



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA

MARLI DOS SANTOS GALLY

**ACESSO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA FEMININA NA BAHIA, 2010-2019**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador-Bahia
2024

MARLI DOS SANTOS GALLY

**ACESSO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE INCONTINÊNCIA
URINÁRIA FEMININA NA BAHIA, 2010-2019**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Bruno Gil de Carvalho
Lima

Salvador-Bahia
2024

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

G177 Gally, Marli dos Santos

Acesso a tratamento cirúrgico de incontinência urinária feminina na Bahia, 2010-2019. / Marli dos Santos Gally. – 2024.
35f.: 30cm.

Orientador: Prof.º Dr. Bruno Gil de Carvalho Lima

Mestre em Medicina e Saúde Humana

Inclui bibliografia

1. Incontinência urinária de esforço. 2. Cirurgia. 3. Burch. 4. Slings. I Lima, Bruno Gil de Carvalho. II. Acesso a tratamento cirúrgico de incontinência urinária feminina na Bahia, 2010-2019.

CDU:618.1

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram para que este trabalho fosse realizado, especialmente a minha família, colegas, professores que tão generosamente me apoiaram com incentivos, conhecimentos, valorização e afetividade.

Ao Prof. Bruno Gil de Carvalho Lima pela disponibilidade e orientação, minha gratidão e admiração pelo profissionalismo, conhecimento e talento que vão além da Medicina. Fonte de muito aprendizado e inspiração.

À Profa. Maria do Rosário Von Flat por ter me estimulado e apoiado, a abraçar esse processo de transformação, a partir da aquisição de novos conhecimentos.

À amiga, colega Profa. Maria Lucia Ribeiro Rocha, por seu apoio, por tão gentilmente partilhar seu tempo e conhecimento.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária de esforço, definida pela International Continence Society (ICS) como qualquer perda involuntária de urina, condição de etiologia multifatorial e alta prevalência, que afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres. **Objetivo:** Descrever a distribuição espacial das cirurgias realizadas pelo Sistema Único de Saúde para tratamento da Incontinência Urinária Feminina nas Macrorregiões de Saúde da Bahia entre 2010 e 2019 e a frequência de deslocamento das usuárias. **Métodos:** Foram extraídos do DATASUS Tabnet, Sistema de Informações Hospitalares (SIH), além da ferramenta “Demográficas e Sócio-Econômicas”, População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2021 – Brasil. **Resultados:** Foram selecionados todas as cirurgias realizadas no SUS, (AIH) para o Estado da Bahia no período de 2010 a 2019. Verificou-se uma variação do volume de cirurgias realizadas anualmente em maior concentração nas Macrorregiões Sul, Sudoeste e Leste. **Conclusão:** As cirurgias são concentradas em certas localidades no território baiano e oscilação temporal evidenciando que o atendimento a demanda acontece de forma espasmódica e descontinua com represamentos e deslocamentos.

Palavras-Chave: Incontinência urinária de esforço; Cirurgia; Burch; *Slings*.

ABSTRACT

Introduction: Stress urinary incontinence, defined by the International Continence Society (ICS) as any involuntary loss of urine, a condition with multifactorial etiology and high prevalence, which negatively affects women's quality of life. **Objective:** To describe the spatial distribution of surgeries performed by the Unified Health System to treat Female Urinary Incontinence in the Health Macroregions of Bahia between 2010 and 2019 and the frequency of travel by users. **Methods:** They were extracted from the DATASUS Tabnet, Hospital Information System (SIH), in addition to the "Demographic and Socio-Economic" tool, Resident Population - Study of Population Estimates by Municipality, Age and Sex 2000-2021 - Brazil. **Results:** All surgeries performed in the SUS (AIH) for the State of Bahia in the period from 2010 to 2019 were selected. There was a variation in the volume of surgeries performed annually and a greater concentration in the South, Southwest and East Macroregions. **Conclusion:** Surgeries are concentrated in certain locations in the Bahian territory and temporal oscillation shows that demand is met in a spasmodic and discontinuous manner with delays and displacements.

Keywords: Stress urinary incontinence; Surgery; Burch, Sling.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Tipos de Incontinência urinária, de acordo com os mecanismos fisiopatológicos14
- Quadro 2** - Hospitais gerais e especializados por macrorregião de saúde, Bahia, 2020-2019.....28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Diferença entre cirurgias para incontinência urinária por macrorregião de saúde de internação e de residência, Bahia, 2010-2019.	23
Tabela 2 - Cirurgias para incontinência urinária por macrorregião de saúde por internação, Bahia, 2010-2019, por 100.000 mulheres de 30 a 69 anos.	23
Tabela 3 - Cirurgias para incontinência urinária por macrorregião de saúde de residência, Bahia, 2010-2019, por 100.000 mulheres de 30 a 69 anos.	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IU	Incontinência Urinaria
SGUM	Síndrome Geniturinária da Menopausa
IUE	Incontinência Urinária de Esforço
IUM	Incontinência Urinária mista
IUU	Incontinência Urinária de Urgência
QV	Qualidade de Vida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	Sociedade Internacional de Continência
IUGA	Sociedade Internacional de Uroginecologia
MEV	Mudança de Estilo de Vida
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
TMAP	Treinamento dos Músculos do Assoalho Pélvico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	12
2.1	Objetivo Primário	12
2.2	Objetivo Secundário	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	Conceito e Epidemiologia	13
3.2	Diagnóstico	14
3.3	Tratamento	15
4	MÉTODO	19
4.1	Desenho de Estudo	19
4.2	Fonte dos Dados	19
4.3	Critérios de Inclusão e Exclusão	19
4.4	Análise Estatística	20
5	RESULTADOS	21
6	DISCUSSÃO	25
7	CONCLUSÕES	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A incontinência urinária de esforço (IUE), definida como qualquer perda involuntária de urina no esforço, espirro ou tosse¹, tem uma prevalência entre 14-50%, a depender da faixa etária, paridade e do método diagnóstico utilizado^{2,3}. Apesar da alta prevalência, do sofrimento associado ao constrangimento pela perda de urina e do impacto negativo na qualidade de vida (QV), muitas mulheres que experimentam sintomas de IUE não procuram tratamento⁴.

A abordagem terapêutica da incontinência urinária, no Brasil, é tradicionalmente cirúrgica, empregando procedimentos invasivos, de alto custo e que podem trazer complicações. As técnicas cirúrgicas mais utilizadas no tratamento da IUE são colossuspensões retropúbicas, *slings* pubovaginais e, em especial, *slings* de uretra média^{5,6}.

