

HIPERCOLESTEROLEMIA: TOMADA DE CONSCIÊNCIA NACIONAL

Já se acumularam quatro décadas de investigações a respeito da mais importante causa de morte prematura das populações americanas e européias, somando a participação de milhares de especialistas que recentemente chegaram a um acordo fundamental, publicado e divulgado em forma de Consenso, cuja intenção não é a de uma informação teórica pura, mas sim a de definir normas e condutas a serem aplicadas na atividade clínica e na prática governamental de Saúde Pública¹⁻³.

As evidências, outrora fragmentárias, sobre os “fatores de risco” associados à aterosclerose e sua consequência direta, a doença arterial coronária (DAC), estão hoje consubstanciadas em farto material de estatística vital e em levantamentos populacionais. Um deles, nos Estados Unidos, é o de Framingham em que os habitantes tiveram suas vidas e suas mortes documentadas exaustivamente por um período de vários anos. Também na Europa, em condições particularizadas diferentemente, inquéritos de larga escala foram realizados^{4,5} e as mesmas conclusões gerais se identificaram.

Os painéis de especialistas dos Estados Unidos e da Europa recomendam uniformemente que não se ultrapasse de 200 mg/dl a concentração de colesterol plasmático e que também os valores dos triglicérides e do HDL-colesterol, juntamente com os outros fatores de risco (história familiar, tabagismo, hipertensão, diabetes mellitus e sexo) sejam considerados na avaliação dos riscos individuais e das necessidades de intervenção dietética, de hábitos de vida e medicamentosa.

A importância do problema, a nível nacional, mereceu um documento do Ministério da Saúde³, que revelou ser a doença cardiovascular, não só a principal causa do número de internações do sistema previdenciário, como também a maior responsável pela custo econômico de tratamento hospitalar.

As mesmas normas no nosso meio foram oficialmente transformadas em orientações pelo GEPA (Grupo de Estudos e Pesquisas em Aterosclerose ³/₄ SBC), no final de 1989.

Nesta etapa de tomada de consciência pátria do problema, torna-se oportuníssima e relevante a leitura do trabalho “Incidência de dislipidemia e sua relação com doença arterial coronária em populações brasileiras” de da Luz e col (Arq Bras Cardiol. 1990; 54: 257-264).

Os autores comparam e contrastam perfis de risco lipoprotéicos com os demais fatores em duas populações, uma de consultório cardiológico e outra de empregados de uma mesma firma. À primeira vista, o dado revelado de que, com relação ao colesterol total, não se encontraram diferenças significativas entre percentuais de pacientes com e sem DAC, pode levantar falso testemunho na eficácia de preditividade de risco, a partir deste parâmetro. A discussão, pelos articulistas, deste fato como “Colesterol em pacientes com DAC e sem DAC — um aparente paradoxo” traz à luz uma série de considerações que servem de elucidação e alerta a cada leitor, demonstrando o quanto se deve pesquisar, seja na anamnese, no exame clínico ou no dado laboratorial, além de simples concentração do colesterol total.

A mesma publicação chama a atenção para o fato de se ter encontrado alta incidência de dislipidemias na população estudada, mormente a de consultório e novamente transparece a preocupação dos autores em abrir o leque de interpretações do fenômeno, para o grupo em questão, sem a idéia de generalização populacional dos resultados. A preocupação procede, é louvável e eventualmente poderá ser confirmada ou rejeitada pelos dados do “Levantamento Nacional de Hipercolesterolemia em População Economicamente Ativa do Ministério da Saúde”, ora em curso.

Tânia Leme da Rocha Martinez
Escola Paulista de Medicina

REFERÊNCIAS

1. Tyrole HÁ — Review of lipid-lowering clinical trials in relation to observational clinical studies. *Circulation*, 1987; 76: 515-22.
2. Consensus Development Conference — Lowering blood cholesterol to prevent heart disease *JAMA*, 1985; 253: 2080-6.
3. The Wxpert Panel — Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *Arch Intern Med*, 1988; 148: 36-39.
4. Assmann G — Risk factors and atherosclerosis. In Assmann G — *Lipid Metabolism and Atherosclerosis*. Stuttgart, FK Schahauer-verlag GmbH, 1982. p. 1-13.
5. Oliver MT, Mimmó IA, Cooke M, Carlson LA, Olsson AG — Ischaemic heart disease and associated risk factors in 40-year-old men in Edinburg and Stockholm. *Eur J Clin Invest*, 1975; 5: 507-12.
6. Controle das Doenças não Transmissíveis no Brasil. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. p. 1-19.