

# **ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE MIOMAS UTERINO DE MULHERES RESIDENTES EM SÃO PEDRO DO TURVO, SP**

## **KNOWLEDGE ANALYSIS ABOUT FIBROIDS AMONG WOMEN LIVING IN SÃO PEDRO DO TURVO, SP**

<sup>1</sup>ANDRADE, A.M.; <sup>2</sup>FRANCISCO, O.

<sup>1e2</sup>Departamento de Ciências Biológicas – Faculdades Integradas de Ourinhos – FIO/FEMM

### **RESUMO**

Os miomas uterinos são formações benignas, esse tumor benigno tem sua maior incidência em mulheres em idade reprodutiva, eles se apresentam no tecido muscular do útero, não se trata de um câncer e sim uma lesão uterina. O útero é formado por músculos, sendo que o mioma é originado do mesmo tecido que compõe esse músculo, ou seja, trata-se de uma extensão em forma de lesão, originada do mesmo músculo uterino. Pode se apresentar de diversos tamanhos e em diferentes locais do útero. Estudos indicam que a causa do aparecimento desses miomas seria a alteração na produção dos hormônios progesterona e estrógeno. Geralmente essa doença é assintomática, mas com tendência a gerar alguns sintomas, dependendo do local onde o mioma estiver evoluindo. Alguns destes sintomas são: sangramentos, irregularidade no ciclo menstrual; dor e esterilidade. Sua detecção é feita através de exames como ressonância magnética e ultrassom. Em geral, o tratamento é cirúrgico, dependendo do local onde está instalado, ou também medicamento. Com o objetivo de analisar o conhecimento de mulheres na faixa etária da idade reprodutiva. Este trabalho justifica-se pelo aumento de mulheres acometidas com miomas uterinos em muitos casos nem sabendo do que se trata a doença. Ou mesmo por própria informação de quais doenças ela pode ou não estar propícia.

**Palavras-chave:** Mioma. Músculo Uterino. Irregularidade Menstrual. Útero.

### **ABSTRACT**

Uterine fibroids are benign formations, this benign tumor has a higher incidence in women of reproductive age and are present themselves in the muscle tissue of the uterus, it is not a cancer but a uterine damage. The uterus is formed by muscles, where the fibroid is originated from the same tissue that makes this muscle, or it is in the form of an extension lesion originated from the same uterine muscle. Can be presented in various sizes and in different locations of the uterus. Studies indicate that the cause of the appearance of these fibroids would be the change in the production of the hormones progesterone and estrogen. This disease is usually asymptomatic, but with a tendency to generate some symptoms, depending on where the fibroid is evolving. Some of these symptoms include: bleeding, irregular menstrual cycle, pain and sterility. Its detection is done through tests such as MRI and ultrasound. In general, the treatment is surgical, depending on where it is installed, or even medicine. With the objective of analyzing the knowledge of women aged reproductive age. This work is justified by the increase of women affected by uterine fibroids in many cases not even knowing what it is about the disease. Or even by information itself which diseases it may or may not be provides.

**Keywords:** Fibroid. Uterine Muscle. Menstrual Irregularity. Uterus.

### **INTRODUÇÃO**

De acordo com Vitiello e McCarthy (2006), os miomas surgem de proliferação clonal de células progenitoras. Os miomas uterinos formam uma frequente neoplasia ginecológica, 70% das mulheres têm miomas uterinos sendo

eles nem percebidos porque muitas vezes são assintomáticos. A sua presença quando notada é feita pela anormalidade do fluxo menstrual, dores pélvicas e disfunção no sistema reprodutor.

Segundo Bonduki (2006), a explicação dos miomas aparecerem durante a vida reprodutiva, aumentarem durante a gestação e regredirem após a menopausa sugerem que eles dependam do estrogênio para seu crescimento ou diminuição.

A pesquisa feita por ACOG - American College of Obstetricians & Gynecologists (1994), mostra que para miomas uterinos que apresentam sintomas a forma como eles se instalam é variável, porque dependem da localização e do tamanho apresentado do tumor benigno.

Segundo ainda ACOG - American College of Obstetricians & Gynecologists (2001), os miomas uterinos são envolvidos por pseudocapsulas de tecidos areolar e fibras musculares comprimidas, os miomas ainda são definidos conforme sua localização no útero: - Intramurais: ficam localizados dentro da parede uterina, podendo alcançar tamanho capaz de distorcer a cavidade uterina; - Submucosos: vem de células miometriais, que ficam abaixo do endométrio; - Subserosos: localizados na parte serosa do útero podem ter formato pedunculado e serem intraligamentares; - Cervicais: ficam na parte cervical uterina.

De acordo com Brosens et al. (1999), os miomas uterinos são mais frequentes em mulheres da raça negra, a mulheres que nunca pariram, obesas, com histórico familiar de mulheres com mioma e portadoras de hiperestrogênica.

Conforme citado por Stewart (2001), os miomas uterinos são frequentes em mulheres em idade reprodutiva, embora já tenham sido registrados alguns casos em adolescentes. Comumente a idade mais frequente é entre a 4ª e 5ª idade de vida, em mulheres que apresentam sintomas, quando chegam a menopausa esses sintomas são aliviados, embora o uso de repositores hormonais tenha sido causa de prevalência desses sintomas.

A ultrassonografia é o método inicial utilizado para diagnóstico dos miomas, o aspecto de imagens é típico mais podem devido a hemorragias, hialinização e degeneração mixóide fantasiar outras doenças, então o que seria avaliado mais conclusivo seria a ressonância magnética. (TEIXEIRA et al., 2008).