Considerando que a expectativa de vida para as mulheres brasileiras, de acordo como último censo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 79,1 anos e continua a aumentar⁷, a IUE deve aumentar sua incidência no país. Como a idade média da população ao atingir a menopausa é de 50,5 anos, estima-se que muitas mulheres irão conviver quase um terço de suas vidas com a menopausa e os sintomas associados a ela⁸⁻¹⁰.

A Síndrome Geniturinária da Menopausa (SGUM) é um conjunto de mudanças na região da vulva, vagina e do trato urinário inferior associadas à diminuição dos níveis de estrogênio no tecido urogenital, que leva a redução do aporte sanguíneo, desordens no metabolismo do colágeno e elasticidade da pele^{1,11}. Os sintomas mais comuns relacionados à SGUM são secura e irritação vaginal, dispareunia, sangramento pós-coito; e sintomas urinários como: disúria, frequência, urgência e/ou incontinência urinária aos esforços e infecções urinárias de repetição¹². Apesar de a terminologia não ser a mais indicada, porque a menopausa se refere apenas à data da última menstruação, sendo preferível que se correlacionem os sintomas geniturinários ao climatério, essa é a expressão consagrada pelo uso.

Estima-se que 10% a 45% dessas mulheres convivem com algum desconforto devido a atrofia genital, porém apenas 25% delas procuram tratamento^{8,13,14}. O atraso assistencial deve ser ainda mais pronunciado nas localidades do interior, onde a paridade ainda é maior e a disponibilidade de estrutura hospitalar e de equipes capacitadas para realizar as cirurgias é mais restrita, porém o envelhecimento da população feminina já se faz sentir.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Primário

Descrever a distribuição espacial das cirurgias realizadas pelo Sistema Único de Saúde para incontinência urinária de esforço nas macrorregiões de saúde da Bahia entre 2010 e 2019.

2.2 Objetivo Secundário

Descrever a frequência de deslocamento de pacientes submetidas a cirurgias no estado da Bahia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conceito e Epidemiologia

Historicamente olvidada tanto por urologistas como por ginecologistas, a incontinência urinária (IU) é definida pelas Sociedade Internacional de Continência (ICS) e Sociedade Internacional de Uroginecologia (IUGA) como condição na qual ocorre perda involuntária de urina. A incontinência urinária de esforço (IUE), em sua forma mais comum, é definida como toda perda de urina decorrente de algum esforço físico, como pular, correr e tossir¹⁵. Nos últimos anos, com o surgimento de novas e variadas técnicas de tratamento, houve um aumento de interesse, e a patologia vem sendo objeto de estudo e pesquisa.

Dados epidemiológicos de incidência e prevalência caracterizam-se por taxas com grande variabilidade em diversos estudos. Em países industrializados, estima-se que 17-45% das mulheres são afetadas¹⁶. No Brasil, o Estudo SABE¹⁷ numa amostra de idosos detectou taxas de 22,2% (60-74 anos) e 38,6% (>75 anos). Carneiro (2006), numa população de 1.042 mulheres >15 anos, encontrou uma prevalência de 15,7%¹⁸. Amaro (2009) estudou uma população de 685 mulheres > 20 anos e calculou prevalência de 27%¹⁸. Há um aumento da prevalência com a idade, paridade, menopausa, dificuldade de mobilização, obstipação, obesidade, cirurgias ginecológicas prévias (histerectomia, cirurgias para incontinência), doenças respiratórias crônicas, tabagismo, alcoolismo, uso de diuréticos e institucionalização^{18,19}.

A incontinência urinária de esforço decorre de múltiplas condições que, somadas ou associadas, favorecerão ou evitarão a perda urinária. A etiologia da incontinência urinária de esforço feminina depende de múltiplos fatores. Para a continência, são necessários uma bexiga complacente, integridade da uretra, localizada na sua posição normal, inervação intacta da bexiga. A IUE é geralmente atribuída a hipermobilidade uretral, como resultado da diminuição do suporte uretral e/ou deficiência do esfíncter uretral. Também é associada a fatores hormonais, neurológicos e alterações bioquímicas como causas potenciais de incontinência¹⁹.

A classificação é feita pela causa básica ou a maneira como ocorre a perda urinária, geralmente associada a deficiência esfínteriana e/ou a problemas do detrusor¹⁹. Os principais tipos de IU estão explicitados no Quadro 1.

Quadro 1 - Tipos de Incontinência urinária, de acordo com os mecanismos fisiopatológicos

Incontinência Urinária de Esforço, IUE	Hipermobilidade uretral X Deficiência esfínteriana.
Incontinência Urinária de Urgência, IUU	Síndrome da Bexiga Hiperativa. (apresenta os sintomas de urgência, incontinência, noctúria, frequência). Associada a instabilidade do detrusor.
Incontinência Mista (IUE+IUU)	Deficiência esfínteriana e instabilidade do detrusor.
Incontinência Urinária por Hiperfluxo	Esvaziamento incompleto por obstrução infravesical, no caso das distopias X hipoatividade do detrusor.
Incontinência Funcional	Pessoas com dificuldade de locomoção, dificuldade de chegar ao banheiro.

Fonte: Ministério da Saúde, 2020

O tipo de IU mais frequente é a IUE (50%), seguida da IU mista (IUM) (36%) e da IU de urgência pura (IUU) (11%)¹⁸.

3.2 Diagnóstico

A avaliação diagnóstica é baseada na anamnese bem elaborada, com busca ativa da sintomatologia. A paciente deve ser questionada quanto a perda, como ocorre (esforço ou urgência), hábitos miccionais, necessidade de utilizar absorventes, fraldas, ingesta hídrica, associação medicamentosa, bebidas alcoólicas (efeito diurético), cafeína, cítricos. Também se devem pesquisar cirurgias pélvicas anteriores, e o grau de desconforto que esse problematraz a sua vida. Os fatores de risco ainda incluem idade (há maior prevalência com o aumento da idade, com pico na 5ª década), obesidade (como facilitador da perda urinária, pelo aumento da pressão abdominal), e paridade (há uma maior incidência a partir do terceiro parto, e é mais frequente no parto vaginal, contudo a cesárea parece não proteger). O tabagismo está relacionado a maior prevalência de doenças respiratórias crônicas, e o esforço repetitivo, ao tossir. História familiar e etnia são relevantes, pois existe uma maior incidência nas mulheres caucasianas. Também se devem interrogar constipação, deficiência cognitiva e comorbidades, como Diabetes Mellitus^{15,19}. Importante que, pela história clínica, o

profissional de saúde seja capaz de categorizar a incontinência urinária.

Deve-se avaliar, no exame físico, a funcionalidade da contração dos músculos do assoalho pélvico (elevadores do ânus), recomenda-se realizar teste de esforço (tipo tossir, manobra de Valsalva) com a intenção de reproduzir a perda urinária. A paciente pode estar deitada ou em ortostase, com a bexiga confortavelmente cheia. É preciso pedir que faça força para evidenciar distopias genitais, fístula vesicovaginal, bem como inspecionar vulva e vagina em busca de atrofia^{18,20}.

