

A Baixa Taxa de Obtenção da Meta do LDL-Colesterol numa População de Baixa Renda

Low Rate of Achieving LDL-Cholesterol Objective in a Low Income Population

Luciano J. Vacanti¹, Silvio C. de Moraes Santos², Alessandro M. Fujita², David S. Lima², Alan F. Lopes², Rodrigo Vetorazi², Ana Sellera², Nataly R. Scarin²

¹Instituto do Coração do Distrito Federal (InCor-DF) - Distrito Federal, DF

²Hospital Guilherme Álvaro - Faculdade de Medicina de Santos (UNILUS) - Santos, SP

OBJETIVO

Avaliar o percentual de pacientes adequados às metas preconizadas pelas III Diretrizes sobre Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia, numa população de baixa renda. Determinar se havia diferença deste percentual, nos pacientes de alto risco, conforme a idade (<75 anos x ≥75 anos).

MÉTODOS

Analisamos consecutivamente 190 pacientes, divididos em dois grupos: 51 pacientes de baixo e médio risco (G I) e 139 de alto risco para doença arterial coronariana (G II). A amostra era caracterizada por pacientes de baixa renda (69% dos pacientes tinham uma renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos), cuja terapêutica hipolipemiante era fornecida irregularmente pelo Estado.

RESULTADOS

Os G I e G II apresentavam, respectivamente, 70,1±13,7 anos e 13,7% de homens e 68,5±10,6 anos e 62,6% de homens. Dentre os pacientes do G II, 30% apresentavam o LDL-colesterol dentro das metas preconizadas. Sendo que, a frequência de pacientes adequados às metas foi, significativamente, menor em indivíduos com 75 anos ou mais que aqueles com menos de 75 anos (16% vs. 30%, p=0,04).

CONCLUSÃO

Numa população, predominantemente, de baixa renda e sem assistência contínua do Estado para adquirir estatinas, a obtenção das metas preconizadas para o LDL-colesterol, pelas III Diretrizes sobre Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia, é baixa e ainda, significativamente, menor em pacientes muito idosos, com perfil de alto risco para aterosclerose.

PALAVRAS-CHAVE

doença arterial coronariana, dislipidemia, LDL-colesterol, terapêutica hipolipemiante.

OBJECTIVE

To assess the percentage of patients suitable to the objectives preconized by III Diretrizes sobre Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia (3rd Guidelines on Dyslipidemia of Brazilian Society of Cardiology), in a low income population. To determine whether there was a difference of that percentage in high risk patients, according to their age (<75 years old vs. ≥75 years old).

METHODS

We analyzed, consecutively, 190 patients, divided in two groups: 51 low and middle risk patients (G I) and 139 high risk patients for coronary artery disease (G II). The sample was characterized by low income patients (69% for the patients had a family income between 1 and 2 minimum salaries), whose hypolipidemic therapy was irregularly supplied by the State.

RESULTS

G I and G II showed, respectively, 70.1±13.7 years old and 13.7% of men and 68.5±10.6 years old and 62.6% of men. Among patients from G II, 30% showed LDL-cholesterol within the preconized objectives. The frequency of patients suitable to the objectives was significantly lower in individuals with 75 years of age or older than among those younger than 75 years old (16% vs. 30%, p=0.04).

CONCLUSION

In a predominantly low income population and without continuous assistance from the State to purchase statins, the achievement of preconized objectives for LDL-cholesterol, by 3rd Guidelines on Dyslipidemia of Brazilian Society of Cardiology, is low and also significantly lower among very old patients, with a high risk profile for atherosclerosis.

KEY WORDS

coronary artery disease, dyslipidemia, LDL-cholesterol, hypolipidemic therapy

Correspondência: Luciano Janussi Vacanti • SQSW, 304 • Bloco E, Ap. 501 • 70673-405 • Cruzeiro, DF
E-mail: lvacanti@cardiol.br