Mais ainda, conforme Berwanger et al. (2004) a associação de miomas uterinos e a infertilidade nas mulheres não indicam ainda um passo tão conclusivo.

Mello et al. (2012); em sua pesquisa mostram que em mulheres grávidas também podem ocorrer os miomas uterinos, apresentando um desafio para obstetras durante o parto, podendo interferir em um parto vaginal. O crescimento do mioma durante a gestação é utilizada para explicação dentre vários motivos eles sendo; hipertrofia miometrial, maior vascularização e modificações nos receptores locais de esteroides. Com o crescimento do local, a uma diferença na distribuição da oferta e demanda de oxigênio causando áreas de degeneração, dessas durante a gravidez a degeneração benigna é a mais comum sendo a maligna presente em apenas 0,5% dos miomas. Miomas observados dentre o segundo trimestre de gravidez, com necessidade de cirurgia são realizadas com a 16ª e 20ª semana gestacional, para assim evitar cirurgias posteriores de emergência. Na comparação de estudos observou-se que a cirurgia feita em método conservador teve menos abortos espontâneos.

Outro estudo feito por Strobelt et al. (1994) entretanto, mostrou que a maioria (75%) dos miomas menores de 5 cm de diâmetro desaparece durante a gravidez e, entre aqueles maiores de 5 cm de diâmetro, apenas 26% aumentam sua massa, enquanto 38% permanecem estáveis ou diminuem e 36% desaparecem.

Gronlund et al. (1999) citam que a localização exata da massa benigna que compõe o mioma também não pode ser conclusiva somente com uma ultrassonografia transvaginal.

A ultrassonografia transvaginal, é essencial para diagnósticos para avaliações de sangramentos após menopausa, como irregularidades pélvicas porem não obtêm-se resultados conclusivos pois não permite a diferenciação específica entre pólipos, hiperplasias e fenômenos proliferativos devidos a reposições hormonais, um exame feito que tem tido excelentes resultados e exatidão na avaliação da cavidade uterina é a histeroscopia associado a histopatologia que permite a biopsia dirigida da área com suspeita. (BONILLA et al., 1997).

De acordo com Ceccato, Melo e Lira (2002), no exame para detecção de miomas submucosos o modelo de HSNG é o mais apropriado, revelando com segurança as alterações uterinas.

Em uma pesquisa realizada por Aubuchon et al. (2002); os autores mostraram que este tratamento baseia-se no conceito de que os miomas se

desenvolvem com estímulos estrogênico e progestínico e sob a ação de androgênios tendem a diminuir. O tratamento progestínico, inclui anticoncepção oral, diminuindo o tamanho do útero causando uma atrofia endometrial, diminuindo o sangramento, mais a ineficácia desse processo é recorrente que pode resultar em crescimento tumoral.

Silva et al. (2005), observaram que a gestrinona e o danazol, causam o mesmo problema, além de efeitos colaterais marcantes.

De acordo com Silva (2005), diversos estudos têm sido avaliados no tratamento de miomatose utilizando análogos de Hormônios liberadores de gonadotrofina (GnRH). Esse tratamento apoia-se sobre a secreção hipotalâmica de GnRH levando ao hipoestrogenismo. Quando essa secreção é diminuída a uma diminuição no tamanho do útero em 61% e de até 35% no volume dos miomas, melhorando os sintomas, mas no descontinuo ou encerramento do tratamento os miomas voltam aos seus tamanhos originais ou até podem se tornar maiores, além disso foi constatado uma perda de osso trabecular após meio ano de tratamento, a qual muitas vezes é irreversível. Desse modo o seu uso deve ser somente para uso temporário para alívio dos sintomas, ou em casos pré-cirúrgicos.

Segundo um estudo realizado por Ávila et al. (2002); em um outro método ao qual foi submetido a teste, obteve-se resultados pelo método de alcoolização de miomas uterinos, sendo este realizado da seguinte maneira: etanol é injetado em via percutânea. Esse método causa a lise da membrana celular, desnaturação protéica, oclusão vascular e morte celular, tem um baixo custo e seu manuseio é fácil. Na maioria das mulheres, obteve-se uma redução significativa do mioma.

Segundo Crosignani et al. (1997), um método também utilizado como medida paliativa de mioma uterino é a ablação endometrial, considerada minimamente invasiva, porém não vem sendo muito difundida pois seus efeitos colaterais são marcantes, 24% das mulheres tratadas por este método após seis meses tem a recidiva do mioma, e esta associada a gravidez ectópica, hematomas e dores pélvicas.

Segundo ASRM - American Society for Reproductive Medicine (2001); a embolização uterina tem sido utilizada desde o início dos anos 90.

De acordo com Lumsden (2002); essa técnica envolve introduzir um cateter via artéria femoral até chegar nas artérias uterinas com uma substância que

emboliza o fluxo sanguíneo que alimenta o mioma. Tal estudo baseia-se no fato de que o mioma exige suprimento sanguíneo.