Os exames complementares incluem os laboratoriais, (EAS, cultura, glicemia) para afastar infecção do trato urinário, causa transitória de incontinência urinária e Diabetes como fator facilitador. O ultrassom suprapúbico é indicado para investigação do resíduo miccional, considerando acima de 100ml como anormal. O teste urodinâmico consiste em fluxometria, medida de pressão uretral, estudos miccionais combinados, pressão vesical+fluxo e estudo eletromiográfico da musculatura do assoalho pélvico, sendo mais indicado para a IUM e antes de procedimento cirúrgico, na falha de tratamento conservador ou cirúrgico para auxiliar na opção terapêutica. Diário miccional consiste numa tabela onde a paciente é orientada, durante três dias, (incluindo dias de trabalho e lazer), a anotar a quantidade de líquidos ingeridos, eliminados (micção), se ocorre perda e em que situação. Não há uma rotina preestabelecida de exames, a conduta deve ser individualizada, associando exames aos sintomas^{18,20}.

3.3 Tratamento

O tratamento é orientado para o tipo e as causas da incontinência. **O tratamento de primeira linha** abrange MEV – mudança de estilo de vida, terapêutica comportamental, controle de peso, dieta, obstipação, tabagismo, Diabetes. Mudanças de hábitos incluem a redução da ingestão de fluidos, cafeína, alimentos ácidos e álcool, além da orientação como perda de peso, cessação do tabagismo e tratamento da constipação^{15,18,20}. O TMAP (treinamento dos músculos do assoalho pélvico) é um programa de exercícios musculares para fortalecimento da musculatura pélvica (proposto pelo ginecologista A. H. Kegel, 1948), associado a estrogênio vaginal, nas mulheres com atrofia (pós-menopausa e quando da utilização de pessário). E o treinamento vesical desenvolve controle voluntário da micção.

O tratamento de segunda linha, farmacológico, são os anticolinérgicos ou anti-

muscarínicos (oxibutinina, tolterodina, solifenacina), contraindicados nas pacientes que apresentam glaucoma de ângulo fechado, miastenia e deficiência cognitiva. Os efeitos colaterais mais frequentes são boca seca, constipação, turvação da visão para perto. Requer avaliação oftalmológica antes da prescrição. Agonista beta-adrenérgico (mirabegrona) é contraindicado em hipertensão arterial sistêmica (HAS) descontrolada. Cloridrato de imipramina, antidepressivo tricíclico que tem ação anticolinérgica e alfa-adrenérgica indireta relaxando o detrusor, aumenta a pressão intrauretral. São medicamentos de alto custo e não estão disponibilizadas no SUS, à exceção da imipramina²⁰. A recomendação de não incorporar essas tecnologias foi publicada pelas portarias SCTIE/MS nº 33/2019 e nº 34/2019²⁰.

O tratamento de terceira linha, intervencionista, inclui a toxina botulínica, que é aplicada no detrusor, via cistoscopia, as cirurgias (cirurgia de Burch, slings, cistoplastia), os implantes periuretrais, que são injeções de micropartículas (teflon, colágeno, lipoinjeção autóloga), indicado nos casos de fibrose uretral consequente a cirurgias prévias ou radioterapia. A estimulação percutânea do nervo tibial posterior e a neuromodulação sacral são procedimentos específicos da fisioterapia, para as incontinências de origem neurogênica.

Para a IUE, além do tratamento de primeira linha, existe o tratamento farmacológico com o antidepressivo duloxetine, que pode levar a aumento na capacidade vesical e tônus do esfíncter uretral, e é mais indicada em pacientes idosas, mas pouco usado na prática, devido ao risco de desencadear quadros psicóticos. Pessário é mais indicado para as perdas pontuais, por exemplo mulheres que perdem com atividade física (*jumping*). Ficam como segunda opção de tratamento os procedimentos de terceira linha, as cirurgias.

Para a IUU, o tratamento de primeira linha pode ser associado ao tratamento de segunda e ao de terceira linha. Na IUM, o tratamento é uma mescla dos procedimentos de primeira e segunda linha, priorizando os sintomas mais incômodos. Na Incontinência Urinária por hiperfluxo, que está associada aos prolapso, o tratamento contempla os procedimentos de primeira linha e correção das distopias.

O tratamento padrão da IUE é a fisioterapia com treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP) no âmbito da Atenção Primária. Embora seja procedimento simples, eficaz, de baixo custo, está associado a baixa adesão da paciente²⁰. O TMAP depende de aceitação, compreensão, motivação da paciente e de incentivo pelo profissional de saúde^{12,21-23}. A prescrição e realização das técnicas de reabilitação, e o seguimento do tratamento, dependem de profissionais qualificados. No SUS, o procedimento que registra estas técnicas é o 03.02.01.002-5 – Atendimento fisioterapêutico em pacientes com disfunções uroginecológicas²⁰. No entanto, as equipes de saúde da família não contemplam esse profissional. A abordagem terapêutica da incontinência urinária, no Brasil, é tradicionalmente cirúrgica, procedimentos invasivos, de alto custo e que podem trazer complicações.

As técnicas cirúrgicas mais utilizadas no tratamento da IUE são colpossuspensões retropúbicas, *slings* pubovaginais e, em especial, *slings* de uretra média^{5,6}. A colpossuspensão retropúbica ou cirurgia de Burch pode ser realizada por minilaparotomia, laparoscopia convencional ou laparoscopia robô-assistida²⁴. Tem alta taxa de sucesso e poder ser uma opção para correção de IUE associada à correção de prolapso apical por sacrocolpopexia abdominal ou histerectomia abdominal²⁴. Deve ser evitada em pacientes obesas, com perdas graves, defeito esfinteriano, por apresentar menor taxa de sucesso e mais complicações. O *sling* de uretra média foi desenvolvido por Ulmsten *et al.*²⁵ em 1996, utiliza agulhas passadas por via retropúbica, com mínima dissecação da parede vaginal anterior, colocando uma faixa de polipropileno ao redor da uretra média, para restaurar ligamentos pubouretrais, com possibilidade de ser realizada sob anestesia local²⁶. Estudos com curto prazo de seguimento (12 meses) demonstraram 71% a 97% de cura subjetiva²⁷ e 78% de cura objetiva para o *sling* retropúbico²⁸. A longo prazo, até 17 anos, mostram 90% de cura objetiva e 87% de cura subjetiva²⁹. Tem como complicação mais frequente perfuração vesical. Decorrente dessa incidência, em 2001, Delorme, baseado na teoria de DeLancey³⁰, desenvolveu nova técnica, a dos *slings* transobturadores, onde a inserção da faixa é de fora para dentro, da raiz da coxa, através do forame obturador, até a região suburetral, diminuindo a incidência de trauma vesical e neurovascular. Há uma nova variação dessa técnica, descrita por De Leval, também transobturadora, mas de dentro para fora. Ambas parecem ter a mesma eficácia, sem diferença nas taxas de complicações. As taxas de cura subjetiva dos *slings* transobturadores em curto prazo (12 meses) variam entre 62% e 98%, enquanto a longo prazo (mais de cinco anos) vão de 43% a 92%²⁷, e a taxa de cura objetiva no prazo de 36 meses oscila em torno de 90%³¹. Nova geração de *slings* vem sendo desenvolvida, minimizando complicações e facilitando a

técnica. O *sling* pubovaginal é posicionado sob o colo vesical ou uretra proximal, utilizando a fásia anterior do reto abdominal ou outro material sintético.

