

Utilização de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de doenças cardiovasculares: um estudo de base populacional

Aspirin use in cardiovascular disease prevention: a population-based study

Carolina Avila Vianna ¹
David Alejandro González ²
Alicia Matijasevich ¹

Abstract

The objective of this study was to estimate the prevalence of aspirin use in primary and secondary prevention of cardiovascular disease. A population-based cross-sectional study was conducted in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, from January to May 2010. The study had two outcomes: 1) aspirin use in primary prevention (individuals \geq 40 years of age with at least two risk factors: hypertension, diabetes mellitus, and/or hyperlipidemia) and 2) aspirin use in secondary prevention (history of stroke and/or anginal myocardial infarction). The outcomes were analyzed based on demographic, socioeconomic, and lifestyle variables. Prevalence of aspirin use was 24.8% for primary prevention and 34.3% for secondary prevention. In primary prevention, aspirin use was more common in non-whites and older individuals and among those with worse self-rated health. For secondary prevention, aspirin use was more frequent among older and higher-income individuals and former smokers. Prevalence of aspirin use was well below recommended levels for prevention of cardiovascular diseases.

Cardiovascular Diseases; Acetylsalicylic Acid; Disease Prevention

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas as doenças cardiovasculares (DCV), como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) são a principal causa de morte e incapacidade prematura em muitos países, incluindo o Brasil ¹. Em 2004 as DCNT foram responsáveis por mais de 62% dos óbitos no país, com maior porcentagem nas regiões Sul e Sudeste ². A tendência crescente observada nos últimos anos deve-se manter nos próximos anos, e as estimativas sugerem que em 2020, as DCV serão responsáveis por 25 milhões de mortes em todo o mundo ¹.

Além da elevada mortalidade das DCV, elas também são responsáveis por um grande número de internações hospitalares. No Brasil, só no ano de 2008, as DCV foram responsáveis por cerca de 20% do gasto total do Sistema Único de Saúde (SUS) com hospitalizações, sendo tais doenças as principais causas de internações hospitalares em ambos os sexos (Departamento de Informática do SUS. <http://www.datasus.gov.br>, acessado em 15/Jun/2009).

Em razão desses dados, muitos esforços têm sido empregados para reduzir a morbimortalidade das DCV, como a modificação do estilo de vida, com o incentivo à prática de atividade física, dieta saudável e a cessação do tabagismo, além do controle das principais doenças que atuam como fatores de risco, como hipertensão

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Nutrição, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Correspondência

C. A. Vianna

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

Rua Armando Sica 55, Pelotas, RS 96020-140, Brasil.
caruvianna@hotmail.com

arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus e dislipidemia³. Além disso, estudos demonstraram que o uso de ácido acetilsalicílico (AAS), tanto na prevenção primária (pessoas com idade ≥ 40 anos com pelo menos dois fatores de risco: HAS, diabetes mellitus e/ou dislipidemia)⁴ quanto na prevenção secundária (pacientes com história de AVC isquêmico, IAM e/ou com angina pectoris)^{5,6}, pode levar a uma importante redução de eventos cardiovasculares, que pode ser de até 40%⁷.

Embora o AAS seja uma medicação barata, segura, de fácil acesso e usada amplamente para tratamento de inúmeras enfermidades, como febre, dores musculares e doenças inflamatórias, alguns estudos mostraram um subuso dele na prevenção de DCV no mundo^{7,8,9}.

No Brasil, existem poucos estudos para avaliar o uso de AAS, mas eles têm sido realizados em nível hospitalar ou ambulatorial, com frequências de uso de AAS de 17,7% no caso da prevenção primária e até 98% na prevenção secundária^{10,11,12,13,14}. No entanto, não foram localizados estudos brasileiros de base populacional que tenham avaliado o uso de AAS para a prevenção primária ou secundária das DCV e nem os fatores que poderiam estar associados ao seu uso.

Considerando a escassez de estudos no Brasil sobre o tema, o presente artigo objetivou estimar a prevalência de uso de AAS tanto na prevenção primária como na prevenção secundária de DCV numa população no Sul do Brasil, bem como identificar os fatores relacionados ao uso desse medicamento.

Métodos

Foi conduzido um estudo transversal de base populacional no período de janeiro a maio de 2010, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. A cidade de Pelotas localiza-se no Sul do país, onde moram mais de 345 mil habitantes, predominantemente na zona urbana (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acessado em 21/Jun/2009). Esse projeto foi desenvolvido como parte do consórcio de pesquisa do Mestrado em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), em que 14 alunos de mestrado investigaram diversas doenças, uso de medicamentos e hábitos de vida da população.

Os cálculos de tamanho de amostra foram realizados definindo em um primeiro momento as populações que precisariam de AAS para prevenção primária (≥ 40 anos com pelo menos dois fatores de risco: diabetes mellitus, HAS e/ou dis-

lipidemia) ou secundária (com antecedente de AVC isquêmico e/ou IAM/angina) das doenças cardiovasculares.