Mas ainda, conforme Bonduki et al. (2007); a embolização das artérias uterinas vem sendo bastante utilizadas, método que é empregado para diminuição do tamanho e vascularização dos tumores em pré operatório de miomectomia ou histerectomia, para facilitar o procedimento cirúrgico e evitar maior sangramento e outras complicações; visto que desde 1995 quando foi constatado uma diminuição considerável nos miomas uterinos depois do método. Que foi difundido por centros esse tratamento. No entanto, esse tratamento assim como todos os outros, há um pós-operatório minucioso, vindo desde o trabalho psicológico das mulheres e todos os outros exames rotineiros. O método também necessita de uma ação anestésica complexa, visto que, os miomas sofrem uma isquemia causando intensa dor, o tratamento contra a dor mais propício é a anestesia peridural associada a sedação da paciente.

De acordo com uma pesquisa realizada, Bonduki et al. (2006); o fator mais preocupante da utilização do método de embolização das artérias uterinas em mulheres que ainda desejam engravidar é que em grande parte dos casos, há uma necrose do mioma, podendo causar infecções e perda do útero. Devido a essa preocupação houve uma mudança em materiais e procedimentos empregados neste método, para que mulheres não perdessem a capacidade reprodutiva. Portanto, atualmente utilizam-se partículas com tamanho maior (geralmente acima de 700  $\mu\text{m}$ ) e ter cuidado com o ponto ideal para interromper o lançamento das partículas (end point), de modo a bloquear somente a circulação dos miomas, sem comprometer o tronco da artéria uterina.

Segundo pesquisa feita por Boueri et al. (2010); a radiação utilizada no método de embolização das artérias uterinas, com feixes de raio X, direcionado diretamente ao útero e ovários, causa um aumento potencial de um possível risco de degeneração maligna nesses órgãos radiosensíveis. A diminuição a exposição à radiação e pelo policiamento por parte da equipe de intervencionistas em reduzir o tempo de fluoroscopia e número de imagens, assim como evitar a inclinação do ângulo do feixe de raios X.

Em outro método descrito por Kisilevzky e Martins (2003), os autores afirmam que a embolização uterina configura-se entre os métodos que proporciona um sucesso inovador para o tratamento de miomas, sendo que para a certa

concretização desse sucesso, torna-se necessário a formação de técnicos multidisciplinares.

De acordo com Silva et al. (2005), entre uma das futuras opções de tratamento, configura-se a terapia gênica que baseia-se na introdução de vetores virais ou não-virais, os quais são portadores de um DNA terapêutico com modificações induzidas ou então sem defeitos algum, que será introduzido no DNA celular do paciente, com o intuito de destruir células anormais com efeitos tóxicos.

Conforme Harris (1997), a histerectomia é considerada definitivamente curativa, mais que é um procedimento cirúrgico normal, que demanda internação, alguns dias de recuperação, uma possível perda de sangue considerável durante o procedimento.

Segundo Wilcox et al. (1994), a histerectomia consiste em uma das cirurgias mais utilizadas em mulheres adultas em países desenvolvidos. Mais suas complicações também estão associadas a esse tipo de cirurgia como hemorragias, infecção da parede abdominal, infecção urinária e pneumonia pós-cirúrgica, lesões de outros órgãos próximos, além dessas alguns sintomas tardios aparecem devido ao uso desse método de retirada do útero, distúrbios sexuais, disfunção do trato urinário e constipação intestinal.

A histerectomia simples que consiste na conservação dos ovários para que não ocorra uma menopausa cirúrgica ainda assim revela que 34% das mulheres que fazem esse tipo de cirurgia tem uma falência dos ovários dentro de dois anos pós-cirurgia. (QUINN et al., 1994),

Segundo Aubuchon et al. (2002), para pacientes que ainda tenham o desejo de engravidar ou conservar o útero podem optar pelo método também cirúrgico denominado miomectomia, após esse procedimento foi observado que 80% dos casos tiveram menorragia e anemia, as indicações para esse tipo de cirurgia também se enquadram, os miomas com rápido crescimento, distorção da cavidade uterina e oclusão tubária em mulheres que ainda tem o desejo de engravidar. Porém a miomectomia em pacientes inférteis com miomas subserosos ou intramurais devem ser evitados porque não há dados conclusivos entre infertilidade e esse tipo de miomas.

A pesquisa realizada por Griffiths et al. (2003) mostrou que entre as complicações associadas a miomectomia são: hemorragia maciça intra-operatória, necessidade de histerectomia urgente, alteração do contorno da cavidade uterina,

fratura do tecido do útero em gestação seguinte a cirurgia devido a cicatriz remanescente.

Segundo Silva et al. (2005), a complicação que ocorre em vista da fertilidade, é a formação de aderências no útero no local de incisão da cirurgia, sendo que as incisões na parede posterior do útero levam a formação de lesões em 94% dos casos, e as incisões feitas na parede anterior resultam em aderências em 55%. As taxas de gravidez após miomectomia variam de 40% a 50%, apesar de que até 50% das mulheres permanecem inférteis por até 5 anos após a miomectomia primária.

Em seu estudo, Pritts et al. (2001) observaram em dois grupos de pacientes com miomas submucosos e pacientes constituído por mulheres inférteis sem miomas, que as mulheres portadoras de miomas que realizaram a miomectomia teve taxa de gestação aumentada significativamente comparado ao grupo controle das mulheres inférteis.

Segundo a ASRM - American Society for Reproductive Medicine (2001), outro método cirúrgico vem ganhando espaço em tempos a laparoscopia, com a melhoria da técnica e médicos capacitados para o procedimento para realiza-la com eficácia. Esse método é observado uma diminuição na dor e do tempo de recuperação pós-operatório, porem alguns autores rotulam essa técnica como mais resultantes em complicações, como a fratura do tecido do útero em uma gestação subsequente devido a maior dificuldade de sutura do miométrio.

