

Alcance de Metas de LDL-colesterol: Por que Falhamos e Como Podemos Melhorar?

Achievement of LDL-cholesterol Targets: Why do We Fail, and How Can We Improve?

Fernando Cesena¹ 

Cenocor,¹ Guarulhos, SP – Brasil

Minieditorial referente ao artigo: Alcance das Metas de Colesterol LDL após Infarto Agudo do Miocárdio: Dados Reais do Sistema Público de Saúde da Cidade de Curitiba.

A doença aterosclerótica cardiovascular (DACV) continua sendo a primeira causa de morte no mundo e no Brasil.^{1,2} Indivíduos com DACV prévia estão em maior risco de eventos subsequentes, e as diretrizes recomendam uma redução agressiva dos níveis de colesterol da lipoproteína de baixa densidade (LDL-c) para evitar desfechos ruins.^{3,4}

No entanto, vários relatos de todo o mundo indicam uma lacuna entre as recomendações das diretrizes e a prática clínica, e grande parte da população, principalmente na prevenção secundária, vive com níveis de LDL-c acima dos considerados razoáveis para prevenir eventos.⁵⁻⁸ De fato, a falta de adesão às terapias recomendadas pelas diretrizes foi independentemente associada a eventos cardiovasculares maiores em uma população brasileira após síndrome coronariana aguda.⁹

Nesse contexto, Bernardi et al. relatam os níveis de LDL-c após infarto do miocárdio na cidade de Curitiba-PR, Brasil. Os autores analisaram retrospectivamente pacientes admitidos por infarto do miocárdio em hospitais públicos entre 2008 e 2015. Entre 1.451 pacientes avaliados 33 meses em média após o evento, apenas 29% e 7% apresentaram nível de LDL-c <70 mg/dL e <50 mg/dL, respectivamente, enquanto o LDL-c foi ≥ 100 mg/dL em 36% da amostra.¹⁰

Essas valiosas informações lançam luz sobre um antigo debate: por que é tão difícil atingir as metas de LDL-c e como podemos melhorar? A resposta é nada menos que complexa e deve envolver várias partes.

Os médicos podem não conhecer as diretrizes, podem não concordar com elas ou podem temer níveis muito baixos de LDL-c. No entanto, a melhor evidência de ensaios clínicos randomizados apoia não apenas a eficácia, mas também a segurança da redução agressiva do LDL-c em pacientes de alto risco.⁴ Alguns médicos são afetados pela inércia clínica. Outros podem achar que não há diferença substancial entre

manter o LDL-c <50, 70 ou 100 mg/dL. Vale lembrar que o impacto das estratégias preventivas na redução do risco absoluto aumenta com o tempo, diminuindo o número necessário para tratar (NNT) para prevenir um evento na perspectiva de longo prazo da DACV.

Por outro lado, os pacientes podem subestimar o risco e desconhecer as metas de LDL-c,¹¹ podem superestimar a eficácia de estratégias não farmacológicas e minimizar a necessidade de tratamento medicamentoso, podem não poder pagar os medicamentos ou simplesmente não aderir a eles por vários motivos, incluindo o desenvolvimento de sintomas musculares ou o medo exagerado de efeitos adversos. No entanto, é amplamente aceito que o efeito nocebo é altamente prevalente e uma verdadeira intolerância às estatinas é muito menos comum do que muitos podem pensar.⁴

Se o objetivo final é implementar terapias baseadas em evidências com sucesso, a educação médica continuada e campanhas públicas são essenciais, mas não suficientes. Medidas mais profundas, amplas e impactantes devem ser discutidas. Precisamos levar essa questão mais a sério.

Ações de valorização e resgate do método científico como motor central das decisões médicas seriam bem-vindas, servindo de contraponto às práticas alternativas e à pseudociência que têm conquistado a simpatia de tantas pessoas, inclusive médicos. As escolas médicas e os profissionais de saúde têm papel fundamental nesse processo.

É imperativo identificar corretamente as barreiras à implementação das diretrizes, que podem variar de acordo com a região, ambiente (prática pública versus privada, atenção primária versus especializada) ou condições socioeconômicas. Os fatores identificados devem ser alvo para programas de melhoria da qualidade. No Brasil, há bons exemplos a serem seguidos, como o programa Boas Práticas em Cardiologia adaptado do programa Get With The Guidelines da American Heart Association,¹² e intervenções de melhoria da qualidade testadas em ensaios randomizados por cluster.^{13, 14}

No nível institucional, estabelecer métricas e metas de desempenho, auditorias independentes, programas de acreditação e modelos de pagamento baseados em valor são propostas que podem ser debatidas para melhorar a qualidade da assistência médica. Ao nível do médico, deve ser considerada a avaliação periódica da competência para exercer a Medicina.

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares/prevenção e controle; Infarto do Miocárdio; Hipercolesterolemia; Agentes Anticolesterolemiantes; Qualidade da Assistência à Saúde; Fatores de Risco

Correspondência: Fernando Cesena •

Cenocor. Rua Dr Ramos de Azevedo, 159, sala 1510. CEP 07012-020.

Guarulhos, SP – Brasil

E-mail: cesenaf@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20220288>

As tecnologias modernas precisam ser aproveitadas na busca pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. É cada vez mais fácil identificar pacientes em risco que não atingem as metas de LDL-c ou não têm os lipídios plasmáticos dosados. Alertas automáticos por meio de telefones celulares ou e-mails incentivando esses indivíduos a procurar atendimento médico podem encontrar um lugar nesse contexto. Além disso, a telemedicina permite a integração entre a atenção básica e os centros especializados e pode ser útil para o manejo de casos mais complexos.

