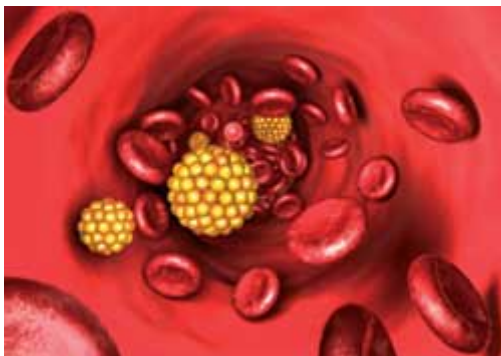


As estatinas em questão

Cientistas discutem a real eficácia das drogas para reduzir o colesterol na prevenção primária das doenças do coração



Utilizadas desde a década de 1980 em pacientes de alto risco para doenças cardiovasculares, as estatinas evoluíram nos últimos anos, constituindo hoje uma classe de drogas potentes para o fim a que se destinam - reduzir drasticamente o nível de colesterol total no sangue. Se eram tão boas para o tratamento de pacientes de alto risco, via controle do colesterol, talvez fossem melhores, ainda, na prevenção primária de problemas cardíacos em indivíduos de baixo risco, preocupados em proteger seus corações de eventos futuros. Seria o caso, então, de abandonar as dietas restritivas e as cansativas caminhadas diárias em prol das pílulas?

Embora reduza significativamente o nível de colesterol em pacientes de baixo risco, o medicamento beneficia somente 1 em cada 100 indivíduos tratados com a droga durante três anos, mostrou uma reportagem recente da revista americana Business Week, com base em uma revisão do estudo ASCOT, de 2005, patrocinada pela Pfizer e realizada pela equipe do Dr. James M. Wright, da University of British Columbia, e de outros estudos já publicados sobre estatinas. Segundo o pesquisador de Columbia, a droga pode salvar a vida de pacientes que já tiveram evento cardíaco prévio, como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, ou sofreram cirurgia de revascularização do miocárdio ou angioplastia, ao reduzir as chances de eles terem um novo evento. Mas o medicamento não representa benefício algum para as mulheres ou para as pessoas acima de 65 anos, não importando o quanto o colesterol delas tenha diminuído.

Apesar de observar discreta redução no número de infartos em homens de meia-idade que tomavam estatinas, a revisão de Wright não encontrou diminuição no número total de mortes ou de internações nesse grupo, a despeito da grande redução do colesterol na prevenção primária das doenças do coração. As estatinas em questão terol ruim (LDL) que eles apresentaram, o que faz supor que as pessoas com esse perfil estão tomando o medicamento sem obter resultados efetivos a curto prazo. Para o Dr. Raul Dias Santos, diretor da Unidade Clínica de Dislipidemias do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HC-FMUSP), tal indicador de eficiência do tratamento com estatinas já era conhecido dos especialistas desde que o estudo da Pfizer foi publicado. E não muda em nada a convicção dos médicos sobre a eficácia dessas drogas na redução do colesterol e, portanto, do risco de eventos cardíacos em pessoas de alto risco para a doença cardiovascular.

Estratificação das chances

Quanto à melhor conduta para a prevenção primária de doenças cardiovasculares em indivíduos de baixo risco, se com estatinas ou outra abordagem, esta deve ser ponderada com base na estratificação das chances de essas pessoas desenvolverem a doença a longo prazo e não em um curto período de tempo, no

qual já se sabe que os benefícios dessas drogas são irrisórios. Segundo o escore de risco de Framingham, mais utilizado pelos médicos, são consideradas de alto risco para a doença cardiovascular pessoas com 20% ou mais de chance de ter um evento cardiovascular em dez anos; que apresentam dois ou mais fatores de risco conjugados para a doença coronariana, ou que sofrem de diabetes, isoladamente; e têm colesterol LDL igual ou acima de 130 mg/dL. O LDL acima de 190 mg/dL é considerado de altíssimo risco para problemas cardíacos, independentemente de outros fatores associados. Na outra ponta, classificados como de baixo risco, estariam os indivíduos com menos de 10% de chance de sofrer um evento cardiovascular em dez anos, que apresentam apenas um fator de risco para a doença coronária que não o diabetes e têm nível de colesterol LDL maior do que 160 mg/ dL.

