



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

**Perfil das internações hospitalares por miomatose uterina na
cidade de Salvador-BA entre os anos de 2008-2015**

Natália Morcelli Badiani

Salvador (Bahia)
Março, 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Biblioteca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Badiani, Natália Morcelli.

Perfil das internações hospitalares por miomatose uterina na cidade de Salvador-BA entre os anos de 2008 a 2015 / Natália Morcelli Badiani. (Salvador, Bahia).

xxxii, 32 folhas.

Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Professor orientador: Edson O'Dwyer Junior

Palavras chaves: 1. Mioma. 2. Internações Hospitalares. 3. Epidemiologia. I. O'Dwyer Junior, Edson. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Perfil das internações hospitalares por miomatose uterina na cidade de Salvador-BA entre os anos de 2008-2015

Natália Morcelli Badiani

Professor orientador: **Edson O'Dwyer Junior**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Março, 2017

Monografia: *Perfil das internações hospitalares por miomatose uterina na cidade de Salvador-BA entre os anos de 2008 a 2015*, de **Natália Morcelli Badiani**.

Professor orientador: **Edson O'Dwyer Junior**

COMISSÃO REVISORA:

- **Edson O'Dwyer Junior** (Professor Orientador), Professor do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Greice Maria de Souza Menezes**, Professora e pesquisadora do MUSA: Programa Integrado de Gênero e Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- **Eduardo José Faria Borges dos Reis**, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

MEMBRO SUPLENTE:

Hilton Pina, Professor do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2017.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.”

Cora Coralina

Aos Meus Pais, **Serly e Robson**, fontes
inesgotáveis de amor.

EQUIPE

- Natália Morcelli Badiani, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: natybadiani@hotmail.com;
- Edson O’Dwyer Junior, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

FONTES DE FINANCIAMENTO

Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Edson O’Dwyer Junior, pelo acompanhamento na construção deste trabalho.
- ◆ À banca examinadora, de forma especial a Dra. Greice Maria Menezes pela ajuda e carinhosa solicitude.
- ◆ Aos meus pais, minha irmã Analuíza e meu namorado Rafael pelas momentos de apoio, paciência e aconchego.
- ◆ Às minhas colegas Arabela e Camila por trazerem leveza e sorrisos aos momentos árdusos.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS	2
I. RESUMO	3
II. OBJETIVOS	4
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
IV. METODOLOGIA	10
IV.1 Desenho do estudo	
IV.2 Local do estudo	
IV.3 Fonte de dados	
IV.4 Período de estudo	
IV.5 Variáveis do estudo	
IV.6 Análise e apresentação de dados	
IV.7 Questões Éticas	
V. RESULTADOS	12
VI. DISCUSSÃO	16
VII. CONCLUSÃO	20
VIII. SUMMARY	21
XI. REFERÊNCIAS	22

ÍNDICE DE FIGURA E TABELAS

GRÁFICOS

GRÁFICO I. Taxa de Internamentos (10.000 habitantes) por Leiomiomatose Uterina, na cidade de Salvador-BA. Salvador, 2008-2012

GRÁFICO II. Valor total (R\$) das internações por Leiomioma Uterino, por ano, na cidade de Salvador-Bahia segundo local de internação. Salvador, 2008-2015

TABELAS

TABELA I. Número de internações por Leiomioma Uterino por ano de processamento, na cidade de Salvador-BA, por local de internação. Salvador, 2008-2015;

TABELA II. Número de internações por Leiomioma Uterino por raça/cor, na cidade de Salvador-BA, por local de internação. Salvador, 2008-2015.

TABELA III. Número e proporção de internações por Leiomiomatose Uterina, por faixa etária, na cidade de Salvador-BA, por local de internação, na faixa etária de 15-69anos. Salvador, 2008- 2015.

I RESUMO

Introdução: Os miomas uterinos são os tumores benignos mais comuns no trato genital feminino, correspondendo a 95% dos casos. Apesar de não estar ligado a altos índices de mortalidade, seu diagnóstico é fundamental, pois se apresenta sintomático em 20-25% dos casos, acarretando morbidades e impactos na qualidade de vida das mulheres. Estudos têm apontado para uma frequência entre três a nove vezes maiores em mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas. O diagnóstico ocorre em sua maioria entre os 30 - 40 anos, períodos reprodutivos, sendo que o mioma é a principal causa de histerectomia nos Estados Unidos. **Metodologia:** Estudo descritivo com análise de dados secundários, obtidos do Sistema de Internações Hospitalares do DataSUS (SIH/DataSUS) do período de 2008 a 2015, analisando as variáveis: faixa etária, raça/cor, número de internamentos, média de permanência de dias de internamento, mortalidade, caráter da cirurgia (eletiva ou emergência) e gastos financeiros por local de residência e local de internação na cidade de Salvador-Bahia. **Resultados:** O número de internamentos totais foi de 15.328 casos, com um aumento de 74,75% quando comparados 2008 (1180) e 2014 (2062). Foram 11 óbitos no período com uma taxa de mortalidade de 0,07/10.000 habitantes. Quanto à faixa etária, a maior (58,52%) e menor frequência foram, respectivamente, na faixa etária de 40 a 49 e 01 a 15 anos. O custo total foi de R\$ 11.154.596,14. A raça negra e a cor parda foram as mais acometidas. **Discussão:** Os dados encontrados em relação a faixa etária mais acometida, 40-49 anos e a raça/cor mais acometida, parda, são consistentes com a literatura nacional e internacional. **Conclusões:** Os dados presentes no DATASUS revelam que na cidade Salvador-Ba, os coeficientes de internamento têm aumentado com o passar dos anos, bem como o valor gasto com as internações.