No tratamento de miomas uterinos de grande volume, entre algumas outras técnicas utilizadas destaca-se o morcelamento ou a coagulação do tumor. (LUMSDEN, 2002).

Segundo destacam Donnez e Jadou (2002), em miomectomia laparoscópica a taxa de gestação é de 16,7% e 73,1%, sendo que em miomectomia abdominal observou-se 9,6% a 75%. Em conjunto com essas porcentagens a de partos vaginais e cesarianas foram equivalentes entre os dois grupos estudados.

Frederick et al. (2002), relacionaram que há uma menor taxa de fertilidade após procedimento cirúrgico de miomectomia secundaria em relação ao procedimento primário. Essa descrição é significativa para o planejamento do tratamento, pois muitas mulheres possuem miomas múltiplos, os quais às vezes não são totalmente ressecados ou por dificuldade técnica no diagnostico. Para pacientes que foram realizadas miomectomia secundaria, deve-se recomendar

fortemente o acompanhamento e opção de fertilização assistida, em especial para mulheres mais velhas.

Em miomas dentro da cavidade uterina apresentando sintomas, e aqueles com 50% menos de volume intramural, outra opção cirúrgica é a ressecção histeroscópica, demonstra menos tempo de hospitalização e de custo, a taxa de complicações também podem ser poucas, sendo que, não é isenta de possíveis riscos, sangramentos, hiponatremia, acúmulo de volume e perfuração no útero. (SILVA et al., 2005).

O presente trabalho tem como objetivo Avaliar o grau de conhecimento sobre miomas uterino em mulheres na faixa etária compreendida dos 12 aos 36 anos, como mecanismo de análise acerca da prevenção e cuidados com a saúde no município de São Pedro do Turvo – São Paulo.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A pesquisa compreende uma pesquisa de opinião que terá como base um estudo descritivo qualitativo em mulheres no período menstrual com idade entre 12 a 36 anos, processou-se no PSF (Programa de Saúde da Família) Nadir Emília Massafera, na cidade de São Pedro do Turvo, interior do estado de São Paulo.

A análise do problema sobre mioma uterino utilizou-se como instrumento de pesquisa um questionário, com uma amostra de 20 participantes, que se ocupou-se em responder a questão de pesquisa inicial, tendo em vista que o entendimento no que tange ao grau de instrução das mesmas, constituindo em uma ferramenta para visualização do controle, prevenção e preocupação com a saúde corpórea, bem como em específico do sistema reprodutor das mulheres residentes nesta cidade.

Para tanto, o trabalho foi conduzido com base em um questionário, contendo as seguintes questões: **1)** Qual sua Idade? **2)** Você sabe ou possui alguma informação sobre a doença chamada mioma uterino? **3)** Você realiza exames ginecológicos com frequência? **4)** No seu entendimento, é possível que uma doença como o mioma uterino pode causar a morte? **5)** Alguma mulher que compõe seu parentesco possui mioma uterino? **6)** De acordo com seus conhecimentos, é possível que o uso de anticoncepcionais ou hormônios possa levar uma mulher a sofrer de mioma uterino? **7)** Segundo o comentário de pessoas



e até mesmo de médicos o mioma uterino pode ser tratado por medicamentos e cirurgia, você concorda com isso?

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à Questão 1: **“Você sabe ou possui alguma informação sobre a doença chamada mioma uterino?”** - foi observado uma média de 2,25 (SD = 1,258) de mulheres respondendo a alternativa Sim e por outro lado 3,75 (SD = 1,258) respondendo a alternativa NÃO. No entanto, não houve diferença significativa entre o número de mulheres que responderam SIM e aquelas que responderam NÃO à questão 1, pois o valor de F foi igual a 2,84 ( $P > 0,05$ ; NS), indicando que as médias foram iguais entre as dois padrões de respostas (SIM e NÃO).

Isto explica uma pequena igualdade na pesquisa, mostrando que muitas mulheres ainda desconhecem sobre o problema Mioma Uterino, ou que conhecem mais apenas de terem ouvido falar sobre o tema. Uma preocupação já que o mioma se enquadra como uma enfermidade no aspecto de saúde da mulher. Esse tumor benigno acomete uma maior taxa em mulheres em idade reprodutiva, na qual estas se encontram mais propensas a engravidar. Fato preocupante detectado neste presente trabalho é a maior taxa de mulheres que desconhecem o problema em relação àquelas que conhecem, embora as duas médias sejam estatisticamente iguais (com  $P > 0,05$ ). Desta forma, falta esclarecimento no momento em que muitas mulheres desejam engravidar, denotando-se grande importância desta orientação, já que o mioma uterino desde que instalado no útero da mulher deixa a mulher em situação infértil.

Para a Questão 2: **“Você realiza exames ginecológicos com frequência?”** - foi observado uma média de 3,75 (SD = 1,258) de mulheres respondendo a alternativa Sim e por outro lado 1,25 (SD = 1,893) respondendo a alternativa NÃO. Tal resultado mostra que a quantidade de mulheres que fazem exames ginecológicos é maior que aquelas que não fazem. No entanto, não houve diferença significativa entre o número de mulheres que responderam SIM (Fazem exame) e aquelas que responderam NÃO (Não fazem exame), pois o valor de F foi igual a 4,84 ( $P > 0,05$ ; NS), indicando que as médias foram iguais entre os dois padrões de respostas (“Que Fazem Exame” e NÃO fazem exame”). Assim, pode-se

observar que muitas mulheres realizam os exames ginecológicos, mesmo que entre em desacordo com a questão número um, que verifica uma ascendência a respostas Não; observando-se que as maiorias das mulheres fazem o exame, no entanto faltam esclarecimentos que gera uma falta de conhecimento do problema.

