



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA**

**EFEITOS DO USO DE ANALGESIA DURANTE O PARTO VAGINAL NO**  
**ASSOALHO PÉLVICO: COORTE PROSPECTIVO**

**FORTALEZA**

**2023**

MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA

EFEITOS DO USO DE ANALGESIA DURANTE O PARTO VAGINAL NO ASSOALHO  
PÉLVICO: COORTE PROSPECTIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Educação em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Teixeira  
Moreira Vasconcelos

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- M112e Macena de Almeida, Maria Evilene.  
Efeitos do uso de analgesia durante o parto vaginal no assoalho pélvico : coorte prospectivo / Maria Evilene Macena de Almeida. – 2023.  
95 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2023.  
Orientação: Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos.
1. Distúrbios do Assoalho Pélvico. 2. Analgesia Obstétrica. 3. Promoção da Saúde. I. Título.  
CDD 610.73
-

MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA

EFEITOS DO USO DE ANALGESIA DURANTE O PARTO VAGINAL NO ASSOALHO  
PÉLVICO: COORTE PROSPECTIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde. Linha de Pesquisa: Educação em Saúde.

Aprovada em 12/09/2023.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Camila Moreira Teixeira Vasconcelos (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Baena de Moraes Lopes

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

---

Prof. Dra. Sara Arcanjo Lino Karbage

Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)

A Jesus e Maria.

Ao meu filho Bernardo e meu esposo Eduardo.

## AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

À Deus, por me permitir acordar todos os dias, por ser sustento, alimento à minha alma, por me permitir sonhar, ter fé, buscar alcançar novos propósitos e superar obstáculos, por nunca me deixar desanimar e desistir e por me permitir estar aqui hoje obtendo o título de mestre.

À Prof. Dra. Camila Vasconcelos pela excelente orientação, por ser amiga, conselheira, instrumento de Deus em minha vida, por ter fortalecido a minha fé e nunca ter desistido de mim, mesmo nos momentos mais difíceis segurou minha mão e me mostrou o caminho correto a trilhar, obrigada por ser exemplo de mãe, esposa e pesquisadora, levarei sempre comigo os seus ensinamentos.

Aos alunos do PIBIC, Samara, Natália, Flávio, Luísa e Larissa, que estiveram comigo no auxílio da coleta de dados, vocês foram muito importantes para que a pesquisa tivesse andamento e eu pudesse chegar até aqui, minha gratidão será eterna.

Ao Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico, pela contribuição para o meu crescimento na pesquisa e na docência.

Aos meus pais (Leandro e Evilane) e avós (Francisco e Margarida), por sempre me apoiarem e me incentivarem a estudar e a buscar o crescimento profissional e por serem o meu porto seguro, tudo o que sou devo a vocês.

Ao meu esposo Eduardo, por estar sempre ao meu lado, me incentivando, me auxiliando na coleta de dados, participando ativamente de tudo, obrigada por toda a paciência ao longo desses três anos de mestrado e por partilhar a vida comigo, tudo se torna mais fácil com você ao meu lado.

Ao meu filho Bernardo, um grato presente de Deus no meu percurso, que me fortaleceu, me ensinou o valor da paciência e da constância e me tornou uma pessoa incrivelmente melhor, além de me apresentar ao maior amor que já pude sentir na vida.

Aos colegas de trabalho (Gilce, Laryssa e Luana), por torcerem por mim e me darem apoio nesse momento, além de ouvirem as minhas reclamações diárias.

Aos professores participantes da Banca examinadora, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

“Tudo é possível àquele que crê.” (MARCOS  
9:23)