Palavras chaves: mioma uterino; miomatose; internações hospitalares; epidemiologia.

II OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a evolução da internação por miomatose uterina na cidade de Salvador, Bahia, de 2008 a 2014, segundo indicadores sociodemográficos das mulheres, tipo de cirurgia e custos envolvidos.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil das mulheres internadas por miomas uterino com relação a faixa etária e raça/cor.
- Avaliar se houve aumento do número de atendimentos hospitalares por miomatose uterina neste período;
- Verificar os tipos de cirurgias realizados e os custos gerados pelas cirurgias e internamentos para tratamento dos miomas uterinos;

III FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O mioma uterino, tumor de células musculares uterinas, é responsável por 95% das neoplasias benignas do trato genital de mulheres em idade fértil¹. Apesar de ser um tumor benigno, o conhecimento de sua fisiopatologia e do seu quadro clínico é de importância fundamental, pois pode implicar em complicações ginecológicas e obstétricas com significativa morbidade e, eventualmente, mortalidade. Afeta principalmente a qualidade de vida das mulheres, pois o mesmo manifesta-se sintomaticamente em cerca de 20-25% daquelas portadoras do tumor¹.

Em sua conformação, os miomas uterinos são tumores benignos de células musculares lisas com estroma de tecido conjuntivo. Hipóteses etiológicas são aventadas na literatura científica, entretanto ainda não há explicações conclusivas. Evidências apontam para o papel dos hormônios sexuais, estrogênio principalmente, mas também progestágenos atuando no crescimento e na proliferação tumoral¹. Esse achado é compatível com a faixa etária de desenvolvimento do mioma, já que o mesmo ocorre raramente anterior à menarca e tende a regredir após a menopausa^{3,5}. Outro dado que confirma clinicamente a “teoria estrogênica” é a presença mais elevada de receptores estrogênicos no tecido leiomiomatoso em relação ao tecido miometrial normal¹.

Teorias tem apontado que para a gênese dos miomas há uma desregulação no crescimento das células miometriais somáticas que leva a formação de grupos de células monoclonais. Para isso ocorra existe um conjunto de alterações, dentre elas, a interação dos hormônios esteroides, principalmente estrógeno e progesterona, fatores de crescimento, citocinas e mutações somáticas. Bozzoni (2004) pondera que existem exaustivos estudos sobre o tema, entretanto essas interações/alterações fisiopatológicas precisam ser melhor estudadas⁸.

Não se pode excluir a predisposição genética para formação dos miomas, sendo associada a um conjunto de fatores: um fator de determinação, relacionado com a carga hereditária recessiva, que pode permanecer em estado de latência durante anos; e o fator de realização, que no caso desta patologia, se expressa pela influência hormonal. Em algumas ocasiões a tendência hormonal é tão forte que o mínimo de predisposição genética é suficiente; em outros casos, diante de uma tendência genética dominante, a menor alteração hormonal estimularia seu desenvolvimento. As duas prováveis teorias coexistem, mas ainda não é atribuída a elas, de forma segura, a gênese formal do leiomioma¹.

A forma de apresentação clínica é variável e depende principalmente, do tamanho, da localização e do número de nódulos miomatosos. Quanto à localização podem ser classificados em submucosos, intramurais e subserosos. Os submucosos, com crescimento para a cavidade endometrial, estão mais correlacionados aos sangramentos devido a sua íntima relação com a mucosa uterina. Também estão mais associados à disfunção reprodutiva devido exatamente à sua localização⁶. Miomas com componentes submucosos levam à diminuição dos índices de gravidez e implantação dos embriões, com diminuição da fertilidade⁷. Por seu lado, os miomas intramurais, encontrados na espessura da musculatura uterina, podem ser estabelecidos como um padrão intermediário relativamente aos demais tipos podendo dessa forma evoluir para o submucoso ou subseroso. Corriqueiramente estão relacionados a quadros de hipermenorreia⁸. Por fim, os subserosos, tumores, que crescem logo abaixo da camada serosa do útero, em uma escala de complexidade, são os que causam menores transtornos, sendo muitas vezes assintomáticos. Quando isto ocorrem, tendem a apresentar sintomas compressivos e de distorção anatômicas¹.

Estima-se que em até 75% dos casos os miomas apresentem-se de forma assintomática^{6,9}. Devido a isso, muitos casos não são diagnosticados ou recebem menor atenção clínica.

O principal sintoma dos miomas é o excesso menstrual, sendo que a menorragia está presente em 30-60% dos casos^{6,9}. Devido ao sangramento excessivo pode acarretar quadro de anemia crônica ou aguda, por vezes com choque hipovolemico⁵. Outros sintomas são desencadeados em função do aumento do volume uterino, levando à elevação da pressão intrapélvica, à dor pélvica, ao aumento abdominal, à compressão geniturinária e gastrointestinal⁸.