Assim, para os cálculos, foram usadas inicialmente as prevalências esperadas das doenças autorreferidas na população adulta (≥ 20 anos): 35% para HAS, 12% para diabetes mellitus, 35% para dislipidemia, 15% para angina/IAM e 6% para AVC, conforme os dados do Ministério da Saúde¹⁵ e Sociedade Brasileira de Cardiologia³. Dessa forma, a prevalência esperada de pessoas que necessitariam de prevenção primária estaria entre 4,2% (diabetes mellitus + HAS ou diabetes mellitus + dislipidemia) e 12,3% (HAS + dislipidemia), e para prevenção secundária, 21% (AVC e/ou IAM/angina). Com base nas prevalências dessas doenças combinadas e tendo em conta que 100% dessas pessoas deveriam estar usando AAS, além do acréscimo de 10% para possíveis perdas e recusas, a maior amostra necessária seria de 1.676 pessoas. Foram usadas uma margem de erro de 2,5 pontos percentuais, alfa de 5%, poder de 80% e um efeito de delineamento de 1,5.

Para o estudo de associações, valendo-se das prevalências esperadas das diversas exposições a serem avaliadas, foram realizadas várias estimativas, considerando os mesmos parâmetros do cálculo para prevalência. Acrescentando 10% para possíveis perdas e 15% para fatores de confusão, o maior tamanho de amostra necessário foi para avaliar a associação com a cor da pele, sendo preciso um total de 2.189 pessoas.

A amostragem foi realizada por conglomerados, em múltiplos estágios. Primeiramente, foram listados os setores censitários da cidade de Pelotas em ordem crescente de renda do chefe de família, conforme os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2000 (IBGE. Censo Demográfico 2000. <http://www.ibge.gov.br>). Posteriormente, foram sorteados sistematicamente e com probabilidade proporcional ao tamanho 130 setores censitários dentre os 404 da cidade. Em cada setor foram listados os domicílios residenciais permanentes, selecionados por amostragem sistemática e com probabilidade proporcional ao tamanho (média de 10 domicílios por setor), resultando num total de 1.513 domicílios. Todos os moradores com 20 anos ou mais e capazes de responder ao questionário foram entendidos como elegíveis.

As pessoas com problemas mentais, os indivíduos institucionalizados e as gestantes foram excluídos da amostra.

Os desfechos deste estudo foram o uso de AAS na prevenção primária (pessoas com idade ≥ 40 anos que referiram ter pelo menos dois fatores de risco: HAS, diabetes mellitus e/ou dislipidemia) e na prevenção secundária (pessoas

com história de AVC isquêmico e/ou angina/IAM prévio). As doenças autorreferidas foram coletadas de forma dicotomizada (sim/não) com as seguintes questões: “Algun médico já lhe disse que o Sr.(a) tem ou teve hipertensão arterial sistêmica (pressão alta)?”; “...diabetes mellitus (açúcar no sangue)?”; “...colesterol ou triglicérides alto?”; “...angina/dor no peito ou infarto do coração?”; “... acidente vascular cerebral (isquemia ou derrame cerebral)?”.

Para a informação de “uso de AAS” foi apresentado aos entrevistados um cartão plastificado com as principais apresentações do AAS disponíveis no mercado e solicitado que a pessoa indicasse no cartão a medicação que estava tomando ou trouxesse a embalagem e/ou a receita para a entrevistadora conferir. A dose de 80 a 325mg/dia de AAS foi a dose considerada para prevenção das DCV. Não foram considerados os medicamentos que continham outros fármacos na sua formulação além do AAS, como antigripais ou relaxantes musculares. A pergunta “Desde o mês passado o Sr.(a) usou Aspirina ou alguma das seguintes medicações todos os dias ou na maioria dos dias?”, tinha três opções de resposta: não; sim, usou todos os dias e; sim, usou na maioria dos dias. Foi considerado “maioria dos dias” quando a pessoa usou a medicação por pelo menos 20 dias no último mês.

As variáveis independentes foram: sexo observado pela entrevistadora, idade contínua, posteriormente categorizada em décadas (40-49 anos, 50-59 anos e 60 anos ou mais), cor da pele observada pela entrevistadora e classificada em branca, preta, parda, indígena ou amarela (dicotomizada em branca e não branca para as análises), situação conjugal (casado/com companheiro, solteiro/sem companheiro, separado, viúvo), escolaridade coletada em anos completos (categorizada em 0-4, 5-8, 9-11 e ≥ 12 anos de estudo), tabagismo (fumante, não fumante e ex-fumante), nível socioeconômico de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP; http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2008.pdf, acessado em 13/Jul/2009) em 3 categorias (A/B, C, D/E), autopercepção de saúde (excelente/ muito boa, boa, regular e ruim), atividade física no lazer (sim ≥ 150 minutos/semana e não < 150 minutos/semana de atividade física no lazer conforme o *International Physical Activity Questionnaire* ¹⁶, e obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) ¹⁷.

O peso e a altura foram aferidos com balanças digitais da marca Tanita, com capacidade máxima de 150kg e precisão 0,1kg (Tanita Corp., Tóquio, Japão) e estadiômetros feitos sob encomenda (artesanalmente, Pelotas, Brasil), com capacidade máxima de 2m e precisão de 1mm,

por antropometristas previamente treinadas e padronizadas.

