

PERFIL DAS PACIENTES INVESTIGADAS POR SANGRAMENTO PÓS-MENOPAUSA NO HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHKEK NOS ANOS DE 2010 A 2014

A SURVEY OF THE PROFILE OF PATIENTS INVESTIGATED FOR POST-MENOPAUSAL BLEEDING AT JÚLIA KUBITSCHKEK HOSPITAL BETWEEN 2010 AND 2014

*Flávia Rodrigues Faria**; *Eduardo Siqueira Fernandes***

Trabalho realizado no Hospital Júlia Kubitschek, rede FHEMIG, como exigência parcial para obtenção do título de Ginecologista e Obstetra.

RESUMO

Introdução: Câncer de endométrio é o mais prevalente do trato genital feminino nos países desenvolvidos ocidentais e se manifesta principalmente por sangramento. Na vigência de sangramento na pós-menopausa, investigação adicional do endométrio deve ser realizada com ultrassonografia e, se indicado, biópsia endometrial. **Objetivo:** traçar perfil das pacientes investigadas por sangramento pós-menopausa, com espessamento endometrial e verificar a relação entre espessamento endometrial e câncer de endométrio. **Metodologia:** Estudo transversal retrospectivo realizado através da análise de prontuários de pacientes submetidas a curetagem semiótica e/ou histeroscopia cirúrgica, entre janeiro de 2010 a dezembro de 2014, no Hospital Júlia Kubitschek/FHEMIG. **Variáveis analisadas:** idade da paciente; etnia; nível educacional; paridade; idade da menarca; idade da menopausa; doenças associadas; método diagnóstico para câncer endometrial e espessura endometrial no momento do diagnóstico do câncer. **Resultados:** mediana de idade foi 58,5 anos, maioria das pacientes de etnia parda e ensino fundamental incompleto. Média da menarca e menopausa: 13,4 e 48,3 anos, respectivamente. Maioria das pacientes foram multíparas e os fatores de risco associados a câncer de endométrio foram diabetes mellitus, hipertensão arterial e colelitíase. **Procedimentos diagnósticos mais utilizados:** histeroscopia cirúrgica (43,9%), curetagem semiótica (28,8%) e histeroscopia diagnóstica associada à curetagem semiótica (10,6%). Pouco mais da metade dos procedimentos foi realizado em pacientes com endométrio de 5,0 a 10,0mm (51,5%) e o diagnóstico de câncer foi feito em sete casos, com espessura endometrial média de 12,4mm. **Conclusão:** Não houve associação entre faixa de espessamento endometrial e câncer de endométrio, sendo o método mais utilizado, a histeroscopia cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE

endométrio, câncer do endométrio, histeroscopia, sangramento uterino, menopausa.

ABSTRACT

Introduction: Endometrial cancer is the most prevalent genital cancer in the western developed countries. It manifests primarily through bleeding. The occurrence of bleeding in post-menopausal patients requires further investigation of the endometrium through ultrasound and, in certain cases, endometrial biopsy. **Objective:** This paper aims to survey the profile of patients investigated for post-menopausal bleeding who presented endometrial thickening, and to investigate a possible correlation between endometrial thickening and endometrial cancer. **Methods:** Retrospective transversal study based on the analysis of medical records of patients who went through semiotic curettage and/or surgical hysteroscopy between January 2010 and December 2014 at Júlia Kubitschek Hospital/FHEMIG. **Variables:** patient's age; ethnicity; instruction degree; parity; age of menarche; age of menopause; associated diseases; diagnose method for endometrial cancer and endometrial thickness at the time of cancer diagnosis. **Results:** median age of 58.5 years, majority of brown ethnicity patients and holding incomplete junior high degree. Average for monarch and menopause: 13.4 and 48.3 years, respectively. The majority of patients were multiparous and risk factors associated with endometrial cancer were diabetes mellitus, hypertension and cholelithiasis. Most used diagnostic procedures: surgical hysteroscopy (43.9%), semiotic curettage (28.8%) and diagnostic hysteroscopy associated with semiotic curettage (10.6%). Little more than half of the procedures were conducted in patients

* Médica Ginecologista e Obstetra. Ex-residente do Hospital Júlia Kubitschek, rede FHEMIG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: flaviar.faria@hotmail.com
Endereço: Rua Barão do Rio Branco, 98. Centro. Paraguaçu – MG. CEP 37120-000. Telefones: (35) 988692140 / (35) 991960640

** Médico Ginecologista. Mestre em Saúde. Preceptor do Programa de Residência em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Júlia Kubitschek, rede FHEMIG. Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: fernandes.es@gmail.com

with a 5.0 to 10.0mm-thick endometrium (51.5%) and cancer diagnosis was made in seven cases. In those cases, the average endometrial thickness was 12.4mm. Conclusion: No association between endometrial thickening and endometrial cancer could be found. The most prevalent method was surgical hysteroscopy.

KEYWORDS

Endometrium, endometrial neoplasms, hysteroscopy, uterine hemorrhage menopause.

INTRODUÇÃO

O câncer endometrial é o sexto tipo de câncer mais frequente entre as mulheres e o mais prevalente tipo de neoplasia maligna do trato genital feminino nos países desenvolvidos ocidentais (INCA, 2014; RIBEIRO et al., 2007; VALEJO; TIEZZI, 2009). Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a taxa de incidência é de 8,2 casos por 100 mil mulheres. Predomina em mulheres na pós-menopausa, na sua grande maioria na sexta e sétima décadas de vida, sendo raro abaixo dos 40 anos. Apenas no Brasil, foram esperados no ano de 2014, 5.900 casos novos de cânceres endometriais (INCA, 2014). Outros fatores que contribuem para o aumento da incidência são o aumento da expectativa de vida e a obesidade (INCA, 2014; VISSER et al., 2015). Estes tumores, no entanto, são de detecção precoce, o que possibilita intervenção terapêutica rápida e bom prognóstico (DIMITRAKI et al., 2010; RIBEIRO et al., 2007).

Dentre os fatores de risco para câncer endometrial, estão bem estabelecidos: o sobrepeso ou obesidade, idade acima de 40 anos, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e colelitíase e terapia hormonal estrogênica sem oposição progestagênica (INCA, 2014; VALEJO; TIEZZI, 2009; BARBOZA et al., 2014).

Em mulheres na pós-menopausa, o sangramento uterino é o principal sintoma do câncer de endométrio, presente em 75-90% dos casos; sendo que 5-10% das mulheres com sangramento pós-menopausa tem câncer de endométrio (SANHUENZA; OLIVA, 2008). O método de rastreamento mais utilizado para essa neoplasia é a ultrassonografia transvaginal, que ajuda a determinar quais pacientes sintomáticas devem ser submetidas à coleta invasiva de amostra de endométrio (DIMITRAKI et al., 2010). A indicação para realização de biópsia, seja por dilatação e curetagem, cureta de Novak, histeroscopia cirúrgica ou Pippelle (DIMITRAKI et al., 2010; JACOBS, 2011; RIBEIRO et al., 2007), consiste em

espessamento endometrial maior ou igual a 5mm em pacientes sintomáticas. A biópsia em pacientes assintomáticas ainda é questionada, apesar de existirem autores que defendam a sua realização (JACOBS et al., 2011; RIBEIRO et al., 2007).

No Hospital Júlia Kubitschek, rede FHEMIG, as biópsias de endométrio para detecção de câncer de endométrio são realizadas mais comumente por meio de histeroscopia diagnóstica ou cirúrgica e também por dilatação e curetagem, aspiração manual intra-uterina (AMIU) e biópsia com cureta de Novak. O que há definido na literatura é o ponto de corte para realização de biópsia, que varia entre 4 e 5 mm, mas o grau de espessamento endometrial com maior prevalência de câncer de endométrio é variável (DIMITRAKI et al., 2010; RIBEIRO et al., 2007).