No entanto, verifica-se que as mulheres têm conhecimento da importância da saúde da mulher e seus cuidados, realizando exames periódicos, no entanto não estão esclarecidas em detalhes da importância desta prática regular.

No caso do mioma uterino o diagnóstico só pode ser comprovado com ultrassom transvaginal, o que na cidade pesquisada, esse instrumento não é acessível, no caso que mulheres são encaminhadas para cidades da região para a realização do mesmo, desde que o médico ginecologista encontre a necessidade mediante consulta médica e seus conhecimentos de tal encaminhamento. Nas respostas analisadas, segundo as idades registradas, verificou-se uma média de idade na qual elas responderam, onde a maioria daquelas que não realizam exames ginecológicos com frequência são as mais jovens, fato que pode estar relacionado à falta de conhecimento e informação da importância desse método para diagnóstico, incluindo a possibilidade de diagnóstico precoce de outras doenças graves.

Já na Questão 3: **“No seu entendimento, é possível que uma doença como o mioma uterino pode causar a morte?”** - verificou-se uma média de 3,75 (SD = 2,50) de mulheres respondendo a alternativa Sim (Mioma pode causar morte) e por outro lado 1,25 (SD = 0,957) respondendo a alternativa NÃO (Não acreditam que mioma pode levar à morte). Verificou-se a partir dos resultados que há um número maior de mulheres acreditando que mioma pode causar a morte. No entanto, não houve diferença significativa entre o número de mulheres que responderam SIM (mioma pode determinar a morte) e aquelas que responderam NÃO (Não causa morte), pois o valor de F foi igual a 3,49 ( $P > 0,05$ ; NS), indicando que as médias foram iguais entre os dois padrões de respostas (“Que pode levar à morte” e NÃO causa a morte”).

Dessa forma, visto que a maioria das mulheres desconhecem o tumor benigno Mioma, essa resposta é contundente com o resultado obtido, uma vez que as mesmas acreditam que os riscos vitais são baixíssimos, já que não são de natureza cancerígena. Todavia, são muito incômodos: aumentam o sangramento

no período menstrual, as cólicas se tornam mais fortes, dificultam a gravidez. Além de aumentar a região abdominal, causando a impressão de que está engordando.

O mioma uterino, conforme pesquisa não causa a morte, mais sim outros problemas para a saúde da mulher, os quais configuram-se como inúmeros incômodos. Nesta resposta analisou-se que a maioria das mulheres acreditam que Sim, o mioma uterino pode causar a morte sem um suporte de tratamento, despertando a constatação da falta de conhecimento sobre tal problema.

Observa-se na Questão 4: **“Alguma mulher que compõe seu parentesco possui mioma uterino?”** - que embora o valor de calculado para ANOVA não tenha mostrado diferença significativa, com F igual a 1,04 ( $P > 0,05$ ; NS), o valor da média de mulheres que afirmaram que seus parentescos do sexo feminino não apresentam mioma uterino (Média=1,5; SD=1,291), foi menor que entre aquelas mulheres que responderam que sua família não há parentesco com mioma uterino (Média=3,5; SD=3,697).

Embora o presente trabalho constate um desconhecimento sobre o tema abordado, mais por outro lado, verifica-se que mesmo não tendo o conhecimento das causas, sintomas e tudo o que envolve mioma uterino, ainda assim, denota-se que o mioma é um problema presente no cotidiano das mulheres entrevistadas, visto que muitas delas, em sua maioria, responderam que Sim, conhecem e tem em seu convívio mulheres acometidas com esse problema.

Nota-se, conforme padrões de respostas apresentadas na Questão 5: **“De acordo com seus conhecimentos, é possível que o uso de anticoncepcionais ou hormônios possa levar uma mulher a sofrer de mioma uterino?”** - não houve diferença significativa entre o número de mulheres que acreditam que o uso de anticoncepcionais e de hormônios possam determinar mioma uterino, com F igual a 1,54 ( $P > 0,05$ ; NS), Embora o valor médio de mulheres que acreditam que o uso demasiado pode levar a casos de mioma foi maior (Média=3,25; SD=0,957), contra uma média bem menor para aquelas que não acreditam (Média 1,750; SD=2,217).

Segundo esta questão, o que se baseia no uso de anticoncepcionais que serve para evitar uma gravidez indesejada, muitas mulheres responderam que sim, que o mioma uterino tem influencia com o uso de anticoncepcionais.

Não se pode afirmar que o uso da pílula anticoncepcional esteja ligada ao surgimento da doença. Sabe-se que muitas mulheres possuem uma predisposição

genética a ter mais sensibilidade nas fibras musculares uterinas, causada por hormônios femininos, como o estrógeno e a progesterona. Quando a mulher passa a tomar anticoncepcionais ou faz algum tratamento à base desses hormônios, alterações podem ocorrer.

Os anticoncepcionais contêm uma combinação de hormônios (estrogênio e progesterona) que podem ser úteis na diminuição do sangramento menstrual aumentado, o qual pode estar associado ao mioma. Mas os anticoncepcionais não reduzem o tamanho do mioma, portanto não é um tratamento efetivo.

