

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 1 de 12

LINHA DE CUIDADO EM DISLIPIDEMIA

1. Objetivos da Linha de Cuidado

Prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares associadas à dislipidemia.
 Redução da morbimortalidade cardiovascular, especialmente por doença aterosclerótica, infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC).
 Promoção do cuidado integral, longitudinal e coordenado em todos os níveis de atenção do SUS.
 Padronização da estratificação de risco cardiovascular, considerando recomendações nacionais (PCDT/MS 2025) e internacionais (ESC/EAS 2025, SBC 2017).
 Racionalização do uso de medicamentos disponíveis na rede pública e incorporação de novas tecnologias quando indicadas.
 Monitoramento de resultados assistenciais e indicadores clínicos, alinhados ao Previne Brasil e aos protocolos de avaliação de qualidade da atenção.

2. População-alvo

Adultos e idosos na população geral, em especial aqueles com risco cardiovascular aumentado.
 Pacientes com fatores de risco adicionais, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, doença renal crônica, síndrome metabólica.
 Pacientes em prevenção secundária, com história prévia de infarto agudo do miocárdio, angina estável ou instável, acidente vascular cerebral, doença arterial periférica, ou outros eventos cardiovasculares ateroscleróticos.

Populações especiais:

- Crianças e adolescentes com hipercolesterolemia familiar ou outras dislipidemias hereditárias.
- Mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas (avaliação individualizada, considerando segurança dos fármacos).
- Pessoas vivendo com HIV, doenças autoimunes ou uso crônico de medicamentos com impacto metabólico (ex.: corticoides, antipsicóticos, imunossupressores).

3. Definição

As dislipidemias compreendem um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados por alterações quantitativas ou qualitativas dos lipídios plasmáticos, incluindo colesterol total (CT), lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), lipoproteína de alta densidade (HDL-C) e triglicerídeos (TG). Estas alterações contribuem para a aterogênese e aumento do risco de eventos cardiovasculares.

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 2 de 12

4. Classificação das Dislipidemias

As dislipidemias podem ser classificadas segundo critérios laboratoriais e etiológicos:

Segundo a alteração laboratorial predominante:

Hipercolesterolemia isolada: elevação isolada do LDL-C ou do colesterol total.

Hipertrigliceridemia isolada: elevação dos triglicerídeos plasmáticos.

Dislipidemia mista: elevação concomitante de LDL-C e triglicerídeos.

HDL-colesterol reduzido: níveis baixos de HDL-C, isolados ou associados a outras alterações.

Segundo a etiologia:

Dislipidemias primárias (genéticas): ex. hipercolesterolemia familiar (HF), disbetalipoproteinemia.

Dislipidemias secundárias: associadas a diabetes mellitus, hipotireoidismo, síndrome nefrótica, doença hepática crônica, uso de medicamentos (corticoides, diuréticos tiazídicos, antirretrovirais, entre outros).

4.1. Classificação Laboratorial segundo Valores de Referência

Marcador	Desejável / Ótimo	Limítrofe / Alto Risco
Colesterol Total	< 190 mg/dL	≥ 190 mg/dL
LDL-C	< 100 mg/dL (ótimo); < 70 mg/dL (muito alto risco)	≥ 130 mg/dL (alto); ≥ 160 mg/dL (muito alto)
HDL-C	≥ 40 mg/dL (homens); ≥ 50 mg/dL (mulheres)	< 40 mg/dL (homens); < 50 mg/dL (mulheres)
Triglicerídeos	< 150 mg/dL	≥ 150 mg/dL (limítrofe); ≥ 200 mg/dL (alto); ≥ 500 mg/dL (muito alto)

5. Estratificação de Risco Cardiovascular

A estratificação do risco cardiovascular é essencial para orientar a intensidade da intervenção terapêutica em pacientes com dislipidemia. O risco deve ser avaliado considerando níveis pressóricos, presença de fatores de risco adicionais, lesão de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas.

5.1 Ferramentas Recomendadas

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia			Página 3 de 12

SCORE2 (Sociedade Europeia de Cardiologia, 2021; incorporado na atualização ESC/EAS 2025) – estima risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais em 10 anos, considerando idade, sexo, tabagismo, pressão arterial e colesterol não-HDL.

SCORE2-OP – versão adaptada para indivíduos acima de 70 anos.

Calculadora de risco global cardiovascular do Ministério da Saúde (Brasil, 2014; utilizada no PCDT/MS 2025) – baseada em Framingham, adaptada para realidade brasileira.