Por se tratar de uma doença em que o momento de diagnóstico e tratamento são cruciais para a cura da paciente, a definição do grau de espessamento endometrial com maior probabilidade de câncer de endométrio ajudaria na escolha do método diagnóstico mais disponível para realização de biópsia.

Este estudo objetiva identificar em que faixa de espessamento endometrial há mais casos de câncer de endométrio e traçar um perfil das pacientes submetidas aos procedimentos de amostragem de endométrio.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal e retrospectivo no Hospital Júlia Kubitschek, mediante análise de prontuários de todas as pacientes submetidas a procedimento diagnóstico para avaliação do endométrio (curetagem semiótica, AMIU e/ou histeroscopia diagnóstica /cirúrgica), no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014.

Foram incluídas no estudo todas as pacientes que apresentaram: 1) amenorréia há mais de 12 meses; 2) queixa inicial de sangramento vaginal, e 3) espessamento endometrial igual ou acima de 5 mm, visibilizado à ultrassonografia transvaginal. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: 1) pacientes assintomáticas - independente do valor da espessura endometrial; 2) pacientes que fizeram uso de terapia hormonal estrogênica no último ano, com ou sem oposição progestagênica; e 3) pacientes sintomáticas, com espessura endometrial inferior a 5 mm.

Analisaram-se as seguintes variáveis: 1) idade da paciente no momento da queixa de sangramento vaginal; 2) etnia; 3) nível educacional; 4) paridade; 5) idade da menarca; 6) idade da menopausa; 7) doenças mais comuns associadas (diabetes, hipertensão, colelitíase); 8)

método utilizado para diagnóstico do câncer endometrial: curetagem semiótica, aspiração manual intrauterina (AMIU) ou histeroscopia (diagnóstica / cirúrgica), e 9) espessura endometrial no momento do diagnóstico do câncer.

Os dados foram analisados no SPSS versão 20.0. O nível de significância utilizado foi de 0,05. Os dados foram descritos através de frequência absoluta e porcentagem. Para variável quantitativa, foi usada a mediana como tendência central e quartis (Q1; Q3) para medida de variabilidade. A análise de associação com endométrio foi realizada através do teste Qui-quadrado de Pearson exato.

O estudo atual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e na Gerência de Ensino do Hospital Júlia Kubitschek/FHEMIG sob os números 045B/2015 e 00017611 2271 2015, respectivamente.

RESULTADOS

Foram analisados um total de 229 prontuários. Quatorze pacientes foram submetidas a algum procedimento diagnóstico mais de uma vez, e dentre estes, quatro apresentaram os critérios de inclusão. No total,

foram realizados 238 procedimentos e foram incluídos no estudo 66 procedimentos.

A mediana de idade encontrada foi de 58,5 anos (55,0-64,3 anos). A grande maioria dos procedimentos foi realizada em pacientes com idade acima de 48 anos (97%). A etnia prevalente foi a parda, com 63,3% dos casos, seguido da branca, com 18,2%.

Em relação a escolaridade, houve dificuldade de avaliação devido a falta de informação nos prontuários – 69,7% dos prontuários não possuíam essa informação. Dos dados encontrados, 1,5% das pacientes era analfabeta, 18,2% possuíam ensino fundamental incompleto, 4,5% ensino fundamental completo; 4,5% tinham ensino médio completo, e 1,5% tinha ensino superior incompleto.

A maioria das pacientes tinha dois filhos ou mais (90,9%). A idade da menarca variou entre nove e 18 anos, com média de 13,4 anos e a média de idade da menopausa foi de 48,3 anos. A prevalência dos fatores de risco associados a câncer de endométrio ficou assim distribuída: hipertensão arterial sistêmica em 74,2%, diabetes mellitus em 19,7% dos casos e colelitíase em 16,7%.

Os procedimentos diagnósticos estão detalhados no gráfico 1.

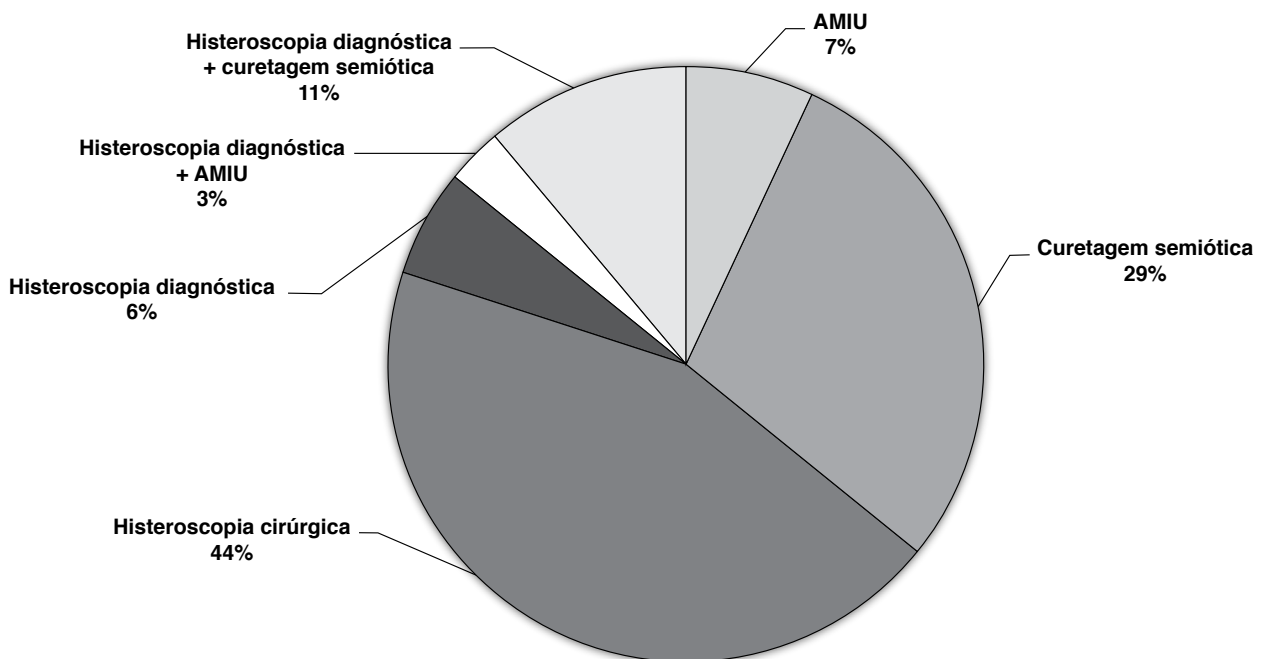


Gráfico 1: Distribuição dos métodos diagnósticos utilizados para investigação propedêutica no Hospital Júlia Kubitschek, em mulheres na pós-menopausa apresentando sangramento vaginal, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014.

O procedimento diagnóstico mais utilizado no Hospital Júlia Kubitschek/FHEMIG foi a histeroscopia cirúrgica (43,9%), seguida de curetagem semiótica (28,8%) e histeroscopia diagnóstica associada à curetagem semiótica (10,6%). Outros procedimentos utilizados em menor frequência foram AMIU (7,6%), histeroscopia diagnóstica isolada (6,1%) e histeroscopia diagnóstica seguida de AMIU (3%).

Pouco mais da metade dos procedimentos foi realizado em pacientes com endométrio de 5,0 a 10,0mm (51,5%); 25,8% encontravam-se na faixa entre 10,1 a 15,0mm; 12,8% com 15,1 a 20,0mm; e 10,6% com endométrio maior ou igual a 20,1mm. A Tabela 1 sintetiza a associação entre as faixas de espessura endometrial e o achado de câncer de endométrio.

Os achados anátomo-patológicos estão resumidos no gráfico 2.

