

Programa de Avaliação Nacional do Conhecimento sobre Prevenção da Aterosclerose (PANDORA). Um Questionário entre Cardiologistas Brasileiros Sobre Redução do Colesterol

Raul D. Santos, Andrei C. Spósito, José Ernesto dos Santos, Francisco H. Fonseca, Emílio H. Moriguchi, Tania L. R. Martinez, Dikran Armaganijam, Sérgio Timerman, Ari Timerman, José C. Nicolau, José A. F. Ramires

São Paulo, SP

Objetivo - Relatar o conhecimento de um grupo de médicos sobre as recomendações do II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias e o estado atual de medidas de prevenção primária e secundária da aterosclerose.

Métodos - Foram entrevistados 746 médicos, 98% cardiologistas, utilizando-se um questionário com questões sobre dislipidemia, prevenção da aterosclerose e recomendações de metas terapêuticas lipídicas a serem alcançadas, segundo o II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias.

Resultados - Dos entrevistados, 87% referiram que o tratamento das dislipidemias muda a história natural da doença coronariana. Embora a maioria dos participantes tenha seguido as recomendações de colesterol total <200mg/dL para prevenção da aterosclerose, apenas 55,8% adotariam a meta de LDL-C <100mg/dL para a prevenção secundária. Entre 30,5 e 36,7% responderam, em perguntas diferentes, que o nível recomendado do HDL-C para a prevenção seria <35mg/dL. Somente 32,7% de todos os entrevistados tratariam os pacientes indefinidamente com drogas hipolipemiantes.

Conclusão - Embora os médicos valorizassem os lipídeos na prevenção da aterosclerose, foram encontradas sérias deficiências no conhecimento sobre as recomendações feitas no II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias.

Palavras chave: hipercolesterolemia, aterosclerose, fatores de risco.

Departamento de Aterosclerose, Departamento de Cardiologia Clínica e FUNCOR Sociedade Brasileira de Cardiologia

Correspondência: Raul D. Santos - InCor - Av. Dr. Enéas C. Aguiar, 44 - 1º andar 05403-000 - São Paulo, SP - e-mail: rdsf@uol.com.br

Recebido para publicação em 17/03/00

Aceito em 19/7/00

Segundo as estatísticas de óbito do Ministério da Saúde (DATASUS <http://www.datasus.gov.br>), o infarto do miocárdio (n = 56.369) representou 76,5% dos óbitos por doenças isquêmicas do coração (n = 73.636) em 1997. Estas, em conjunto, foram responsáveis por 15% dos óbitos no país.

O papel das dislipidemias na gênese da aterosclerose coronariana está bem estabelecido. Em especial, os níveis elevados do colesterol total e LDL-colesterol (LDL-C), diminuição do HDL-colesterol (HDL-C) e aumento dos níveis de triglicérides, também predispõem à doença coronariana¹.

Atualmente não se discute mais o papel da terapia hipolipemiente na prevenção da morbidade e mortalidade por doença arterial coronariana², decorrente dos resultados dos grandes estudos de prevenção primária e secundária pelo uso das vastatinas. Em 1996, já no conhecimento dos resultados dos estudos de prevenção secundária 4S³ e do estudo de prevenção primária WOSCOPS⁴ foi publicado o II Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias⁵. O documento do consenso estabeleceu metas dos valores dos lípides para a prevenção primária e secundária da doença arterial coronariana. As recomendações da prevenção secundária foram referendadas pelos dados do estudo CARE⁶.

Apesar das recomendações sobre o controle dos fatores de risco para a doença arterial coronariana serem uma constante entre as sociedades médicas internacionais^{7,8}, estudos mostram baixa aderência dos pacientes e dos médicos a essas recomendações^{9,10}. O exemplo mais clássico é o estudo EUROASPIRE¹¹ que mostrou baixas taxas de controle de hipertensão arterial, porcentagem ainda alta de tabagismo e obesidade e baixo uso de vastatinas em portadores de doença arterial coronariana, seis meses após hospitalização. Acreditamos que a falta de aderência às recomendações, na sua maioria validadas por evidências clínicas, prejudica os pacientes.