## RESUMO

Objetiva-se verificar a associação entre o uso de analgesia no parto vaginal e a prevalência de queixas de incontinência até seis meses de pós-parto. Trata-se de uma coorte prospectiva, sua redação seguiu os passos da iniciativa STROBE. Realizada no alojamento conjunto de uma maternidade escola no estado do Ceará. Incluiu-se primíparas de parto vaginal a termo em apresentação cefálica e maiores de 18 anos. Foram excluídas aquelas que apresentaram queixas de incontinência urinária ou anal anteparto. As participantes foram alocadas em dois grupos: Grupo com analgesia (GCA) e Grupo sem analgesia (GSA). O período total de coleta foi de março de 2022 a agosto de 2023. O cálculo amostral, estimou necessário avaliar 50 mulheres expostas e 150 não expostas. O recrutamento das pacientes ocorreu entre março de 2022 a fevereiro de 2023, no qual foram aplicados questionários e escalas, além de coleta nos prontuários. Solicitou-se ainda dados de contato, para o seguimento em 3 e 6 meses após o parto. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel e analisados no SPSS v20.0. Pesquisa aprovada sob o parecer número 5.261.767 e CAAE 55620722.8.0000.5050. Recrutou-se 159 primíparas, destas, 63 relataram queixas de IU e IA. Seguiram na pesquisa 96 pacientes, sendo 73 no GSA e 23 no GCA. O GCA apresentou maiores percentuais de partos instrumentalizados ( $p < 0,05$ ), com variedades de posição da cabeça fetal no desprendimento do polo cefálico do tipo posterior e transversa maiores ( $p = 0,027$ ) e duração do segundo estágio do TP prolongada ( $p = 0,001$ ). Além disso, quando juntas, as lacerações de terceiro e quarto graus aconteceram em maior proporção no GCA ( $p = 0,032$ ). Aos 3 meses após o parto, a incidência de IU e IA foi similar em ambos os grupos ( $p = 0,491$  e  $p = 1,00$ ), quanto aos tipos, a IUE e a perda de flatos foram as mais prevalentes. Não houve diferença entre as pontuações das subescalas UDI-6 e CRADI-8. O impacto dos sintomas de DAP na qualidade de vida foi similar. Em 6 meses após o parto, a prevalência de IU e IA foram similares ( $p = 0,742$  e  $p = 1,00$ ) o tipo de IU mais prevalente continuou sendo a IUE, bem como a IA mais prevalente, perda de flatos. Não foi observada diferença entre os grupos, nas pontuações das subescalas UDI-6 e CRADI-8 e da escala PFDI-20. Quanto ao impacto dos sintomas de DAP na qualidade de vida também não foi observado diferença. Neste estudo não foi verificada associação entre o uso de analgesia e a prevalência de queixas de incontinência durante o pós-parto. A incidência de queixas de IU e IA foram similares em ambos os grupos. Não houve diferença na pontuação das escalas de avaliação do impacto dos sintomas de DAP no assoalho pélvico e na qualidade de vida das mulheres durante o seguimento de até seis meses após o parto. Apesar disso, foram observadas outras variáveis que tiveram associação com o uso da analgesia de parto que merecem atenção.



**PALAVRAS-CHAVE:** Distúrbios do Assoalho Pélvico. Analgesia Obstétrica. Incontinência Urinária. Incontinência Anal. Trabalho de Parto. Parto. Pós-Parto. Promoção da Saúde.

## ABSTRACT

The objective is to verify the association between the use of analgesia in vaginal delivery and the prevalence of incontinence complaints up to six months postpartum. This is a prospective cohort, its writing followed in the footsteps of the STROBE initiative. Held in the rooming-in of a maternity school in the state of Ceará. Primiparous vaginal delivery at term in cephalic presentation and over 18 years old were included. Those with complaints of urinary or anal incontinence before childbirth were excluded. Participants were divided into two groups: Analgesia Group (AG) and Non-Analgesia Group (NAG). The total collection period was from March 2022 to August 2023. The sample calculation estimated the need to evaluate 50 exposed and 150 unexposed women. Patient recruitment took place between March 2022 and February 2023, in which questionnaires and scales were applied, in addition to collection from medical records. Contact information was also requested for follow-up at 3 and 6 months after delivery. Data were tabulated in Microsoft Excel and analyzed in SPSS v20.0. Research approved under opinion number 5,261,767 and CAAE 55620722.8.0000.5050. A total of 159 primiparous women were recruited, of which 63 reported UI and AI complaints. 96 patients were followed in the research, 73 in the NAG and 23 in the AG. The AG had higher percentages of instrumental deliveries ( $p < 0.05$ ), with greater varieties of fetal head position in posterior and transverse cephalic pole detachment ( $p = 0.027$ ) and prolonged duration of the second stage of labor ( $p = 0.001$ ). Furthermore, when together, third- and fourth-degree lacerations occurred in a greater proportion in the AG ( $p = 0.032$ ). At 3 months after delivery, the incidence of UI and AI was similar in both groups ( $p = 0.491$  and  $p = 1.00$ ), with regard to types, SUI and loss of flatus were the most prevalent. There was no difference between the UDI-6 and CRADI-8 subscale scores. The impact of PFD symptoms on quality of life was similar. At 6 months after delivery, the prevalence of UI and AI were similar ( $p = 0.742$  and  $p = 1.00$ ) the most prevalent type of UI continued to be SUI, as well as the most prevalent AI, loss of flatus. No difference was observed between the groups, in the scores of the subscales UDI-6 and CRADI-8 and of the scale PFDI-20. As for the impact of PFD symptoms on quality of life, no difference was observed either. In this study, no association was found between the use of analgesia and the prevalence of incontinence complaints during the postpartum period. The incidence of UI and AI complaints were similar in both groups. There was no difference in the scores of the assessment scales of the impact of PFD symptoms on the pelvic floor and in the women's quality of life during the follow-up of up to six months after childbirth. Despite this, other variables were observed that were associated with the use of labor analgesia that deserve attention.