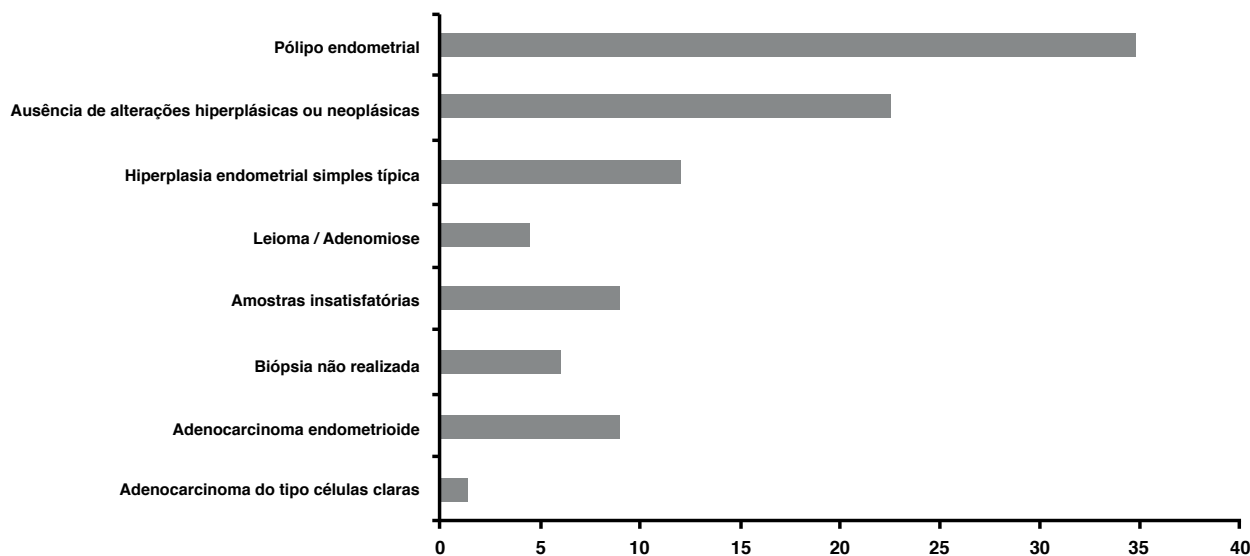


Gráfico 2: Distribuição dos resultados de anatomia patológica de pacientes na pós-menopausa com sangramento vaginal no Hospital Júlia Kubitschek no período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014.

Foram encontrados 23 casos de pólipo endometrial, sem atipias, representando 34,9% do total de amostras; 22,7% (n = 15) das amostras foram laudadas como sem alterações hiperplásicas ou neoplásicas; 12,1% (n = 8) com hiperplasia endometrial simples típica; 4,5% (n = 3) com material sugestivo de leiomioma ou adenomiose. Amostras insatisfatórias para análise representaram 9,1% (n = 6) do total das amostras e em 6,1% (n = 4) dos casos a biópsia de endométrio não foi realizada.

O diagnóstico de câncer foi feito em sete casos, sendo seis do tipo histológico de adenocarcinoma endometriode de endométrio. Houve apenas um caso de adenocarcinoma endometrial do tipo células claras. Não houve associação entre câncer de endométrio e espessura endometrial ($p = 0,209$), apesar de o câncer ser mais prevalente na faixa de espessura endometrial de 10,1 a 15mm (Tabela 1).

Tabela 1: Associação entre as faixas de espessura endometrial e achado de câncer de endométrio em mulheres na pós-menopausa apresentando sangramento vaginal, investigadas no Hospital Júlia Kubitschek – FHEMIG, entre janeiro de 2010 e dezembro de 2014.

Espessura endometrial (mm)	Câncer		Total
	Sim	Não	
5,0 a 10	5,9 (2)	94,1 (32)	51,5 (34)
10,1 a 15	23,5 (4)	76,5 (13)	25,8 (17)
15,1 a 20	12,5 (1)	87,5 (7)	12,8 (8)
≥ 20,1	0 (0)	100 (7)	10,6 (7)

Dados apresentados em porcentagem (número absoluto). ($p > 0,05$)

DISCUSSÃO

A ultrassonografia transvaginal é o método utilizado para avaliação inicial do endométrio de mulheres com sangramento pós-menopausa e qualquer lesão endometrial focal requer biópsia. A mensuração ecográfica endometrial é realizada em

corte sagital do útero, medindo na dimensão ântero-posterior sua camada dupla e excluindo qualquer fluido no interior da cavidade (FELDMAN, 2014).

O ponto de corte para a espessura do endométrio utilizado neste estudo foi medida igual ou maior que 5mm, que é o mais indicado para prosseguir investigação diagnóstica (BRANCO et al., 2008; DIMITRAKI et al., 2010; SANHUENZA; OLIVA, 2008).

A idade representa um dos fatores de risco para câncer de endométrio, sendo que a maioria das mulheres é diagnosticada após a menopausa (ACOG, 2015). Neste estudo, todas as mulheres com câncer de endométrio eram menopausadas e com idade superior a 48 anos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) estão associadas com um risco aumentado de câncer de endométrio e pode estar relacionada à obesidade simultaneamente, apesar de haver associação independente entre câncer endometrial e diabetes. Tal fato é explicado pela conversão periférica de andrógenos em estrona no tecido adiposo com maior circulação sistêmica hormonal (ACOG, 2015). A colelitíase está relacionada ao câncer endometrial devido a semelhança dos fatores de risco hormonais (MORIMOTO et al. 2006). Neste estudo, a HAS esteve presente em seis casos, estando isolada em apenas dois deles. HAS e colelitíase associadas ocorreram em quatro casos. Diabetes mellitus estava presente em apenas um caso de câncer endometrial.

Um fator de risco não avaliado neste estudo foi a obesidade, pois não havia descrito nos prontuários dados de peso e altura para cálculo do IMC.

Em relação às características reprodutivas, há um risco aumentado de câncer de endométrio em pacientes nulíparas, com menarca precoce e menopausa tardia. Isto se deve principalmente ao maior tempo de exposição ao estrogênio (ACOG, 2015; BARBOZA et al. 2014). Neste estudo os achados não foram concordantes, pois a maioria das pacientes com diagnóstico de câncer era multípara. Esta discordância poderia ser explicada pela idade avançada das pacientes avaliadas, com mediana de idade 58,5 anos e pela presença de fatores de risco associados.

O procedimento de dilatação e curetagem foi bastante utilizado e era considerado padrão-ouro até o surgimento da histeroscopia diagnóstica com biópsia. Atualmente, a histeroscopia é o método mais utilizado devido sua alta sensibilidade e especificidade, além de permitir biópsias dirigidas, com menor risco de erro de amostragem (SANHUENZA; OLIVA, 2008). Apesar disso, a histeroscopia não apresenta melhor sensibilidade para detecção de

hiperplasia ou carcinoma quando comparada a curetagem (BICALHO; DE PAULA, 2012).

Em uma meta-análise foi avaliada a precisão da biópsia endometrial em regime ambulatorial para diagnóstico de câncer de endométrio. Foi observado que todos os dispositivos têm um melhor desempenho quando a patologia acomete todo o endométrio e não apenas o fundo uterino, por exemplo (FELDMAN, 2015). Em casos em que não é possível a realização de biópsia ambulatorial, quando a amostragem é insatisfatória e a histologia não confirma o diagnóstico na presença de fatores de risco importantes, o procedimento de dilatação e curetagem está indicado (ACOG, 2015; FELDMAN, 2015).

Na nossa análise, foi reconhecida uma taxa de falha na obtenção de amostra de endométrio de 9,1% e não houve prevalência de um procedimento diagnóstico específico; o diagnóstico de câncer de endométrio foi conseguido em proporções semelhantes com curetagem semiótica e histeroscopia cirúrgica. Apenas um caso foi diagnosticado com uso de histeroscopia seguida de curetagem.