Os dados foram analisados com o pacote estatístico Stata, versão 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Para a análise bivariada, foi utilizado o teste do qui-quadrado, de heterogeneidade ou tendência segundo a natureza das exposições, sendo calculadas as prevalências de uso de AAS e seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), conforme as variáveis independentes. Tanto para a análise bruta quanto para a multivariável foi utilizada a regressão de Poisson ¹⁸, com controle para efeito de delineamento amostral (comando *svy* do Stata). Na análise multivariável, utilizou-se um modelo hierárquico, com as variáveis demográficas e socioeconômicas no primeiro nível, as variáveis de hábitos de vida como tabagismo e atividade física no lazer no segundo nível, obesidade no terceiro nível e autopercepção de saúde num nível mais proximal ao desfecho.

Os testes de Wald de heterogeneidade ou tendência foram utilizados para avaliar a significância estatística de cada variável no modelo. Foi feita uma seleção de variáveis por nível, mantendo-se na análise aquelas variáveis com valor $p < 20$. As variáveis situadas no mesmo nível ou em um nível superior ao da variável em questão foram tidas como potenciais fatores de confusão. O nível de significância estatística considerado para associação foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciar a entrevista.

Resultados

Dos 3.059 indivíduos elegíveis da amostra, foram entrevistadas 2.732 pessoas (10,7% de perdas ou recusas). Vinte e duas gestantes foram excluídas, resultando numa amostra final de 2.710 indivíduos.

O perfil das perdas e recusas foi semelhante ao da amostra em relação à faixa etária ($p = 0,256$). Contudo, as perdas foram discretamente maiores nos homens do que nas mulheres, e nas pessoas de cor branca em relação às pessoas não brancas ($p < 0,001$).

A mediana de idade foi de 45 anos (intervalo interquartil 32-58), 56,7% da amostra eram do sexo feminino, 81,4% da cor branca e 58,6% referiram estar casadas ou viver com companheiro. Com relação às variáveis socioeconômicas, metade da amostra tinha menos de 9 anos de escolaridade, e entorno de 80% pertenciam às classes

C, D ou E. Por sua vez, 21,3% da amostra eram fumantes e uma proporção similar referiu ser fumante. Quanto à prática de atividade física e estado nutricional, 75,5% dos indivíduos foram classificados como inativos no lazer (< 150 minutos/semana), enquanto 23,4% apresentaram obesidade ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$).

Com relação às doenças autorreferidas, a HAS foi a mais frequente (36,7%; IC95%: 33,7-39,7), seguida da dislipidemia (24,8%; IC95%: 21,6-28,3), angina e/ou IAM (10,9%; IC95%: 7,5-14,9), diabetes mellitus (10,1%; IC95%: 6,9-14,5) e AVC (4,4%; IC95%: 1,4-9,5).

Dentre todos os indivíduos da amostra, 492 (29,6%; IC95%: 25,5-33,7) tinham indicação de receber AAS para prevenção primária das DCV, ou seja, eram pessoas acima de 40 anos, com pelo menos duas das seguintes doenças: HAS, diabetes mellitus ou dislipidemia. Já para a prevenção secundária, 375 pessoas (13,9%; IC95%: 10,5-17,8) apresentaram indicação por conta da história prévia de AVC ou angina/IAM.

O uso de AAS na prevenção primária de DCV foi de 24,8% (IC95%: 21,0-28,9); e na prevenção secundária, a prevalência foi de 34,3% (IC95%: 29,5-39,4). A Figura 1 mostra que a prevalência de uso de AAS na prevenção primária não foi muito diferente quando apenas duas das três doenças (HAS, diabetes mellitus ou dislipidemia) estiveram presentes (menos de 20% em todos os casos), mas quando as três doenças foram rela-

tadas, o uso de AAS foi referido por um terço dos entrevistados. Por sua vez, das duas doenças que definem a prevenção secundária, o uso de AAS foi mais frequente entre aqueles com antecedente de AVC (43,7%; IC95%: 34,6-56,1) quando comparados com aqueles com angina/infarto (32,9%; IC95%: 27,5-38,6), entretanto essa diferença não foi estatisticamente significativa.

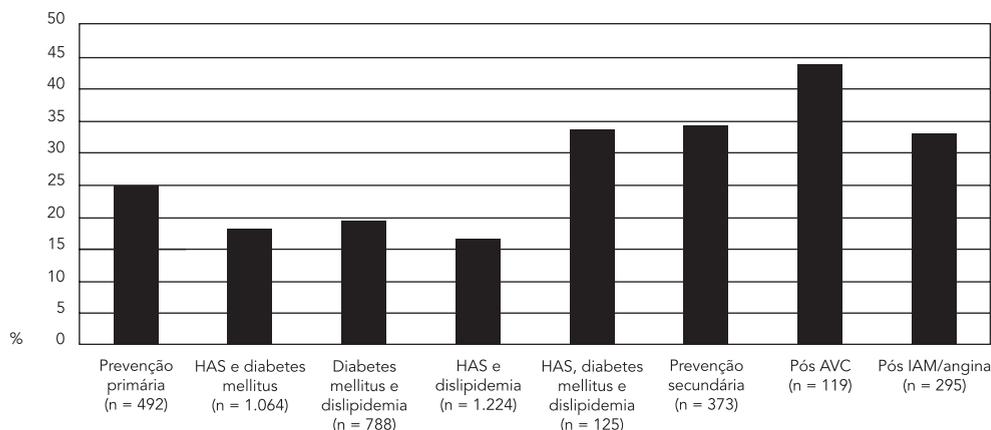
Dos indivíduos que estavam usando AAS para prevenção primária, 91% referiram usar por indicação médica e apenas 9% por conta própria. Esses valores não foram muito diferentes na prevenção secundária (89% e 9,4% respectivamente), mas neste caso 1,6% referiu usar a medicação por indicação de familiares. Por sua vez, dentre os indivíduos que estavam usando AAS na prevenção primária, 14% responderam que desconheciam o motivo para estar usando essa droga, e entre os indivíduos que estavam usando AAS para a prevenção secundária a prevalência foi de 12%.