**KEYWORDS:** Pelvic Floor Disorders. Obstetric analgesia. Urinary incontinence. Anal Incontinence. Childbirth work. Childbirth. Post childbirth. Health promotion.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                         |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>                                                                                                                                     | <b>12</b> |
| <b>2 OBJETIVOS</b>                                                                                                                                      | <b>20</b> |
| <b>2.1 Geral</b>                                                                                                                                        | <b>20</b> |
| <b>2.2 Específicos</b>                                                                                                                                  | <b>20</b> |
| <b>3 METODOLOGIA</b>                                                                                                                                    | <b>21</b> |
| <b>3.1 Tipo de Estudo</b>                                                                                                                               | <b>21</b> |
| <b>3.2 Local</b>                                                                                                                                        | <b>21</b> |
| <b>3.3 População e Amostra</b>                                                                                                                          | <b>22</b> |
| <b>3.4 Coleta de Dados</b>                                                                                                                              | <b>24</b> |
| <b>3.5 Operacionalização da Coleta de Dados</b>                                                                                                         | <b>27</b> |
| <b>3.6 Tabulação e Análise dos Dados</b>                                                                                                                | <b>28</b> |
| <b>3.7 Aspectos Éticos</b>                                                                                                                              | <b>29</b> |
| <b>4 RESULTADOS</b>                                                                                                                                     | <b>30</b> |
| <b>4.1 Avaliação da homogeneidade da amostra</b>                                                                                                        | <b>30</b> |
| <b>4.2 Avaliação dos desfechos obstétricos e neonatais</b>                                                                                              | <b>32</b> |
| <b>4.3 Avaliação do percentual de queixas urinárias e anorretais entre os grupos na linha de base e com 3 e 6 meses após o parto</b>                    | <b>38</b> |
| <b>4.4 Avaliação do impacto das queixas urinárias e anorretais na qualidade de vida entre os grupos na linha de base e com 3 e 6 meses após o parto</b> | <b>46</b> |
| <b>4.5 Avaliação do risco de desenvolvimento de DAP em 20 anos na linha de base</b>                                                                     | <b>59</b> |
| <b>5 DISCUSSÃO</b>                                                                                                                                      | <b>60</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO</b>                                                                                                                                      | <b>65</b> |
| <b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>                                                                                          | <b>76</b> |
| <b>APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PFDI-20 (SUBESCALAS UDI-6 E CRADI-8)</b>                                                                | <b>79</b> |
| <b>APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PFQI-7 (SUBESCALAS UIQ-7 E CRAIQ-7)</b>                                                                 | <b>81</b> |
| <b>APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, GINECO OBSTÉTRICOS, TRABALHO DE PARTO,</b>                                     |           |

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PARTO, DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS)</b>                                            | <b>83</b> |
| <b>APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS</b> | <b>87</b> |
| <b>APÊNDICE F - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA</b>                                           | <b>88</b> |
| <b>APÊNDICE G - CARTA DE ENCAMINHAMENTO</b>                                              | <b>89</b> |
| <b>ANEXO 1 – UR-CHOICE PELVIC FLOOR DISORDERS RISK CALCULATOR</b>                        | <b>91</b> |
| <b>ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>                  | <b>93</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Durante o ciclo gravídico puerperal podem desenvolver-se diversos problemas tornando, o que deveria ser fisiológico, em algo patológico. Por isso, este é tão estudado e requer um acompanhamento adequado. Identificar a etiologia e os fatores de risco para o desenvolvimento de condições que tragam prejuízos à saúde da mulher durante esse período devem ser alvo desses estudos, haja vista que podem permitir a elaboração de intervenções que possam ser aplicadas oportunamente, principalmente quando há fatores de risco modificáveis.

Dentre as condições que podem comprometer física e emocionalmente a mulher durante a gestação e o pós-parto estão as Disfunções do Assoalho Pélvico (DAP) (LÓPEZ-LÓPEZ *et al.*, 2021), que compreendem alterações anatômicas, morfológicas e funcionais nas estruturas pélvicas musculares, conectivas e nervosas (HAYLEN *et al.*, 2010; ABRAMS *et al.*, 2017); com destaque para a incontinência urinária (IU), definida pela *International Continence Society* como a perda involuntária de urina, e a incontinência anal (IA), que se trata da perda involuntária de flatos ou fezes (ABRAMS *et al.*, 2017; SULTAN *et al.*, 2016).