Estudo multicêntrico transversal com 21.746 mulheres, entre 15 e 49 anos de sete países (Brasil, Canadá, França, Alemanha, Itália, Coreia do Sul, Reino Unido), realizado em 2012, mostrou ter sido o sangramento excessivo o sintoma mais relatado pelas mulheres. Pressão sobre a bexiga ou intra-abdominal, dor pélvica e dispaurenia também foram citados⁵.

O diagnóstico, como em outras patologias, baseia-se na anamnese - através da história clínica, sinais e sintomas - no exame físico em que podem ser detectadas alterações como aumento do volume uterino, massa palpável em abdome, e através de avaliações complementares como, por exemplo, a ultrassonografia (USG) podendo ser por via abdominal ou transvaginal a depender do volume do mioma⁹. A transvaginal tem maior acuraria, tanto pela sua boa relação custo/benefício, como pela alta sensibilidade e especificidade deste exame (99% e 91%, respectivamente) para mapeamento e mensuração dos leiomiomas¹⁰

A USG, no entanto, apresenta limitações quando os úteros apresentam grandes volumes (acima de 250 cm²), sendo indicada nesses casos a ressonância nuclear magnética (RNM) pélvica⁹. A RNM com contraste também pode fornecer informações relevantes quanto às relações do mioma com o endométrio e superfícies serosas, podendo orientar na escolha do tratamentos⁴.

Sobre o curso natural da doença, estudos com limitadas evidências revelam que tanto o crescimento substancial do mioma quanto a sua regressão são processos naturais da doença⁴.

O diagnóstico ocorre mais frequentemente entre os 30 a 40 anos de idade e é relativamente raro em mulheres mais jovens e pós-menopausadas⁵. Estudos demográficos têm apontado para uma frequência desses tumores, entre três a nove vezes maior, entre mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas^{3,4,9}. Nuligestas, obesas, com história familiar de miomatose e as portadoras de síndrome hiperestrogênica apresentam também maior suscetibilidade a desenvolver miomas¹¹, assim como menarca precoce e uso de contraceptivos orais antes dos 16 anos de idade³. Por outro lado, foram encontradas menores frequências dos miomas uterinos entre as mulheres com maior paridade, fumantes, com alimentação saudável e maior ingestão de frutas, legumes e laticínios com teor de gordura diminuídos e as que praticam atividade física^{3,4}.

Em relação ao tabagismo, a maioria dos estudos infere a existência de uma redução de 20-50% do risco de leiomiomas em mulheres fumantes quando comparadas às mulheres não fumantes. Isso pode estar associado a uma maior inativação hepática dos estrógenos. Esse mesmo efeito foi observado em mulheres com câncer de mama⁹.

Como já mencionado, a prevalência de miomas uterinos é subestimada, pois frequentemente só é conhecida a presença do tumor quando as mulheres buscam e recebem assistência médica ou quando o mesmo é sintomático¹³. Na literatura internacional, a prevalência da miomatose uterina apresenta variações de acordo com o método de diagnóstico, as localidades nas quais os estudos são realizados, a faixa etária e a raça/cor das mulheres investigadas.

Estima-se que estejam presentes em 20 a 30% das mulheres em idade fértil, podendo chegar a 40% naquelas acima dos 40 anos⁹. Entretanto há variações importantes. Uma pesquisa realizada na Suécia⁵ estimou prevalência de 3,3%, de enquanto que esta se elevou para 70% em uma análise de peças histológicas realizadas em um estudo norte americano¹². Inquérito multicêntrico em 2012, mencionado acima, realizou um inquérito com 21.746 mulheres de 15 e 49 anos do Brasil, Canadá, França, Alemanha, Itália, Coreia do Sul,

Reino Unido e entre mulheres de 18 a 49 anos nos Estados Unidos, constatando uma prevalência de 7% de miomas⁵. Cramer e Patel (1990), em seu estudo encontrou uma incidência de miomas uterinos variando entre 30 a 70% em mulheres em pré menopausa, e que a incidência aumenta conforme a idade¹².

Day *et al.* (2003), em uma investigação com uma amostra de 1.364 mulheres com idades entre 35 a 49 anos, nos Estados Unidos, constataram a presença de miomas em 59% das negras e 43% das brancas, todas sem diagnóstico prévio da patologia. Os autores estimaram, assim, que as mulheres negras têm um risco de aproximadamente 70% de desenvolverem miomas, comparado às brancas¹⁶.

Em exames ultrassonográficos, Eltoukhi *et al.*, (2014) evidenciaram que o mioma pode estar presente em aproximadamente 80% da população negra americana e em 70% das mulheres brancas com 50 anos¹⁹.

No Brasil poucos são os estudos sobre a prevalência da miomatose uterina. Souza (2000) realizou uma investigação na cidade de São Paulo com mulheres atendidas em uma Unidade da Saúde da Família que tiveram diagnóstico de miomas uterinos por exame ultrassonográfico e encontrou uma prevalência de miomas uterinos em 23% das mulheres brancas e em 42% das mulheres negras¹³.

Boclin *et al.* (2014), no estudo Pró Saúde realizado na cidade do Rio de Janeiro encontraram uma prevalência de 23,3% de mioma uterino nas mulheres, sendo que 8,3% realizaram histerectomia por conta do tumor. Com relação ao perfil socioeconômico, a prevalência foi maior com mulheres de menor renda *per capita* familiar².