Observou-se que para a questão 6: **"Segundo o comentário de pessoas e até mesmo de médicos o mioma uterino pode ser tratado por medicamentos e cirurgia, você concorda com isso?"** que nenhuma mulher respondeu que não concordava que o tratamento poderia ser feito com auxílio de medicamentos e cirurgia. Por outro lado, todas as mulheres, distribuídas entre todas as faixas de idades pesquisadas, acreditam que o tratamento medicamentoso e cirúrgico possa ser eficaz no tratamento de mioma uterino; sendo calculado portanto, uma diferença significativa com F igual a 13,64 ( $P < 0,05$ ).

Nesta questão, foi abordado os métodos de tratamento do mioma uterino, questionando os dois métodos medicamentoso e cirúrgico. Entre os métodos há várias opções, mais tudo depende do tamanho do mioma, idade da paciente, o desejo dela de não ou engravidar.

Pode ser usado como uso medicamentoso o tratamento progestínico, o qual inclui anticoncepção de administração via oral, diminuindo o tamanho do útero, com os medicamentos a base de gestrinona e o danazol, o uso de análogos de Hormônios liberadores de gonadotrofina (GnRH), também é utilizado.

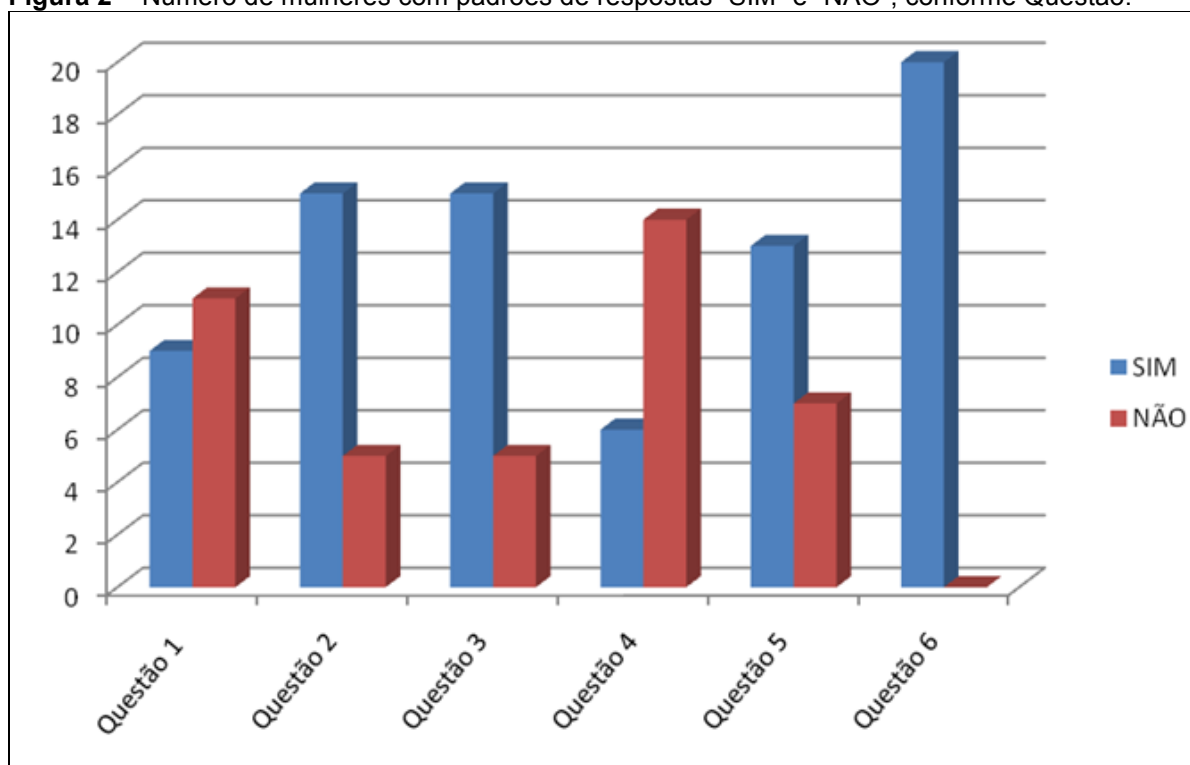
Por outro lado, também é um grande uso de técnicas cirúrgicas como; ablação endometrial, método de alcoolização de miomas uterinos, embolização das artérias uterinas vem sendo bastante utilizadas, método que é empregado para diminuição do tamanho e vascularização dos tumores em pré-operatório.

As respostas nessa questão se encontram satisfatória, pois mesmo não tendo conhecimento necessário sobre o assunto, observa-se que as mulheres denotam a importância de um problema que precisa ser tratado, conforme dados que podem ser observados no Quadro 1 e comparados Figura 2.

**Quadro 1.** Número de mulheres com padrões de respostas “SIM” e “NÃO”, conforme Questionário

	SIM	NÃO	18 A 22 ANOS (SIM)	18 A 22 ANOS (NÃO)	23 A 27 ANOS (SIM)	23 A 27 ANOS (NÃO)	28 A 32 ANOS (SIM)	28 A 32 ANOS (NÃO)	33 A 37 ANOS (SIM)	33 A 37 ANOS (NÃO)
Questão 1	9	11	4	5	1	3	2	1	2	2
Questão 2	15	5	5	4	4	0	2	1	4	0
Questão 3	15	5	7	2	3	1	1	2	4	0
Questão 4	6	14	0	9	2	2	1	2	3	1
Questão 5	13	7	4	5	4	0	2	1	3	1
Questão 6	20	0	9	0	4	0	3	0	4	0

**Figura 2 –** Número de mulheres com padrões de respostas “SIM” e “NÃO”, conforme Questão.



## CONCLUSÃO

Conclui-se, a partir dos resultados obtidos com o questionário aplicado, que há um conhecimento insatisfatório entre mulheres sobre a temática mioma uterino, onde muitas entre elas, até nunca ouviram falar sobre o tema, uma fato preocupante visto que, 70% das mulheres são acometidas com mioma uterino e muitas vezes nem sabem do que se trata, porque nem apresentam sintomas em alguns casos.