São dois os tipos histológicos mais frequentes para câncer de endométrio, com diferença na carcinogênese, epidemiologia e fator prognóstico. O tipo 1, adenocarcinoma endometrióide, é encontrado na maioria dos casos e tem como lesão precursora a hiperplasia endometrial atípica. Geralmente são neoplasias de baixo grau de malignidade e relacionadas ao desequilíbrio hormonal. Já o carcinoma de endométrio do tipo 2 são neoplasias de alto grau de malignidade e tipos histológicos desfavoráveis - seroso e de células claras. Não estão relacionados ao estímulo estrogênico ou a hiperplasia endometrial. Sua ocorrência é rara, porém apresenta maior índice de recidiva e de metástase, com pior prognóstico (ACOG, 2015; INCA, 2014; VISSER et al., 2015). A prevalência de carcinoma endometrial do tipo endometrióide no nosso estudo foi de 85,7% e de carcinoma de células claras, 14,3%, o que corrobora os dados da literatura (ACOG, 2015; INCA, 2014).

A relação entre grau de espessamento endometrial e câncer de endométrio ainda não é consenso na literatura. Botsis e cols (1992) relataram uma espessura média de endométrio em mulheres com câncer endometrial de $16,6\text{mm} \pm 5,4\text{mm}$; e Karlsson e cols (1993), em ensaio multicêntrico, evidenciaram uma média de espessura do endométrio de $21,1 \pm 11,8\text{mm}$ em mulheres com câncer endometrial. Um dado concordante na literatura é de que a prevalência de câncer de endométrio é maior em pacientes com endométrio acima de 8 mm, sem terapia de reposição estrogênica – independente de oposição

progesterônica ou não (DIMITRAKI, 2010; RIBEIRO et al. 2007).

No atual trabalho, a média de espessura endometrial encontrada em casos de câncer de endométrio foi de 12,4mm, variando entre 5,3mm e 19,5mm e não mostrou associação entre estes fatores.

Este estudo mostrou não haver associação entre a medida do espessamento endometrial e a incidência de câncer de endométrio. Todas as mulheres com câncer de endométrio eram menopausadas e com idade acima de 50 anos. A maioria multípara e com endométrio acima de 8mm. O tipo histológico prevalente foi o adenocarcinoma de endométrio do tipo endometrioides.

CONCLUSÕES

O método diagnóstico mais utilizado para investigação foi a histeroscopia cirúrgica. No entanto, não havendo diferença entre os diferentes métodos diagnósticos, o método ideal para o diagnóstico de câncer endometrial deve ser aquele o mais acessível em menor tempo possível, para que o tratamento seja instituído o quanto antes e a paciente tenha um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

- ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists. Endometrial Cancer.
- Practice Bulletin No. 149. Obstetrics & Gynecology, Riverwoods, v. 125, n. 4, p. 1006-1026, 2015.
- BARBOZA, I.C.; DEPES, D.B.; JÚNIO, I.V. et al. Análise da medida da espessura endometrial pela ultrassonografia transvaginal em pacientes obesas. Einstein, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 164-167, 2014.
- BICALHO, D.S.; DE PAULA, S.O.C. Neoplasias malignas do corpo uterino. In: Silva Filho, A.L.; Aguiar, R.A.L.P.; Melo, V.H., editores. Manual de Ginecologia e Obstetrícia SOGIMIG. 5a ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2012. p559-566.
- BOTSIS, D.; KASSANOS, D.; PYRGIOTIS, E.; ZOURLAS, P.A. Vaginal sonography of the endometrium in postmenopausal women. Clinical And Experimental Obstetrics & Gynecology, Montreal, v. 19, n. 3, p. 189-192, 1992.
- BRANCO, H.K.M.S.M.C.; DEPES, D.B.; BARACAT, F.F.; LIPPI, U.G.; TAKAHASHI, W.H.; LOPES, R.G.C. Achados histeroscópicos em pacientes na pós-menopausa com espessamento endometrial à ultra-sonografia. Einstein, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 287-292, 2008.
- DIMITRAKI, M.; TSIKOURAS, P.; BOUHLARIOTOU, S. et al. Clinical evaluation of women with PMB. Is it always necessary an endometrial biopsy to be performed? A review of the literature. Archives of Gynecology and Obstetrics, Berlin, v. 283, n. 2, p. 261-266, 2011.
- FELDMAN, S. Evaluation of the endometrium for malignant or premalignant disease. UpToDate, Riverwoods, 2015. Modificado em 15 de outubro de 2014.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014.
- JACOBS, I.; GENTRY-MAHARAJ, A.; BURNELL, M. et al. Sensitivity of transvaginal ultrasound screening for endometrial cancer in postmenopausal women: a case-control study within the UKTOCS cohort. The Lancet Oncology, Amsterdã, v. 12, n. 1, p. 38-48, 2011.
- KARLSSON, B.; GRANBERG, S.; WIKLAND, M.; RYD, W.; NORSTROM, A. (1993) Endovaginal scanning of the endometrium compared to cytology and histology in women with postmenopausal bleeding. Gynecologic Oncology, Amsterdã, v. 50, n. 2, p. 173-178, 1993.
- MORIMOTO, L.M.; NEWCOMB, P.A.; HAMPTON, J.M.; TRENTHAM-DIETZ, A. Cholecystectomy and endometrial cancer: a marker of long-term elevated estrogen exposure? Int J Gynecol Cancer. 2006;16:1348-53.
- RIBEIRO, C.T., ROSA E SILVA, J.C., SILVA DE SÁ, M.F. et al. Hysteroscopy as a standard procedure for assessing endometrial lesions among postmenopausal women. São Paulo Medical Journal, São Paulo, v. 125, n. 6, p. 338-342, 2007.
- SANHUEZA, R.P.; OLIVA, P.L. Eficiencia de los métodos diagnósticos en el estudio del sangrado uterino anormal en la peri y postmenopausia. La Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Santiago, v. 73, n. 1, p. 58-62, 2008.
- VALEJO, F.A.M.; TIEZZI, D.G. Tratamento do câncer de endométrio. FEMINA, São Paulo, v. 37, n. 11, p. 603-610, 2009.
- VISSER, N.C.M.; BULTEN, J.; WURFF, A.A.M. et al. Pipelle prospective ENDometrial carcinoma (PIPENDO) study, pre-operative recognition of high risk endometrial carcinoma: a multicentre prospective cohort study. BMC Cancer, Bethesda, v. 15, n. 1, p. 1-6, 2015.

AVALIAÇÃO DE FATORES DE RISCO E PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA ENTRE OS ACADÊMICOS DO PRIMEIRO E OITAVO PERÍODOS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA

RISK FACTOR ASSESSMENT AND PREVALENCE OF HYPERTENSION AMONG ACADEMICS OF THE FIRST AND EIGHTH PERIODS OF THE MEDICAL SCHOOL OF BARBACENA

Darci Gilson Santos^{}; Jéssica Camila Viana da Cunha^{**}; João Luís Costa Pinto^{***}; Marcelo José de Moraes^{****}; Rubens Rios Gussen Junior^{*****}; Andressa Motta Meurer^{*****}; Mariana Leitão de Faria^{*****}; Tânia Maria Gonçalves Quintão^{*****}; Leda Marília Fonseca Lucinda^{*****}*