As opções terapêuticas para esses tumores, quando sintomáticos, abrangem medicamentos ou intervenções cirúrgicas. Entre os primeiros, se incluem: anticoncepcionais orais, progestágenos antiestrogênicos, análogos do hormônio liberador das gonadotrofinas (GnRH) e anti-inflamatórios não esteroides⁹. Já as intervenções cirúrgicas podem ser realizadas através de histerectomia, miomectomia, embolização das artérias uterinas^{10,13}, ablação por radiofrequência ou cirurgia com ultrassom focalizado associado a ressonância magnética⁴.

A miomatose uterina é a causa mais comum de laparotomia em mulheres norte americanas, sendo responsável anualmente por 175.000 histerectomias e 20.000 miomectomias, ocasionando um gasto anual estimado em bilhões de dólares, sendo considerado nesse país um significativo problema de saúde pública². A histerectomia apresenta-se como principal forma de tratamento dos miomas nos Estados Unidos da

América, embora tratamentos minimamente invasivos e com conservação do útero estejam disponíveis^{3,4}

No inquérito internacional multicêntrico mencionado acima, o percentual de mulheres com tratamento de contraceptivos orais prescritos foi de 55,8% no Brasil, enquanto que na Alemanha 18,5% das mulheres fizeram esse mesmo tipo de tratamento. Entre mulheres brasileiras com mioma, 10,1% haviam realizado cirurgia de histerectomia, encontrado na maioria dos países que participaram da pesquisa, exceto França e Itália que realizaram maior número de miomectomias^{5,14}. Apesar das limitações metodológicas e dos possíveis vieses de informação — os questionários eram respondidos pelas próprias pacientes — esse estudo apresenta-se como um dos poucos trabalhos na literatura científica com estimativa da prevalência de miomas no Brasil¹⁴. De fato, a real frequência de miomas uterinos nunca foi avaliada por meio de trabalhos científicos, com utilização de métodos mais acurados¹².

Nos Estados Unidos, a miomatose uterina é a causa mais comum de laparotomia entre mulheres, sendo responsável por grande número de histerectomias e miomectomias, implicando elevados custos financeiros, que excedem U\$34 bilhões de dólares anualmente^{3,4}.

Considerando a escassez de estudos sobre o tema no Brasil, e particularmente na Bahia, o presente estudo objetiva determinar a evolução de internamentos hospitalares por miomatose uterina, na rede do SUS- Sistema Único de Saúde, na cidade de Salvador-Ba entre 2008 e 2015. O estudo busca contribuir para a melhoria da atenção à saúde das mulheres, ao fornecer informações sobre a magnitude do problema, o tipo de população atingida, os tratamentos cirúrgicos adotados e os custos implicados com internações, e poderá orientar o planejamento das ações de prevenção das complicações desta patologia.

IV METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal de natureza exploratória.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por todos os casos de mioma uterino registrados no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) na rede do SUS na cidade de Salvador-BA.

4.3 FONTE DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de consultas à base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) disponibilizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no endereço eletrônico (<http://www.datasus.gov.br>). O sistema SIH/SUS registra todas as internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS com emissão de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH)²². Os dados populacionais para o cálculo de coeficientes foram coletados da base do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE de acordo com os anos selecionados para o estudo, disponível no endereço eletrônico: <http://www.ibge.gov.br>.

4.4 PERÍODO DO ESTUDO

Os dados foram coletados e analisados considerando-se o período de 2008 a 2015 pela completude e disponibilidade,

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para esse estudo foram considerados os casos de internamentos registrados como Leiomiomas Uterinos (D25), conforme a 10ª Revisão do Código Internacional de Doenças (CID10). Com base nessa codificação foi avaliado o número de internações segundo ano. Para caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres, foram analisadas as variáveis raça/cor e faixa etária. Também foram analisados o tipo de procedimento cirúrgico (histerectomias e miomectomias) e o valor total dos custos hospitalares com internações, bem como a mortalidade e os dias de permanência de internação.

4.6 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

Foram calculadas as frequências absoluta e relativa das variáveis, Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos, utilizando-se o programa Excel do Windows 2013. Para as variáveis quantitativas foram calculadas a média e o desvio padrão.

Foi calculada a taxa anual de internamentos por miomas (número de miomas/população feminina), com exceção dos anos de 2013 a 2015 pois o número populacional para esses anos não estavam disponíveis no IBGE.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo utiliza dados secundários de domínio público. Por não conter informações que possam identificar os indivíduos, não foi necessária a submissão do projeto ao Comitê de Ética em pesquisa, nem assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecido, conforme Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (item III, Parágrafo único do Artigo 1º). Ainda assim os aspectos éticos e legais foram respeitados, uma vez que o estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde²³.

V RESULTADOS

Entre janeiro de 2008 a dezembro de 2015 foram registradas 15.328 internações por Leiomiomas Uterinos (D25) na rede própria ou conveniada ao Sistema Único de Saúde na cidade de Salvador-BA. O número de internações foi crescente no período (Tabela 1).

Número e proporção de internações por Leiomioma Uterino na cidade de Salvador-BA, segundo ano. Salvador, 2008-2015.