Os fatores de risco para a ocorrência das DAP já estão bem estabelecidos na literatura e envolvem, dentre outros, a idade avançada, a história familiar, obesidade, cirurgias ginecológicas prévias, constipação crônica e o passado obstétrico (gestação, via de parto e via de parto vaginal), dentre outros (ABRAMS *et al.*, 2017). Além disso, a gestação se torna um fator de risco para o desenvolvimento de DAP por ocasionar um relaxamento nas estruturas de sustentação do assoalho pélvico pelo aumento da progesterona, além de outras alterações hormonais e anatômicas como as alterações no ângulo uretral, lesão anatômica após o parto e distensão acentuada ou ruptura das fibras musculares como resposta à força dinâmica envolvendo músculos e tecido conjuntivo (GIRÃO *et al.*, 2015).

A IU pode ser classificada em Incontinência Urinária de Esforço (IUE), quando a perda de urina ocorre ao tossir, espirrar, ou ao realizar alguma atividade física, Incontinência Urinária de Urgência (IUU), quando a perda de urina ocorre antes de se chegar ao banheiro, e Incontinência Urinária Mista (IUM), quando a queixa de perda de urina está associada tanto ao esforço físico como à presença de urgência (ABRAMS *et al.*, 2016).

Os sintomas de IA podem ser divididos em incontinência flatal, quando há perda de flatos de forma involuntária, incontinência fecal, quando ocorre a perda de fezes de forma espontânea, incontinência fecal passiva, queixa de perda involuntária de fezes, sem sensação

ou aviso prévio, incontinência fecal por transbordamento, quando há perda de fezes decorrente de um reto excessivamente cheio ou por impactação fecal, incontinência fecal do coito, perda involuntária de fezes durante o ato sexual e por fim, incontinência dupla, quando há perda de fezes ou flatos e urina de forma espontânea (SULTAN et al., 2016).

Estima-se que 1,6% das primíparas desenvolvam algum tipo de incontinência anal após o parto vaginal e até 8,4% apresentam algum sintoma anorretal, além disso, 31,8% relataram sintomas de IU, sendo a IUE o tipo mais prevalente (61%). Encontrou-se ainda que a DAP mais prevalente em até um ano após o parto foi a IU, sendo apresentada por mais de um terço das mulheres logo após o parto, continuando em até dois terços um ano após o parto, além disso, as lesões do músculo levantador do ânus foram 3,2 vezes mais prováveis de ocorrer em mulheres que tiveram partos assistidos por fórceps (URBANKOVA et al., 2019). Mulheres que tiveram partos instrumentais são 1,6 vezes mais propensas a desenvolverem IA após o parto (IC 95%, 1,14-2,68) (BLOMQUIST et al., 2018).

A prevalência média de IU baseada em 44 estudos que tiveram uma amostra total de 88.305 mulheres foi de 41% (IC 95%: 9-75). O tipo mais prevalente foi a IUE (63%), quanto ao incômodo percebido, este foi classificado como leve a moderado (MOOSSDORFF-STEINHAUSER *et al.*, 2021a).

Em uma revisão sistemática com meta-análise de 24 estudos, que objetivou analisar a incidência e a prevalência de IU em mulheres no pós-parto após 3 meses e 1 ano, encontrou uma prevalência média de 31%, ocorrendo uma queda 3 meses após o parto (21%) e retornando a níveis elevados 1 ano após o parto (32%). O tipo mais prevalente foi a IUE (54%). Com relação à paridade, não houve diferença entre primíparas e múltiparas. Quanto ao incômodo percebido pelas mulheres, este foi classificado de leve a moderado (MOOSSDORFF-STEINHAUSER *et al.*, 2021b).

No sul do Brasil, a prevalência de IU na gestação é de 14,7% (IC95%: 13,4% - 16,1%), destes, 52,3% tinham IUE, 18,4% IUU e 29,3% IUM. Além disso, 8,8% delas iniciaram a queixa de perda urinária no primeiro trimestre da gestação, 27% no segundo e 64,2% no terceiro trimestre, e todas tiveram IU até o final da gestação (TING; CESAR, 2020).

As modificações fisiológicas e anatômicas durante a gestação e o parto são responsáveis pelo surgimento de DAP neste período. No 1º trimestre da gestação, o aumento da progesterona é responsável por induzir uma elevação em 50% do fluxo renal, ocasionando

assim um aumento na taxa de filtração glomerular. Além disso, o aumento do volume uterino exerce pressão sobre as paredes vesicais, com isso, acaba por diminuir a capacidade vesical. Tais modificações, determinam o aumento da frequência urinária, sintomas de urgência miccional e noctúria, podendo ainda estar associada à hiperatividade do detrusor (GIRÃO et al., 2015).