Recebido em 2/03/03 - Aceito em 23/02/05

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil, aproximadamente, em torno de 25% do total de óbitos, sendo responsáveis por cerca de 250.000 mortes ao ano¹. Está bem demonstrado que os níveis plasmáticos de colesterol, principalmente o LDL-colesterol, sua fração mais aterogênica, constituem importantes fatores preditivos do risco de doença arterial coronariana (DAC)². De forma semelhante, é consensual a indicação da terapêutica de redução da colesterolemia em indivíduos com história de DAC ou de alto risco futuro³. Estes tratamentos podem reduzir a incidência de infarto do miocárdio e o risco de morte, aproximadamente, em 30%, além de outros efeitos em eventos mórbidos, como angina, acidentes vasculares cerebrais, necessidade de procedimentos de revascularização miocárdica e periférica^{4,5}. Em razão de novos conhecimentos, foram publicadas as III Diretrizes sobre Dislipidemias da Sociedade Brasileira de Cardiologia (III DD-SBC), sendo, então, instituídas metas mais rígidas, em especial, no controle do LDL-colesterol³. Todavia, atingir tais metas, principalmente no paciente de alto risco para DAC, demanda recursos médicos e financeiros, nem sempre disponíveis na rede pública de saúde. Ademais, o aumento da expectativa de vida da população e o conseqüente aumento do número de pacientes idosos, com doença arterial coronariana, têm exigido decisões terapêuticas em pacientes com idades cada vez mais avançadas. Se, inicialmente, os estudos de intervenção, em relação a hipercolesterolemia, fator de risco que mantém a sua importância neste grupo de pacientes⁶, excluía os idosos acima de 65 anos, atualmente, estudos de grande porte têm evidenciado os benefícios da prevenção secundária, pelo menos até os 82 anos⁷⁻¹⁰. Nestes estudos, demonstrou-se que a intervenção terapêutica com estatinas foi bem tolerada pelos idosos e com resultados até melhores nos de maior faixa etária^{7,8,10}. Portanto, nosso objetivo era analisar qual o percentual de pacientes, com baixa renda e sem assistência contínua do Estado para adquirir a terapêutica farmacológica, que se adequavam às metas preconizadas. Ademais, avaliar se havia diferença entre indivíduos muito idosos e os demais, quanto à obtenção das metas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal sobre o perfil lipídico de pacientes, de baixo e médio risco (G I) e de alto risco (G II) para doença arterial coronariana (DAC), atendidos num hospital escola, da rede SUS. A equipe de cardiologia está ligada ao ensino e à assistência. Contamos, também, com apoio de uma nutricionista para a elaboração de dieta individualizada. Analisamos, consecutivamente, 190 pacientes, divididos em dois grupos (G I e G II), conforme o cálculo do escore de risco de Framingham³. As características de ambos os grupos estão relatadas na tabela I. O perfil

lipídico era analisado no período de 4 a 6 meses, após orientações nutricionais e/ou prescrição de estatinas, as quais não eram fornecidas regularmente por esse hospital público. Os pacientes respondiam a três questões relacionadas à sua renda e à postura assumida frente à necessidade de compra de medicamentos indispensáveis (quadro I). Quanto às condições econômicas: 69% dos pacientes tinham uma renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (fig. 1) e 74% relataram que, a despeito de saberem que o medicamento poderia aumentar a expectativa de vida, não podiam comprá-lo. Ademais, 79% disseram que ficavam sem o tratamento da cardiopatia de base, quando os medicamentos terminavam antes do retorno.

São considerados pacientes de baixo risco aqueles cujo risco absoluto de eventos seja menor que 10% em 10 anos: indivíduos com 1 fator de risco para doença aterosclerótica (FR) (excetuando diabetes), além do colesterol (LDL-C >160 mg/dl). Para este grupo, a meta do LDL-C a ser atingida deve ser <130 mg/dl, entretanto, tolera-se LDL-C até 160 mg/dl. O perfil desejado para estes pacientes deve ser: colesterol total (CT) <200 mg/dl, HDL-C >40 mg/dl e triglicérides (TG) <150 mg/dl. São considerados pacientes de médio risco aqueles cujo risco absoluto de eventos seja >10%, porém, menor que 20%: indivíduos com 2 FR (excetuando diabetes), além do colesterol (LDL-C >160 mg/dl). Para este grupo a meta do LDL-C a ser atingida deve ser <130 mg/dl e o perfil lipídico desejado é semelhante ao anterior. Aqueles com risco de eventos >20%, em 10 anos, ou >20%, extrapolando-se a idade para os 60 anos de vida, indivíduos com mais de 2 FR (excetuando DM), além do colesterol (LDL-C >160 mg/dl), diabéticos, portadores de doença aterosclerótica coronariana ou não (aneurisma de aorta, insuficiência vascular periférica ou doença cerebrovascular sintomática) e portadores de síndromes genéticas, como a hipercolesterolemia familiar e a hiperlipidemia familiar combinada, são categorizados como pacientes de alto risco. A meta do LDL-C deve ser <100 mg/dl e o perfil desejado: CT <200 mg/dl, HDL-C >40 mg/dl (HDL-C >45 mg/dl em diabéticos) e TG <150 mg/dl.