A Tabela 1 apresenta as prevalências de uso de AAS na prevenção primária, a análise bruta e ajustada conforme variáveis sociodemográficas, estilo de vida, obesidade e autopercepção de saúde.

Nos indivíduos com cor da pele não branca o uso de AAS foi 70% mais frequente que entre os brancos, mesmo após ajuste para potenciais fatores de confusão. Pessoas com 60 anos ou mais de idade usaram AAS com uma frequência 2,6

Figura 1

Prevalência de uso de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção de doenças cardiovasculares. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2010.



AVC: acidente vascular cerebral; HAS: hipertensão arterial sistêmica; IAM: infarto agudo do miocárdio.

Tabela 1

Prevalência e análises brutas e ajustadas de uso de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção primária (presença de dois fatores de risco: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica – HAS e/ou dislipidemia em ≥ 40 anos). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2010 (N = 492).

Variável	n	Prevalência (IC95%)	Análise bruta		Análise ajustada	
			RP (IC95%)	Valor de p	RP (IC95%)	Valor de p
Sexo				0,454 *		0,566 *
Feminino	309	25,9 (20,6-31,1)	1,00		1,00	
Masculino	183	23,0 (16,1-29,8)	0,89 (0,65-1,22)		0,91 (0,65-1,27)	
Idade (anos)				0,002 **		0,001 **
40-49	85	11,8 (4,3-19,2)	1,00		1,00	
50-59	130	21,5 (14,2-28,9)	1,83 (0,96-3,49)		1,81 (0,97-3,38)	
≥ 60	277	30,3 (24,1-36,5)	2,58 (1,34-4,97)		2,58 (1,37-4,87)	
Cor da pele				0,003 *		0,002 *
Branca	391	21,7 (16,8-26,7)	1,00		1,00	
Não branca	101	36,6 (26,9-46,4)	1,69 (1,20-2,37)		1,70 (1,22-2,36)	
Situação conjugal				0,867 *		0,297 *
Casado/Com companheiro	303	24,8 (18,8-30,7)	1,00		1,00	
Solteiro/Sem companheiro	43	27,9 (13,8-42,0)	1,13 (0,63-2,01)		1,11 (0,58-2,13)	
Separado	53	26,4 (14,4-38,4)	1,07 (0,66-1,73)		1,03 (0,63-1,67)	
Viúvo	93	22,6 (14,2-30,9)	0,91(0,60-1,40)		0,72 (0,46-1,13)	
Escolaridade (anos)				0,092 **		0,230 *
≥ 12	61	21,3 (9,4-33,2)	1,00		1,00	
9-11	82	15,9 (8,3-23,4)	0,74 (0,38-1,46)		0,70 (0,34-1,41)	
5-8	152	25,0 (16,9-33,1)	1,17 (0,61-2,27)		1,00 (0,49-2,06)	
0-4	140	30,0 (22,5-37,5)	1,41 (0,78-2,53)		1,20 (0,62-2,32)	
Nível socioeconômico				0,489 **		0,729 **
A/B	86	17,4 (8,0 -27,0)	1,00		1,00	
C	219	28,3 (22,0-34,6)	1,62 (0,92-2,85)		1,53 (0,88-2,64)	
D/E	187	24,1 (17,2-31,0)	1,38 (0,76-2,50)		1,26 (0,70-2,27)	
Tabagismo				0,565 *		0,396 *
Sim	80	21,3 (12,1-30,4)	1,00		1,00	
Não	238	23,9 (18,0-29,9)	0,89 (0,55-1,43)		1,04 (0,63-1,73)	
Ex-fumante	174	27,9 (19,1-35,4)	1,15 (0,81-1,64)		1,25 (0,90-1,74)	
Autopercepção de saúde				< 0,001 **		0,004 **
Excelente/Muito boa	32	15,6 (3,5-27,8)	1,00		1,00	
Boa	170	16,5 (10,3-22,6)	1,05 (0,46-2,42)		1,13 (0,51-2,51)	
Regular	225	30,0 (23,5-36,0)	1,91 (0,87-4,16)		1,82 (0,85-3,89)	
Ruim	63	34,9 (21,3-48,5)	2,23 (1,06-4,73)		2,00 (0,94-4,28)	
Ativo no lazer (≥ 150 minutos/semana)				0,769 *		0,603 *
Não	368	24,2 (19,2-29,2)	1,06 (0,73-1,52)		0,91 (0,63-1,31)	
Sim	96	22,9 (14,5-31,3)	1,00		1,00	
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m ²) ***				0,680 *		0,743 *
Não	246	25,6 (19,0-32,2)	1,00		1,00	
Sim	203	23,8 (17,4-30,1)	0,93 (0,65-1,33)		0,97 (0,81-1,16)	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; IMC: índice de massa corporal; RP: razão de prevalência.