Sabe-se que a incontinência urinária tem impacto na qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico e social das mulheres²⁰. Como exemplo, pode-se destacar a perda da autoestima, insegurança em frequentar lugares públicos ou trabalhar fora de casa, que podem levar a quadros de depressão, ansiedade, isolamento social, déficit no trabalho, disfunção sexual. O tratamento é de extrema importância para a saúde física e mental, uma vez que visa a recuperar a continência e, conseqüentemente, a autoestima e qualidade de vida¹⁸.

4 MÉTODO

4.1 Desenho de Estudo

Foi realizado um estudo descritivo da morbidade de demanda, de distribuição espacial e série temporal, das cirurgias realizadas pelo SUS para tratamento de IUE nas macrorregiões de saúde do estado da Bahia de 2010 a 2019.

4.2 Fonte dos Dados

Foram extraídos do DATASUS Tabnet, Sistema de Informações Hospitalares (SIH) dados sobre a realização, em pacientes do sexo feminino, dos procedimentos de código SIA/SUS 0409010499 TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA VIA ABDOMINAL, 0409070270 TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL e 0409070203 OPERACAO DE BURCH no período de janeiro/2010 a dezembro/2019, totalizando um decênio e interrompendo a coleta em 2019, para não contaminar a extração com os anos da pandemia de COVID-19, que provocaram grande redução de procedimentos cirúrgicos eletivos, por conta do isolamento social motivado pela SARS-CoV-2.

As cirurgias realizadas foram distribuídas conforme as macrorregiões de saúde 2910 SUL (NBS - ILHEUS), 2911 SUDOESTE (NBS - VITORIA CONQUISTA), 2912 OESTE (NBS - BARREIRAS), 2913 NORTE - (NRS - JUAZEIRO), 2914 NORDESTE (NRS - ALAGOINHAS), 2915 LESTE - (NRS - SALVADOR), 2916 EXTREMO SUL (NRS - TEIXEIRA FREITAS) e 2917 CENTRO-LESTE (NRS - FEIRA SANTANA), tanto por residência da usuária como por local de atendimento, além do ano de intervenção.

4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram extraídos dados da totalidade das cirurgias realizadas, consistindo em estudo de morbidade de demanda, não se podendo alcançar eventuais usuárias que tinham a indicação cirúrgica, mas não conseguiram o tratamento. Entretanto, foi incluída toda a população operada com custeio público.

4.4 Análise Estatística

Para assegurar a comparabilidade entre as macrorregiões, os totais de procedimentos foram divididos pela população feminina entre 30 e 69 anos, faixa etária em que se espera que aconteça a maior parte das cirurgias para incontinência urinária. Tais cifras foram extraídas do DATASUS, ferramenta “Demográficas e Sócio-Econômicas”, População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2021 –Brasil.

Por se tratar de estudo com dados secundários agregados, não foi possível estabelecer testes de hipóteses de base individuada, optando-se por comparar proporções de cirurgias conforme região de saúde e ano de operação.

5 RESULTADOS

Na Bahia, foram realizadas, com custeio público, 2.315 cirurgias para tratamento de incontinência urinária feminina de 2010 a 2019 (extração por local de internação), número semelhante ao de 2.319 cirurgias do mesmo tipo por local de residência. Comparando as macrorregiões de saúde, a diferença entre mulheres operadas por local de internação e por local de residência demonstrou um excesso de 244 cirurgias na Região Leste, e as macrorregiões de saúde com maiores diferenças negativas foram a Norte (66) e a Centro-Leste (62), conforme Tabela 1.

A macrorregião da Capital realizou, para todo o período estudado, cirurgias tanto de pacientes residentes, como de transferidas de outras localidades, sendo que ao longo dos anos, esta tendência foi crescente, com ênfase para o período de 2017 a 2019. Já a macrorregião Sul, que nos primeiros três anos deste estudo recebeu pacientes de outras áreas, passou a transferi-las em 2013 (Tabela 1).

Na Tabela 2, estão descritas as taxas de cirurgias por local de internação, a cada 100.000/mulheres na faixa etária de 30 a 69 anos, por ano e macrorregiões, podendo-se verificar que a macrorregião Sul apresentou grande volume de cirurgias, superior a região Leste, nos anos de 2010, 2011, 2012, tendo redução importante a partir de 2013, sendo que em 2019 apresentou o seu pior resultado.

Apesar da macrorregião Leste absorver grande número de pacientes transferidos de outras localidades, manteve suas taxas entre 6,2 e 9,0 para o maior número de anos estudados, com elevação em 2019 para 12,5, quando ocorreu redução das taxas das macrorregiões Sul e Oeste, outrora com desempenho significativamente superior. A macrorregião Extremo Sul também manteve, entre 2010 e 2015, taxas superiores à Leste, tendo redução a partir de 2016. As macrorregiões Norte, Nordeste, Centro-Leste e Centro-Norte apresentam pequeno volume de cirurgias, principalmente a Centro-Leste (Tabela 2).

Chama a atenção que onze anos figuraram com zero cirurgia, alternadamente nas macrorregiões Norte, Nordeste e Centro-Norte, e que houve variações grandes de um ano para outro, como em 2016 nas macrorregiões Sul e Extremo Sul, 2015 e 2018 no Sudoeste, 2015 no Oeste (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta a distribuição das taxas de cirurgia por local de residência, para cada 100.000 mulheres entre 30 e 69 anos de idade. Os dados apontam para uma disparidade entre a prevalência estimada da doença e as taxas de tratamento cirúrgico realizado, sendo que as macrorregiões Nordeste e Centro-Leste apresentam os piores resultados, quando comparadas às demais. Interessante pontuar o aumento observado nesta taxa, no ano de 2019, para as Macrorregiões Norte, Nordeste, Leste, Extremo Sul e Centro-Norte (Tabela 3). Foram 11 as unidades de observação zeradas no período.