Ainda durante a gestação, o surgimento de DAP, pode ser explicado pela isquemia dos tecidos do assoalho pélvico decorrentes da insinuação do pólo cefálico na pelve óssea e compressão dos feixes vasculares. As lesões de fibras musculares e neurológicas ocasionadas por essa isquemia resultam em uma atrofia da musculatura do assoalho pélvico (GIRÃO et al., 2015).

Além da gestação e do parto vaginal, multiparidade, parto prolongado ou obstrutivo, assim como história de IUE durante a gestação são reconhecidos fatores de risco para a mulher se tornar incontinente após o parto (ABRAMS et al., 2017). Esses fatores são fortemente pesquisados e discutidos na literatura internacional, contudo um dos que pode contribuir para prolongar o trabalho de parto e parto é o uso da analgesia, o qual, por outro lado, não tem sido tão investigado (XING et al., 2015).

Três diferentes abordagens para a administração da analgesia de parto são descritas na literatura, sendo elas, a abordagem peridural, que consiste na localização do espaço peridural com agulha, seguida da inserção direta de um cateter no mesmo; a abordagem combinada raqui-peridural, na qual, uma agulha é inserida para acessar o espaço subaracnóideo e administrar um anestésico antes de introduzir um cateter no espaço epidural; e a abordagem peridural de punção lombar, a qual, é similar a abordagem raqui-peridural, diferindo apenas na administração de anestésico intratecal. A escolha da abordagem utilizada depende de diversos fatores, tais como a experiência e preferência do anestesiológista, o estágio no qual o trabalho de parto se encontra e o protocolo da instituição (NAJI; CARVALHO, 2018).

A analgesia, considerada como um método farmacológico de alívio da dor no trabalho de parto e parto, pode ser solicitada pela mulher a qualquer momento, desde que não haja nenhuma contraindicação obstétrica. Há evidências, predominantemente de alta qualidade, de que o início precoce ou tardio da analgesia peridural para o parto tem efeitos semelhantes em todos os desfechos maternos e neonatais (SNG et al., 2014). Contudo, em uma coorte prospectiva realizada recentemente na China com uma amostra de 400 mulheres, da qual 200



participantes receberam analgesia, foi observado que a solicitação da analgesia peridural abaixo de 6 cm de dilatação esteve associada a um primeiro e segundo estágios de parto mais prolongados ( $p < 0,001$ ) (ZHA et al., 2021).

Quanto ao tipo de analgesia, a peridural parece ser a mais eficaz na redução da dor durante o trabalho de parto e no aumento da satisfação materna com o alívio da dor do que nos métodos não peridurais, no entanto, pode haver um aumento de partos vaginais assistidos (ANIM-SOMUAH et al., 2018). Com relação ao tipo de analgesia ofertada, uma revisão sistemática com meta-análise evidenciou que a analgesia combinada raquidiana implicou em traçados de frequência cardíaca fetal não tranquilizadora quando comparado a analgesia peridural (HATTLER et al., 2016).

As reações adversas maternas ocasionadas pela analgesia peridural incluem hipotensão, náuseas, vômitos, febre, prurido, retenção urinária e diminuição da mobilidade dos membros inferiores, podendo ainda trazer riscos para o feto, como a anormalidades na frequência cardíaca fetal (HALLIDAY; NELSON; KEARNS, 2022). No entanto, Turner, Flatley e Kumar (2019) afirmam que embora a epidural aumente o risco de parto cirúrgico, isso não está associado a um aumento nos resultados maternos ou neonatais adversos.

A retenção urinária pós-parto, uma das reações adversas maternas ocasionadas pela analgesia de parto, é uma condição que tem grande impacto neste período. Quando não tratada, a retenção urinária pós-parto pode causar lesões repetitivas por distensão excessiva da bexiga podendo danificar o músculo detrusor e as fibras nervosas parassimpáticas dentro da parede da bexiga. Em alguns casos, esta pode até levar à ruptura da bexiga, o que é uma complicação potencialmente fatal, mas totalmente evitável (NUTAITIS et al., 2022).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2016) e o Guia NICE para cuidados intraparto do Reino Unido (2022), a analgesia peridural está associada ao prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto, assim como à elevação da taxa de parto instrumental.

Uma coorte retrospectiva realizada na Escócia, com 51.592 mulheres, observou associação entre o segundo estágio do trabalho de parto prolongado e risco aumentado de lesões do esfíncter anal (OR 1.21 95% IC 1.16-1.25), episiotomia (OR 1.48 95% IC 1.45-1.52), hemorragia pós-parto (OR 1.27 95% IC 1.25-1.30), taxas de cesárea (OR 2.60 95% IC 2.50-2.70) e fórceps (OR 2.44 95% IC 2.38-2.51) (YOUNG et al., 2023). Além disso, uma coorte prospectiva observou associação entre o segundo estágio com duração maior que duas horas e

o surgimento de IUE até 6 semanas após o parto (33,3% vs. 14,3%,  $p = 0,020$ ) além de redução na resistência dos músculos do assoalho pélvico até um ano após o parto ( $p = 0,011$ ) (JIN et al., 2022).

