

Prevenção secundária de doenças cardiovasculares no Brasil: lições do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)*

Isabela Martins Benseñor¹, Paulo Andrade Lotufo¹

Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil

Doença cardiovascular é a maior causa de mortalidade no mundo no século 21, considerando-se as doenças cardíacas coronárias e o acidente vascular cerebral (AVC) juntos. É também a principal causa de anos de vida perdidos no mundo e no Brasil.

A prevenção secundária de doenças cardiovasculares abrange todas as estratégias, como mudanças no estilo de vida, uso de medicamentos para tratar doenças cardiovasculares e fatores de risco associados e reabilitação após um evento, para pessoas que sofreram infarto do miocárdio ou AVC. O objetivo é simples e claro: prevenir novos eventos cardiovasculares em um grupo de alto risco, conforme proposto por Geoffrey Rose na década de 1970.¹

A prevenção secundária de doenças coronarianas e AVC, especialmente usando terapia farmacológica, tem sido eficaz na redução do número de novos eventos fatais ou não fatais no mundo. Entretanto, informações sobre prevenção secundária de doenças cardiovasculares no Brasil são escassas. Estudos prévios no Brasil identificaram as principais barreiras que impedem o acesso à reabilitação cardíaca, que incluem dificuldades de transporte, baixa renda, falta de cobertura de seguro e baixa escolaridade.²⁻⁴ Quanto ao AVC, um estudo prévio mostrou que menos de 50% dos pacientes com AVC atendidos em hospitais públicos e centros de saúde realizam acompanhamento médico após a hospitalização no momento do evento.⁵

Dados recentes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) apresentaram resultados semelhantes.^{6,7} O ELSA-Brasil é um estudo de coorte prospectivo de 15.105 funcionários públicos em seis cidades do Brasil (Belo Horizonte, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e Vitória). Nesta amostra, 197 indivíduos (1,3%) relataram que haviam sofrido um AVC anteriormente. Entre eles, 20% não usavam nenhum medicamento para prevenção secundária de AVC. Quinze anos após o evento, apenas 39 participantes (19,8%) ainda usavam algum tipo de medicamento para prevenção de AVC. O mesmo foi válido para a prevenção secundária de doenças coronárias. Dos 405 participantes que relataram infarto do miocárdio na linha de base do ELSA-Brasil, apenas 35% relataram que haviam usado medicamentos para a prevenção secundária de doença cardíaca coronária. O uso de medicamentos para a prevenção secundária foi mais comum entre os participantes de alta renda do que entre os de baixa renda. Quinze anos após o evento, apenas 46 (11,6%) dos participantes com infarto do miocárdio prévio ainda usavam algum tipo de medicamento para prevenção secundária de doença coronariana. Além disso, ambos os estudos destacaram um ponto crítico: a prevenção secundária foi menos utilizada entre as mulheres do que entre os homens.⁶⁻⁷

Essa falta de prevenção cardiovascular secundária não é um segredo científico e também não é um problema exclusivamente brasileiro. Alguns outros estudos mostraram menor frequência

¹Professores titulares do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência:

Centro de Pesquisa Clínica e Epidemiologia, Hospital Universitário (HU), Universidade de São Paulo (USP)
Av. Prof. Lineu Prestes, 2.565 — Butantã — São Paulo (SP) — Brasil — CEP 05508-000
Tel. (+55 11) 3091-9300 — E-mail: palotufo@usp.br

*Este editorial foi previamente publicado em inglês no periódico São Paulo Medical Journal, volume 137, edição número 6, novembro e dezembro de 2019.

Fonte de fomento: nenhuma. Conflito de interesse: nenhum.

de uso de medicamentos para prevenção secundária de doenças cardiovasculares entre mulheres do que entre homens.^{8,9} Dados anteriores do ELSA-Brasil mostraram que as mulheres estavam mais conscientes sobre seu estado de saúde do que os homens, mas também mostraram que estavam recebendo menos prescrição de medicamentos para prevenção secundária de doenças cardíacas coronárias por profissionais de saúde.^{10,11}

Os motivos que podem explicar esses achados incluem maior frequência de sintomas atípicos entre as mulheres do que entre os homens, além de alguma subestimação da gravidade da doença nas mulheres. O padrão de uso de estatina entre as mulheres da amostra do ELSA-Brasil é semelhante ao padrão relatado no estudo *Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke* (REGARDS). Nesse estudo, o uso de estatina foi mais alto entre homens brancos, seguido por homens negros, mulheres brancas e mulheres negras.⁸ Dados de outro estudo realizado em unidades de atenção primária também mostraram que mais de 50% dos médicos de atenção primária não usavam ferramentas de estratificação de risco na prática clínica, e que isso pode ter levado a uma menor frequência de uso de estatina, principalmente entre as mulheres.⁹