Ano	N	%
2008	1180	7,7
2009	1888	12,3
2010	2125	13,9
2011	2203	14,4
2012	2081	13,6
2013	1996	13,0
2014	2062	13,5
2015	1793	11,7
Total	15328	100,0

Fonte: Ministério da Saúde (SIH/SUS).

De acordo com o caráter de atendimento, 7.540 (49,2%) internações foram de caráter eletivo (49,19%) e 7.788 (50,81%) internações de urgência. Durante todo o período de análise, a média de dias de permanência na internação hospitalar foi de 3,2 dias por paciente. Entre os anos de 2008 a 2011, ocorreram 11 óbitos por Leiomioma Uterino, com taxa de mortalidade de 0,07 por mil habitantes (dados não apresentados).

O gráfico 1 apresenta a evolução temporal do coeficiente de internações hospitalares por Leiomioma Uterino da cidade de Salvador-BA entre os anos de 2008-2012. Observa-se uma elevação nos coeficientes de internamentos hospitalares, sendo que os valores duplicaram quando comparados os anos de 2008 e 2012.



Analisando-se as internações por miomatose uterina segundo raça/cor, excluídos os 8282 (54,0%) casos sem informação, observa-se que 4,5% das mulheres eram brancas, 24,4% eram pretas, 70,6% pardas, 0,5% amarelas (de origem asiática) e apenas 1 indígena (Tabela 2)

Número e proporção de internações por Leiomioma Uterino na cidade de Salvador-BA, segundo raça/cor das mulheres . Salvador, 2008-2015

Raça /cor	N	%
Branca	321	4,5
Parda	4977	70,6
Preta	1719	24,4
Amarela	38	0,5
Indígena	1	-
Total*	7046	100,0

Fonte: Ministério da Saúde (SIH/SUS).

*Excluídos 8282 (54%) de casos sem informação

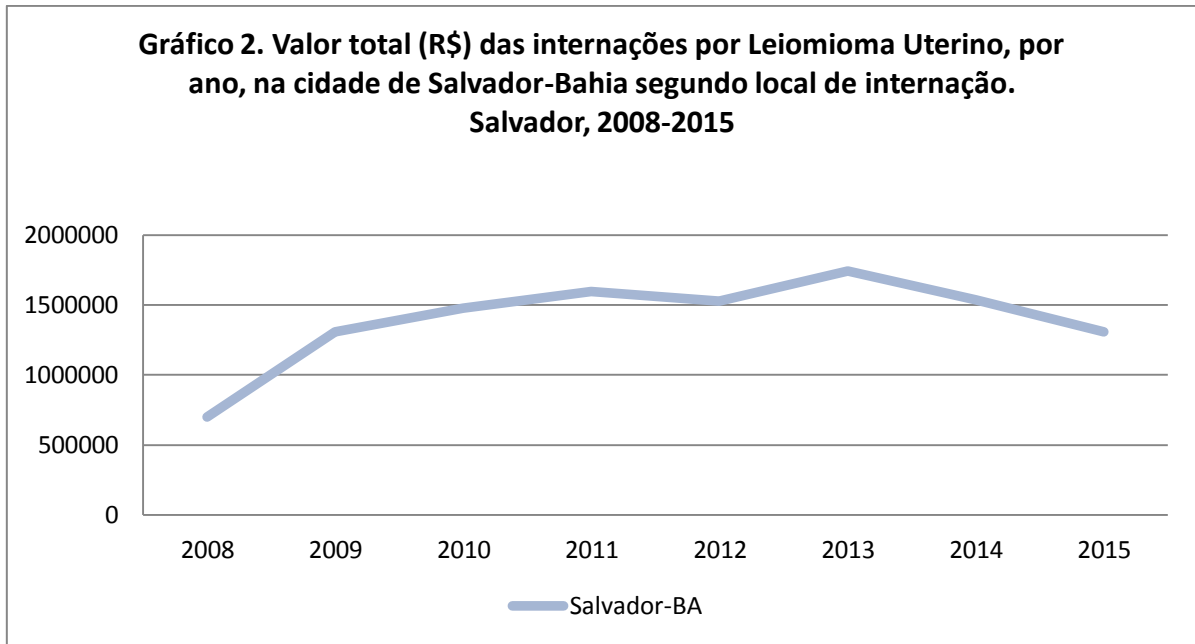
Quanto à distribuição das internações hospitalares por faixa etária, verifica-se a maior proporção foi registrada entre mulheres de 40 a 49 anos (58,5%). A faixa etária com menor internação, por sua vez, foi de mulheres entre 01 a 15 anos (0%). A partir dos 50 anos observa-se uma queda progressiva das internações (Tabela 3).

**Número e proporção de internações por Leiomioma Uterino
na cidade de Salvador-BA, segundo faixa etária das mulheres .
Salvador, 2008-2015**

Faixa etária (em anos)	N	%
01 - 15	10	0
15- 19	26	0,2
20-29	343	2,3
30-39	3642	24,1
40-49	8857	58,5
50-59	1962	13,0
60-69	303	2,0
70-79	146	1,0
80 e +	39	0,3
Total	15328	100,0

Os principais meios terapêuticos para ressecção dos leiomiomas uterinos são histerectomia e miomectomia. De acordo com o DATASUS, no período de 2008-2015, em Salvador, foram realizadas 1.321 miomectomias abertas ou videolaparoscópicas, sendo 490 eletivas (37,1%) e a maioria, 831 (62,9%) de urgência (dados não apresentados).