Em uma revisão sistemática com meta-análise realizada, foi evidenciado uma associação entre diversos fatores de risco e o surgimento de IA, tais como lesão do esfíncter anal (OR: 2,44 [1,92-3,09]), parto instrumental (fórceps-OR: 1,35 [1,12-1,63]; vácuo-OR: 1,17 [1,04-1,31]), obesidade materna (OR: 1,48 [1,28-1,72]) e idade materna avançada (OR: 1,56 [1,30-1,88]) (CATTANI et al., 2021). Além disso, os partos assistidos por fórceps aumentam em 11 vezes as chances de desenvolvimento de IU em primíparas (OR ajustado 11,552, IC 95% 11,155-115,577), e em seis vezes as chances de lesão do músculo puborretal e do esfíncter anal, diagnosticados por ultrassonografia (OR 6,000, IC 95% 1,172-30,725) (PEREIRA et al., 2018).

A analgesia de parto também foi associada à ocorrência de *Obstetric Anal Sphincter Injury* (OASIS) (OR: 1.85, IC 95%: 1.32–2.59,  $p = 0,000$ ) e as lacerações perineais graves foram mais comuns em nulíparas (OR 4,92; IC 95% 3,53–6,87;  $p = 0,000$ ) (GUNDABATTULA; SURAMPUDI, 2018). No entanto, em outro estudo, o uso de epidural durante o parto entre multíparas conferiu proteção para o desenvolvimento de OASIS (OR: 0.44, IC 95%: 0.33-0.58,  $p = 0,001$ ), o que pode ser justificado partindo do pressuposto de que o período expulsivo em multíparas tende a ser mais rápido, o que pode acarretar lacerações perineais graves, logo, o uso da analgesia retarda esse processo, fazendo com que o desprendimento do feto ocorra de forma lenta e menos traumática (PUTRI et al., 2021).

OASIS são lacerações perineais de terceiro e quarto grau, as quais são consideradas a principal causa de IA entre mulheres em idade reprodutiva (SULTAN; THAKAR; FENNER, 2007; SIDERIS et al., 2020). Uma revisão sistemática com meta-análise incluindo 16.110 mulheres observou que de todas as mulheres que tiveram parto vaginal, 26% foram diagnosticadas com OASIS, destas, 19% desenvolveram IA (IC 95%, 14-25) (SIDERIS et al., 2020).

Visto os impactos que a analgesia de parto pode acarretar às mulheres e a inconsistência acerca do assunto na literatura, faz-se necessário investigar o real impacto da analgesia de parto no surgimento das DAP mais prevalente durante o pós-parto, a IU e a IA. A analgesia de parto possui benefícios e o seu uso deve ser baseado em evidências científicas. Por

isso, é necessário investigar o impacto da sua utilização não somente no momento do parto, mas também após.

Os estudos realizados sobre esta temática foram todos desenvolvidos fora do Brasil, a grande maioria é bem recente e possui resultados inconsistentes, além disso, não foram encontrados estudos secundários abordando a temática, o que pode ser justificado pelos poucos estudos primários encontrados.

Em um dos estudos encontrou-se proteção dos músculos do assoalho pélvico em mulheres que receberam analgesia de parto (RUAN et al., 2020). Já em outro estudo não foi constatada diferença na função muscular pélvica em ambos os grupos (JIANG et al., 2023). Um dos estudos avaliou o surgimento de DAP em até 6 a 8 semanas após o parto e não encontrou diferença entre os grupos, exceto pela maior pontuação do questionário de investigação de impacto dos sintomas de DAP no grupo que recebeu analgesia de parto (LV et al., 2022). Em outro estudo foi encontrada associação entre o uso de analgesia e um risco aumentado de dispareunia até 6 meses após o parto (OR = 3,056, IC 95% = 1,217-7,671) (DU et al., 2021).