No Brasil, desconhece-se ainda o comportamento dos médicos frente à prevenção da doença arterial coronariana. O objetivo do presente estudo foi relatar o conhecimento de um grupo de médicos brasileiros sobre as recomendações do II Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias e o estado atual de medidas de prevenção primária e secundária da aterosclerose coronariana.

Métodos

Estudo descritivo, de corte transversal, realizado durante o LIV Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia na cidade de Recife, em setembro de 1999. Participaram deste estudo 746 médicos, ou seja 20% do total de participantes do congresso. Dos entrevistados, 98% eram cardiologistas, 40% eram da região norte/nordeste, 37% da região sudeste, 13% da região sul e 10% da região centro-oeste.

O questionário e os casos clínicos foram preparados por membros dos departamentos de Aterosclerose e Cardiologia Clínica da Sociedade Brasileira de Cardiologia, auxiliados por profissionais com experiência em pesquisas de mercado. As perguntas foram direcionadas principalmente à importância que os médicos dão às alterações lipídicas e seus conhecimentos em relação às recomendações do II Consenso Brasileiro sob Dislipidemias. Em resumo, as principais recomendações do Consenso foram⁵: colesterol total e LDL-C, respectivamente <200mg/dL e <100mg/dL na prevenção secundária e <240mg/dL e <130mg/dL na prevenção primária de alto risco (2 ou mais fatores de risco além do colesterol). Na prevenção primária de indivíduos com <2 fatores de risco além do colesterol (prevenção primária de baixo risco), a recomendação foi de LDL-C <160mg/dL porém >130mg/dL. Em todos os casos, foram recomendados níveis de triglicérides <200mg/dL e HDL-C >35mg/dL. Para os diabéticos foi feita recomendação especial, sendo adotados valores similares aos sugeridos para os pacientes de prevenção secundária com a diferença de que os triglicérides deveriam ser < 150 mg/dL.

Todos os participantes do congresso receberam junto com o seu material de congressista um questionário de auto preenchimento contendo 11 perguntas. As perguntas poderiam ser respondidas em qualquer local e pelo tempo desejado e deveriam ser colocadas em urnas distribuídas pelo centro de convenções durante o congresso.

Conteúdo das questões (vide detalhes no questionário anexo) relativas às práticas dos respondentes: 1) estimativa da porcentagem de pacientes atendidos em consultórios com doença arterial coronariana; 2) porcentagem de pacientes com dislipidemia; 3) porcentagem de distúrbios lipídicos encontrados (4 opções); 4) conduta adotada para o tratamento de pacientes com diagnósticos confirmados de dislipidemias; 5) experiência com o controle de dislipidemias; 6) conhecimento médico sobre as metas do II Consenso Brasileiro de Dislipidemias, avaliado por meio de 6 situações clínicas hipotéticas; 7) respostas a afirmações relacionadas ao tratamento de dislipidemias sobre as quais os médicos deveriam concordar ou não; 8) importância atribuída

pelo médico à interrupção do tratamento, utilizando para avaliar uma escala de valores; 9) tempo necessário para solicitação de novo perfil lipídico, uma vez iniciado o tratamento; 10) duração média do tratamento medicamentoso; 11) drogas capazes de mudar a história natural da doença arterial coronária em indivíduos infartados ou não.

Foram propostos quatro casos clínicos que tinham como objetivo avaliar o conhecimento do médico sobre as recomendações do II Consenso sobre Dislipidemias e da literatura atual nas seguintes situações clínicas: portador de doença arterial coronariana sem hipercolesterolemia; paciente com dislipidemia secundária; paciente com diabetes mellitus e hipertrigliceridemia; paciente de prevenção primária com alto risco para doença arterial coronariana. Os médicos foram convidados a responder as perguntas por monitoras espalhadas pelo congresso. Os casos foram apresentados numa ficha e o participante respondia numa folha própria. A avaliação dos resultados dos casos clínicos será objeto de publicações separadas que discutirão a fundo os resultados.