Em contra partida mesmo não havendo conhecimento sobre o específico tema mioma uterino, grande maioria das mulheres realizam frequentemente exames ginecológicos, fato muito relevante detectado no presente trabalho, uma vez indispensável para a saúde feminina.

Verificou-se pouco conhecimento entre as mulheres pesquisadas na cidade de São Pedro do Turvo, ainda assim pode-se afirmar que realmente, o levantamento do problema como questionamento levanta a curiosidade, o que à longo prazo pode ser um método de conscientizar as mulheres sobre um dos quais problemas são diagnosticados na saúde feminina, podendo o presente trabalho ser de grande valia e justificativa para a aplicação de programas de conscientização e de campanhas a serem realizadas junto à população feminina de São Pedro do Turvo.

## REFERÊNCIAS

ACOG - American College of Obstetricians & Gynecologists. An educational aid to obstetrician-gynecologists. Uterine leiomyomata. **ACOG Technical Bulletin**, Washington, DC, v. 192, p. 863-870, 1994.

AFFONSO, B.B., NASSER, F., SILVA, S.G.J., SILVA, M.C., ZILOTNIK, E., MESSINA, M.L., BARACAT, E.C. Estratégias para redução da exposição de radiação ionizante em mulheres submetidas à embolização de miomas uterinos. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, RJ, p. 78-80, v. 32, n. 2, 2010.

AMANT, F., DORFLING, C.M., DE BRABANTER, J., VANDEWALLE, J., VERGOTE, I., LINDEQUE, B.G., VAN RENSBURG, E.J. A possible role of the cytochrome P450c17alpha gene (CYP17) polymorphism, in the pathobiology of uterine leiomyomas from black South African women: a pilot study. **Acta obstet Gynecol Scand**, Stockholm – SE. v. 83, n. 3, p. 234-239, 2004.

American Society for Reproductive Medicine. Myomas and reproductive function. **Bull Am Soc Reprod Med.**, Birmingham, Alabama, p. 1-12, 2001.

ARAÚJO T.V.B.; AQUINO, E.M.L. Fatores de risco para histerectomia em mulheres brasileiras. **Cad saude publica**, Rio de Janeiro – RJ; v. 19, n. 2, p. 407-417, 2003.

AUBUCHON, M.; PINTO, A.B.; WILLIAMS, D.B. Treatment of uterine fibroids. **Prim Care Update Obstet. Gynecol.**, Markham - Illinois, v. 9, p. 231-237, 2002.

ÁVILA, L., ÁVILA, M., GURGEL, F., AMORIM, M. Alcoolização de miomas uterinos: Uma nova estratégia terapêutica. **Acta Cir Bras**. São Paulo – SP, v. 17, p. 31-34, 2001.

BONDUKI, C.E.; Aspectos atuais sobre tratamento do leiomioma uterino pela embolização percutânea das artérias uterinas. **FEMINA**, São Paulo – SP, v. 35, nº 3, p. 137-142, 2007.

BONDUKI, C.E.; GONÇALVES, P.; YOKOHAMA, C.; COSTA, O.F.; BARACAT, E.C.; LIMA, G.R.; GIRÃO, M.J.C. Gravidez e parto após embolização arterial para tratamento de leiomioma uterino. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro; v. 28, n. 10, p. 596-600, 2006.

BONILLA-MUSOLES, F.; RAGA, F.; OSBORNE, N.G.; BLANES, J.; COELHO, F. Three-dimensional hysterosonography for the study of endometrial tumors: comparison with conventional transvaginal sonography, hysterosalpingography, and hysteroscopy. **Gynecol Oncol.**, New York – EUA, v. 65, p. 245-252, 1997.

Bozzini N. **Leiomioma uterino; Manual de Orientação**. FEBRASCO. São Paulo; Ponto; p. 11-74, 2004.

BROEHS, A.E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A.M.; HEIDEMANN, I.B.S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto e contexto enferm.**, Santa Catarina – SC, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007.

BROSENS, I.A.; LUNENFELD, B.; DONNEZ, J. **Pathogenesis and medical management of uterine fibroids**. Carnforth – EUA, Parthenon Publishing. 1999. 158 p.

CECCATO, B.P.V.; MELO, V.; LIRA, J.B. A Histerossonografia na Avaliação da Cavidade Uterina em Pacientes Menopausadas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro - RJ, v. 24, n. 8, p. 541-545, 2002.

COSTA, A.A.R.; AMORIM, M.,M.,R.,C.,T.; CURSINO, T. Histerectomia vaginal versus histerectomia abdominal em mulheres sem prolapso genital, em maternidade-escola do Recife: ensaio clínico randomizado. **RBGO**, Rio de Janeiro – RJ; v.25, n. 3, p. 169-176, 2003.