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência e os fatores de risco para Hipertensão Arterial em acadêmicos do primeiro e oitavo períodos da Faculdade de Medicina de Barbacena. **Metodologia:** Foram utilizados questionários e aferição de pressão arterial para obtenção dos resultados. Valores maiores ou iguais a 140 mmHg para a pressão sistólica e/ou 90 mmHg para a pressão diastólica em pelo menos duas aferições realizadas em momentos diferentes foram considerados como risco do desenvolvimento da HA. Nos questionários foram obtidas informações sociodemográficas e acerca dos fatores de risco para a doença estudada. **Resultados:** A amostra foi constituída de 110 estudantes, dos quais 80 aceitaram participar da pesquisa. As variáveis relacionadas com o risco do desenvolvimento da HA foram: ICQ (índice cintura quadril), PAD (pressão arterial diastólica), tabagismo e etilismo. **Conclusão:** A prevalência de HA e de seus fatores de risco entre os acadêmicos de medicina foi baixa, entretanto observou-se que os que cursavam o oitavo período tiveram maior prevalência de fatores de risco como tabagismo e etilismo.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão arterial, fatores de risco, doença cardiovascular, acadêmicos de medicina, Barbacena.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the prevalence of High blood pressure (HBP) and the hypertension risk factors in medical students of the first and eighth semester of Barbacena's Medical School. **Methodology:** The blood pressure was measured twice in different times and values over or equal to 140 mm Hg for systolic pressure and / or 90 mmHg to diastolic blood pressure were considered as risk for the development of HBP. Besides, questionnaires for sociodemographic and risk factors were applied. **Results:** The sample consisted of 110 students, but only 80 agreed to participate. The variables that were directly related to the risk of developing HBP were: waist hip ratio (WHR), diastolic blood pressure (DBP), smoking and alcohol consumption. **Conclusion:** The present study showed low prevalence of high blood pressure and its risk factors among medical students. However, the risk factors for HBP such as alcoholic and smoke were more prevalent among medical students of the eighth semester.

KEYWORDS

High blood pressure, risk factors, cardiovascular disease, medical students, Barbacena.

^{*} darcigsantos@outlook.com, Acadêmico de medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena
^{**} cunha@gmail.com, Acadêmico de medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena
^{***} joao_luiscosta@live.com, Acadêmico de medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena
^{****} marcelo.barrao@yahoo.com.br, Acadêmico de medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena
^{*****} rubensgussenjr@outlook.com, Acadêmico de medicina, Faculdade de Medicina de Barbacena

^{*****} amottameurer@hotmail.com, Acadêmica de medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora
^{*****} marifaria2008@hotmail.com, Acadêmica de medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora
^{*****} tmquintao@yahoo.com.br, Especialista, Faculdade de Medicina de Barbacena
^{*****} ledamarilia@yahoo.com.br, Doutora, Faculdade de Medicina de Barbacena e Universidade Federal de Juiz de Fora
^(*) Rua Johann Strauss 70 São Pedro, Juiz de Fora MG. CEP: 36036647 / Telefone: (32) 21023212

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma causa de morbidade importante na população adulta brasileira devido a sua influência em vários sistemas do organismo. É de conhecimento que a HA gera um custo médico e social bastante elevado, pois sua participação tem influência direta em complicações como doenças cerebrovasculares, doença arterial coronariana, diabetes, doença renal crônica e insuficiência renal (DIRETRIZES, 2010).

A partir da década de 60, as doenças cardiovasculares superaram as infectocontagiosas como primeira causa de morte no Brasil (LESSA, 2001). O problema tem preocupado o Ministério da Saúde tanto pelos aspectos humanos quanto econômicos. As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 14% do total das internações (representando 16,2% do orçamento da Saúde) e 25% das aposentadorias precoces, além de constituírem a primeira causa de morte no Brasil (27,4%), sendo responsáveis, entre os 30 e 69 anos, por 65% dos óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As altas taxas de mortalidade estão profundamente relacionadas à ausência de sintomas da HA (ABRAHAM-INPYAIN; POLSACHEVA; GORTZAK, 1996). Em consequência desta ausência de sintomas, o diagnóstico da HA torna-se tardio. Portanto, é imprescindível a medida da pressão arterial (PA) por todo profissional da saúde, ampliando o número de diagnósticos precoces e auxiliando no controle desta doença. Indivíduos com a PA de 140-159/90-99 mmHg já são considerados no estágio I da HA. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual (DIRETRIZES, 2010).

A diminuição da PA para 120/80 mmHg reduz a incidência de insuficiência cardíaca em até 50%, de acidente vascular encefálico entre 35% e 40%, e de doença coronariana entre 20% e 25%, com diminuição da mortalidade global. A partir de 115/75 mmHg, cada aumento de 20 mmHg na pressão sistólica e de 10 mmHg na pressão diastólica duplica o risco de eventos cardiovasculares. Estima-se que tratar pacientes no estágio I da hipertensão (140-159/90-99 mmHg) e reduzir a pressão sistólica em 12 mmHg, por 10 anos, salve uma vida a cada 11 pacientes tratados (DIDIER; GUIMARÃES, 2007).

Levantamentos de dados epidemiológicos dão a indicação para a elevada prevalência de HA (20% a 40% na população adulta), elevada taxa de desconhecimento da condição (50%) e taxas de controle insatisfatórias (30% a 56%) (DIRETRIZES, 2010).

Podemos suspeitar que o baixo controle está relacionado à inadequada adesão terapêutica, dependente de múltiplos fatores: idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e habilidades e integração da equipe de saúde. Equipes interdisciplinares bem estruturadas levam ao aumento da adesão ao tratamento e, conseqüentemente, melhores índices de controle. Outra explicação estaria ligada aos tratamentos pouco eficazes e a pouca ou a falta de adesão ao tratamento (CAR; PIERIN; AQUINO, 1991; CONSTANTINE; BROWNSTEIN; HOOVER; WORDLAW-STINSON; ORENSTEIN; JONES; FARRIS, 2008).

A reversão desse quadro requer uma ação governamental que inclua modelos assistenciais eficientes de cuidado primário, por meio da melhor gestão da rede assistencial básica, formada pelas Unidades Básicas de Saúde, e mudanças no modelo assistencial que otimizem os recursos humanos e logísticos existentes. O investimento financeiro em estruturas desorganizadas e ineficientes incentiva o círculo vicioso da falência assistencial, com elevados custos e comprometimento da qualidade assistencial da rede de assistência secundária (DIDIER; GUIMARÃES, 2007).

Os fatores de risco para a HA são: idade, gênero, etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genética, relacionada com a história familiar (DIRETRIZES, 2010). Torna-se importante ressaltar que obesidade e histórico familiar são os principais fatores de risco na população jovem (PALOMO; TORRES; ALARCÓN; MARAGAÑO; LEIVA; MUJICA, 2006).

Estudos anteriores realizados no Chile demonstraram que universitários apresentam uma baixa prevalência de HA. Constatou-se que 1,6% dos acadêmicos possuíam alterações de glicemia sem terem relatado diabetes, o que pode ter sido correlacionado com tabagismo, alcoolismo e sedentarismo (BLOCH; RODRIGUES; FISZMAN, 2006). A maioria dos universitários é saudável, mas podem apresentar prevalência alta de fatores de risco para o desenvolvimento de HA e doenças cardiovasculares. Uma vez que muitos destes fatores são modificáveis, torna-se necessário conhecer cada um deles, bem como sua prevalência, para se estabelecer programas educacionais entre os acadêmicos da Medicina.

O presente estudo tem como objetivo avaliar os fatores de risco para HA e doenças cardiovasculares, assim como a prevalência de HA em uma população de acadêmicos de Medicina do primeiro e oitavo períodos da Faculdade de Medicina de Barbacena. A coleta de dados foi realizada

através da aferição de Pressão Arterial e de questionários aplicados aos mesmos. Acredita-se que devido à diferença de idade e do conhecimento do processo saúde-doença existam alterações na prevalência de fatores de risco ao se comparar os períodos abordados.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal que foi realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE, de janeiro a julho de 2015, através da aferição da PA de acadêmicos do primeiro e oitavo períodos, além da aplicação de questionário para a coleta de dados sociodemográficos e avaliação de fatores de risco para HA e doenças cardiovasculares.

2.2 AMOSTRA

Foram incluídos 80 acadêmicos, de ambos os sexos, com idade mínima de 18 anos de idade, que estavam matriculados no primeiro e oitavo períodos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de Barbacena – FUNJOBE. Foram excluídos os acadêmicos que não aceitaram participar da coleta de dados e aferições.