Os gastos totais foram de R\$ 754.259,15 para realização desses procedimentos cirúrgicos. O valor total gasto com internações de mulheres diagnosticadas com leiomiomatose uterina na cidade de Salvador- BA entre os anos de 2008 a 2015 foi de R\$ R\$ 11.154.596,14. No ano de 2008, os recursos foram estimados em R\$ 697.606,50 enquanto que no ano de 2013 estes valores se elevaram para R\$ 1.743.011,80 reais, notando-se um aumento de 149,8% com internações no período. O gráfico 2 apresenta o valor total referente aos gastos em cada ano ao longo do período analisado, notando-se um aumento dos valores nas internações por leiomiomatose uterina na cidade de Salvador-BA.



VI DISCUSSÃO

Na cidade de Salvador-BA entre os anos de 2008 a 2015, foram identificadas 15.328 internações por miomas uterinos na rede SUS. A grande maioria das mulheres internadas por essa causa era negra, sendo 70,6% parda e 24,4% preta. Estes dados devem ser analisados com cautela, já que a opção “sem informação” representou mais de 50% dos casos, evidenciando como mais da metade das mulheres não foram classificadas segundo este critério.

Entretanto, considerando os dados disponíveis, as mulheres negras foram mais hospitalizadas por miomatose em Salvador do que as mulheres brancas, dados esses compatíveis com a literatura internacional. Nos estudos brasileiros^{2,16} mulheres classificadas como negras foram também as que tiveram maior prevalência nas cidades de São Paulo e no Rio de Janeiro, dados que também são compatíveis com estudos americanos que relatam essas diferenças raciais na prevalência do mioma

Tais estudos quando comparam mulheres brancas e negras revelam que os miomas uterinos estão presentes de duas a nove vezes mais em mulheres negras do que em mulheres brancas independente da faixa etária^{2,3,9,17}. Mulheres negras também apresentam maior gravidade nos sintomas, diagnóstico em idades mais jovens, maior comprometimento nas atividades diárias, taxas mais elevadas de histerectomia^{17,18} e as miomectomias ocorrem quase setes vezes mais entre mulheres negras do que em mulheres brancas⁴. Na presente análise é importante destacar que a cidade de Salvador tem a maior população negra do Brasil e apesar daquelas classificadas como pretas não terem sido a maior proporção dentre as mulheres internadas por miomatose uterina no presente estudo, representam mais de 10% dos casos.

Deve-se levar em consideração que a população negra reside em situações de maior vulnerabilidade com menor acesso aos serviços estruturados de saúde. Souza (2000) a periodicidade ideal para as consultas ginecológicas para as mulheres diagnosticadas com mioma é de, no mínimo, anual. No entanto, foram constatados que as mulheres brancas fazem uma consulta ao serviço de ginecologia em um prazo médio de 3,8 anos, enquanto que as mulheres negras o fazem em um prazo de 4,7 anos. Embora seja uma patologia que não apresenta altas taxas de mortalidade, a mesma pode trazer impactos importantes na saúde da mulher negra, e repercussões sobre sua qualidade de vida^{1,6}

Apesar dessa relação étnica com o mioma ainda são poucos os estudos com cortes raciais sobre o tema. Eltoukhi *et al.* (2014), apontam que são os diversos motivos para essa lacuna nos estudos. Segundo os autores, os trabalhos com recorte racial, que realizam avaliação genômica das portadoras de miomas, são desenvolvidos em países com populações com baixa descendência negra, como na Finlândia e no Japão. Um estudo realizado nos Estados Unidos, o *Finding Genes for Fibroids*, iniciado no ano de 1999 com o intuito de verificar associação genômica com o mioma uterino, limitou seus resultados a achados entre as mulheres brancas devido à baixa adesão das mulheres negras ao estudo¹⁹.

Baird *et al.* (2013), buscando compreender a maior prevalência de miomas entre negras, apontaram a carência de Vitamina D como associada ao aumento do risco de desenvolvimento do mioma. Destaca-se a importância do estudo por apontar para uma relação biológica da etiologia dos miomas, já que as peles mais negras têm diminuída a produção de vitamina D biologicamente ativa. Esta análise abre dessa forma possíveis caminhos para a prevenção dessa patologia nas mulheres negras^{19,20}.

O presente trabalho evidenciou como a doença também acomete mais as mulheres negras na cidade de Salvador-BA quando comparadas às mulheres brancas.

A maior proporção de internamentos por miomatose uterina foi constatada entre mulheres de 40 a 49 anos, o que correspondeu a mais da metade das internações (58,5%). Em contrapartida, nas faixas etárias de 01 a 19 anos e de mais de 60 anos, observou-se menos internações. Como uma das teorias estabelecidas sobre a gênese dos miomas defende que estes surgem a partir de um excesso de exposição ao estrogênio e progesterona, isto explicaria a maior presença de miomas nas faixas etárias reprodutivas tardias, em que houve uma maior exposição hormonal, ocorrendo uma regressão dos mesmos na pós-menopausa^{2,7}. Os dados segundo faixa etária encontrados na população feminina em Salvador-BA são compatíveis com achados da literatura^{1,2,7,13,16}.