* Teste Wald de heterogeneidade;

** Teste Wald de tendência;

*** Variável com maior número de dados ignorados (10,4%).

vezes maior do que aqueles com 40-49 anos de idade, com tendência significativa mesmo após ajuste. O nível socioeconômico medido pelo ABEP e a escolaridade, o sexo e a situação conjugal não estiveram associados com o uso de AAS. O uso de AAS foi duas vezes mais frequente entre aqueles que referiram ter uma saúde ruim quando comparados com os que relataram uma saúde excelente ou muito boa, mesmo após ajuste. O tabagismo, a atividade física no lazer e a obesidade não estiveram associados com o uso de AAS na prevenção primária.

A Tabela 2 apresenta as prevalências e as análises brutas e ajustadas de uso de AAS na prevenção secundária das DCV. A prevalência de uso de AAS foi cerca de 30% maior nos homens do que nas mulheres, no entanto a diferença não foi estatisticamente significativa. As pessoas de 60 anos ou mais usavam quase duas vezes mais AAS que as pessoas na faixa etária dos 40-49 anos. A cor da pele, a situação conjugal e a escolaridade não estiveram associadas ao uso de AAS na prevenção secundária. Em relação ao nível socioeconômico, os indivíduos mais pobres (classes sociais D/E) usavam 50% menos AAS do que os indivíduos das classes sociais mais favorecidas (classes A/B). Quanto às variáveis comportamentais, somente o fumo esteve associado ao uso de AAS; os ex-fumantes usavam AAS com uma frequência 41% maior do que os não fumantes, mesmo após ajuste para sexo, cor da pele, idade e nível socioeconômico. As variáveis autopercepção de saúde, atividade física no lazer e obesidade não estiveram associadas ao uso de AAS na prevenção secundária das DCV.

Discussão

As prevalências baixas de uso de AAS encontradas no estudo, tanto na prevenção primária das DCV quanto na secundária (24,8% e 34,3%, respectivamente) são preocupantes, especialmente se considerarmos o benefício do AAS na redução de novos eventos, redução de mortalidade, além de sua boa tolerabilidade e segurança^{5,19,20}. Estudos realizados entre 1999 e 2004 em países de alta renda (Estados Unidos, Islândia, Inglaterra), sobre o uso de AAS na prevenção de DCV, demonstraram prevalências muito amplas, variando entre 33% na prevenção primária até 97% na prevenção secundária^{7,8,9,21}. No Brasil, um estudo realizado em 2005 na cidade de Porto Alegre avaliou 636 pacientes ambulatoriais, diabéticos, maiores de 40 anos com e sem DCV prévia e evidenciou que somente 17,7% dos pacientes estavam usando AAS na prevenção primária e 43% na prevenção secundária¹⁰. Não foram localizados estudos de

base populacional que tenham avaliado a prevalência de uso de AAS na prevenção das DCV no Brasil. É possível que a prevalência de uso de AAS esteja relacionada à falta de prescrição médica, particularmente por causa da falta de consenso na prevenção primária, sobre quais pacientes realmente se beneficiariam de tal prática. Outros fatores que poderiam afetar o uso de AAS seriam a dificuldade de acesso à medicação ou até a falta dela nas unidades básicas de saúde.

No último ano, algumas publicações levantaram dúvidas sobre o uso rotineiro do AAS na prevenção primária das DCV^{6,22,23}, mas o benefício na prevenção secundária já está bem estabelecido há vários anos⁵. Em junho de 2010, a American Diabetes Association (ADA) se pronunciou diante dos resultados das metanálises sobre o uso de AAS na prevenção primária de DCV. ADA recomendou que o AAS seja utilizado nas doses de 75-162mg/dia em pacientes diabéticos com alto risco de DCV (homens acima de 50 e mulheres acima de 60 anos, com múltiplos fatores de risco), com baixo risco de sangramento gastrointestinal e sem contraindicações ao uso de AAS. Para os demais pacientes, a indicação de uso de AAS deve ser individualizada²².

Aparentemente, o uso de AAS após um evento cardiovascular agudo é alto, conforme revelado por um estudo realizado entre pacientes diagnosticados com IAM recente num hospital de Rio de Janeiro, entre 2006 e 2007, tendo sido prescrito o medicamento em até 94,7% dos pacientes¹¹. Da mesma forma, o acompanhamento de pacientes com cardiopatia isquêmica por serviços especializados garante uma prevalência de prescrição de AAS em até 98% dos pacientes, conforme revelado por uma pesquisa realizada em Porto Alegre em 2002¹². Todavia, muitos desses pacientes são posteriormente acompanhados apenas por serviços de atenção básica e provavelmente a falta de prescrição de AAS e/ou de orientação no seu uso por parte do médico de tais unidades seja responsável pela descontinuidade do tratamento.

Quanto aos fatores associados, encontramos que o uso de AAS na prevenção primária foi maior nos indivíduos de cor não branca. Apesar de outros estudos terem evidenciado maior utilização dos serviços de saúde entre indivíduos brancos^{24,25}, acreditamos que o uso mais frequente de AAS para prevenção primária nos não brancos pode estar associado com a maior gravidade das doenças nesses grupos populacionais, tal como acontece com a HAS entre pessoas de cor/raça negra²⁶. Isso seria também compatível com o maior uso de AAS entre idosos e entre aqueles com pior percepção sobre o seu estado de saúde. O incremento de doenças

Tabela 2

Prevalência e análises brutas e ajustadas de uso de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção secundária (pós-AVC e/ou IAM/angina). Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2010 (N = 373).