CROSIGNANI, P.G.; VERCELLINI, P.; APOLONE, G.; DE GIORGI, O.; CORTES, I.I.; MESCHIA, M. Endometrial resection versus vaginal hysterectomy for menorrhagia: longterm clinical and quality-of-life outcomes. **J Obstet Gynecol.**, St. Louis – EUA, v. 177, p. 95-101, 1997.

DONNEZ, J.; JADOUL, P. What are the implications of myomas on fertility? **Hum Reprod.**, Oxford – GB, v. 17, n. 6, p. 1424-1430, 2002.

FLAKE, G., ANDERSEN, J., DIXON, D. Etiology and Pathology of uterine Leiomyomas: A Review. **Environmental health Perspectives**, EUA. v. 111, n. 8, p. 1037-1059, 2003.

FREDERICK, J.; HARDIE, M.; REID, M.; FLETCHER, H.; WYNTER, S.; FREDERICK, C. Operative morbidity and reproductive outcome in secondary

myomectomy: a prospective cohort study. **Hum Reprod.**, Oxford – GB, v. 17, p. 2967-2971, 2002.

GRIFFITHS, A.; D'ANGELO, A.; AMSO, N. Surgical treatment of fibroids for subfertility: protocol for a Cochrane review. **The Cochrane Library**, Londres, Reino Unido, n.2, 2003.

GRONLUND, L.; HERTZ, J.; HELM, P.; COLOV, NP. Transvaginal sonohysterography and hysteroscopy in the evaluation of female infertility, habitual abortion or metrorrhagia. A comparative study. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, Stockholm – SE, v. 78, p. 415-418, 1999.

HARRIS, W.J. Complications of hysterectomy. **Clin Obstet Gynecol**, Philadelphia - EUA, v. 40, p. 928-938, 1997.

KISILEVZKY, N.H.; SENA, M. Embolização uterina para tratamento de mioma sintomático. Experiência inicial e revisão de literatura. **Radiol. Bras.** São Paulo – SP, v. 36, n. 3, p. 129-140, 2003.

LUMSDEN, M.A. Embolization versus myomectomy versus hysteroscopy. **Which is best, when?** **Hum Reprod.**, Oxford – GB, v. 17, p. 253-259, 2002.

LUMSDEN, M.A., WALLACE, E.M. Clinical presentation of uterine fibroids. **Baillieres Clin Obstet Gynaecol**, London – GB. v. 12, p. 177-195, 1998.

MELLO, M.M.; LIGUORI, F.; MONTALDI, C.; CHRISTOFOLINI, D.M.; BIANCO, B.; PARENTE, C. Mioma uterino mimetizando neoplasia do trato genital com miomectomia anteparto bem sucedida. Relato de caso\*. Hospital Estadual Mário Covas. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo - SP, v. 10, n. 2, p. 158-162, 2012.

NUNES, M.,P.,E.,R.,S.; GOMES, V.L.O.; PADILHA, M.I.; GOMES, G.C.; FONSECA, A.D. Representações de mulheres acerca da histerectomia em seu processo de viver. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro – RJ, v. 13, n. 3, p. 574-581, 2009.

PRITTS, E.A. Fibroids and infertility: a systematic review of the evidence. **Obstet Gynecol Surv.**, Baltimore – EUA, v. 56, n. 8, p. 483-491, 2001.

QUINN, A. J.; BARRETT, T.; KINGDOM, J. C. P. & MURRAY, G. D. Relationship between hysterectomy and subsequent ovarian function in a district hospital population. **Journal of Obstetrics and Gynecology**, St. Louis – EUA; v. 14, n. 2, p. 103-107, 1994.

SBROGGIO, A.M.R.; OSIS, M.J.M.D.; BEDONE, A.J. O significado da retirada do útero para as mulheres: um estudo qualitativo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo – SP, v. 51, n. 5, p. 270-274, 2005.

SCHWARTS, S. Epidemiology of uterine leiomyomata. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Philadelphia – EUA. V. 44, p. 316-326, 2001.



SILVA, A.L.B.; SEIBEL, S.A.; CAPP, E.; CORLETA, H.E. Miomas e infertilidade: bases fisiopatológicas e implicações terapêuticas. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife-PE, v. 5, p. 13-18, 2005.

STEWART, E.A. Uterine fibroids. **Lancet**, London - GB, v. 357, p. 293-298, 2001.  
STROBELT, N.; GHIDINI, A.; CAVALLONE, M.; PENSABENE, I.; CERUTI, P.; VERGANI, P. Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. **J Ultrasound Med.**, Monza – Itália, v. 13, n. 5, p. 399-401, 1994.

TEIXEIRA, A.C.; URBAN, L.A.B.D.; ZAPPAROLI, M.; PEREIRA, C.; MILLANI, T.C.C.; PASSOS, A.P. Degeneração cística maciça de leiomioma uterino  
VILLAR, A.S.E.; SILVA, L.R. História de vidas de mulheres submetidas à Histerectomia. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá – PR, v. 9, n. 3, p. 479-486, 2010.

VITIELLO, D.; McCARTHY, S. Diagnóstico por imagen de los miomas. Department of Obstetrics and Gynecology, **Yale University School of Medicine**, New Haven - USA, p. 85-95, 2006.

WILCOX, L. S.; KOONIN, L. M.; POKRAS, R.; STRAUSS, L. T.; XIA, Z. & PETERSON, H. B. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. **Obstetrics and Gynecology**, Atlanta-Georgia, v. 83, n. 4, p. 549-555, 1994.