Tabela 1 - Diferença entre cirurgias para incontinência urinária por macrorregião de saúde de internação e de residência, Bahia, 2010-2019.

Macrorregião de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Sul	1	2	2	-2	0	-9	-12	-2	-3	-9	-32
Sudoeste	-1	-1	-6	-2	-1	4	13	-1	-2	0	3
Oeste	1	0	-2	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-2	-9
Norte	-1	-5	-3	-6	-4	-2	-7	-12	-12	-14	-66
Nordeste	-2	0	-1	-1	-5	-3	-1	-4	-4	-10	-31
Leste	7	12	11	18	17	23	23	33	41	59	244
Extremo Sul	0	0	0	0	0	0	-1	0	-2	-1	-4
Centro-Leste	-2	-3	-1	-2	-3	-7	-9	-9	-13	-13	-62
Centro-Norte	-1	-3	-1	-5	-1	-5	-6	-7	-5	-13	-47
Total	2	2	-1	-1	2	0	-1	-3	-1	-3	-4

Fonte: DATASUS.

Tabela 2 - Cirurgias para incontinência urinária por macrorregião de saúde por internação, Bahia, 2010-2019, por 100.000 mulheres de 30 a 69 anos.

Macrorregião de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sul	32,8	38,1	33,6	7,9	7,5	7,4	21,2	7,2	6,0	2,1
Sudoeste	12,0	8,5	5,1	6,6	6,7	17,0	20,1	8,1	12,3	11,4
Oeste	4,9	10,8	2,9	1,1	0,5	8,0	5,2	6,6	7,4	3,4
Norte	1,0	1,4	1,4	4,6	0,4	2,2	0,0	0,0	0,0	1,6
Nordeste	2,2	1,6	1,6	1,6	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5
Leste	6,2	7,7	6,6	6,6	6,7	9,0	8,4	7,6	8,2	12,5
Extremo Sul	11,1	5,7	8,6	7,8	8,2	9,7	3,3	2,7	5,3	7,3
Centro-Leste	1,8	2,9	2,4	1,9	3,8	1,4	0,8	1,0	0,4	0,4
Centro-Norte	2,6	0,0	1,2	1,2	0,0	0,0	0,0	1,7	0,5	0,0
Total	8,6	9,3	7,8	5,1	5,0	7,3	8,1	5,1	5,7	6,7

Fonte: DATASUS.

Tabela 3 - Cirurgias para incontinência urinária por macrorregião de saúde de residência, Bahia, 2010-2019, por 100.000 mulheres de 30 a 69 anos.

Macrorregião de Saúde	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sul	32,5	37,5	33,1	8,5	7,5	9,8	24,4	7,7	6,8	4,4
Sudoeste	12,3	8,7	6,7	7,1	7,0	15,9	16,9	8,3	12,7	11,4
Oeste	4,3	10,8	4,1	1,7	1,1	8,6	5,7	7,1	7,9	4,4
Norte	1,5	3,8	2,8	7,3	2,2	3,1	3,0	5,0	5,0	7,3
Nordeste	3,4	1,6	2,1	2,1	2,6	2,0	0,5	1,9	1,9	5,1
Leste	5,5	6,6	5,6	5,1	5,3	7,2	6,5	5,0	5,1	8,0
Extremo Sul	11,1	5,7	8,6	7,8	8,2	9,7	3,9	2,7	6,4	7,8
Centro-Leste	2,3	3,6	2,6	2,4	4,4	2,9	2,6	2,7	2,9	2,8
Centro-Norte	3,2	1,9	1,8	4,2	0,6	2,9	3,4	5,6	3,3	7,0
Total	8,5	9,3	7,8	5,2	4,9	7,3	8,1	5,2	5,8	6,8

Fonte: DATASUS.

6 DISCUSSÃO

A diferença inexpressiva das cirurgias por local de internação e local de residência sugere não ter havido migração de pacientes para outra Unidade da Federação, e sim entre macrorregiões. Por se tratar de um estudo com dados agregados, em que a unidade de análise é a macrorregião de saúde, não se pode afastar a possibilidade de que usuárias do SUS tenham cruzado a fronteira entre a Bahia e outros estados. Quando a macrorregião Sul estava realizando muitas internações entre 2010 e 2012, podia ser que atraísse demanda reprimida do Sudoeste, e esta macrorregião, por sua vez, atendesse pacientes do norte de Minas Gerais. A macrorregião Norte tem maior probabilidade de drenar sua demanda reprimida para Pernambuco, haja vista que Petrolina é um município mais desenvolvido que Juazeiro. A macrorregião Leste, onde fica Salvador, operou 244 mulheres não residentes, demonstrando a necessidade de deslocamentos territoriais para ter acesso à assistência especializada. A atração pela Capital provavelmente está associada à ampliação da infraestrutura com a construção de hospitais, voltada para atenção à saúde da mulher^{32,33}.

As transferências entre área de residência e local de internamento para tratamento cirúrgico da IUE ocorrem conforme estabelecido no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária não Neurogênica, estabelecido pela Portaria Conjunta nº 1, de 09 de janeiro de 2020 do Ministério da Saúde, e por meio do sistema de regulação. Criada em 2008, a Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) objetiva promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários ao SUS, otimizando a utilização dos serviços, em busca da qualidade da ação, resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja, para tanto, a fragmentação do cuidado³⁴. Para essas pacientes também são oferecidos benefícios estabelecidos no Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), instituído pela Portaria SAS nº 55/1999, que consiste em “assegurar o encaminhamento do paciente atendido na rede pública conveniada ou contratada do SUS para tratamento médico a ser prestado em outra localidade, quando esgotados todos os meios de atendimento no local onde reside”³⁵. Em que pese possibilitar o acesso de cidadãos à assistência onde há capacidade instalada, a Regulação e o TFD não são suficientes para assegurar que de fato isto ocorra. O passo a passo para obter o TFD é longo e demorado, pois exige a avaliação médica, com emissão de relatório; cadastro da solicitação no programa TFD; avaliação por comissão médica; confirmação e agendamento da viagem; até, por fim, a viagem³⁶. Esse fluxo, necessário para estabelecer necessidades e prioridades,

como também para reduzir perdas financeiras para o SUS, tem capacidade de resolução abaixo da exigida para a demanda existente.