Variável	n	Prevalência (IC95%)	Análise bruta		Análise ajustada	
			RP (IC95%)	Valor de p	RP (IC95%)	Valor de p
Sexo				0,076 *		0,092 *
Feminino	245	31,0 (24,4-37,6)	1,00		1,00	
Masculino	128	40,6 (31,2-50,1)	1,31 (0,97-1,36)		1,28 (0,96-1,71)	
Cor da pele				0,384 *		0,104 *
Branca	293	33,1 (24,4-37,6)	1,00		1,00	
Não branca	80	38,8 (31,2-50,1)	1,17 (0,82-1,67)		1,31 (0,93-1,85)	
Idade (anos)				0,032 **		0,031 **
40-49	49	20,4 (10,2-34,3)	1,00		1,00	
50-59	84	39,3 (28,8-50,5)	1,93 (1,06-3,47)		1,79 (0,98-3,28)	
≥ 60	200	40,5 (33,6-47,7)	1,98 (1,12-3,52)		1,94 (1,07-3,50)	
Situação conjugal				0,407 *		0,616 *
Casado	216	38,0 (31,0-45,3)	1,00		1,00	
Solteiro	37	24,3 (9,7-39,0)	0,64 (0,34-1,21)		0,78 (0,39-1,55)	
Separado	50	28,0 (13,8-42,2)	0,73 (0,43-1,27)		0,69 (0,37-1,27)	
Viúvo	70	32,9 (22,8-44,0)	0,87 (0,61-1,23)		0,86 (0,59-1,24)	
Escolaridade (anos)				0,959 **		0,412 **
≥ 12	34	44,1 (25,8-62,5)	1,00		1,00	
9-11	55	21,8 (10,8-32,8)	0,49 (0,27-0,85)		0,65 (0,36-1,17)	
5-8	112	36,6 (27,3-45,9)	0,83 (0,51-1,34)		1,14 (0,73-1,77)	
0-4	126	36,5 (27,4-45,7)	0,83 (0,51-1,33)		1,13 (0,70-1,81)	
Nível socioeconômico				< 0,001 **		< 0,001 **
A/B	41	48,8 (30,7-66,8)	1,00		1,00	
C	154	40,3 (31,8-48,7)	0,83 (0,56-1,28)		0,90 (0,64-1,27)	
D/E	178	25,8 (18,8-32,9)	0,53 (0,34-0,83)		0,50 (0,33-0,76)	
Tabagismo				0,001 *		0,024 *
Não	174	31,0 (23,7-38,4)	1,00		1,00	
Sim	80	22,5 (13,1-31,9)	0,73 (0,47-1,12)		0,81 (0,51-1,30)	
Ex-fumante	119	47,1 (37,4-56,7)	1,52 (1,14-2,01)		1,41 (1,03-1,93)	
Autopercepção de saúde				0,387 **		0,474 **
Excelente/Muito boa	26	23,1 (6,3-39,9)	1,00		1,00	
Boa	88	37,5 (26,4-48,6)	1,62 (0,75-3,51)		1,77 (0,90-3,47)	
Regular	179	33,0 (26,0-40,0)	1,43 (0,70-2,91)		1,60 (0,83-3,10)	
Ruim	77	39,0 (26,9-51,0)	1,69 (0,78-3,64)		1,71 (0,84-3,47)	
Ativo no lazer (≥ 50 minutos/semana)				0,649 *		0,552 *
Não	272	32,0 (25,4-38,6)	0,92 (0,65-1,32)		1,12 (0,77-1,62)	
Sim	72	34,7 (23,6-45,9)	1,00		1,00	
Obesidade (IMC ≥ 30kg/m ²) ***				0,374 *		0,392 *
Não	206	36,6 (29,2-44,1)	1,00		1,00	
Sim	126	32,0 (24,1-39,9)	0,93 (0,79-1,09)		0,94 (0,82-1,08)	

AVC: acidente vascular cerebral; IAM: infarto agudo do miocárdio; IC95%: intervalo de 95% de confiança; IMC: índice de massa corporal; RP: razão de prevalência.

* Teste de Wald de heterogeneidade;

** Teste de Wald de tendência;

*** Variável com maior número de dados ignorados (10,4%).

crônicas com o passar dos anos ocasionaria também maior procura por atendimento de saúde, conforme mostraram três estudos populacionais realizados na cidade de Pelotas entre 1999 e 2008^{27,28,29}, o que explicaria o maior uso de AAS nessas faixas etárias, tanto para prevenção primária como secundária.

Da mesma forma, a autopercepção de saúde tem sido utilizada em alguns estudos^{27,29} como indicador global de saúde e a pior percepção de saúde estaria também relacionada com uma maior procura por atendimento médico, podendo ser responsável pelo maior uso de AAS na prevenção primária entre esses indivíduos.

Assim, certas características relacionadas com a severidade das doenças (cor não branca, idade avançada, pior percepção de saúde) ocasionariam maior procura pelos serviços de saúde, aumentando a proximidade com a equipe de saúde e a probabilidade de indicação de uso de AAS para prevenção primária quanto de outras medidas preventivas³⁰. Isso estaria de acordo com o descrito por Starfield³¹ sobre a continuidade dos cuidados na atenção primária à saúde, a qual dependeria da existência de um médico de referência que conheça não apenas o indivíduo, mas também a sua família e o contexto social no qual está inserido.