Resultados

Na pergunta 1, 39% dos médicos afirmaram que entre 10 e 25% de seus pacientes apresentavam doença arterial coronariana. Na pergunta 2, 47% dos médicos afirmaram que 25-50% de seus pacientes apresentavam alterações lipídicas diagnosticadas. Das alterações lipídicas relatadas, a mais freqüente foi a dislipidemia mista 31%, seguida pela hipercolesterolemia isolada 30%, hipertrigliceridemia 21% e HDL baixo 18%. No tratamento das dislipidemias, 39% dos médicos usariam somente dieta, 8% somente fármacos, 49% associariam dieta aos fármacos e 4% não tratariam os pacientes. Cinquenta e sete por cento dos médicos responderam que, em média, seus pacientes levavam de 2 a 4 meses para diminuir ou normalizar o colesterol. As respostas dadas às perguntas 6 e 7 encontram-se respectivamente nos quadros I e II. Quando avaliados na questão 8 sobre a importância que alguns fatores poderiam ter sobre a suspensão dos medicamentos, os itens mais valorizados foram: a mudança dos hábitos dos pacientes (7,5), seguido da conscientização dos pacientes (7,3) e da concomitância de doenças (7,0). O tipo de medicamento usado foi considerado o fator menos importante (5,3). Em posição intermediária foi colocado o custo (6,5), efeitos colaterais (6,2) do tratamento e a quantidade de medicamento (5,5). Na questão 9 quase 95% dos participantes responderam que solicitariam um novo perfil lipídico nos primeiros seis meses após o início do tratamento. As respostas dadas à questão 10 sobre a duração do tratamento das dislipidemias encontra-se no quadro III. Quando estimulados, na questão 11, a citar quais drogas acreditavam que mudassem a história natural da doença arterial coronariana as vastatinas foram as mais citadas 75,1%, seguidas pelos antiagregantes plaquetários 45%, betabloqueadores 42,3%, inibidores da ECA 25,3%, fibratos 9,7%, trombolíticos 4,7%, antagonistas dos canais de cálcio 2,5%, nitratos 2,3%, outras drogas 3,2% e sem resposta 2,3%.

Quadro I - Níveis sanguíneos adequados do colesterol total (CT), LDL-colesterol (LDL-C), HDL-colesterol (HDL-C) e triglicérides (TG) em mg/dL para os pacientes hipotéticos da questão 6 segundo os 746 participantes

		Homem, 40 anos, hipertenso diabético		Mulher, 40 anos, Não fumante, normotensa normoglicêmica		Homem, 50 anos, tabagista, DAC		Mulher, 40 anos, diabetes tipo II		Mulher, 38 anos, tabagista dislipidemia mista		Homen, 45 anos Tabagista, pai e irmão com IAM 52 a e 48a	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CT	<200	676	90,6	531	71,2	686	92,0	644	86,3	636	85,3	608	81,5
	201 a 239	18	2,4	84	11,3	9	1,2	28	3,7	25	3,4	82	11,0
	>240	21	2,8	98	13,1	19	2,5	31	4,2	46	6,2	23	3,1
	NR	31	4,2	33	4,4	32	4,3	43	5,8	39	5,2	33	4,4
LDL-C	<100	195	26,1	35	4,7	416	55,8	184	24,7	118	15,8	287	38,5
	101 a 130	416	55,8	360	48,3	229	30,7	410	55,0	465	62,3	354	47,5
	131 a 159	50	6,7	96	12,9	33	4,4	45	6,0	53	7,1	23	3,1
	Maior 160	45	6,0	212	28,4	23	3,1	54	7,2	64	8,6	36	4,8
	NR	40	5,4	43	5,8	45	6,0	53	7,1	46	6,2	46	6,2
HDL-C	<35	266	35,7	254	34,0	230	30,8	228	30,6	227	30,4	239	2,0
	36 a 51	289	38,7	313	42,0	305	40,9	310	41,6	318	42,6	294	39,4
	> 52	153	20,5	143	19,2	176	23,6	164	22,0	166	22,2	179	24,0
	NR	38	5,1	36	4,8	35	4,7	43	5,8	36	4,8	34	4,6
TG	<200	630	84,4	627	84,0	621	83,2	601	80,6	616	82,6	614	82,3
	>201	25	3,4	31	4,2	16	2,1	25	3,3	32	4,3	17	2,3
	NR	91	12,2	88	11,8	110	14,7	120	16,1	98	13,1	115	15,4

NR- não respondeu; DAC- doença arterial coronária; IAM- infarto agudo do miocárdio.