Outros fatores adicionais: presença de diabetes mellitus, doença renal crônica, síndrome metabólica, histórico familiar de doença aterosclerótica precoce, níveis elevados de lipoproteína(a).

5.2 Categorias de Risco Cardiovascular

Conforme ESC/EAS 2025 e PCDT/MS 2025, os pacientes são classificados em:

Risco Muito Alto: doença aterosclerótica estabelecida, diabetes mellitus tipo 2 com ≥ 3 fatores de risco ou LOA, doença renal crônica estágio ≥ 4 , LDL-C ≥ 190 mg/dL.

Risco Alto: colesterol LDL persistentemente elevado (≥ 160 mg/dL), hipertensão arterial grave, diabetes mellitus tipo 1 de longa duração (> 20 anos), doença renal crônica estágio 3.

Risco Moderado: presença de fatores de risco individuais (hipertensão, tabagismo, dislipidemia leve a moderada) sem doença cardiovascular estabelecida.

Risco Baixo: indivíduos jovens, sem fatores de risco relevantes, com perfil lipídico e pressão arterial dentro da normalidade.

6. Metas Terapêuticas de LDL-C

As metas de LDL-C variam conforme a categoria de risco:

Categoria de Risco	Meta de LDL-C	Redução Mínima Recomendada
Muito Alto	< 55 mg/dL	$\geq 50\%$ do valor basal
Alto	< 70 mg/dL	$\geq 50\%$ do valor basal
Moderado	< 100 mg/dL	$\geq 30\%$ do valor basal
Baixo	< 116 mg/dL	Mudanças de estilo de vida podem ser suficientes

6.1 Considerações Adicionais

Além das metas lipídicas, recomenda-se avaliação global do risco, incluindo perfil pressórico, controle glicêmico, função renal e marcadores inflamatórios. A mensuração de lipoproteína(a) deve ser realizada ao menos uma vez na vida adulta em pacientes com histórico familiar de doença aterosclerótica precoce ou risco elevado.

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 4 de 12

6.2 Tratamento Não Farmacológico

O tratamento não farmacológico constitui a base da intervenção em dislipidemia e deve ser recomendado a todos os pacientes, independentemente da necessidade de terapia medicamentosa. A adoção de mudanças no estilo de vida contribui para redução dos níveis lipídicos, melhora da saúde cardiovascular global e prevenção de complicações.

6.3 Alimentação e Nutrição

Priorizar padrão alimentar mediterrâneo ou DASH, ricos em frutas, vegetais, grãos integrais, leguminosas, peixes e oleaginosas.

Reduzir ingestão de gorduras saturadas (<10% do VCT) e eliminar gorduras trans industriais.

Preferir óleos vegetais insaturados (azeite, canola, soja) em substituição às gorduras sólidas.

Reduzir consumo de açúcares simples e bebidas açucaradas.

Estimular consumo de fibras solúveis (aveia, cevada, psyllium, leguminosas), que reduzem LDL-C.

Evitar consumo excessivo de álcool, especialmente em pacientes com hipertrigliceridemia.

6.4 Atividade Física

Recomendar pelo menos 150 minutos/semana de atividade aeróbica moderada (ex.: caminhada, ciclismo, natação).

Alternativamente, 75 minutos/semana de atividade vigorosa.

Incluir exercícios resistidos 2 a 3 vezes por semana, visando ganho de massa muscular e redução de gordura visceral.

Evitar longos períodos de sedentarismo; incentivar pausas ativas no trabalho e no cotidiano.

6.5 Controle do Peso Corporal

A perda de peso é especialmente eficaz em pacientes com sobrepeso/obesidade e hipertrigliceridemia. Objetivo inicial: perda de 5 a 10% do peso corporal em 6 meses, com manutenção a longo prazo.

6.6 Cessação do Tabagismo

O abandono do tabagismo deve ser fortemente incentivado, pois aumenta HDL-C, reduz inflamação vascular e diminui significativamente o risco de eventos cardiovasculares.

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 5 de 12

6.7 Educação em Saúde e Apoio Psicossocial

Envolver equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos).

Utilizar ferramentas de saúde digital e PEC-SUS para acompanhamento de metas e adesão.

Incentivar grupos de apoio e educação em saúde na APS, reforçando autocuidado e adesão terapêutica.