Dentre as terapêuticas invasivas usadas no tratamento dos miomas estão a histerectomia e a miomectomia, procedimentos estes oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. No período de 2008-2015 foram realizadas 1.321 cirurgias por miomectomias (2,0%). Também foram realizadas 14.832 histerectomias nesse período, entretanto não é possível afirmar que todas elas tenham sido realizadas para tratamento cirúrgico dos miomas uterinos..

No Brasil são realizadas em média 107.000 histerectomias/anuais e os miomas são a principal indicação para a realização da cirurgia, sendo a histerectomia a cirurgia mais realizada, ficando apenas atrás dos partos cesáreos²⁶.

Apesar da histerectomia estar indicada em casos de falha do tratamento clínico associado com sangramento uterino anormal, com prole constituída e sem o desejo de gestar, essa cirurgia segundo Sória *et al*, 2007 foi mais realizada em pacientes assintomáticas, o que não faz parte das indicações cirúrgicas.^{9,26} Deve ser levado também em consideração os riscos e complicações que esse tipo de cirurgia acarreta para as mulheres.

Nota-se um aumento exponencial nos gastos com tais procedimentos cirúrgicos para exérese dos miomas quando comparamos os anos de estudo. Os gastos foram estimados em R\$ 754.259,15. Já o gasto total com internações por leiomiomatose uterina na cidade de Salvador- BA no período estudado foi de R\$ 11.154.596,14. Quando comparado os gastos com outras patologias ginecológicas nesse mesmo período, o gasto foi aproximadamente 20% menor do que os custos gerados com internações por Câncer de colo de útero (R\$ 13.470.550,52), e aproximadamente 50% maior do que os gastos com Endometriose (R\$ 557.703,27), por exemplo.

É importante questionar se caso as mulheres internadas por essa patologia recebessem diagnóstico precoce e acompanhamento adequado estariam expostas a tais procedimentos cirúrgicos, evitando a convivência com sintomas, como por exemplo menstruação excessiva ou dor abdominal, que seguramente exercem influências negativas na sua qualidade de vida.

Com os resultados do presente estudo é possível observar que está havendo um aumento progressivo dos coeficientes de internações por miomatose uterina, bem como nos recursos que têm sido gastos com essa doença.

Foram observados problemas na qualidade dos dados contidos no SIH-SUS, a exemplo do quesito raça/cor cujo preenchimento não foi feito de forma adequada, já que para mais da metade das mulheres o campo estava sem informação.

Também deve-se levar em consideração que os dados sobre internação por miomatose uterina podem ser subnotificados. Eles são obtidos a partir das AIH, ou seja, pode ocorrer AIH glosadas ou mal preenchidas.

Por se tratar de um estudo com base de dados do SUS, deve ser ressaltado que as pacientes atendidas na rede particular de serviços de saúde, internadas por conta de miomatose uterina não foram incluídas no presente trabalho. Por conta disto, os dados sobre internação hospitalar por miomatose uterina na cidade de Salvador devem ser de maior magnitude.

Assim, faz-se necessário a realização de estudos mais abrangentes, envolvendo amostras representativas de mulheres independentemente do serviço de saúde que utilizam,

que possam dimensionar a extensão dessa patologia, bem como agregar a produção de outros indicadores.

O estudo mostrou o aumento da proporção de internações por miomas na cidade de Salvador, em todo o período estudado, com uma progressão não só dos procedimentos cirúrgicos como também dos custos totais com a doença. Fica assim expressa a necessidade de maior atenção para essa patologia que acarreta custos e morbidade, assim como proceder ao diagnóstico precoce, o que contribuirá para a melhoria da qualidade de vida das mulheres atingidas.

VII CONCLUSÕES

O presente estudo apesar de suas limitações metodológicas compõe as poucas pesquisas sobre miomatose uterina no Brasil e não foi encontrado outro estudo compatível com o mesmo na Bahia e na cidade de Salvador.

Os dados sociodemográficos demonstraram que as mulheres mais acometidas são as de raça/cor parda. A faixa etária mais acometida foram as mulheres entre 40 a 49 anos de idade. Houve um aumento no número de internações por leiomioma uterino. Para o tratamento cirúrgico foram feitas 1321 miomectomias no período levando a um custo total de R\$ 11.154.596,14 reais com tais procedimentos.

Face aos problemas encontrados de qualidade da informação identificados no SIH/SUS quanto ao quesito raça/cor, recomenda-se sensibilização dos profissionais para preenchimento adequado do formulário da AIH.

Os resultados encontrados demonstram a necessidade da adoção de estratégias que possibilitem o diagnóstico e o tratamento precoce da miomatose uterina, a fim de que as mulheres acometidas por essa doença possam receber o cuidado e atenção adequadas e a possibilidade de tratamentos minimamente invasivos.