Discussão

A população estudada mostrou conhecimento sobre o papel e tratamento das dislipidemias na prevenção da aterosclerose. A grande maioria dos participantes afirmou acreditar que o tratamento das dislipidemias previne a aterosclerose e as vastatinas foram citadas pelos participantes como as principais drogas que mudam a história natural da aterosclerose, bem acima dos antiagregantes plaquetários e betabloqueadores. Entretanto, foram encontradas distorções quanto ao conhecimento das recomendações do II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias e sobre o uso de drogas hipolipemiantes.

O tratamento farmacológico associado a dieta foi a opção mais escolhida para o controle das dislipidemias. Todavia, apesar de reconhecerem o valor das vastatinas, quase 40% dos participantes tratariam os pacientes apenas com a dieta. Esse ponto de vista seria válido para casos de prevenção primária de baixo risco e não para a prevenção secundária. A dieta é a base de qualquer tratamento hipolipemiante. Entretanto, há evidência de que a média de redução do LDL-C com dietas fase I e II em indivíduos fora de unidades metabólicas é cerca de 6%¹². Em casos de prevenção secundária, dificilmente a dieta reduziria o LDL-C entre 25-30%, ou seria atingida a meta de LDL-C <100mg/dL, valores que são atingidos dependendo da dose e da vastatina empregada^{2,13}.

Para a maioria dos pacientes hipotéticos da pergunta 6, os participantes recomendaram níveis de colesterol total <200mg/dL, mesmo no caso da mulher de 38 anos sem outros fatores de risco. Geralmente, quando o colesterol total é menor que 200mg/dL, o LDL-C beira os 100mg/dL, com exceção dos portadores de níveis baixos de HDL-C. A determinação do colesterol total pode ser um substituto para o

LDL-C, desde que o HDL-C seja também dosado. Dados do estudo de Framingham¹ consagraram o valor do índice colesterol total/HDL-C como preditor de risco de doença arterial coronariana. Além disso, no estudo 4S³, a meta de tratamento foi a redução do colesterol total para níveis <200mg/dL. O achado de nosso estudo seria animador se os valores citados para o LDL-C acompanhassem os do colesterol total. No portador de doença arterial coronariana e no de diabetes mellitus um número muito aquém do desejado considerou adequados níveis de LDL-C <100mg/dL. Esse fato mostra que na população estudada houve desconhecimento das metas propostas pelo Consenso justamente para os pacientes de maior risco de sofrer eventos clínicos e morte. Nos casos de prevenção primária houve aparentemente uma boa aceitação das recomendações do Consenso. Entretanto, um outro engano comum cometido por quase 1/3 dos avaliados foi considerar como desejáveis níveis de HDL-C <35mg/dL, quando para todas as situações os níveis recomendados pelo Consenso deveriam ser >35mg/dL⁵. A grande maioria dos entrevistados seguiu as recomendações do Consenso em relação aos níveis de triglicérides.

Embora um número grande dos participantes concorde com o uso de fármacos hipolipemiantes para se prevenir a doença arterial coronariana, entre 35% e 60% dos participantes não manteriam essas drogas após a obtenção dos níveis preconizados para a prevenção. Na questão 10, um grande número dos participantes preferiu não responder sobre a duração do tratamento, e somente cerca de 1/3 do total manteria o tratamento farmacológico indefinidamente. Esse fato é preocupante, pois os participantes não levaram em conta ou não sabiam que há evidência que o benefício

Quadro II - Respostas dadas pelos 746 participantes em relação as afirmações feitas na pergunta 7