Considerar fatores socioculturais e econômicos no planejamento dietético e na prescrição de atividades.

7. Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico deve ser considerado quando as metas terapêuticas de LDL-C e perfil lipídico não são atingidas apenas com medidas não farmacológicas, ou quando o risco cardiovascular do paciente justifica início imediato de terapia. As recomendações se baseiam no PCDT/MS 2025, diretriz ESC/EAS 2025 e diretriz da SBC.

7.1 Estatinas

São a primeira linha no tratamento da dislipidemia. Atuam inibindo a HMG-CoA redutase, reduzindo LDL-C em 30–55%. O PCDT/MS disponibiliza atorvastatina e sinvastatina como principais opções no SUS.

Alta intensidade: Atorvastatina 40–80 mg/dia; Rosuvastatina 20–40 mg/dia (quando disponível).

Moderada intensidade: Atorvastatina 10–20 mg/dia; Sinvastatina 20–40 mg/dia; Rosuvastatina 5–10 mg/dia.

Baixa intensidade: Sinvastatina 10 mg/dia.

7.2 Ezetimiba

Reduz a absorção intestinal de colesterol, proporcionando redução adicional de 15–25% do LDL-C. Indicada quando a meta lipídica não é atingida com estatina em dose máxima tolerada ou quando há intolerância às estatinas. Pode ser usada em associação.

7.3 Fibratos

Atuam na redução de triglicerídeos (30–50%) e discreto aumento do HDL-C. Indicados em casos de hipertrigliceridemia persistente (≥ 200 mg/dL) e risco de pancreatite (≥ 500 mg/dL). O fenofibrato é a principal opção recomendada, embora

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 6 de 12

o uso de bezafibrato e genfibrozila seja descrito em literatura.

7.4 Novas Terapias e Agentes Especiais

Ácido Bempedoico: indicado em pacientes com intolerância às estatinas ou que não atingem metas mesmo em uso de estatinas + ezetimiba. Recomendado pelas diretrizes ESC/EAS 2025.

Inibidores de PCSK9 (alirocumabe, evolocumabe): promovem redução adicional de 50–60% do LDL-C; indicados em alto e muito alto risco cardiovascular. No Brasil, acesso restrito ao sistema suplementar ou judicialização.

Evinacumabe: anticorpo monoclonal utilizado em hipercolesterolemia familiar homozigótica, a partir de 5 anos de idade, quando não há resposta ao tratamento padrão.

Ômega-3 (EPA/DHA em altas doses): indicado em hipertrigliceridemia persistente, como adjuvante.

8. Algoritmo Terapêutico

1. Iniciar estatina em dose adequada à categoria de risco cardiovascular.
2. Reavaliar perfil lipídico em 4 a 12 semanas.
3. Se não atingir meta: aumentar dose da estatina (se tolerado).
4. Persistindo fora da meta: associar ezetimiba.
5. Em casos selecionados de risco muito alto, considerar adição de PCSK9 ou ácido bempedoico.
6. Em hipertrigliceridemia ≥ 500 mg/dL, iniciar fibrato para prevenção de pancreatite.

9. Linhas de Cuidado por Nível de Atenção

9.1. Atenção Primária à Saúde (APS)

Identificação de fatores de risco cardiovasculares e rastreamento com perfil lipídico conforme protocolos vigentes.

Estratificação inicial de risco cardiovascular utilizando ferramentas recomendadas (Risco Global/MS, SCORE2).

Início de medidas não farmacológicas: orientação nutricional, incentivo à prática de atividade física, controle de peso, cessação do tabagismo.

Prescrição de terapia farmacológica inicial (estatinas de baixa a moderada intensidade) conforme protocolos do SUS.

Acompanhamento longitudinal com reavaliação clínica e laboratorial periódica.

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 7 de 12

Encaminhamento para atenção especializada quando não houver alcance das metas, intolerância medicamentosa, dislipidemia grave ou suspeita de dislipidemia genética.

9.2 Atenção Especializada (Ambulatório de Especialidades)

Avaliação de casos complexos, refratários ou de alto/muito alto risco cardiovascular.

Confirmação diagnóstica de dislipidemias primárias (ex.: hipercolesterolemia familiar) e solicitação de exames complementares avançados (apoB, Lp(a), genéticos).

Otimização da terapia farmacológica (associação de estatina de alta intensidade + ezetimiba ± fibratos).

Indicação e acompanhamento de terapias inovadoras (inibidores de PCSK9, ácido bempedoico, evinacumabe), conforme disponibilidade.