"A maioria das pessoas que infartam não tem colesterol alto", explica Santos. "E esta referência nunca deve ser considerada isoladamente pelo médico", lembra o especialista, acrescentando que dentro de uma estratificação de risco diversos fatores são analisados, entre eles, o nível do colesterol bom (HDL) e ruim (LDL), a presença de hipertensão, diabetes, obesidade, sedentarismo, tabagismo, nível de estresse e história de doença precoce na família.

O ultra-som de carótidas, que avalia a espessura das artérias do pescoço, ou a tomografia das coronárias, que revela o teor de calcificação dessas artérias, são cada vez mais utilizados para identificar indivíduos de maior risco cardiovascular ainda jovens. Dessa avaliação geral que devem sair a estratificação das chances (ou riscos) e a decisão clínica sobre os fatores que merecem tratamento agressivo, com drogas, e os que podem ser melhorados com uma abordagem mais amena, como a mudança de estilo de vida.

Questão fechada

Reduzir o colesterol é uma das armas mais importantes que o cardiologista tem para prevenir as doenças do coração. O resultado da revisão de uma série de 14 estudos, envolvendo mais de 90 mil pacientes, publicada no Lancet, em 2005, é contundente nesse sentido¹. Cada 40 mg/dL de LDL colesterol retirado do sangue significa a redução de 12% no risco de morte e de 22% na ocorrência de eventos cardiovasculares, independentemente do grau de risco do paciente. É questão fechada para os cardiologistas, portanto, que esse nível de redução no colesterol significa muito para quem tem alto risco cardiovascular. Para pacientes de baixo risco, porém, a redução do colesterol não representa o mesmo resultado, no curto prazo.

Mas ainda restam muitas dúvidas sobre o benefício que essas pessoas poderiam ter se fossem medicadas por 20 anos ou mais, na opinião de Santos: "Principalmente, levando-se em conta que há 50% de chances de homens desenvolverem a doença e 30% para as mulheres, depois dos 50 anos". Para esquentar o debate, o médico cita o estudo West of Scotland, realizado na Escócia e publicado na edição de outubro de 2007 do New England Journal of Medicine. A pesquisa acompanha a evolução clínica de indivíduos com colesterol alto, mas sem evento cardiovascular prévio, sob tratamento com estatinas há 15 anos. Os resultados mostram que o benefício do uso da droga é crescente de cinco para 15 anos.

Nesse período, o número necessário para tratar (NNT) quanto ao uso das estatinas foi de 27 pacientes tratados para prevenir 1 evento – morte ou infarto. Nos cinco anos iniciais do estudo, o NNT era bem maior: 1 paciente beneficiado para 41 tratados. Comparado com o estudo ASCOT, que cobriu seguimento de apenas três anos, o West of Scotland mostra um NNT quatro vezes menor, o que significa um número maior de pessoas beneficiadas com o uso da droga por mais tempo. Se o paciente tem um perfil de risco crescente, pode-se começar a tratá-lo

precocemente, visando a benefícios no longo prazo, acredita o cardiologista do InCor. Seria esse o caso de pessoas jovens que têm histórico familiar importante ou de indivíduos na faixa de risco médio para desenvolver a doença, mas que são refratários à mudança de hábitos de vida ou de pessoas idosas com outro fator de risco associado. "Provavelmente essas pessoas terão benefício com o tratamento com estatinas por mais de cinco anos. Mas isso tem que ser discutido com o paciente, pois, para obter esse benefício, ele terá que tomar o medicamento para o resto da vida", comenta Santos.

Referência

1. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90.056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*. 2005;366:1267-78.