2.3 AVALIAÇÕES E AFERIÇÃO DA PA

Todos os acadêmicos foram avaliados, pela manhã, em uma sala reservada na Faculdade de Medicina para aferição da PA e aplicação do questionário. A metodologia proposta no presente estudo será baseada nas VII Diretriz de Hipertensão Arterial, 2010 (DIRETRIZES, 2010), a qual era vigente no período da coleta de dados.

Os fatores de risco investigados foram Diabetes Mellitus, tabagismo, etilismo, sedentarismo e história familiar de HA. A presença de Diabetes Mellitus e de história familiar de HA foi determinada pelo relato do paciente. Foram considerados tabagistas aqueles pacientes que faziam uso de cigarro independente da quantidade e da frequência, e os não tabagistas aqueles que nunca fizeram uso de cigarro ou que pararam de fumar (MION; PIERIN, 2001). Os pacientes que consumiam bebida alcoólica (superior a 30ml por dia), independente do tipo, foram considerados etilistas (MION; PIERIN, 2001). Foram considerados sedentários os pacientes que não praticam atividade física de forma regular, ou seja, aqueles que não realizam atividade física por pelo menos 30 minutos, durante cinco vezes na semana (DIRETRIZES,

2010). Para os pacientes sabidamente hipertensos foi questionada a utilização de medicamentos anti-hipertensivos.

Os acadêmicos foram classificados em portadores de sobrepeso ou obesidade seguindo a definição da Organização Mundial de Saúde que utiliza como critério o Índice de Massa Corporal (IMC). Desta forma classifica-se com sobrepeso indivíduos com IMC de $25 < 30 \text{ kg/m}^2$ e com obesidade os de $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (LESSA, 2001). O IMC foi calculado considerando-se a razão entre o peso corporal e o quadrado da estatura (kg/m^2) (GUEDES; GUEDES, 1998).

As medidas antropométricas foram realizadas com os indivíduos sem calçados e sem agasalhos, trajando apenas roupas leves, na posição ortostática. Foi utilizada uma mesma balança antropométrica, bem como uma fita métrica para as medidas circunferenciais (GIROTTI; ANDRADE; CABRERA, 2010): Consideramos:

- a) Peso - em quilogramas
- b) Altura - em metros
- c) Circunferência abdominal (CA) – em centímetros, definida como a menor medida de uma circunferência no nível da cicatriz umbilical, no final do movimento expiratório.
- d) Circunferência bi-ílica (CBI) – em centímetros, definida como a maior medida de uma circunferência no nível dos quadris e nádegas
- e) Índice Cintura-Quadril (ICQ) = CA/CBI .

A Obesidade Abdominal foi definida como $\text{ICQ} \geq 94$ para homens e ≥ 80 para mulheres.

A aferição da PA foi realizada após um intervalo de repouso de 10 minutos em posição sentada. As mensurações foram realizadas por um mesmo avaliador, utilizando um aparelho de coluna de mercúrio (Missouri).

Durante o período pré-avaliativo, os indivíduos foram investigados acerca da prática de exercícios físicos nos últimos 90 minutos; ingestão de bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou cigarros nos 30 minutos anteriores; presença de continência miccional voluntária. Em vigência de respostas positivas, os alunos eram avaliados em outra sessão, uma vez que estes fatores podem alterar o comportamento da PA (RABETTI; FREITAS, 2011).

As medidas foram realizadas com o acadêmico sentado, com o braço esquerdo despido posicionado na altura do coração. O manguito foi colocado cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, com centralização da bolsa de borracha na artéria braquial. Posteriormente, foi palpado o pulso radial e inflado o manguito até o desaparecimento do pulso para estimação da PAS, e desinflado rapidamente. Após um

período de 15 a 30 segundos, o estetoscópio foi posicionado na artéria braquial e inflado o manguito de 10 em 10 mm Hg, até ultrapassar de 20 a 30 mmHg do nível estimado da PAS pela palpação. A PAS foi determinada no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), e PAD no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Quando os batimentos persistiam até o nível zero, a PAD foi determinada pelo abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) (LÓPEZ; MEDEIROS, 2001; PIERIN; MARRONI; TAVEIRA; BENSEÑOR, 2011).

Nesta primeira avaliação foram realizadas três mensurações de PA em braços alternados, com intervalos de 2 minutos, entre elas. Caso as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas nas duas últimas aferições apresentassem diferença maior que 4 mmHg, eram realizadas novas medidas até que se obtivessem medidas com diferença inferior. Quando o acadêmico apresentou um valor médio da PAS igual ou superior a 140 mm Hg e/ou PAD igual ou superior a 90 mm Hg, este era avaliado em mais duas sessões com intervalo de uma semana entre elas, seguindo o mesmo procedimento. Na persistência destes valores, os pacientes foram encaminhados para um cardiologista. Se o acadêmico apresentou valores de PAS abaixo de 140 mm Hg e PAD abaixo de 90 mm Hg, este era considerado com valores aceitáveis de PA, e não tiveram uma segunda avaliação (LÓPEZ; MEDEIROS, 2001; PIERIN; MARRONI; TAVEIRA; BENSEÑOR, 2011).

Foram também questionados, com base no relato do paciente, a presença de sintomas correlacionados a HA como lipotímia, síncope, palpitação, dor precordial e dispneia.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospital do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) sob o número de protocolo 1.053.258.

2.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi feita em microcomputador, com recursos de processamento estatístico do “software” (STATA 9.2). Foram construídas as distribuições de frequência e calculadas as médias, desvios padrões e percentagens indicadas para cada variável. Comparações das frequências entre o primeiro e oitavo períodos foram realizadas utilizando os testes de *Qui-quadrado* ou *exato de Fisher* e os dados apresentados em média e desvio padrão foram comparados pelos testes *T de Student* ou *Mann-Whitney*. O nível de significância de 5% foi adotado para análise.

3 RESULTADOS

A amostra total seria de 110 estudantes, entretanto foram entrevistados um total de 80 acadêmicos do primeiro e oitavo períodos. Entre os acadêmicos do primeiro período havia um total de 60 estudantes sendo que 14 estudantes se recusaram a participar, e entre os acadêmicos do oitavo período um total de 50 sendo que 16 não aceitaram participar do estudo. A média de idade entre os acadêmicos entrevistados foi de $19,89 \pm 2,12$ anos no primeiro período e de $25,76 \pm 4,95$ anos no oitavo período. A distribuição da prevalência total das variáveis sociodemográficas estudadas para acadêmicos do 1º e 8º períodos é apresentada na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição de características sociodemográficas e fatores de risco da amostra de acadêmicos do 1º e do 8º período em 2015

VARIÁVEIS	N	%
SEXO		
Feminino	49	61,25%
Masculino	31	38,75%
COR		
Leucodermo	62	77,50%
Faiodermo	17	21,25%
Melanodermo	1	1,25%
TABAGISMO	10	12,50%
DIABETES	1	1,25%
SEDENTARISMO	24	30%
ETILISMO	28	35%
HISTÓRIA FAMILIAR	23	28,75%
ESTRESSE	11	13,75%

Dos 46 acadêmicos do 1º período, a maioria eram do sexo feminino (69,56%) e leucodermos (80,43%). Já no 8º período, dos 34 acadêmicos 50% eram do sexo feminino assim como 50% eram do sexo masculino e maioria leucodermos (73,53%). Na tabela 2, podemos observar as características sociodemográficas assim como os fatores de risco comparados entre os acadêmicos do primeiro e oitavo períodos. Hábitos como tabagismo e etilismo apresentaram significância estatística quando comparados entre os grupos.

Tabela 2: Distribuição de características sociodemográficas e fatores de risco relacionados a Hipertensão Arterial comparadas entre os acadêmicos do 1º e do 8º período em 2015.