Retorno à APS com plano terapêutico estruturado e contrarreferência obrigatória.

9.3 UPA e Atenção Hospitalar

Manejo intensivo da dislipidemia em pacientes internados por síndrome coronariana aguda (SCA) ou outros eventos cardiovasculares ateroscleróticos.

Início precoce de estatina de alta intensidade durante hospitalização ('quanto mais cedo, mais baixo').

Associação de ezetimiba em caso de não alcance das metas ainda durante a internação.

Planejamento da continuidade terapêutica após alta, com encaminhamento formal à APS para seguimento longitudinal.

9.4 Reabilitação e Retorno à APS

Após alta hospitalar ou acompanhamento em nível especializado, o paciente deve retornar à APS para continuidade do cuidado longitudinal. Estratégias de reabilitação cardiovascular, quando disponíveis (ex.: CER, NASF-AP, programas de educação em saúde), devem ser incorporadas ao plano terapêutico. O seguimento periódico deve incluir reavaliação laboratorial, reforço de adesão e ajuste terapêutico.

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 8 de 12

10. Acompanhamento, Monitoramento e Indicadores

10.1 Periodicidade de Avaliação

Avaliação clínica inicial e solicitação de perfil lipídico completo.

Reavaliação laboratorial após 4 a 12 semanas do início ou ajuste da terapia.

Monitoramento subsequente a cada 3 a 12 meses, conforme risco e estabilidade clínica.

Em pacientes de alto/muito alto risco: considerar monitoramento trimestral até atingir metas lipídicas.

10.2 Metas Terapêuticas

As metas de LDL-C, HDL-C e triglicerídeos seguem as recomendações do PCDT/MS 2025 e da ESC/EAS 2025. A prioridade é alcançar reduções proporcionais e absolutas de LDL-C, de acordo com a categoria de risco cardiovascular.

10.3 Indicadores de Processo

Proporção de pacientes com dislipidemia cadastrados no PEC-SUS com perfil lipídico registrado no último ano.

Percentual de pacientes com estratificação de risco cardiovascular documentada.

Proporção de pacientes em uso de estatina conforme categoria de risco.

10.4 Indicadores de Resultado

Proporção de pacientes de risco muito alto que atingem LDL-C < 55 mg/dL.

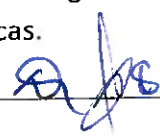
Proporção de pacientes de risco alto que atingem LDL-C < 70 mg/dL.

Redução da taxa de internação por eventos cardiovasculares em pacientes acompanhados com dislipidemia.

Taxa de adesão terapêutica registrada (consultas, prescrição e dispensação de medicamentos).

10.5 Indicadores no Contexto do Previne Brasil

Embora não haja indicador exclusivo para dislipidemia no Previne Brasil, a linha de cuidado se articula com metas de controle de hipertensão arterial, diabetes mellitus e prevenção cardiovascular global. Recomenda-se integrar os indicadores de dislipidemia ao monitoramento de condições crônicas.



Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 9 de 12

11. Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica – Dislipidemia. Brasília: MS/CONITEC, 2025.

MACH, F. et al. 2025 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Focused update of the 2019 guidelines. European Heart Journal, 2025.

XAVIER, H. T. et al. Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 109, n. 2, supl. 1, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Risco Cardiovascular. Brasília: MS, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: MS, 2014.

12. Anexos Técnicos

Os anexos técnicos complementam a linha de cuidado em dislipidemia, fornecendo instrumentos práticos para aplicação clínica e apoio à tomada de decisão. Incluem tabelas, fluxogramas de manejo, escalas de risco e referências bibliográficas.

12.1 Tabelas de Classificação de Risco e Metas Lipídicas

Tabela 1 – Categorias de risco cardiovascular e metas terapêuticas de LDL-C (ESC/EAS 2025, PCDT/MS 2025).

