

A Saga do Colesterol e as Estatinas

Gilson Feitosa

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Hospital Santa Izabel da Santa Casa de Misericórdia da Bahia

A noção dos malefícios advindos da doença hipertensiva encontra-se, felizmente, bem assentada entre médicos, obviamente, e também junto ao público em geral. Não havendo praticamente, por menor nível educacional que tenha, quem não reconheça que cifras pressóricas elevadas de forma permanente se associam a danos ao organismo.

Não que sempre tenha sido assim, haja vista a concepção errônea da “hipertensão essencial” e a reticência demorada em se reconhecerem níveis pressóricos que caracterizavam a doença.

O mesmo não se passa com a noção sobre o papel danoso do colesterol elevado. Principalmente levando-se em conta o aproveitamento oportunista por setores da imprensa que vicejam em polêmicas causadas.

Poucas coisas provavelmente têm efeito mais nefasto à saúde das pessoas da comunidade em geral do que as notícias mal fundamentadas veiculadas na imprensa leiga, precedidas de anunciados contundentes, questionando a importância do papel do colesterol.

As bases que alicerçam o reconhecimento do papel do colesterol elevado como importante fator de risco para o surgimento ou progressão da doença arterial coronariana são construídas de forma sólida. Muitos são os estudos populacionais realizados em várias partes do mundo, notadamente o estudo epidemiológico cardiovascular de Framingham, que estabeleceram de maneira inquestionável a associação entre taxas elevadas de colesterol e chances crescentes de desenvolvimento de aterosclerose coronariana e em outros territórios vasculares, com suas consequências de angina, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e morte, entre outros.

Acrescente-se a comprovação da eficácia em prevenir tais eventos quando se promoveu a sua redução eficaz, tanto em prevenção primária como em prevenção secundária, com o emprego das estatinas.

Alem disso revelaram-se as estatinas medicamentos de uso fácil associando-se a efeitos colaterais em uma minoria de casos, sendo o mais temível deles, a rabdomiólise grave, de ocorrência incomum.

Outras formas de redução do colesterol são mais

dástricas, como a do *bypass* gástrico conduzido nos anos 70, ou da cirurgia bariátrica que se destina a um grupo específico de pacientes.

As medidas higieno-dietéticas são muito relevantes em conferir um aperfeiçoamento do estado geral de saúde com redução do excesso de peso, por meio de dieta de menor teor calórico e de gorduras saturadas, diminuição do conteúdo de sal dietético, e estímulo à prática de atividade física regular. Porém, no que diz respeito à intensidade de redução permanente do colesterol, apresentam na prática, eficácia limitada quando as taxas deste são consideravelmente elevadas.

Outros fármacos utilizados com capacidade redutora de colesterol ou se mostraram impraticáveis (colestiramina) ou demonstraram pouca eficácia em reduzir o C-LDL, embora o fizessem em relação ao colesterol não-HDL, como as niacinas e os fibratos, ou não comprovaram benefícios clínicos mensuráveis, como o ezetimibe e o dalcetrapibe, ou se associaram a efeitos indesejáveis como o torcetrapibe ou falta de efeitos como o dalcetrapibe.

As estatinas se revelaram nos últimos 20 anos como as medicações que comprovaram a premissa de que com redução eficaz e relativamente bem tolerada do colesterol se consegue reduzir seus efeitos patológicos com importante tradução clínica.

A recente publicação do documento correspondente ao ATP-4 (Adult Treatment Panel) pelas Sociedades Americanas de Cardiologia em operação conjunta com o Ministério de Saúde Americano enfatiza acentuadamente este conceito.

Considerando-se o impacto causado em todo o mundo pelas recomendações emanadas do ATP-3 na última década¹ é de se esperar também intensa repercussão determinada pelas novas orientações².

Estas representam uma forte mudança de percepção do problema ao eliminar o conceito de metas a serem atingidas e pressupor benefícios reconhecidos com bases em riscos estimados utilizando-se fortemente de evidências alicerçadas em estudos comparativos, randomizados, em que doses de estatinas, e não metas, eram aprioristicamente testadas. Acrescente-se a isso uma certa redução do limiar de risco para início do tratamento com estatinas.

Editorial

Essa mudança de paradigma haverá de trazer fortes reações tais como: a rejeição à mudança do conceito de metas, que em si mesmo tem um reconhecido valor educacional para o paciente; a ampliação do emprego da droga; possíveis implicações no surgimento de novos casos de diabetes, entre outros.

Convém perceber no entanto que todas essas alegações feitas são previstas e se deparam com uma forte evidência construída a favor da mudança.

Atente-se para o fato que a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta um audacioso projeto global de redução das doenças cardiovasculares, de natureza aterosclerótica, como causa de óbito, em 25 por cento no ano 2025 (Projeto 25/25).

A ênfase na mais rigorosa redução da taxa de colesterol se apresenta como uma das principais ferramentas para alcançar tal mister.

Referências

1. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. JAMA 2001;285:2486-2497
2. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. JACC 2013;