É de suma importância o incentivo à realização do parto vaginal para minimização das taxas de morbimortalidade materna decorrentes da realização de cesáreas, sendo o uso da analgesia de parto uma estratégia para o seu alcance. Contudo, pesquisadores na área da uroginecologia e obstetrícia têm buscado ferramentas para predizer o risco de desenvolver DAP durante o pós-parto, a fim de que o aconselhamento dos riscos advindos da via de parto para determinado perfil de paciente possa ocorrer baseado em evidências robustas, a exemplo da iniciativa UR-CHOICE (WILSON et al., 2014). Esta trata-se de um sistema de pontuação para prever o risco de DAP em 12 anos para mulheres com um ou mais partos anteriores e em 20 anos para mulheres sem nenhum parto anterior, com base em vários fatores de risco (IU antes da gravidez, etnia, idade ao nascimento do primeiro filho, índice de massa corporal, história familiar de mãe e irmã com DAP, peso do bebê e altura materna) identificados (WILSON *et al.*, 2014).

A calculadora pode fornecer uma oportunidade, antes do parto, para identificar mulheres com alto risco de desenvolver alguma DAP, com isso podendo fornecer estratégias de prevenção, como o treinamento muscular do assoalho pélvico, o controle de peso ou cesariana eletiva para mulheres com maior risco (JELOVSEK et al., 2018).

Em um estudo realizado com gestantes e profissionais de saúde observou-se que o conhecimento das gestantes sobre DAP era limitado, e que provavelmente estas não discutiam tais riscos com os profissionais de saúde que a atendiam. As gestantes acreditavam que conhecer os riscos de DAP era importante e que esse conhecimento as motivaria a realizar atividades preventivas. Já os profissionais de saúde, reconheceram a importância da discussão sobre o risco de DAP, no entanto, justificaram a não discussão pelo tempo limitado de consulta e as preocupações com o aumento das taxas de cesarianas, exceto nas mulheres de alto risco ou naquelas que manifestaram preocupações (BUGGE et al., 2022).

Todo esse esforço conjunto tem como objetivo favorecer que o ciclo gravídico-puerperal ocorra livre de desfechos prejudiciais evitáveis e que possam comprometer a qualidade de vida da mulher, trazendo uma experiência negativa a respeito do parto.

A incontinência urinária afeta muitas áreas da vida do paciente, incluindo social, psicológica, profissional, sexual, dentre outras (SAZONOVA et al., 2022). Há fortes evidências de que a IU afeta negativamente a função sexual feminina (FRIGERIO et al., 2022). Mulheres que experienciaram uma IA relatam sentimentos de que sucumbiram à doença, ansiedade e depressão. A IA também pode afetar a função sexual feminina, no qual, foi observado que estas evitam ter relacionamentos íntimos (MEYER; RICHTER, 2015). Além disso, mulheres que desenvolveram alguma DAP no pós-parto e sofreram OASIS relataram queixas de ansiedade, solidão, isolamento, vergonha e medo que impactaram diretamente em suas relações sexuais, autopercepção da imagem corporal e anseio de vir a ter uma nova gestação e experienciar um novo OASIS (DARMODY; BRADSHAW; DR, 2020).

Visto os riscos associados ao uso da analgesia, a inconsistência e a escassez de informações nacionais encontradas na literatura, faz-se necessário a realização de uma pesquisa voltada a identificar a real associação entre o surgimento de queixas de DAP e a utilização de analgesia durante o parto vaginal, que, como exposto, possui inúmeros benefícios, podendo ser uma grande aliada na redução de cirurgias cesarianas desnecessárias, no entanto, o seu uso precisa ser realizado com segurança.

Diante disso, busca-se responder o seguinte questionamento: há associação entre o uso de analgesia de parto e o surgimento de queixas de incontinência até seis meses do pós-parto?

A partir dos achados deste estudo, espera-se ressaltar a necessidade de valorização maior do acompanhamento da mulher após o parto, principalmente na presença de injúrias no assoalho pélvico, para que sintomas como esses possam ser identificados precocemente e seus efeitos minimizados por meio de intervenções conservadoras ou cirúrgicas, caso seja necessário. Além disso, possibilitar futuramente o desenvolvimento de estratégias preventivas para esse público específico, contribuindo assim para o incentivo ao parto vaginal e melhora da qualidade de vida feminina.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Verificar se existe associação entre o uso de analgesia no parto vaginal e a prevalência de queixas de incontinência urinária e/ou anal durante o pós-parto.