Categoria de Risco	Meta de LDL-C	Redução Mínima Recomendada
Muito Alto	< 55 mg/dL	≥ 50% do valor basal
Alto	< 70 mg/dL	≥ 50% do valor basal
Moderado	< 100 mg/dL	≥ 30% do valor basal
Baixo	< 116 mg/dL	Mudanças de estilo de vida podem ser suficientes

12.2 Fluxograma do Manejo da Dislipidemia

Fluxo simplificado do cuidado:

1. Rastreio com perfil lipídico
2. Estratificação de risco cardiovascular (SCORE2/MS)
3. Intervenção não farmacológica para todos
4. Estatina conforme risco
5. Reavaliação em 4–12 semanas
6. Se não atingiu meta: intensificar dose ou associar ezetimiba



Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	---

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 10 de 12

7. Persistência fora da meta em alto/muito alto risco: considerar PCSK9/bempedoico

8. Acompanhamento longitudinal na APS com suporte da AE.

12.3 Escalas e Ferramentas de Apoio

SCORE2 e SCORE2-OP (Europa, 2021; ESC/EAS 2025).

Calculadora de risco global cardiovascular – Ministério da Saúde (Brasil, 2014).
Ferramentas digitais do PEC-SUS para registro e acompanhamento dos fatores de risco.

12.4 Escolha de Estatina

A escolha da estatina depende da categoria de risco cardiovascular, do perfil lipídico do paciente e da disponibilidade de medicamentos no SUS. O objetivo é atingir as metas de LDL-C definidas para cada nível de risco.

Categoria de Risco Cardiovascular

A intensidade da terapia deve ser proporcional ao risco:

Risco Muito Alto: iniciar estatina de alta intensidade (atorvastatina 40–80 mg; rosuvastatina 20–40 mg).

Risco Alto: estatina de moderada a alta intensidade (atorvastatina 20–40 mg; sinvastatina 40 mg; rosuvastatina 10–20 mg).

Risco Moderado: estatina de moderada intensidade (atorvastatina 10–20 mg; sinvastatina 20–40 mg).

Risco Baixo: priorizar mudanças de estilo de vida; estatina apenas em casos selecionados.

13. Perfil Lipídico e Metas

LDL-C $\geq$ 190 mg/dL: iniciar estatina de alta intensidade independentemente do risco.

Hipertrigliceridemia $\geq$ 500 mg/dL: prioridade é prevenir pancreatite (fibratos); estatina pode ser associada após controle.

LDL-C $\geq$ 130 mg/dL em risco moderado/alto: estatina de moderada a alta intensidade.

14. Disponibilidade no SUS (PCDT/MS 2025)

Atorvastatina: disponível (10, 20, 40, 80 mg); preferencial em prevenção primária e secundária.
Sinvastatina: disponível (10, 20, 40 mg); indicada em casos de risco moderado ou como opção inicial.

Rosuvastatina: ainda não incorporada ao SUS.

Handwritten signature

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	--

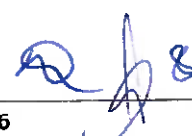
	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 11 de 12

15. Intensidade de Redução Esperada

Estatina	Dose (mg)	Redução de LDL-C	Classificação
Atorvastatina	40–80	50–55%	Alta intensidade
Atorvastatina	10–20	30–45%	Moderada intensidade
Rosuvastatina	20–40	50–63%	Alta intensidade
Rosuvastatina	5–10	30–45%	Moderada intensidade
Sinvastatina	20–40	25–35%	Moderada intensidade
Sinvastatina	10	20–25%	Baixa intensidade

16. Estratégia Prática

1. Avaliar risco → definir meta de LDL-C.
2. Escolher estatina de acordo com a potência necessária e disponibilidade.
3. Iniciar dose plena conforme categoria de risco.
4. Reavaliar perfil lipídico em 4–12 semanas.
5. Se não atingir meta: otimizar dose → associar ezetimiba → considerar novas terapias



Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	--

	Secretaria Municipal de Saúde		
	Departamento de Atenção Primária à Saúde		
	Procedimento Operacional Padrão		
	Nº POP – APS - 0010	Emissão: 30/07/2026	Próxima Revisão: 12 meses
	Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia		Página 12 de 12

Elaboração e ciência:

Elaborado por:	Função	Assinatura
Jaqueline G. Silva	Coordenadora de Enfermagem APS	Jaqueline Gomes da Silva Coord. de Enfermagem COREN-SP 403936
Antônio Victor S. Pepe	Coordenador Médico APS	Dr. Antonio Victor Silva Pepe Coordenador Médico da APS CRM-SP 167714

Aprovado:	Função	Assinatura
Daniel Freitas	Secretário de Saúde	Daniel Freitas Secretário Municipal de Saúde Cajamar Sp

Procedimento Operacional Padrão – Linha de Cuidado em Dislipidemia	Emissão: julho de 2026 Revisão e Finalização: 30/07/2026 Atualização: Anual
--	--