A discrepância de números de cirurgias nas macrorregiões anualmente pode estar relacionada aos mutirões de cirurgias. Esse achado sugere ainda que, além de ter deixado de receber pacientes de outras localidades, as macrorregiões Sul e Sudoeste perderam capacidade para atender a demanda local. E a macrorregião Leste, apesar de concentrar os serviços e profissionais capacitados a diagnosticar e tratar pacientes com IUE, mantém taxas inferiores ao Sul, Sudoeste e Extremo Sul para a maioria dos anos estudados, tanto por residência da paciente quanto por local de atendimento. Uma hipótese explicativa é que o tamanho populacional da região de saúde Leste esteja diluindo o volume cirúrgico, e pode ser que essa região, mais urbanizada, tenha menor coeficiente de fecundidade e menor demanda pela cirurgia para as próprias residentes, apesar de que a maior média etária da população tenderia a aumentar a incidência de IU.

Os mutirões fazem parte do Programa Estadual de Ampliação do acesso às Cirurgias Eletivas e têm como objetivo ampliar a oferta de procedimentos e cirurgias eletivas de média e alta complexidade, reduzir o tempo de espera por cirurgias eletivas e evitar complicações secundárias à evolução da doença por perda do tempo cirúrgico oportuno, acontecendo de forma descentralizada e regionalizada, sendo os serviços executados em unidades da rede de saúde (públicas, filantrópicas e/ou privadas), através de pactuação entre os municípios com demanda reprimida com aqueles que detêm a infraestrutura necessária, intermediada pelo Estado³⁷. A demanda é conhecida através do cadastramento pelas secretarias municipais de saúde no Sistema Lista Única do Governo do Estado. Contudo, a gestão da fila de espera é complexa, envolve várias ações, desde as equipes da Estratégia de Saúde da Família na identificação da demanda, a resposta da referência e contrarreferência, fila de espera para consultas com especialista e realização de exames diagnósticos. O serviço contratado (hospital) que não cumpre o acordo, realizando cirurgias aquém do pactuado, até mesmo, por não dispor de recursos humanos, equipe cirúrgica (especialistas, anesthesiologistas) pode ser sancionado. Há incerteza dos municípios em alocar seus recursos (AIH) para outro município com resolutividade duvidosa.

Outra dificuldade é a distância enfrentada pelos usuários e municípios, pois precisam criar condições de transporte, apoio e hospedagem, quando necessárias³⁸. Por exemplo, em 2018,

o Mutirão em Itaberaba, considerando os municípios contemplados, demonstra o itinerário terapêutico do usuário que realiza o pré-operatório, consultas, exames diagnósticos em Itaberaba (serviço móvel) e são operados na cidade de Rui Barbosa³⁹.

Estratégias de enfrentamento da fila incluem medidas de aumento da oferta, como ampliação de leitos e do quantitativo de especialistas, bem como o aumento da eficiência no uso da capacidade instalada⁴⁰. Os mutirões refletem a falta de investimento em infraestrutura, da má distribuição e fixação de médicos nas regiões.

Extração do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por intermédio do DATASUS (CNES - Estabelecimentos por Tipo - Bahia) revela que os tipos de unidade hospital geral e hospital especializado alcançavam o quantitativo de 535 unidades no estado da Bahia em janeiro/2010, decrescendo para 530 em dezembro/2019. Se a disponibilidade de hospitais para internar e operar as pacientes com incontinência urinária diminuiu no período estudado, acrescente-se que não é a quantidade de hospitais que mais importa para o problema, mas a quantidade de vagas ou leitos, parâmetro em que o Brasil vem apresentando desempenho insatisfatório na rede pública⁴¹. Ainda que aumentasse o número de hospitais, não se poderia afastar a possibilidade de inaugurações que ofertam à população unidades novas à custa do fechamento de enfermarias inteiras em hospitais já existentes. Da mesma forma, por vezes cria-se um hospital especializado redirecionando a demanda que antes já era atendida num hospital geral, de forma que o resultado final é uma soma zero.

Comparando a flutuação de unidades hospitalares na Bahia entre 2010 e 2019, o Quadro 2 demonstra que a Macrorregião de Saúde Sul perdeu sete unidades, sendo aquela com maior decréscimo, o que pode ser uma explicação para a perda de volume operatório no decênio. Paradoxalmente, a Região Leste foi a segunda com maior redução de hospitais, mas manteve-se como aquela que mais realiza cirurgias para incontinência, em números absolutos, e que mais recebe clientela de outras regiões do estado.

Quadro 2 - Hospitais gerais e especializados por macrorregião de saúde, Bahia, 2020-2019.

Macrorregião de Saúde	2010/Jan	2019/Dez
2910 SUL (NBS - ILHEUS)	68	61
2911 SUDOESTE (NBS - VITORIA CONQUISTA)	81	83
2912 OESTE (NBS - BARREIRAS)	41	42
2913 NORTE - (NRS - JUAZEIRO)	34	33
2914 NORDESTE (NRS - ALAGOINHAS)	30	27
2915 LESTE - (NRS - SALVADOR)	124	118
2916 EXTREMO SUL (NRS - TEIXEIRA FREITAS)	28	30
2917 CENTRO-LESTE (NRS - FEIRA SANTANA)	88	95
2918 CENTRO - NORTE (NRS - JACOBINA)	41	41
Total	535	530

Fonte: CNES, DATASUS.

É sabido que as desigualdades relacionadas a recursos diagnósticos e terapêuticos, associados ao tamanho geográfico e à distribuição populacional do Estado, assim como à importância econômica destas regiões, impõe retardo na resolução de problemas apresentados por grande número de mulheres, as quais continuam invisíveis para as estatísticas de saúde. Uma parte significativa da população brasileira encontra muitas dificuldades para acesso ao tratamento cirúrgico, principalmente no Norte e Nordeste do país. Avaliada pelo IDPP - Índice de Desigualdade Público Privada, a Bahia figura com 12,06, enquanto a média nacional é 3,9, o que quer dizer que os pacientes do setor público têm acesso a menos de 10% do número de médicos que podem ser acessados no setor privado³⁵.

Outro aspecto relevante é a formação médica no país, fundamentalmente privada e mal distribuída e apresenta indicadores de qualidade mínimos⁴². A cirurgia de Burch, cirurgia antiga e preterida com o advento dos *slings*, volta ao cenário com recomendação em estudos, para inclusão nos programas de residência médica após os problemas graves relacionados à tela para tratamento de prolapso. Apesar da eficácia semelhante aos *slings*, a cirurgia de Burch depende de uma curva de aprendizagem maior⁴³. Quando analisados os procedimentos cirúrgicos para tratamento da IUE no DATASUS, a cirurgia de Burch tem uma mínima participação no percentual de cirurgias realizadas, sugerindo uma técnica poucodominada pela maioria dos cirurgiões. Em 2019, a CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica, inclui as competências para as Desordens do Assolho Pélvico (incontinência urinária, fecal e prolapso) no Programa de Residência Médica de Ginecologia e Obstetrícia, incluindo o domínio da técnica da colposuspensão de Burch⁴⁴. Também está no Programa de Residência

Médica de Urologia. Uma possibilidade explicativa das flutuações de cirurgia no interior da Bahia se relaciona com a existência de serviços hospitalares com programa de residência médica ativo. Cirurgiões que dominam astécnicas podem preferir atuar apenas no subsistema privado, mas mantendo algum grau de atuação no SUS, pelo prestígio de serem preceptores num PRM e pela possibilidade de participarem da formação de novos especialistas. Quando um PRM entra em diligência ou é descredenciado, pode haver vazios assistenciais na saúde motivados por descontinuidades da pós-graduação médica⁴¹.