SEXO	0,061			
Feminino	32	69,56	17	50
Masculino	14	30,44	17	50
COR	0,43			
Leucodermo	37	80,43	25	73,53

Variáveis	1º período		8º período		P
	N	%	N	%	
Faiodermo	8	17,39	9	26,47	
Melanodermo	1	2,17	0	0	
TABAGISMO	2	4,35	8	23,53	0,013*
DIABETES	0	0	1	3,03	0,425
SEDENTARISMO	14	30,43	10	29,41	0,561
ETILISMO	10	21,74	18	52,94	0,004*
HISTÓRIA FAMILIAR	10	21,74	13	38,24	0,087
ESTRESSE	5	10,87	6	17,65	0,292

*p≤0,05 quando comparados os períodos através dos testes *Exato de Fisher* ou *Qui-Quadrado*

Entre as características antropométricas pesquisadas estão índice cintura/quadril, obesidade, pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD). A obesidade foi determinada pelo IMC segundo a OMS, que preconiza os valores de indivíduos acima de 18 anos. A frequência de distribuição das características antropométricas de todos os alunos de 1º e 8º períodos estão apresentadas na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição da frequência das características antropométricas e de PAS, PAD da amostra de acadêmicos do 1º e do 8º períodos em 2015

VARIÁVEIS	N	%
ÍNDICE CINTURA QUADRIL		
Feminino (≥0,85)	7	8,75
Masculino (≥0,90)	3	3,75
OBESIDADE		
Não Obeso	56	80
Sobrepeso	13	18,57
Obeso	1	1,43
PAS		
90	1	1
100	13	16
110	24	30
120	33	41
130	8	10
140	1	1
PAD		
60	4	5
70	20	25
75	2	3
80	43	54
90	10	13
100	1	1

PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica

Nas tabelas 4 e 5 estão representados os dados antropométricos comparados entre os acadêmicos do primeiro

e oitavo períodos. Foi possível observar um maior ICQ entre os acadêmicos do sexo masculino do oitavo período assim como uma maior média de PAD, sendo observada diferença estatisticamente significativa.

Tabela 4: Frequência antropométricas comparadas entre os acadêmicos do 1º e do 8º período em 2015

Variáveis	1º período		8º período		p
	N	%	N	%	
ICQ					
Feminino (≥0,85)	5	15,62	3	17,64	0,45
Masculino (≥0,90)	1	7,14	2	11,76	
IMC					
Obeso	0	0	1	2,94	0,520
Não obeso	30	83,33	26	76,47	
Sobrepeso	6	16,67	7	20,59	

ICQ = índice cintura-quadril; IMC = índice de massa corporal

Tabela 5: Médias das medidas antropométricas comparadas entre os acadêmicos do 1º e do 8º período em 2015

Variáveis	1º período		8º período		p
	Média	DP	Média	DP	
ICQ					
Feminino(≥0,85)	0,80	0,04	0,78	0,07	0,52
Masculino(≥0,90)	0,83	0,04	0,88	0,12	0,047*
Cintura					
Feminino	72,13	9,57	71,59	6,73	0,84
Masculino	85,14	7,67	88,59	14,87	0,44
Quadril					
Feminino	89,66	10,74	92,53	7,13	0,33
Masculino	103,14	7,39	100,76	10,9	0,49
IMC	22,34	2,82	23,19	3,33	0,31
PAS	113,26	10,55	116,47	8,12	0,12
PAD	76,52	7,87	79,70	7,17	0,03*

*p≤0,05 quando comparados os períodos através dos testes *T de Student* ou *Mann-Whitney*; DP = desvio padrão; ICQ = índice cintura-quadril; IMC = índice de massa corporal; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica

Ao serem questionados sobre os possíveis sintomas correlacionados a HA estudados como lipotímia, síncope, palpitação, dor precordial e dispnéia, todos os acadêmicos negaram sua presença.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou 80 alunos do primeiro e oitavo períodos da Faculdade de Medicina de Barbacena, no período compreendido entre janeiro e julho de 2015. O objetivo central foi a avaliação da prevalência de HA e seus fatores de risco. A amostra estudada contou com 1 (um) acadêmico

com valor de PA igual a 140/90 mmHg, o que permite a classificação do indivíduo como portador de Hipertensão Estágio 1, segundo a Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade (DIRETRIZES, 2010). Esse dado indica a baixa prevalência de HA na amostra estudada. A avaliação do sedentarismo mostrou que 70% dos estudantes foram considerados ativos. Além disso, o valor de indivíduos obesos na amostra foi de 1,43%. Dentre as variáveis analisadas, o principal fator de risco no estudo foi o histórico familiar. Podemos considerar reduzidas as chances da presença de indivíduos hipertensos na amostra estudada, o que pode ser justificado pela faixa etária média baixa, pela prática regular de exercícios físicos e dieta com ingestão reduzida de sal (XIMENES, 2004; COELHO; CAETANO; JÚNIOR; CORDEIRO; SOUZA, 2005; DIRETRIZES, 2010).

A maioria dos estudantes entrevistados consistia em mulheres, abaixo de 30 anos, com IMC entre 21-25 e pressão arterial sistólica e diastólica dentro dos valores normais (PAS < 140 mm/Hg e PAD < 90 mm/Hg). Vale lembrar que mulheres possuem fator protetor para risco cardiovascular antes do climatério, o que pode estar relacionado com a menor incidência de doenças cardiovasculares em indivíduos do sexo feminino, segundo a literatura (XIMENES, 2004; DIRETRIZES, 2010). Entretanto, não se pode estabelecer esta relação claramente nesse estudo.

Foi demonstrada baixa prevalência de sedentarismo entre os acadêmicos tanto do primeiro quanto do oitavo período (30,43% e 29,41% respectivamente). Entretanto, em uma pesquisa recente com estudantes da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, obteve-se uma prevalência de 43,1% de sedentarismo entre 153 estudantes do primeiro ao sexto períodos, discutiu-se que esta prevalência se deve muitas das vezes à dificuldade do estudante de medicina em estabelecer uma rotina diária, já que frequenta aulas em período integral e não consegue ter um horário definido para a prática regular de exercícios físicos. Assim, torna-se mais prático assistir televisão, por exemplo, nos poucos e pequenos horários de lazer em detrimento do exercício físico diário (COELHO; CAETANO; JÚNIOR; CORDEIRO; SOUZA, 2005; TOYAMA; HASEGAWA; EJIMA et al, 2008). Entretanto, acreditamos que a baixa prevalência de sedentarismo do nosso estudo, contrariamente ao estudo relatado, seja devido às diferenças entre os períodos acadêmicos e o crescimento do culto ao corpo, cada vez mais difundido entre jovens e adultos, que atuam no aumento da autoestima e segurança (CASTRO, 2004).

Na nossa avaliação, a baixa prevalência de sedentarismo foi acompanhada também de uma baixa prevalência de valores alterados de ICQ nos homens e mulheres, assim como de sobrepeso e obesidade. Porém vale ressaltar que o IMC possui limitação nessa avaliação, pois ele verifica apenas o estado nutricional e não avalia de forma efetiva a adiposidade do indivíduo (DIRETRIZES, 2010). Neste estudo houve uma tendência ao aumento do ICQ entre os homens com o passar do tempo, uma vez que observamos diferença significativa ao comparar os valores entre primeiro e oitavo período. Um estudo na população brasileira mostrou que o padrão de aumento da cintura abdominal é diferente para homens e mulheres, uma vez que para homens o aumento é contínuo e intenso por toda a vida (COQUEIRO; PETROSKI; PELEGRINI; BARBOSA, 2008). Dessa maneira, o padrão de aumento coincide com o da população uma vez que acadêmicos mais velhos terão circunferência abdominal maior que os mais novos.