	Concorda totalmente		Discorda parcialmente		Concorda parcialmente		Discorda totalmente		Não respondeu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Uma parcela muito pequena dos meus pacientes segue as prescrições medicamentosas.	84	11,3	239	32,0	184	24,7	230	30,8	9
Acredito que manter os níveis lipídicos sob controle através de tratamento crônico traz benefícios para o paciente.	619	83,0	78	10,5	18	2,4	14	1,9	17	2,3
Uma parcela muito pequena de pacientes segue as dietas.	216	29,0	341	45,7	128	17,2	44	5,9	17	2,3
Acredito que o tratamento medicamentoso das dislipidemias deve ser mantido indefinidamente.	338	45,3	229	30,7	102	13,7	63	8,4	14	1,9
Uma vez atingidos os níveis desejados de lipídeos, mantenho a prescrição do medicamento utilizado.	304	40,8	289	38,7	88	11,8	52	7,0	13	1,7
O objetivo clínico é a prevenção da ocorrência de eventos cardiovasculares. Trato a dislipidemia para prevenir.	563	75,5	127	17,0	30	4,0	14	1,9	12	1,6
Quando o tratamento medicamentoso não atinge os níveis lipídicos desejados, troco a medicação.	219	29,4	367	49,2	111	14,9	37	5,0	12	1,6
Uma vez atingidos os níveis desejados de lipídeos, reduzo a dose do medicamento.	185	24,8	298	39,9	111	14,9	135	18,1	17	2,3
Insisto e busco a mudança de estilo de vida junto aos meus pacientes com fatores de risco para a doença arterial coronariana.	686	92,0	32	4,3	5	0,7	11	1,5	12	1,6
Uma vez atingidos os níveis desejados de lipídeos, troco a medicação por outra da mesma classe, menos potente.	42	5,6	101	13,5	96	12,9	495	66,4	12	1,6
Eu acredito que o tratamento dos distúrbios lipídicos modifica a história natural da doença coronariana.	647	86,7	68	9,1	10	1,3	8	1,1	13	1,7
Só trato hipercolesterolemia com medicamento quando o paciente tem colesterol total acima de 320mg/dL.	27	3,6	60	8,0	79	10,6	567	76,0	13	1,7
Quando o tratamento medicamentoso não atinge os níveis lipídicos desejados, aumento a dose da mesma medicação.	265	35,5	379	50,8	65	8,7	25	3,4	12	1,6
Atingindo-se os níveis lipídicos desejados, devo suspender a terapia medicamentosa e manter a dieta.	95	12,7	211	28,3	171	22,9	258	34,6	11	1,5

Quadro III - Tempo médio de tratamento das dislipidemias, segundo 746 médicos participantes

Tempo de tratamento	N	%
<1 mês	2	0,3
1 - 3 meses	40	5,3
3 - 6 meses	66	9,0
6 - 9 meses	17	2,3
9 meses - 1 ano	22	2,9
> 1 ano	53	7,2
a vida inteira	245	33,0
Não respondeu	301	40,0
Total	746	100

clínico do uso de vastatinas difere do placebo somente após 1 a 2 anos de tratamento contínuo². Além disso, dados de literatura mostram que o tempo médio de tratamento nos grandes estudos com vastatinas foi de 5,4 anos. Após a suspensão das vastatinas, muito provavelmente, os lipídeos retornarão a seus valores pré-tratamento. Dessa forma, o tratamento farmacológico, até prova em contrário, deverá ser continuado indefinidamente.

Um outro fato preocupante é que somente 35% dos participantes aumentariam a dose e 18% trocariam de medicamento para atingir os níveis de lipídeos preconizados pelo Consenso. Esse achado sugere falta de conhecimento sobre a farmacologia das vastatinas e sobre os estudos de prevenção. Caso não se atinja o valor preconizado, ou como alternativa reduções entre 25-35% no LDL-C como ocorreu

nos estudos clínicos², a dose deverá ser aumentada^{3,14} ou o medicamento poderá ser trocado por um mais potente¹⁵. Cada vez que se dobra a dose das vastatinas, ganha-se em média 6% de redução do LDL-C¹⁶. Em nenhum dos grandes estudos de prevenção foram usadas doses de vastatinas consideradas baixas. Ao contrário, foram utilizados de 20-40mg de sinvastatina no 4S³, 40mg de pravastatina nos estudos WOSCOPS⁴, CARE⁶ e LIPID¹⁷ e de 20-40mg de lovastatina no estudo AFCAPS/TEXCAPS¹⁴. Essas foram as doses mínimas necessárias para se atingir reduções suficientes do colesterol total e do LDL-C. Nos estudos dos anos 70 e 80 com fibratos^{18,19} e resinas²⁰, e no recente estudo HERS²¹ com estrogênios e progestágenos, a pequena redução de 10% no colesterol total não foi suficiente para reduzir a mortalidade coronariana ou eventos coronarianos como no caso do último estudo. As vastatinas são um grupo seguro de fármacos, sendo que a incidência de efeitos colaterais sérios é muito baixa, na ordem de 0,08% a 1,5% para aumento de aminotransferases e CPK²². Doses mais altas podem ser utilizadas com segurança¹⁵.