Por sua vez, a falta de associação da cor da pele e da autopercepção de saúde com o uso de AAS para prevenção secundária poderia ser o resultado do viés de sobrevivência seletiva, pois justamente os não brancos e com pior percepção de saúde podem não ter sido localizados por condições relacionadas à gravidade da doença (óbito ou hospitalização no momento da entrevista).

Embora as mulheres consultem mais no que diz respeito à prevenção^{28,29}, os homens, sobretudo aqueles com idade mais avançada e, portanto, com maiores chances de apresentarem doenças crônicas, fazem mais consultas com especialistas²⁷. Tal fato estaria de acordo com o achado deste estudo em que a frequência de uso de AAS na prevenção secundária foi 30% maior nos homens do que nas mulheres, ainda que essa associação não tenha sido significativa. Em 2004, um estudo inglês evidenciou que as mulheres usavam cerca de 30% menos AAS do que os homens para prevenção secundária das DCV²¹, o que sugere que o sexo seria sim um fator associado ao uso de AAS.

Nosso estudo identificou também que os indivíduos ex-fumantes tinham uma maior prevalência de uso de AAS na prevenção secundária do que os fumantes e não fumantes. Esse achado pode ser resultado de causalidade reversa, em que os ex-fumantes poderiam ter abandonado o cigarro por já terem apresentado algum

sintoma de DCV e devido a isso necessitarem maior uso de AAS. Mas também poderia refletir uma maior preocupação com a sua saúde por causa da presença de sintomas respiratórios, ocasionando maior disposição em procurar atendimento e aderir a um tratamento prescrito pelo médico²⁹.

Mesmo que o AAS seja uma droga de baixo custo, encontramos que o uso da medicação na prevenção secundária de DCV foi maior nos indivíduos pertencentes às classes sociais mais altas, talvez em função do acesso mais fácil a serviços especializados, à medicação e/ou a uma melhor conscientização da necessidade do seu uso. Panniz et al.³², em 2005, estudaram o acesso à medicação de uso contínuo nas regiões Sul e Nordeste do Brasil e também encontraram maior acesso à medicação de uso crônico quanto maior nível socioeconômico.

O presente estudo mostrou que pouco mais de um terço da população apresenta pelo menos um fator de risco para DCV. Um dos possíveis limitantes desses resultados seria a forma em que foram identificadas as pessoas, dado que o diagnóstico dessas doenças foi autorreferido, pois a confirmação clínica de tais diagnósticos seria logisticamente difícil e onerosa. Porém, com exceção da dislipidemia, as prevalências autorreferidas encontradas no presente estudo foram similares às estimativas do Ministério da Saúde para a população adulta: 36,7% para HAS, 10,1% para diabetes mellitus, 10,9% para angina/IAM e 4,4% para AVC. Chrestani et al.³³ realizaram um estudo de validação diagnóstica de HAS autorreferida na cidade de Pelotas em 2009 encontrando uma prevalência de HAS semelhante à do nosso estudo (34%).

Da mesma forma, o erro recordatório, comum em estudos transversais, provavelmente não afetou de forma importante as informações obtidas sobre o consumo de AAS, visto que essa medicação é de uso contínuo. Além disso, as fotografias usadas para mostrar aos entrevistados as diversas apresentações farmacêuticas de AAS também ajudaram a lembrança e a identificação do medicamento utilizado. Finalmente, outra limitação deste estudo foi o fato de não terem sido coletadas informações sobre o acesso aos serviços de saúde. Esse aspecto parece não ter afetado os nossos achados, pois mesmo entre indivíduos com melhor posição socioeconômica – que apresentam maior acesso aos serviços de saúde^{29,30} – a prevalência de uso de AAS foi baixa.

A principal contribuição deste estudo é alertar a classe médica, clínicos e especialistas, sobre o baixo consumo de AAS na prevenção de DCV. Tal achado pode refletir uma falha na prescrição

médica ou na orientação e esclarecimento para os pacientes sobre a importância do uso dessa medicação, o que também pode contribuir para a não adesão ao tratamento. Mesmo havendo controvérsias sobre o uso de AAS na prevenção primária das DCV, os benefícios na redução de eventos e mortalidade na prevenção secundária

estão bem estabelecidos e não justificam a baixa prevalência de uso encontrada neste estudo. O presente estudo não permite chegar a conclusões sobre quais são as causas do não uso do AAS. Logo, mais estudos são necessários para esclarecer os reais motivos da baixa prevalência do uso de AAS na prevenção das DCV.

Resumo

O objetivo foi estimar a prevalência de uso de ácido acetilsalicílico (AAS) na prevenção das doenças cardiovasculares (DCV). Estudo transversal de base populacional, realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, em 2010. Dois desfechos foram considerados: uso de AAS na prevenção primária (indivíduos ≥ 40 anos com pelo menos dois fatores de risco (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e/ou dislipidemia) e uso de AAS na prevenção secundária (história de angina/infarto e/ou acidente vascular encefálico). Os desfechos foram analisados de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida. A prevalência de uso de AAS foi de 24,8% na prevenção primária e 34,3% na prevenção secundária. Na prevenção primária o uso de AAS foi maior nos indivíduos de cor não branca, maior faixa etária e com pior autopercepção de saúde. Na prevenção secundária, a prevalência de uso foi maior nos indivíduos com maior faixa etária, maior classe social e ex-fumantes. As prevalências de uso de AAS encontradas estão muito abaixo do recomendado para prevenção das DCV.