A Comissão Nacional de Residência Médica incluiu na matriz de competências dos PRMs de Ginecologia e Obstetrícia dominar o tratamento cirúrgico das desordens do assoalho pélvico (colporrafia anterior, colporrafia posterior, correção do prolapso da parede vaginal anterior pela técnica sítio específica, correção do prolapso da parede vaginal posterior pela técnica sítio específica, uretrocistoscopia diagnóstica, hidrodistensão sob narcose no diagnóstico e tratamento da bexiga dolorosa, cirurgia de Burch, Sling retopúbico e transobturatório com ou sem o uso de malhas),⁴⁵ mas não se pode garantir que todos os programas credenciados efetivamente ofereçam aos médicos residentes participação prática em todas essas intervenções. Exemplificando, 11 dos 143 programas de residência médica em diligência em 2022 eram de Ginecologia e Obstetrícia⁴⁶, a mesma especialidade em que 28 PRMs foram descredenciados em 2023. Embora a residência médica seja considerada o padrão-ouro da formação pós-graduada em Medicina, os preceptores enfrentam sérios problemas de despreparo, não se alcançando sequer $\frac{1}{4}$ com participação em atividades de educação permanente abordando o ensino na residência, metodologia educacional ou didática ou especialização na área de Educação entre os PRMs de Ginecologia e Obstetrícia, conforme levantamento de Aguiar, Araújo, Braga e Borges (2017).

Estima-se que a IU feminina afete de 17 a 45% das mulheres adultas nos países industrializados, uma condição de alta prevalência que tem impacto negativo na qualidade de vida das mulheres (relacionada às condições de baixa satisfação com a vida, baixo envolvimento social, depressão, ansiedade, dificuldades laborais, isolamento social, disfunção sexual, infecções perineais, do trato urinário, dermatites, quedas, fraturas, perturbações do sono e dependência)⁴⁷.

Prevê-se uma necessidade de tratamento crescente, com aumento da expectativa de vida feminina. O maior estudo brasileiro sobre IU foi realizada pela Organização Mundial de

Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), denominado Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (Estudo SABE) com 2.143 pessoas idosas da cidade de São Paulo, e apresentou prevalência 26,2% entre as mulheres idosas¹⁷. Os dados do presente estudo não refletem a prevalência esperada. O acesso limitado também pode estar relacionado à reação da paciente, quando desconhece a patologia, e a aceita como processo inerente ao envelhecimento, não percebendo o quanto afeta sua qualidade de vida, não procurando atendimento médico, pois não tem informações sobre saúde, bem-estar e cuidados de saúde⁴⁸. Assim, torna-se evidente a falta de investimento na infraestrutura em saúde pública no Estado, quando a maior parte da população depende do sistema público de saúde.

Não se pode desconsiderar a descontinuidade de suprimento para a realização das modalidades cirúrgicas que exigem órteses, próteses e materiais especiais (OPME), pois atrasos e gargalos em processos licitatórios podem inviabilizar a colocação de *slings* por falta de malha ou agulha, o que constitui, inclusive, uma das indicações para cistopexia à Burch. A tal ponto chegou o represamento de demanda, que já tramita na Câmara dos Deputados projeto de lei para garantir tratamento para incontinência urinária, o que deveria ser desnecessário, haja vista o princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde⁴⁹.

Este estudo apresenta limitações relacionados à coleta de dados, por ter usado dados secundários que não apresentam a idade das pacientes quando da ocorrência da cirurgia, origem e local da realização, tempo entre o diagnóstico e o tratamento. Outra medida para robustecer os achados seria correlacionar os dados do SIH (intervenção cirúrgica mediante internação) com os do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), mas o DATASUS Tabnet só tabula as consultas médicas como atenção primária (0301010064) ou especializada (0301010072), sem descer a detalhes de especialidade (ginecologia, urologia ou uroginecologia) e sem vincular o atendimento ao código CID (Classificação Internacional de Doenças) da patologia que motivou a consulta.

7 CONCLUSÕES

Procedimentos cirúrgicos para tratamento de IUE são concentrados em certas localidades no território baiano, como Salvador, Ilheus e Vitoria da Conquista, impedindo acesso igualitário das usuárias do SUS às técnicas consagradas pela Uroginecologia e motivando represamentos e deslocamentos.

Cirurgias para tratamento de IUE acontecem na Bahia com oscilação temporal, evidenciando que o atendimento à demanda acontece de forma espasmódica e descontínua, com represamentos.

REFERÊNCIAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21(2):167-78.
2. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar A. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of incontinence in the country of Nord-Trondelag*. *J Clin Epidemiol*. 2000; 53(11): 1150-7.
3. Herzog AR, Diokno AC, Brown MB, Normolle DP, Brock BM. Two-year incidence, remission, and change patterns of urinary incontinence in noninstitutionalized older adults. *J Gerontol* 1990; 45: M67–74.
4. Felde G, Ebbesen MH, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with urinary incontinence. A 10-year follow-up study from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *Neurourol Urodyn*. 2017; 36:322-8.
5. Ogah J, Cody JD, Rogerson L. Minimally invasive synthetic suburethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4):CD006375. Review. Update in. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;7:CD006375.
6. Novara G, Artibani W, Barber MD, Chapple CR, Costantini E, Ficarra V, et al. Updated systematic review and meta-analysis of the comparative data oncolposuspensions, pubovaginal slings, and midurethral tapes in the surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Eur Urol*. 2010;58(2):218–38.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. [Internet]. 2016. Available from: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>.
8. Kingsberg SA, Kellogg S, Krychman M. Treating dyspareunia caused by vaginal atrophy: A review of treatment options using vaginal estrogen therapy. *Int J Womens Health*. 2009;1(1):105–11.
9. Nappi RE, Palacios S. Impact of vulvovaginal atrophy on sexual health and quality of life at postmenopause. *Climacteric* [Internet]. 2014 Feb 15;17(1):3–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13697137.2013.871696>.
10. Parish, Nappi R, Krychman, Kellogg-Spadt, Simon, Goldstein, et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health* [Internet]. 2013 Jul;437. Available from: <http://www.dovepress.com/impact-of-vulvovaginal-health-on-postmenopausal-women-a-review-of-surv-peer-reviewed-article-IJWH>.
11. Mac Bride MB, Rhodes DJ, Shuster LT. Vulvovaginal Atrophy. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2010 Jan;85(1):87–94. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025619611603145>.