A nossa pesquisa ainda mostrou como fator agravante que os estudantes do oitavo período mesmo que já tenham cursado a grande maioria das disciplinas foram os que tiveram maior prevalência entre as variáveis determinantes para o risco de HA. Em conformidade com a literatura, que demonstra que estudantes de medicina e nutrição de outras faculdades em períodos mais avançados tiveram maior prevalência de fatores de risco relacionados com a HA (REZENDE; ROSADO; RIBEIRO, 2006; TOYAMA; HASEGAWA; EJIMA et al, 2008).

Mesmo com o acesso à informação de alto nível sobre o risco de desenvolver doenças e vida saudável, hábitos como tabagismo e etilismo são bastante difundidos e praticados na população estudada. Muitos trabalhos mostram que o consumo de bebidas alcoólicas está diretamente relacionado ao consumo de tabaco. O que acaba por agravar ainda mais o risco de doenças (REZENDE; ROSADO; RIBEIRO, 2006; TOYAMA; HASEGAWA; EJIMA et al, 2008; SALVARO; JÚNIOR, 2009).

A literatura relata que no começo da faculdade muitos estudantes começam a frequentar novos ambientes como bares e festas, e o fato de estar longe dos pais e assim adquirirem maior liberdade sobre a própria vida, acaba por incentivar o começo e o aumento progressivo do consumo de álcool, o que pode ainda influenciar no consumo de outras drogas. O estudante passa assim a ter um comportamento de risco prejudicial à sua saúde (SALVARO; JÚNIOR, 2009).

Estudos mostram que o marketing atua como fator estimulador para o aumento do etilismo e do tabagismo.

Mesmo com ações governamentais e não governamentais para desestimular o consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, as empresas conseguem a ampla divulgação de propagandas, o que aumenta o consumo de tais produtos (COQUEIRO; PETROSKI; PELEGRINI; BARBOSA, 2008).

Portanto os resultados deste estudo indicam maior vulnerabilidade dos acadêmicos de Medicina para condutas de risco à saúde. Um estudo realizado no Rio de Janeiro relatou que grupos de universitários da área de Saúde deveriam ter maior facilidade de entendimento das implicações do uso e abuso de álcool e do tabagismo, uma vez que a universidade apresenta uma grande diversidade de oportunidades, que vão além das disciplinas e incluem outras atividades acadêmicas voltadas a prevenção de doenças correlacionadas a estes hábitos. Torna-se importante ressaltar que em médio prazo ações eficazes de promoção da saúde sobre esta população universitária, podem exemplificar e impactar toda a população futuramente atendida por eles (PEDROSA; CAMACHO; PASSOS; OLIVEIRA, 2011).

As principais limitações encontradas foram o número de estudantes que foram selecionados a partir de uma única instituição de ensino, e a impossibilidade de avaliar o percentual de adiposidade destes acadêmicos, assim como a ausência de dados laboratoriais.

É importante ressaltar que foram utilizadas como base para o estudo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2010 (DIRETRIZES, 2010), a qual era vigente no período de coleta de dados. No entanto, as atualizações presentes na VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DIRETRIZES, 2016) não apresentaram divergências que alterassem a análise dos resultados.

O presente estudo inicia uma discussão sobre a necessidade de se trabalhar a prevenção de fatores de risco modificáveis para HA e doença arterial coronariana na população acadêmica da Faculdade de Medicina de Barbacena, entretanto é necessário que novos estudos sejam realizados abrangendo outras instituições de ensino assim como estudantes de outras áreas de formação.

5 CONCLUSÃO

A prevalência de HA e de seus fatores de risco entre os acadêmicos de medicina foi baixa, entretanto observou-se que os que cursavam o oitavo período tiveram maior prevalência de fatores de risco como tabagismo e etilismo. Apesar do fácil acesso à informação quanto aos riscos que estes hábitos podem gerar para a saúde, muitos estudantes continuam a consumir essas substâncias.

6 AGRADECIMENTOS

Agradecemos em especial às professoras Leda Lucinda e Tânia Quintão por nos ajudarem na confecção deste estudo.

7 REFERÊNCIAS

- ABRAHAM-INPYAIN, L.; POLSACHEVA, O.V.; GORTZAK, R.A. The arterial pressure problem in dental practice. **Stomatologia**, 1996; 75 (1): 37-39.
- BLOCH, K. V.; RODRIGUES, C. S.; FIZSMAN, R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial – uma revisão crítica da literatura brasileira. **Revista Brasileira de Hipertensão** vol.13(2): 134-143, 2006.
- CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V.L.A. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista Escolar de Enfermagem da USP**, 1991; 25: 259-269.
- CASTRO, A. L. Culto ao corpo: identidades e estilos de vida. **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais**, Coimbra, 2004.
- COELHO, V.G.; CAETANO, L. F.; JÚNIOR, R. D. R. L.; CORDEIRO, J. A.; SOUZA, D. R. S. Perfil Lipídico e Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares em Estudantes de Medicina. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** - Volume 85, Nº 1, Julho 2005.
- CONSTANTINE, R.; BROWNSTEIN, J. N.; HOOVER, S. et al. Strategies for controlling blood pressure among low-income populations in Georgia. **Preventig Chronic Disease**, 2008; 5(2): A52.
- COQUEIRO, R. S.; PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A.; BARBOSA, A. R. Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. 2008;30(1) – 31-38.
- DIDIER, M. T.; GUIMARÃES, A. C. Otimização de Recursos no Cuidado Primário da Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2007; 88(2): 218-224.
- DIRETRIZES. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2010; 95(1 supl.1): 1-51
- DIRETRIZES. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2016; 95(3 supl.3): 1-51 Sociedade Brasileira de Cardiologia 2016; Volume 107, Nº3, Supl.3
- GIROTTO, E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. Vol.94 no.6 São Paulo June 2010.

- GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em Crianças e Adolescentes do Município de Londrina (PR), Brasil. **Motriz**, v.4, n.1, p.18-25, 1998.
- LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Revista Brasileira de Hipertensão**, 2001; 8 (4): 383-392.
- LÓPEZ, M.; MEDEIROS, J. L. Semiologia Médica- As bases do diagnóstico clínico. **Livraria e Editora Revinter Ltda**, RJ, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- MION, J. R. D.; PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial. In: Ministério da Saúde. *Manual de condutas médicas – Programa de Saúde da Família*. São Paulo: **Ministério da Saúde**, 2001: 276-282.
- PALOMO, I. F.; TORRES, G. I.; ALARCÓN, M. A.; MARAGAÑO, P. J.; LEIVA, E.; MUJICA, V. Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos en una población de estudiantes universitarios de la región centro-sur de Chile. **Revista Española de Cardiología**. 2006;59:1099-105.
- PEDROSA, A. A. S.; CAMACHO, L. A. B.; PASSOS, S. R. L.; OLIVEIRA, R. V. C. Consumo de álcool entre estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011, 27(8):1611-1621.
- PIERIN, A. M. G.; MARRONI, S. N.; TAVEIRA, L. A. F.; BENSENOR, I. J. M. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2011; 16 (s1): 1389-1400.
- RABETTI, A. C.; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, 2011; 45(2): 258-268.
- REZENDE, F. A. C.; ROSADO, L. E. F. P. L.; RIBEIRO, R. C. L. et al. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.87 n.6 São Paulo dez. 2006.
- SALVARO, R. P.; JÚNIOR, S. A. Perfil Lipídico e a sua Relação com Fatores de Risco Cardiovascular em Estudantes de Nutrição. **Revista da SOCERJ**. 2009;22(5):309-317.
- TOYAMA, H.; HASEGAWA, Y.; EJIMA, Y. et al. Characteristics of Young-Onset White Coat Hypertension Identified by Targeted Screening for Hypertension. **Hypertension Research** Vol. 31, No. 6 (2008).
- XIMENES, P. M. O. Prevalência da hipertensão arterial em pacientes submetidos a tratamento odontológico. **Brazilian Oral Research**. Volume 18 supplement, 2004.