O ELSA-Brasil também apresentou dados importantes correlacionando o uso de medicamentos para prevenção secundária com o status socioeconômico. Em ambos os estudos,^{6,7} o uso de prevenção secundária foi maior para os participantes com alto nível socioeconômico do que para os participantes com baixo nível socioeconômico. Um ponto crucial se destaca aqui: a amostra do ELSA-Brasil compreende funcionários públicos com alto nível de escolaridade e renda familiar mensal, em comparação com a população em geral no Brasil. Portanto, pode-se concluir que o uso da prevenção secundária na população em geral do Brasil, que possui menor escolaridade e renda familiar mensal que a amostra do ELSA-Brasil, é provavelmente pior.

O que é feito para pacientes com infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral após receber alta da hospitalização? Parece que pouco é feito por eles, ou pelo menos muito menos que o necessário. A solução consiste em garantir que todos os pacientes que tiveram um evento cardiovascular recebam um nível adequado de acompanhamento, com acesso à prevenção secundária. Conseguir isso não é fácil, mas é a única coisa a fazer no momento.

REFERÊNCIAS

1. Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;282(6279):1847-51. PMID: 6786649; doi: 10.1136/bmj.282.6279.1847.
2. Lotufo PA. Cardiovascular secondary prevention in primary care setting: an immediate necessity in Brazil and worldwide. *Sao Paulo Med J*. 2017;135(5):411-2. PMID: 29211207; doi: 10.1590/1516-3180.2017.1355190817.
3. Ghisi GL, dos Santos RZ, Aranha EE, et al. Perceptions of barriers to cardiac rehabilitation use in Brazil. *Vasc Health Risk Manag*. 2013;9:485-91. PMID: 24039433; doi: 10.2147/VHRM.S48213.
4. Borghi-Silva A, Mendes RG, Trimer R, Cipriano G Jr. Current trends in reducing cardiovascular disease risk factors from around the world: focus on cardiac rehabilitation in Brazil. *Prog Cardiovasc Dis*. 2014;56(5):536-42. PMID: 24607019; doi: 10.1016/j.pcad.2013.09.008.
5. Cabral NL, Franco S, Longo A, et al. The Brazilian Family Health Program and secondary stroke and myocardial infarction prevention: a 6-year cohort study. *Am J Public Health*. 2012;102(12):e90-5. PMID: 23078478; doi: 10.2105/AJPH.2012.301024.
6. Abreu FG, Goulart AC, Birck MG, Benseñor IM. Stroke at baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): a cross-sectional analysis. *Sao Paulo Med J*. 2018;136(5):398-406. PMID: 30570091; doi: 10.1590/1516-3180.2018.0129060818.
7. Birck MG, Goulart AC, Lotufo PA, Benseñor IM. Secondary prevention of coronary heart disease: a cross-sectional analysis on the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Sao Paulo Med J*. 2019;137(3):223-33. PMID: 31483010; doi: 10.1590/1516-3180.2018.0531140319.
8. Gamboa CM, Colantonio LD, Brown TM, Carson AP, Safford MM. Race-Sex Differences in Statin Use and Low-Density Lipoprotein Cholesterol Control Among People with Diabetes Mellitus in the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke Study. *J Am Heart Assoc*. 2017;6(5). pii: e004264. PMID: 28490523; doi: 10.1161/JAHA.116.004264.
9. Mosca L, Linfante AH, Benjamin EJ, et al. National study of physician awareness and adherence to cardiovascular disease prevention guidelines. *Circulation*. 2005;111(4):499-510. PMID: 15687140; doi: 10.1161/01.CIR.0000154568.43333.82.
10. Chor D, Pinho Ribeiro AL, Sá Carvalho M, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Influence of Socioeconomic Variables on Control of High Blood Pressure: Results of the ELSA-Brasil Study. *PLoS One*. 2015;10(6):e0127382. PMID: 26102079; doi: 10.1371/journal.pone.0127382.
11. Lotufo PA, Santos RD, Figueiredo RM, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of high low-density lipoprotein cholesterol in Brazil: Baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *J Clin Lipidol*. 2016;10(3):568-76. PMID: 27206944; doi: 10.1016/j.jacl.2015.12.029.