VIII SUMMARY

Introduction: Uterine fibroids are the most common benign tumors in the female genital tract, accounting for 95% of the cases. Although not linked to high mortality rates, its diagnosis is fundamental, since it is symptomatic in 20-25% of cases, causing morbidity and impacts on the quality of life of women. Studies have pointed to a frequency between three and nine times higher in black women when compared to white women. The diagnosis occurs mostly between the 30 - 40 years, reproductive periods, and myoma is the main cause of hysterectomy in the United States. **Methodology:** Descriptive study with analysis of secondary data, obtained from the DataSUS Hospitalization System (SIH / DataSUS) from 2008 to 2015, analyzing the variables: age group, race/color, number of hospitalizations, mean length of stay (Elective or emergency) and financial expenses by place of residence and place of hospitalization in the city of Salvador-Bahia. **Results:** The number of total admissions was 15,328 cases, with an increase of 74.75% when compared to 2008 (1180) and 2014 (2062). There were 11 deaths in the period with a mortality rate of 0.07 / 10,000 inhabitants. As to the age group, the largest (58.52%) and lower frequency were, respectively, in the age group of 40 to 49 and 01 to 15 years. The total cost was R \$ 11,154,596.14. The black race and the brown color were the most affected. **Discussion:** The data found in relation to the most affected age group, 40-49 years and the race / color most affected, brown, are consistent with the national and international literature. **Conclusions:** Data from DATASUS show that in Salvador-Ba city, hospitalization coefficients have increased over the years, as well as the amount spent on hospital admissions.

Key words: Uterine fibroids; Myomatosis; Hospital admissions; epidemiology.

VIII REFERÊNCIAS

1. Lemgruber, Ivan; Oliveira, Hildoberto Carneiro. *Tratado de ginecologia: FEBRASGO*. Rio de Janeiro; Editora Revinter; Reimpressão 2001;
2. Flynn M. Health care resource use for uterine fibroid tumors in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2006
3. Boclin, Karine de Limas Irio; Faerstein, Eduardo e Szklo, Moyses. Does life-course socioeconomic position influence racial inequalities in the occurrence of uterine leiomyoma? Evidence from the Pro-Saude Study. *Cad. Saúde Pública*. 2014, vol.30, n.2, pp. 305-17;
4. Stewart E. Uterine Fibroids. *New England Journal of Medicine*. April, 2015.
5. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaefers M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Womens Health*. Março 2012.
6. Corleta, Helena von Eye; chaves, Eunice Beatriz Martin; krause, Miriam Sigrun and CAPP, Edison. Tratamento atual dos miomas. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*. 2007, vol.29, n.6, p. 324-28;
7. Pritts, Elizabeth A, William H Parker, Olive David L. Fibroids and infertility: an updated systematic review of the evidence. *Fertility and Sterilit*, vol. 91, n. 4, April 2009.
8. Berek e Novak; Berek, Jonathan S. *Tratado de Ginecologia*, 14ª edição, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2008.
9. Nilo Bozzoni. *Leiomioma Uterino; manual de orientação*. São Paulo: Ponto, 2004.
10. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Projeto Diretrizes. *Miomatose Uterina*. p. 1-15, Setembro 2002;

11. Kisilevzky, Nestor Hugo; Martins, Maurício de Sena. Embolização uterina para tratamento de mioma sintomático: experiência inicial revisão da literatura. *Radiol Bras*, São Paulo , v. 36, n. 3, p. 129-40, June 2003;
12. Cramer SF & Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990; 94: p. 435–38.
13. Souza VC. A prevalência de miomas uterinos em mulheres negras: as dificuldades e avanços e análise dos dados com recorte racial. O livro da saúde da mulher negra: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas/ Criola/Global Exchange; 2000. p. 88-118.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. Parecer Técnico-Científico. Embolização de artéria uterina em pacientes que visam a preservação do útero. Belo Horizonte, Julho/ 2012, p. 12;
15. Okolo S. Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008 Aug; p. 571-88.
16. Day BD, Dunson DB, Hill MC et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003; p. 100–07. (15)
17. Huyck KL, Panhuysen CI, Cuenco KT, Zhang J, Goldhammer H, Jones ES et al. The impact of race as a risk factor for symptom severity and age at diagnosis of uterine leiomyomata among affected sisters. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198 (2): 168 e1-9.
19. Eltoukhi HM, Modi MN, Weston M, Armstrong AY, Stewart EA. The health disparities of uterine fibroid tumors for African American women: a public health issue. *Am J Obstet Gynecol*. 2014 Mar;210(3):194-9.
20. Baird DD, Hill MC, Schectman JM, Hollis BW. Vitamin D and the risk of uterine fibroids. *Epidemiology*. 2013 May;24(3):447–53.
21. Fowler G, Austoker J. Screening. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS. *Oxford Textbook of Public Health*. New York: Oxford University Press; 1997. p.1583-1599.

22. Datasus. SIH/SUS [Internet]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/> [Acessado em 8 de março de 2016].
23. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. DOU nº 12; 2013; 1: 59
24. Costa Juvenal Soares Dias da, Victora Cesar G.. O que é "um problema de saúde pública"? *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2006 Mar; 9(1): 144-146.
25. Leavell HR. Planejamento para a Saúde Comunitária. In: Leavell HR, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil; 1976. p-666-677.
26. SORIA, Helena Lúcia Zydan et al. Histerectomia e as doenças ginecológicas benignas: o que está sendo praticado na Residência Médica no Brasil?. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007, vol.29, n.2