Doenças Cardiovasculares; Ácido Acetilsalicílico; Prevenção de Doenças

Colaboradores

C. A. Vianna, D. A. González e A. Matijasevich participaram igualmente do delineamento e análise do estudo e redação do artigo.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento.

Referências

- World Health Organization. World healthy report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
- Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral das doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- IV diretoria brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose: Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2007; 88 Suppl 1:1-18.
- Buse JB, Ginsberg HN, Bakris GL, Clark NG, Costa F, Eckel R, et al. Primary prevention of cardiovascular disease in people with diabetes: a scientific statement from American Heart Association and the American Diabetes Association. Diabetes Care 2007; 30:162-72.
- Antithrombotic Trialist's Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomized trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high-risk patients. BMJ 2002; 324:71-86.
- Baigent C, Blackwell L, Collins R, Emberson J, Godwin J, Peto R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. Lancet 2009; 373:1849-60.
- Stafford RS, Monti V, Ma J. Underutilization of aspirin persists in US ambulatory care for the secondary and primary prevention of cardiovascular disease. PLoS Med 2005; 2:e353.
- Cook NR, Chae C, Mueller FB, Landis S, Saks AM, Hennekens CH. Mis-medication and under-utilization of aspirin in the prevention and treatment of cardiovascular disease. MedGenMed 1999; 22:E1.
- Sigurdsson EL, Jonsson JS, Thorgeirsson G. Medical treatment and secondary prevention of coronary heart disease in general practice in Iceland. Scand J Prim Health Care 2002; 20:10-5.
- Leitão CB, Krahe AL, Picon PX, Pecis M, Zaslavsky LM, Gross JL, et al. Aspirin therapy is still underutilized among patients with type 2 diabetes. Arq Bras Endocrinol Metab 2006; 50:1014-9.
- Rocha ASC, Araújo MP, Volscham A, Carvalho LAF, Ribeiro A, Mesquita ET. Evidência de melhora na qualidade do cuidado assistencial no infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Cardiol 2010; 94:726-9.
- Stein R, Alboim C, Campos C, Mello RB, Rosito GA, Polanczyk CA. Variabilidade entre cardiologistas na abordagem aos pacientes em prevenção secundária da cardiopatia isquêmica. Arq Bras Cardiol 2004; 83:219-22.
- Vieira SB, Junges Filho VH, Costa MAPD, Tavares MRG. Avaliação do uso do AAS como prevenção de eventos coronarianos em pacientes inscritos no programa de hipertensão na unidade de saúde Nossa Senhora Aparecida do GHC. Momento & Perspectiv Saúde 2005; 18:9-15.
- Zanati SG, Mouraria GG, Matsubara LS, Giannini M, Matsubara BB. Profile of cardiovascular risk factors and mortality in patients with symptomatic peripheral arterial disease. Clinics 2009; 64:323-6.
- Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003; 35:1381-95.
- World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (WHO Technical Report Series, 854).
- Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol 2003; 3:21.
- Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, Hiratzka LF, et al. Guide to primary prevention of cardiovascular diseases. A statement for healthcare professionals from the Task Force on Risk Reduction. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. Circulation 1997; 95:2329-31.
- Pearson TA, Blair SN, Daniels SR, Eckel RH, Fair JM, Fortmann SP, et al. AHA Guidelines for Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002 Update: Consensus Panel Guide to Comprehensive Risk Reduction for Adult Patients Without Coronary or Other Atherosclerotic Vascular Diseases. American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee. Circulation 2002; 106:388-91.
- Lawlor DA, Whincup P, Emberson JR, Rees K, Walker M, Ebrahim S. The challenge of secondary prevention for coronary heart disease in older patients: findings from the British Women's Heart and Health Study and the British Regional Heart Study. Fam Pract 2004; 21:582-6.
- Pignone M, Alberts MJ, Colwell JA, Cushman M, Inzucchi SE, Mukherjee D, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes. Diabetes Care 2010; 33:1395-402.
- De Berardis G, Sacco M, Strippoli GFM, Pellegrini F, Graziano G, Tognoni G, et al. Aspirin for primary prevention of cardiovascular events in people with diabetes: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2009; 339:b4531.
- Vaughan JP, Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da desigualdade. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
- Brown DW, Shepard D, Giles WH, Greenlund KJ, Croft JB. Racial differences in the use of aspirin: an important tool for preventing heart disease and stroke. Ethn Dis 2005; 15:620-6.
- Kurian AK, Cardarelli KM. Racial and ethnic differences in cardiovascular disease risk factors: a systematic review. Ethn Dis 2007; 17:143-52.
- Bastos GAN, Del Duca GF, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2011; 45:475-84.

28. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:353-63.
29. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:436-43.
30. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:372-8.
31. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério de Saúde; 2002.
32. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:267-80.
33. Chrestani MAD, Santos IS, Matijasevich A. Hipertensão arterial sistêmica autorreferida: validação diagnóstica em um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:2395-406.

Recebido em 18/Jan/2011

Versão final reapresentada em 16/Jun/2011

Aprovado em 19/Mar/2012