Os resultados dos valores de triglicérides, colesterol total, LDL-colesterol e HDL-colesterol foram expressos pela média e desvio-padrão. Aplicamos o teste exato de Fisher para calcular a diferença do percentual de pacientes de alto risco para DAC, adequados às metas preconizadas, conforme a idade (<75 anos vs. ≥75 anos). Foram considerados

Tabela I - Número de pacientes e distribuição quanto ao sexo e idade, nos grupos de baixo e intermediário risco e naqueles de alto risco

Características	Número	Sexo masculino (n) (%)	Idade (anos)
Grupo I	51	7 (13,7%)	70,1±13,7
Grupo II	139	87 (62,6%)	68,5±10,6

Quadro I - Questões relacionadas à renda e à postura assumida frente à necessidade de compra de medicamentos indispensáveis

1. Qual sua renda familiar?
2. Sabendo que o remédio para baixar o colesterol pode aumentar seus anos de vida e melhorar a qualidade de vida e que ele custa aproximadamente trinta reais no mês, o sr(a) poderia comprá-lo?
3. Quando os remédios para o coração terminam antes do retorno, o que o sr(a) faz? Compra ou fica sem os mesmos?

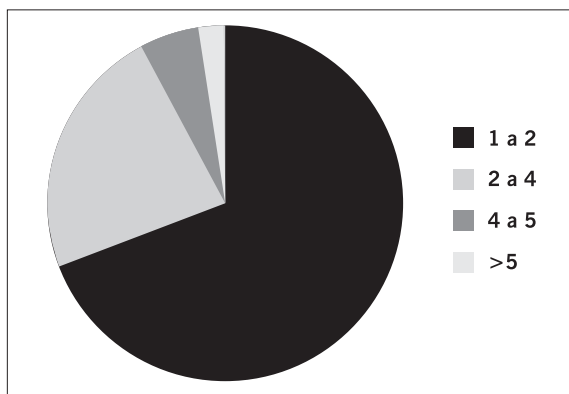


Fig. 1 - Renda familiar (em salários mínimos) da população em estudo.

estatisticamente significativos valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

O perfil lipídico dos grupos está descrito na tabela II. Apresentavam o LDL-colesterol dentro das metas estabelecidas: 50,9% e 30,2% dos pacientes, respectivamente, do grupo I e II. A frequência de pacientes do grupo II (alto risco), com 75 anos ou mais, dentro das metas preconizadas de LDL-colesterol, foi significativamente menor, quando comparada com pacientes com menos de 75 anos ($16\% \times 30,2\% \text{ } p=0,04$) (fig. 2).

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a maioria de nossos pacientes de alto risco e baixa renda e, em especial, os muito idosos não estão atingindo as metas do LDL-colesterol, preconizadas pelas III DD-SBC. Em relação aos muito idosos, os resultados podem ser justificados porque,

até recentemente, não tínhamos evidências científicas consistentes dos benefícios numa população com mais de 75 anos, visto que os estudos de intervenção excluíam os idosos acima desta faixa etária^{4,7,8}. Porém, atualmente, estudos como o Heart Protection Study (HPS) e o “PROSPER” demonstraram redução da mortalidade em pacientes de alto risco em uso de estatinas, nas idades mais avançadas^{9,10}. A redução dos eventos cardiovasculares foi significativa em ambos os estudos: 23,1% no grupo sinvastatina vs. 32,3%, no grupo placebo, ($p=0.002$) e 14,1% no grupo pravastatina vs. 16,2%, no grupo placebo ($p=0.01$), respectivamente. Tais estudos ressaltam a necessidade de incrementarmos o uso das estatinas com o objetivo de atingirmos as metas preconizadas, as quais foram menos alcançadas nesta faixa etária.