A mudança dos hábitos, a conscientização dos pacientes e a concomitância de doenças foram consideradas mais importantes do que o custo e os efeitos colaterais dos medicamentos para a suspensão do tratamento farmacológico. Para os entrevistados, como também observado na literatura^{23,24}, a mudança do estilo de vida é muito importante, e pode ser a única providência necessária em casos de prevenção primária. Já na prevenção secundária é preciso enfatizar que as vastatinas se

somam às outras medidas de prevenção, não sendo suplantadas por elas²⁵. É possível que a concomitância de doenças crônicas, necessitando tratamento contínuo, influencie negativamente, o uso de estatinas devido ao custo elevado e ao grande número de comprimidos a serem tomados, o que pode prejudicar a aderência ao tratamento.

Embora, nosso estudo possa apresentar vieses, como amostra relativamente pequena, levando em consideração a extensão do Brasil, predomínio de médicos da localidade onde se realizou o congresso, e possíveis tendenciosidade dos participantes, nossos resultados não diferem de estudos realizados em outros países. Frolics e cols. avaliando dados de colegas dos EUA mostraram que, apenas 50% dos médicos avaliados seguiam as metas do NCEP para o LDL-C²⁶.

Dados do EUROASPIRE¹¹ mostraram que cerca de 44% dos pacientes coronarianos avaliados apresentaram níveis de colesterol acima do preconizado. Recentemente, outro grande estudo avaliando 140 clínicas de cardiologia e de multiespecialidades nos EUA, mostrou que apenas 25% de 58.890 portadores de doença coronariana haviam atingido a meta de LDL-C $\leq 100\text{mg/dL}$ proposta pelo NCEP²⁷. Uma das explicações para esses achados é de que médicos não tinham por hábito seguir ou desconheciam as recomenda-

ções das sociedades¹⁰. Outra explicação seria o excesso de recomendações ou consensos sobre diversas doenças, o que tornaria a tarefa do médico mais difícil de ser cumprida.

Em conclusão, na população estudada, tanto as recomendações do II Consenso Brasileiro de Dislipidemias como informações advindas dos grandes estudos de prevenção não estão sendo seguidas, como necessário. Aparentemente, há também pouco conhecimento sobre o uso de vastatinas para a prevenção. Esses achados poderiam ser indicadores do que ocorre em nosso país como um todo. Para correção dessas possíveis distorções, temos como proposta a divulgação deste e de estudos internacionais que avaliaram o conhecimento sobre o controle das dislipidemias e cursos de educação médica continuada organizados em conjunto pelos departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR. Planeja-se também uma atualização do II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias, com ênfase nas novas informações e no reforço das recomendações dos valores lipídicos, tempo de tratamento e avaliação do risco absoluto de doença coronariana, como limiar do tratamento farmacológico. Em etapa seguinte, serão também realizados cursos voltados à população, que são a nosso ver os maiores interessados na prevenção de eventos cardiovasculares.