Por fim, todos os esforços mencionados acima são inúteis se o acesso ao tratamento farmacológico adequado permanecer restrito. No Brasil, a maioria dos indivíduos depende do sistema público de saúde e tem acesso apenas às

estatinas de menor potência.¹⁵ Há uma necessidade urgente de facilitar a disponibilidade de atorvastatina, rosuvastatina e ezetimiba, pelo menos para aqueles que precisam delas para atingir as metas de LDL-c.

Em conclusão, o desenvolvimento de diretrizes é inútil se as recomendações não forem aplicadas à população. A implementação das melhores evidências científicas sobre a redução do LDL-c na prática clínica é um desafio. A educação médica e do paciente são os pilares para o sucesso, mas são necessárias atitudes mais abrangentes. Diferentes setores da sociedade, incluindo gestores de saúde, formuladores de políticas, sociedades médicas e conselhos de regulação profissional, devem assumir essa responsabilidade.

Referências

1. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Cardiovascular Statistics - Brazil 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2022;118(1):115-373. doi: 10.36660/abc.20211012.
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(25):2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010.
3. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune AN, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(2 Supl 1):1-76. doi: 10.5935/abc.20170121.
4. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA 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;139(25):e1082-e143. doi: 10.1161/CIR.0000000000000625.
5. Danchin N, Almahmeed W, Al-Rasadi K, Azuri J, Berrah A, Cuneo CA, et al. Achievement of low-density lipoprotein cholesterol goals in 18 countries outside Western Europe: The International Cholesterol management Practice Study (ICLPS). *Eur J Prev Cardiol.* 2018;25(10):1087-94. doi: 10.1177/2047487318777079.
6. Ray KK, Molemans B, Schoonen WM, Giovas P, Bray S, Kiru G, et al. EU-Wide Cross-Sectional Observational Study of Lipid-Modifying Therapy Use in Secondary and Primary Care: the DA VINCI study. *Eur J Prev Cardiol.* 2021;28(11):1279-89. doi: 10.1093/eurjpc/zwaa047.
7. Cannon CP, de Lemos JA, Rosenson RS, Ballantyne CM, Liu Y, Gao Q, et al. Use of Lipid-Lowering Therapies Over 2 Years in GOULD, a Registry of Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease in the US. *JAMA Cardiol.* 2021;6(9):1-9. doi: 10.1001/jamacardio.2021.1810.
8. Silva PGMB, Berwanger O, Precoma DB, Cavalcante MA, Vilela-Martin JF, Figueiredo EL, et al. Evaluation of 1-Year Follow-up of Patients Included in the Registry of Clinical Practice in Patients at High Cardiovascular Risk (REACT). *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(1):108-16.
9. Silva P, Berwanger O, dos Santos ES, Sousa ACS, Cavalcante MA, de Andrade PB, et al. One year follow-up Assessment of Patients Included in the Brazilian Registry of Acute Coronary Syndromes (ACCEPT). *Arq Bras Cardiol.* 2020;114(6):995-1003. doi: 10.36660/abc.20190885.
10. Bernardi A, Olandoski M, Erbano LO, Guarita-Souza LC, Baena CP, Faria-Neto JR. Alcance das Metas de Colesterol LDL após Infarto Agudo do Miocárdio: Dados Reais do Sistema Público de Saúde da Cidade de Curitiba. *Arq Bras Cardiol.* 2022; 118(6):1018-1025.
11. Santos RD, Pereira C, Cesena F, Laurinavicius AG, Tabone V, Bittencourt MS. Cardiovascular Risk Misperception and Low Awareness of Familial Hypercholesterolemia in Individuals with Severe Hypercholesterolemia. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(4):706-12. doi: 10.36660/abc.20190516.
12. Taniguchi FP, Bernardez-Pereira S, Silva SA, Ribeiro ALP, Morgan L, Curtis AB, et al. Implementation of a Best Practice in Cardiology (BPC) Program Adapted from Get With The Guidelines® in Brazilian Public Hospitals: Study Design and Rationale. *Arq Bras Cardiol.* 2020;115(1):92-9. doi: 10.36660/abc.20190393. Epub 2020
13. Machline-Carrion MJ, Soares RM, Damiani LP, Campos VB, Sampaio B, Fonseca FH, et al. Effect of a Multifaceted Quality Improvement Intervention on the Prescription of Evidence-Based Treatment in Patients at High Cardiovascular Risk in Brazil: The BRIDGE Cardiovascular Prevention Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol.* 2019;4(5):408-17. doi: 10.1001/jamacardio.2019.0649.
14. Berwanger O, Guimarães HP, Laranjeira LN, Cavalcanti AB, Kodama AA, Zazula AD, et al. Effect of a multifaceted intervention on use of evidence-based therapies in patients with acute coronary syndromes in Brazil: the BRIDGE-ACS randomized trial. *JAMA.* 2012;307(19):2041-9. doi: 10.1001/jamacardio.2019.0649.
15. Schmidt A, Moreira HT, Volpe CJ, Foschini VB, Lascala TF, Romano MMD, et al. Statins Prescriptions and Lipid Levels in a Tertiary Public Hospital. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(4):736-41. doi: 10.36660/abc.20190513.