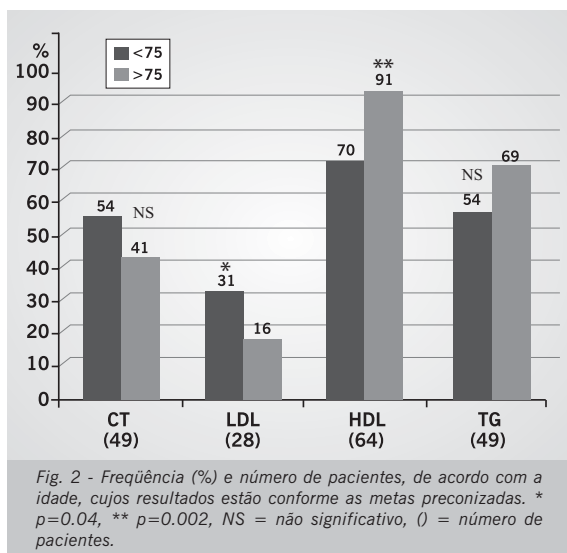
Quando analisamos os resultados da literatura, percebemos que a dificuldade de atingirmos as metas preconizadas é um problema observado em outros centros. O estudo multicêntrico L-TAP (The Lipid Treatment Assessment Project), realizado em 5 regiões dos Estados Unidos, avaliou 4.888 pacientes em uso de terapêutica hipolipemiante há no mínimo, 3 meses, desses, 77% eram de alto risco para futuros eventos cardiovasculares. Apesar desse estudo ter sido realizado numa população com condições socioeconômicas superiores à nossa, somente 37% dos indivíduos de alto risco apresentavam o LDL-colesterol igual ou inferior a 100 mg/dl¹¹. Allison e cols. apresentaram resultados semelhantes: 39% dos pacientes de alto risco atingiram a meta do controle do LDL-colesterol, após orientações higieno-dietéticas e, se necessário, o emprego de fármacos hipolipemiantes. Nesse estudo, a terapêutica farmacológica foi o fator independente mais importante para atingir a meta do LDL-colesterol ≤ 100 mg/dl¹².

Observamos que nossos pacientes também não estão atingindo as metas preconizadas de controle do LDL-colesterol, possivelmente, pela baixa aderência ao tratamento preconizado, quer representado pela mudança do estilo de vida, quer pela terapêutica farmacológica. Essa última, influenciada pelo alto custo da medicação, para esta população com poucos recursos financeiros. Observamos que apesar da conscientização do risco para futuros eventos cardiovasculares, os pacientes não adquiriam os medicamentos. E esses, quando oferecidos pela farmácia do hospital, não eram continuados, caso acabassem antes

Tabela II - Perfil lipídico (média e desvio-padrão) e a taxa de obtenção das metas preconizadas pela SBC, conforme o grau de risco para DAC

Variável	Colesterol Total		HDL- Colesterol		LDL- Colesterol		Triglicerídeos	
	Média	Taxa	Média	Taxa	Média	Taxa	Média	Taxa
G I	221,5±39,8	41,2%	53,3±13,5	94,1%	129,9±31,9	50,9%	127,0±57,2	76,5%
G II	205,2±42,6	55,3%	49,1±13,1	77,7%	125,5±34,5	30,2%	161,3±106	61,8%

Média = valores expressos em mg/dl, seguidos do desvio padrão e taxa = percentual de pacientes adequados aos valores propostos pela III Diretrizes sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção de Aterosclerose³.



do retorno à consulta. A aderência ou não ao tratamento depende de vários fatores relacionados ou não à vontade do paciente. Um desses fatores é a comunicação inadequada entre profissionais de saúde e o paciente, fazendo com que ele seja incapaz de seguir as recomendações médicas, fato mais evidente em pacientes idosos ou pouco alfabetizados, embora o principal fator limitante do uso crônico seja o custo do medicamento¹³. Mansur e cols. analisaram 207 pacientes com diagnóstico de DAC e dislipidemia. Dos 139 pacientes que receberam a prescrição de estatina, 85 (61%) faziam uso regular da medicação. Daqueles 54 (39%) indivíduos que a usavam de modo irregular, 36 (67%)

relataram que o preço da medicação foi o principal responsável pela irregularidade do tratamento¹³. Por esta razão, a participação do Estado é fundamental para assegurar o controle adequado do perfil lipídico em pacientes de baixa renda, não apenas através dos recursos humanos, representados pela equipe multidisciplinar, mas também fornecendo ininterruptamente o fármaco.