Referências

1. Castelli WP. The new pathophysiology of coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1998; 82: 60T-65T.
2. LaRosa JC, He J, Vupputuri S. Effect of statins on risk of coronary disease. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 1999; 282: 2340-6.
3. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group: Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383-9.
4. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, et al for The West of Scotland Coronary Prevention Study Group. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 1995; 333: 1301-07.
5. II Consenso Brasileiro sobre Dislipidemias. Detecção, avaliação e tratamento. *Arq Bras Cardiol* 1996; 67: 1-16.
6. 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 and Recurrent Events Trial investigators. *N Engl J Med* 1996; 335: 1001-09.
7. Summary of the second report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel and detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel II). *JAMA* 1993; 269: 3015-23.
8. Pyoralla K, De Backer G, Graham I, Poole-Wilson P and Wood D on behalf of the Task Force. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Task force of the European society of Cardiology, European Atherosclerosis Society, and European Society of Hypertension. *Eur Heart J* 1994; 110: 121-61.
9. Roberts WC. The underused miracle drugs: The Statin drugs are to atherosclerosis what penicillin was to infectious diseases. *Am J Cardiol* 1996; 78: 377-8.
10. Feely J. The therapeutic gap- compliance with medication and guidelines. *Atherosclerosis* 1999; 147(suppl 1): S31-S7.
11. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE a European Society of Cardiology survey of secondary prevention of coronary heart disease: Principal Results. *Eur Heart J* 1997; 18: 1569-82.
12. Smith GD, Shah E. Systematic review of dietary intervention trials to lower blood total cholesterol in free-living subjects. *Br Med J* 1998; 316: 1213-20.
13. Nawrocki JW, Weiss SR, Davidson MH et al. Reduction of LDL-cholesterol by 25-60% in patients with primary hypercholesterolemia by atorvastatin, a new H-MGCo-A reductase inhibitor. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1995; 15: 678-82.
14. Downs JR, Clearfield M, Weiss DO, et al. Primary prevention of acute coronary events with lovastatin in men and women with average cholesterol levels. Results of AFCAPS/TEXCAPS. *JAMA* 1998; 279: 1615-22.
15. Jones P, Kafonek S, Laurora I, Hunninghake D. Comparative dose efficacy study of atorvastatin versus simvastatin, pravastatin, lovastatin, and fluvastatin in patients with hypercholesterolemia. *Am J Cardiol* 1998; 81: 582-7.
16. Vaughn CJ, Gotto Jr AM, Basson CT. The evolving role of statins in the management of atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2000; 35: 1-10.
17. 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.
18. Report from the Committee of Principal Investigators. A co-operative trial in the primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate. *Br Heart J* 1978; 40: 1069-18.
19. Frick MH, Elo O, Haapa K, et al. Helsinki heart study: primary prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia. *N Engl J Med* 1987; 317: 1237-45.
20. Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics Coronary Primary Prevention Trial Results. 1. Reduction in incidence of coronary heart disease. *JAMA* 1984; 214: 351-64.
21. Hulley S, Grady D, Bush T, et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and estrogen/progestin replacement study (HERS) research group. *JAMA* 1998; 280: 605-13.
22. Shepherd J. Fibrates and statins in the treatment of hyperlipidaemia: an appraisal of their efficacy and safety. *Eur Heart J* 1995; 6: 5-13.
23. Martinez-Gonzalez MA, Bueno-Cavanillas A, Sanchez-Izquierdo F, Aguinaga Ontoso I, Jimenez-Moleon JJ, Delgado-Rodriguez M. Changes in coronary risk profiles in employees after three years of multifactorial intervention. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 653-62.
24. Grimm RH Jr. The multiple risk factor intervention trial in the U.S. A summary of results at four years in special intervention and usual care men. *Prev Med.* 1983; 12: 185-90.
25. Flanagan DE, Cox P, Paine D, Davies J, Armitage M. Secondary prevention of coronary heart disease in primary care: a healthy heart initiative. *QJM* 1999; 92: 245-50.
26. Frolics JP, Zyzanski SJ, Schwartz JM, Suhan PS. Physician noncompliance with the 1993 National Cholesterol Education Program (NCEP-ATP II) guidelines. *Circulation* 1998; 98: 851-5.
27. Suetta CA, Chowdhury M, Boccuzzi SJ, et al. Analysis of the degree of undertreatment of hyperlipidemia and congestive heart failure secondary to coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1999; 83: 1303-07.

Anexo 1
Íntegra das perguntas feitas aos médicos.