12. Syan R, Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. *BJU Int.*, 2016;117(1):20-33.
13. Santoro N, Komi J. Prevalence and Impact of Vaginal Symptoms among Postmenopausal Women. *J Sex Med [Internet]*. 2009 Aug;6(8):2133–42. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515326163>.
14. North American Menopause Society. The role of local vaginal estrogen for treatment of vaginal atrophy in postmenopausal women. *Menopause [Internet]*. 2007 May;14(3):357–69.
15. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Incontinência urinária de esforço. São Paulo: Febrasgo; 2021 (Protocolo Febrasgo de Ginecologia, nº 50/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).
16. Veit-Rubin N, Dubuisson J, Ford A, Dubuisson JB, Mourad S, Digesu A. Burch colposuspensão. *Neurourologia e Urodinâmica*. 2019;318–:1505,3–562. <https://doi.org/10.1002/nau.23905>
17. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the Municipality of Sao Paulo, Brazil: SABE Study (Health, Wellbeing and Aging). *Cadernos de Saúde Pública*, 2009; 25(8):1756- 1762.
18. Portal IFF/Fiocruz - Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>.
19. Rubinstein, Urologia Feminina. Fundo Editorial BYK. São Paulo, 1999.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da incontinência urinária não neurogênica [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
21. Robinson D, Giarenis I. The medical management of refractory overactive bladder. *Maturitas*, 2013;74(4): 386-390.
22. Giarenis I, Cardozo L. Management of refractory overactive bladder. *Minerva ginecológica*, 2013, 65(1):41-52.
23. Lightner DJ, Gomelsky A, Souter L, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline. *J Urol*. 2019 Sep;202(3):558-563. doi: 10.1097/JU.000000000000309.
24. Jelovsek JE, Reddy J. Surgical management of stress urinary incontinence in women: Choosing a primary surgical procedure. In: Brubaker L, editor. *UpToDate*. c2020. [cited 2020 Nov 7]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/surgical-management-of-stress-urinary-incontinence-in-womenchoosing-a-primary-surgical-procedure?search=Surgical%20management%20of%20stress%20urinary%20incontinence%20in%20women:%20Choosing%20a%20primary%20surgical%20procedure&source=search_

result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

25. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1996;7(2):81–5.
26. Ulmsten U. An introduction to tension-free vaginal tape (TVT)—a new surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2001;12(S2 Suppl 2):S3–4.
27. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, Ogah J. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(7):CD006375.
28. Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, Kenton K, Norton PA, Sirls LT, et al. Urinary Incontinence Treatment Network. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med.* 2010;362(22):2066–76.
29. Nilsson CG, Palva K, Aarnio R, Morcos E, Falconer C. Seventeen years' follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for female stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2013;24(8):1265–9.
30. DeLancey JO. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(6):1713–20.
31. Waltregny D, de Leval J. The TVT-obturator surgical procedure for the treatment of female stress urinary incontinence: a clinical update. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(3):337–48.
32. Suzart NA, Rosado LB, Vieira SL, Santos TBS. Problemas e prioridades para atenção hospitalar no SUS Bahia: análise dos planos estaduais de saúde. *Revista Gestão & Saúde* ISSN: 1982-4785.
33. Bahia. Secretaria da Saúde – SESAB. Atenção a Saúde. <https://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/servicosmoveis/mutiraodecirurgias/>.
34. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais Health regulation: conceptual and operational aspects. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 2012;36(95):640-647.
35. Alonso N, Massenburg BB, Galli R, Sobrado L, Birolini D, ECBC-SP. Cirurgia no Sistema Brasileiro de Saúde: financiamento e distribuição de médicos. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2017; 44(2): 202-207. DOI: 10.1590/0100-69912017002016.
36. Bahia. Secretaria da Saúde – SESAB. <https://www.saude.ba.gov.br> > tfd
37. Bahia. Secretaria da Saúde - SESAB. Mutirão de Cirurgias em Itaberaba. <https://www.saude.ba.gov.br/evento/mutirao-de-cirurgias-em-itaberaba-etapa-ruy-barbosa-30-de-agosto-a-10-de-setembro/>
38. Sanchez NR, Rodrigues CIS. Avaliação de um Programa de Residência Médica em

- Ginecologia e Obstetrícia. Revista Brasileira de Educação Médica, São Paulo, 2020;44(2). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.2-20190311>.
39. D’Almeida, LVLS. Filas para cirurgias eletivas no SUS: uma breve reflexão sobre os seus desafios. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023
 40. Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.
 41. Conselho Federal de Medicina. Em 13 anos, Brasil perde 25 mil leitos de internação do SUS. <https://portal.cfm.org.br/noticias/em-13-anos-brasil-perde-25-mil-leitos-de-internacao-do-sus>.
 42. Brasil. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior. Resolução Nº 3, de 8 de abril de 2019. Dispõe a matriz de competências dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. <http://portal.mec.gov.br/docman/abril-2019-pdf/111461-03-resolucao-n-3-de-8-de-abril-de-2019-ginecologia-e-obstetricia/file>
 43. Santos Júnior CJ, Misael JR, Trindade Filho EM, Wyszomirska RMAF, Santos AA, Costa PJMS. Expansão de vagas e qualidade dos cursos de Medicina no Brasil: “Em que pé estamos?”. Rev. bras. educ. med. 2021; 45 (02). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200523>.
 44. Pitangui ACR, Silva RG Araújo RC. Prevalência e impacto da incontinência urinária na qualidade de vida de idosas institucionalizadas. Rev. bras. geriatr. Gerontol, 2012;15(4). <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400002>.
 45. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de competências – ginecologia e obstetrícia. <http://portal.mec.gov.br/docman/novembro-2018-pdf/102851-matriz-ginecologia-e-obstetricia/file>.
 46. Brasil. Ministério da Educação. Programas em Supervisão Modalidade Diligência. <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/pdf/programas-em-supervisao-modalidade-diligencia>.
 47. Pinto N, Jacob Filho, Senra P. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2018.
 48. Santos AM, Assis MMA. Processo de Regionalização da Saúde na Bahia: Aspectos políticos-institucionais e modelagem dos territórios sanitários.
 49. Agência Câmara de Notícias. Comissão aprova projeto que obriga SUS a oferecer tratamento para incontinência urinária. <https://www.camara.leg.br/noticias/1022080-comissao-aprova-projeto-que-obriga-sus-a-oferecer-tratamento-para-incontinencia-urinaria/>