Em dezembro de 2002, foi assinada a Portaria nº 1.015, aprovando o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Dislipidemias, de caráter nacional, devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde na regulação da dispensação dos medicamentos nele previstos (estatinas, fibratos e ácido nicotínico)¹⁴. cremos que, com estas medidas e com a assimilação de que o uso destes fármacos é responsável por redução da mortalidade, mesmo em indivíduos muito idosos, podemos reduzir a incidência de eventos cardiovasculares numa população de alto risco.

A principal limitação em relação a este estudo é o pequeno número de participantes para se generalizar os resultados para a população de baixa renda em nosso País, embora, infelizmente, isso pareça ser uma realidade. Da mesma forma, a comparação com outros estudos, que avaliaram o respeito às metas, é precária devido ao pequeno número de indivíduos estudados, no presente trabalho. Entretanto, nossos resultados podem suscitar o interesse em novas pesquisas, com maior número de participantes, para dimensionar a observância das metas preconizadas e, assim, influenciar a conduta dos profissionais ligados à área, bem como do Estado, para garantir o adequado fornecimento dos fármacos.

REFERÊNCIAS

- DATASUS - <http://www.datasus.gov.br/> Departamento de Informática do SUS. Ministério da Saúde. Governo do Brasil.
- The Pooling Project Research Group: Relationship of blood pressure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight and ECG abnormalities to incidence of major coronary events. Final report of the pooling project. *J Chronic Dis* 1978; 31: 201-306.
- Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção de Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2001; 77(supl. III): S4-8.
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian simvastatin survival study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383-89.
- The Post Coronary Artery Bypass Graft Trial Investigators. The effect of aggressive lowering of low-density lipoprotein cholesterol levels and low dose of anticoagulation on obstructive changes in saphenous-vein coronary artery disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1997; 336: 153-62.
- Kannel WB, Wilson PWF, Larson MG, Evans JC. Coronary risk factors and coronary prevention in octogenarians. In: Wenger NK, Martin Dunitz. Ed. *Cardiovascular Disease in the Octogenarian and Beyond*, 1999: 141-63.
- Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA et al. The effect of pravastatin on coronary events after myocardial infarction in patients with average cholesterol levels. Cholesterol an Recurrent Events Trial Investigators. *N Engl J Med* 1996; 335: 1001-09.
- The Long-Term Intervention with Pravastatin in Ischaemic Disease (LIPID) Study Group. Prevention of cardiovascular events and death with pravastatin in patients with coronary heart disease and a broad range of initial cholesterol levels. *N Engl J Med* 1998; 339: 1349-57.
- Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of antioxidant vitamin supplementation in 20.5366 high-risk individuals: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 23-33.
- Shepherd J, Blauw GJ, Murphy MB et al on behalf of the PROSPER study group. Pravastatin in the elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomized controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 1623-30.
- Pearson TA, Laurora I, Chu H, Kafonek S. The lipid treatment assessment project (L-TAP): a multicenter survey to evaluate the percentages of dyslipidemic patients receiving lipid-lowering therapy and achieving low-density lipoprotein cholesterol goals. *Arch Intern Med* 2000; 160: 459-67.
- Allison TG, Squires RW, Johnson BD, Gau GT. Achieving National Cholesterol Education Program goals for low-density lipoprotein cholesterol in cardiac patients: importance of diet, exercise, weight control, and drug therapy. *Mayo Clin Proc* 1999; 74: 466-73.
- Mansur AP, Mattar APL, Tsubo CE, Simão DT, Yoshi FR, Daci K. Prescrição e aderência das estatinas em pacientes com doença arterial coronariana e hipercolesterolemia. *Arq Bras Cardiol* 2001; 76: 111-4
- Ministério da Saúde. Governo do Brasil. <http://www.saude.gov.br/portarias/2002>

O arquivo disponível sofreu correções conforme ERRATA publicada no Volume 85 Número 4 da revista.