Questionário SBC

Texto SBC

1. Dos seus pacientes atendidos em consultório, quantos têm Doença Arterial Coronariana?

- () até 10% dos pacientes
 () de 10% a 25% dos pacientes
 () de 25% a 50% dos pacientes
 () de 50% a 75% dos pacientes
 () mais de 75% dos pacientes

2. Dos seus pacientes atendidos em consultório, quantos tem alteração lipídica diagnosticada?

- () até 10% dos pacientes
 () de 10% a 25% dos pacientes
 () de 25% a 50% dos pacientes
 () de 50% a 75% dos pacientes
 () mais de 75% dos pacientes

3. Dentre seus pacientes com alteração lipídica diagnosticada, qual o percentual com:

- A- Colesterol Total elevado e Triglicérides normal _____
 B- LDL elevado e Triglicérides normal _____
 C- Triglicérides elevado e Colesterol normal _____
 D- LDL e Triglicérides elevados _____

Deve somar 100

4. Dentre seus pacientes com alteração lipídica diagnosticada, qual o percentual para as seguintes condutas:

- A- Somente dieta _____
 B- Somente terapia medicamentosa _____
 C- Associação de dieta e terapia medicamentosa _____
 D- Não trata _____

Deve somar 100

5. Quanto tempo (meses) em média leva para diminuir ou normalizar o colesterol através de terapia medicamentosa?

6. Qual o nível sanguíneo desejado das seguintes frações lipídicas para os seguintes tipos de pacientes hipotéticos:

Perfil	C - Total	LDL - C	HDL	Triglicérides
Homem, 40 anos hipertenso e diabético				
Mulher, 40 anos, Não fumante, normotensa e normoglicêmica				
Homem, 50 anos, tabagista, com doença arterial coronariana				
Mulher, 40 anos				
Diabetes tipo II				
Mulher, 38 anos, tabagista				
Dislipidemia mista				
Homem, 45 anos, tabagista				
Pai infartado (52 a)				
Irmão infartado (48 a)				

7. Nas afirmações abaixo responda de acordo com a escala que varia de 1 a 4 sendo que:

1 - concorda totalmente
3 - discorda parcialmente

2 - concorda parcialmente
4 - discorda totalmente

	1	2	3	4
Uma parcela muito pequena dos meus pacientes segue as prescrições medicamentosas.				
Acredito que manter os níveis lipídicos sob controle através de tratamento crônico traz benefícios para o paciente.				
Uma parcela muito pequena de pacientes segue as dietas.				
Acredito que o tratamento medicamentoso das dislipidemias deve ser mantido indefinidamente.				
Uma vez atingidos os níveis desejados de lípidos, mantenho a prescrição do medicamento utilizado.				
O objetivo clínico é a prevenção da ocorrência de eventos cardiovasculares.				
Trato a dislipidemia para prevenir.				
Quando o tratamento medicamentoso não atinge os níveis lipídicos desejados, troco a medicação.				
Uma vez atingidos os níveis desejados de lípidos, reduzo a dose do medicamento.				
Insisto e busco a mudança de estilo de vida junto aos meus pacientes com fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana.				
Uma vez atingidos os níveis desejados de lípidos, troco a medicação por outra da mesma classe, menos potente.				
Eu acredito que o tratamento dos distúrbios lipídicos modifica a história natural da doença coronariana.				
Só trato hipercolesterolemia com medicamento quando o paciente tem C-Total acima de 320mg/dl.				
Quando o tratamento medicamentoso não atinge os níveis lipídicos desejados, aumento a dose da mesma medicação.				
Atingindo-se os níveis lipídicos desejados, devo suspender a Terapia medicamentosa e manter a dieta.				

8. Para os itens abaixo qual o grau de dificuldade para alcançar os objetivos no tratamento dos distúrbios lipídicos sendo que 1 = baixa dificuldade e 8 = alta dificuldade

	1	2	3	4	5	6	7	8
Efeitos colaterais								
Custo de tratamento								
Tipo de medicamento								
Quantidade de medicamento								
Conscientização do paciente								
Mudança dos hábitos do paciente								
Concomitância de patologias								

9. Após quanto tempo de tratamento (dieta e/ou medicamento), solicita novo perfil lipídico para reavaliar o paciente?

() menos de 3 meses
() de 3 a 6 meses
() de 6 a 9 meses

() de 9 meses a 1 ano
() mais de um ano
() não pede

10. Qual o tempo médio de tratamento medicamentoso das dislipidemias?

() menos de 1 mês
() de 1 a 3 meses
() de 3 a 6 meses
() de 6 a 9 meses

() de 9 meses a 1 ano
() mais de um ano
() a vida inteira

11. Nos portadores de Doença Arterial Coronariana infartados ou não, quais as drogas que o Sr. acredita que mudem a história natural da doença?