYSSEY OUTCOMES confirmaram o impacto dos inibidores de PCSK9 (evolocumabe e alirocumabe) na redução significativa do LDL-c e de eventos cardiovasculares maiores (Schwartz GG et al., 2018). A diretriz também inclui evidências recentes sobre o ácido bempedoico (Nissen SE et al., 2023) e terapias inovadoras baseadas em RNA mensageiro e inibição da lipoproteína(a), que ampliam o arsenal terapêutico disponível para pacientes de risco elevado.

No que se refere ao tratamento não farmacológico, a relevância das intervenções no estilo de vida, incluindo padrões alimentares cardioprotetores como a dieta mediterrânea, controle de peso, cessação do tabagismo e prática regular de atividade física (Marston NA, et al., 2022). Apesar disso, o documento reconhece que essas medidas isoladas não são suficientes para indivíduos de alto risco, e devem ser associadas à terapia medicamentosa.

A diretriz ressalta a importância de estratégias de educação médica continuada, rastreamento familiar e ampliação do acesso a novos fármacos como medidas essenciais para superar essas barreiras (SBC, 2025). Entre os principais desafios identificados, destacam-se a subdetecção de dislipidemias genéticas, a baixa adesão terapêutica e a desigualdade de acesso a terapias avançadas no sistema público de saúde.

DISCUSSÃO

A aterosclerose é um processo inflamatório desencadeado pela deposição de LDL-c e outras lipoproteínas constituídas por apolipoproteína B (ApoB) na parede da artéria. Essa placa pode aumentar progressivamente, impactando diretamente no risco cardiovascular, demonstrando que não apenas o LDL-c é um fator de risco, mas também outras lipoproteínas compostas de ApoB. (ESC, 2025) É uma doença relevante a nível global, à medida que atinge mais de meio bilhão de pacientes no mundo e com índice de mortalidade de 20,5 milhões no ano de 2021 – mais de 76% dos adultos com doença cardiovascular nos EUA têm LDL-c > 70 mg/dL, tendo como consequência altos custos em saúde (US\$ 252 bilhões em 2020). (AAACE, 2025)

Destaca-se que é preconizado o uso do Escore PREVENT da American Heart Association (AHA), separando-se os pacientes em: baixo, intermediário, alto, muito alto ou extremo alto risco (história de múltiplos eventos cardiovasculares maiores ou um evento cardiovascular maior e 2 ou mais condições de alto risco). Os eventos cardiovasculares maiores são: síndrome coronariana aguda (SCA) recente nos últimos 12 meses; história de infarto agudo do miocárdio (IAM); acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico ou doença arterial periférica sintomática. Por outro lado, as condições de alto risco são: idade ≥ 65 anos; hipercolesterolemia familiar; história de revascularização miocárdica ou intervenção coronariana percutânea, diabetes, hipertensão, doença renal crônica, tabagismo, LDL persistentemente elevado apesar de terapia otimizada ou evento aterosclerótico há menos de 2 anos. Além disso, as novas metas são mais rigorosas: baixo risco (< 115 mg/dL); risco intermediário (< 100 mg/dL); alto risco (< 70 mg/dL); muito alto risco (< 50 mg/dL) e extremo risco (< 40 mg/dL). (SBC, 2025) Isso ocorreu, porque os registros de um estudo observacional brasileiro, oriundos do National Early Assessment Too - NEAT demonstraram que existia um subcontrole do LDL de maneira significativa, além do subuso da terapia intensiva para pacientes de alto risco. Portanto, demonstrando se tornar um desafio para implementação local desse novo manejo de dislipidemia (RACHED FH, et al., 2025).

Outra consideração importante foi a correlação entre doença cardiovascular/ estenose valvar aórtica e níveis de lipoproteína A (LpA) – principalmente entre 30-50 mg/dL (62-105 nmol/L) e torna-se clinicamente relevante > 50 mg/dL. (SBC, 2025) Essa concentração é determinada principalmente pela genética em $> 90\%$, variando conforme a etnia. Além disso, a medida da LpA deve ser considerada pelo menos uma vez na vida do adulto (no primeiro perfil lipídico ou após exames prévios) e é ainda mais importante naqueles com hipercolesterolemia familiar ou doença arterial coronariana (DAC) prematura na ausência de outros fatores de risco. (ESC, 2025)

Algumas atualizações terapêuticas encontradas são citadas abaixo, bem como suas respectivas referências:

- Sugere-se o uso de Evolocumabe/ Alirocumabe (inibidores de PCSK9) para dislipidemia refratária à estatina em dose máxima tolerada e portadores de DAC ou risco elevado para DAC (diabético, com dislipidemia grave) e sem atingir a meta ou em casos nos quais os pacientes não possuem DAC, porém não toleram outros medicamentos para a

diminuição lipídica. (AACE, 2025). Tem como resultado: redução do LDL-c em 60% e de eventos vasculares maiores. (SBC, 2025)

- Inclisiran é uma molécula de RNA pequena e inibe a produção de PCSK9 – representa uma alternativa terapêutica aos inibidores de PCSK9 em pacientes com hipercolesterolemia familiar homozigótica (pouca eficácia de estatinas e inibidores de PCSK9). Exemplo: redução de cerca de 50% com uso de Evinacumabe (anticorpo monoclonal contra ANGPTL3). (AACE, 2025)

- Adultos dislipidêmicos e intolerantes à estatina, com DAC ou risco elevado de DAC – opção: ácido bempedoico, já que o estudo CLEAR Outcomes mostrou diminuição do risco cardiovascular (acidente vascular cerebral ou revascularização coronariana). (AACE, 2025) Há efeitos colaterais: aumento de enzimas hepáticas (> 2 vezes o valor habitual); alteração de função renal; hiperuricemia; colelitíase; plaquetose e redução do hematócrito (ESC; 2025)

- Pacientes de alto; muito alto ou extremo risco – indica-se terapia combinada (exemplo: estatina + ezetimiba; estatina + anti-PCSK9; estatina + ácido bempedoico e até mesmo estratégias de tratamento triplo: estatina + ezetimiba + anti-PCSK9, com o intuito de reduzir LDL-c em até 85%). (SBC, 2025)

- Para fins de hipertrigliceridemia > 150-499 mg/dL: Ácido eicosapentaenóico (EPA) e ácido docosahexaenóico (DHA) – em pacientes com DAC ou alto risco de DAC, é recomendado o uso de EPA e estatinas. Não há evidências para triglicérides ≥ 500 mg/dL (AACE, 2025).

- Outras medidas para hipertrigliceridemia: fibratos (reduz triglicerídeo e aumenta HDL) e ácidos graxos ômega 3 (principalmente melhorando perfil lipídico nos pacientes com diabetes e em quadros graves, cujos níveis são > 880 mg/dL, com risco de pancreatite). (SBC, 2025)

- Tratamento não medicamentoso: dieta balanceada – ácidos graxos insaturados (azeite de oliva, abacate e nozes); baixo índice de gordura saturada e adequada ingestão de fibras; exercício físico regular, aeróbico e de resistência e perda ponderal. (SBC, 2025)

Ademais, apesar de parecer ser uma grande inovação é preciso derrubar as principais barreiras práticas inerentes da implementação da nova diretriz, como: fármacos de alto custo - que podem afastar o acesso dos pacientes; adesão do paciente - pacientes que não aderem adequadamente o tratamento podem criar uma barreira com a diretriz presente; falta de terapia intensiva na atenção primária e monitorização inadequada. Fatos estes que estão

intrinsecamente ligados às políticas de saúde pública do Brasil. É importante salientar que estes temas são sempre recorrentes em revisões de implementação de novas diretrizes em um país (BSc LA, et al., 2025; SPITZ J, et al., 2025).

Neste ano, existe uma ascendente literatura sobre os modelos de cuidado em dislipidemia, por exemplo: clinics pós-SCA, programas de controle de lípidos, que melhoram o alcance das metas terapêuticas. Esses estudos podem ser potenciais soluções para os entraves que a SBC apresentou (BSc LA, et al., 2025; NITU ET, at al., 2025).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atualizações das diretrizes nacionais e internacionais de dislipidemia consolidam uma abordagem mais precisa e intensiva do risco cardiovascular, reforçando o LDL-c como principal alvo terapêutico e introduzindo novas metas lipídicas mais rigorosas, especialmente em pacientes de risco elevado. A incorporação de terapias emergentes, como os inibidores de PCSK9, o ácido bempedoico e o inclisiran ampliam as possibilidades de tratamento e potencializam a prevenção de eventos ateroscleróticos maiores. No entanto, persistem desafios relevantes para a implementação efetiva dessas recomendações, especialmente em países com desigualdades de acesso e limitação de recursos, como: baixa adesão terapêutica, pouca utilização de estatinas de alta potência e a restrição ao uso de terapias de alto custo constituem barreiras que comprometem o alcance das metas lipídicas ideais.

Nesse contexto, tornam-se indispensáveis políticas de saúde que ampliem o acesso a medicamentos eficazes, programas de rastreamento familiar e estratégias de educação médica continuada voltada para a adesão ao tratamento e para a abordagem do risco cardiovascular. Em síntese, o controle adequado da dislipidemia exige uma abordagem multifatorial, baseada em evidências e centrada no paciente, que combine intervenções farmacológicas e modificações do estilo de vida. A consolidação das novas diretrizes oferece não apenas um guia técnico atualizado, mas também um chamado à ação para aprimorar a prática clínica, reduzir a carga das doenças ateroscleróticas e promover a prevenção cardiovascular como um todo – abordando o indivíduo de forma biopsicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AACE. Clinical practice guideline on pharmacologic management of adults with dyslipidemia. *Endocrine Practice*, 2024; 30(5): 489-514.

2. CHOLESTEROL TREATMENT TRIALISTS' COLLABORATION. Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomized controlled trials. *Lancet*, v. 393, p. 407-415, 2019.
3. LAUFS U, et al. Challenges and future directions in lipid-lowering therapy: bridging the gap between evidence and implementation. *European Heart Journal Supplements*, 2024; 26(Suppl A): A3-A10.
4. MACH F, et al. 2025 Focused update of the 2019 ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal*, 2025; 46(2): 150-192.
5. MARSTON NA, GIULIANO RP, MELLONI GEM, PARK JG, MORRILL V, BLAZING MA, et al. Association of Apolipoprotein B-Containing Lipoproteins and Risk of Myocardial Infarction in Individuals wit Atherosclerosis: Distinguishing between Particle C Type, and Content. *JAMA Cardiol.* 2022;7(3):250-6. [jamacardio.2021.5083](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.5083).
6. NISSEN S. E. et al. Bempedoic Acid and Cardiovascular Outcomes in Statin-Intolerant Patients. *New England Journal of Medicine*, v. 388, n. 15, p. 1353-1364, 2023.
7. NITU ET, at al. A comprehensive review of the latest approaches to managing hypercholesterolemia: A comparative analysis of conventional and novel treatments: part I, 2025; 15 (8): 1185.
8. RAJA V, AGUIAR C, ALSAYED N, CHIBBER YS, ELBADAWI, EZHOVE M, et al. Non-HDL-cholesterol in dyslipidemia: Review of the state-of-the-art literature and outlook. *Atherosclerosis*. 2023; 383:117312. doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2023.117312.
9. SCHWARTZ G. G. et al. Alirocumab and cardiovascular outcomes after acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine*, v. 379, n. 22, p. 2097-2107, 2018.
10. SBc LA, et al. Implementing dyslipidemia guidelines into clinical practice following an acute coronary syndrome: Challenges and opportunities for improvement,2025.
11. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose – Atualização 2025. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2025; 125(Supl 1): 1-62.
12. SPITZ J, et al. A critical appraisal of lipid management in the post-statin Era: Comparison on guidelines, therapeutic targets, and screening in a case-based framework of lipid management, 2025. 4 (6):2.