### **2.2 Específicos**

Identificar a incidência de queixas de incontinência urinária e/ou anal 3 e 6 meses após o parto vaginal com e sem analgesia (intergrupo);

Comparar as taxas de incontinência urinária e anal entre as mulheres após parto vaginal, com e sem analgesia (intergrupo), aos 3 e 6 meses após o parto;

Mensurar e comparar a gravidade dos sintomas de incontinência urinária e anal entre mulheres, após o parto vaginal, com analgesia e sem analgesia (intragrupo) aos 3 e 6 meses;

Mensurar e comparar o impacto da presença de incontinência urinária e anal na qualidade de vida, entre mulheres após o parto vaginal, com e sem analgesia (intragrupo e intergrupos);

Verificar associação entre variáveis obstétricas relacionadas ao trabalho de parto e parto e a presença de incontinência urinária e anal entre os grupos (intergrupo);

Verificar associação entre o risco para desenvolver IU e IA calculado por meio da calculadora UR-CHOICE e o grau de laceração, como também com as queixas de IU e IA aos 3 e 6 meses após o parto;

Comparar os desfechos maternos e neonatais entre os grupos (intergrupo).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional analítico do tipo coorte prospectivo, que possui como característica ter um grupo de sujeitos especificados no início do estudo e seguidos no tempo, e, então, medem-se em cada sujeito características que poderão predizer desfechos subsequentes. A partir daí, esses sujeitos são seguidos no tempo por meio de medições periódicas dos desfechos de interesse (HULLEY et al., 2015).

A redação deste trabalho seguiu os passos preconizados pela iniciativa STROBE (*STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology*), um modelo que pode ser seguido por autores de estudos observacionais e que objetiva contribuir para um relato mais adequado desses estudos e, conseqüentemente, facilitar a leitura crítica dessas publicações por parte de editores, revisores e leitores em geral (MALTA et al., 2010).

#### 3.2 Local

A pesquisa foi realizada em uma maternidade escola referência em obstetrícia no estado do Ceará, a qual tem como missão a realização de assistência, ensino e pesquisa para a promoção de um cuidado com excelência à saúde do binômio mãe-bebê. Visa ainda ser uma instituição acreditada, referência regional em pesquisa na área da saúde da mulher e do neonato, com profissionais de saúde capacitados e campos de atuação adequados (EBSERH, 2021).

Além de possuir o título de Hospital Amigo da Criança, a instituição foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como o primeiro centro de boas práticas em obstetrícia e neonatologia do Brasil, sendo ainda condecorada pela câmara dos deputados, com o prêmio “Dr. Pinotti 2019”, com o título de hospital amigo da mulher (BRASIL, 2021).

A referida maternidade oferta a analgesia como método farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto. Em 2018, foram realizadas 114 analgesias de parto (EBSERH, 2019a). No ano de 2020 houve 1847 partos vaginais na instituição, destes, 182 ocorreram sob analgesia de parto, com uma média de partos vaginais por mês em torno de 153 (EBSERH, 2021).

Em 2019, a maternidade foi escolhida, pela embaixada da França e Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) como uma das duas instituições piloto do projeto para redução da mortalidade materna. A estratégia é ampliar o uso da analgesia peridural no parto vaginal para reduzir a mortalidade materna decorrente de cesarianas (EBSERH, 2019b).

### 3.3 População e Amostra

A fim de verificar de forma mais robusta a variável presença/ausência de analgesia de parto, a população elegível para o estudo foi composta por primíparas que tiveram parto vaginal e fizeram uso ou não de analgesia de parto. Foram incluídas na pesquisa primíparas de parto vaginal a termo (37 a 40 semanas e 6 dias) em apresentação cefálica e maiores de 18 anos. Foram excluídas aquelas que apresentaram queixas de incontinência urinária ou anal anteparto ao responder os instrumentos *Colorectal Anal Distress Inventory* (CRADI-8), e *Urinary Distress Inventory* (UDI-6), que serão mais detalhados à frente. Foi estabelecido como critério de descontinuidade para participação do estudo apresentar uma nova gestação antes do término da pesquisa.

Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, as puérperas foram alocadas em dois grupos: Grupo 1: sem analgesia (GSA) e Grupo 2: com analgesia (GCA).

A maternidade possui três protocolos de aplicação da analgesia de parto, dependendo do estágio em que esteja o trabalho de parto, sendo eles: trabalho de parto inicial, trabalho de parto avançado e período expulsivo (MEAC, 2023). Cada protocolo é descrito no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1 - Descrição dos protocolos de realização de analgesia de parto

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Trabalho de Parto Inicial</b></p> | <p>Punção peridural, L2-L3 ou L3-L4, pela técnica de Dogliotti;</p> <p>Administração de 10 ml de solução de Novabupivacaína 0,1% associada a 100 mcg de fentanil ou 10mcg de sufentanil (2 ml de Novabupivacaína 0,5% + 2 ml de fentanil 50 mcg/ml + 6 ml de água destilada) ou mesma solução com 2 ml de sufentanil 5 mcg/ml ao invés de fentanil;</p> <p>Introdução do cateter peridural e deixar 3 a 5 cm no espaço peridural.</p> <p>Aspirar o cateter com seringa de 5 ml para certificar-se da ausência de</p> |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   | <p>sangue ou líquido cefalorraquidiano;</p> <p>Posicionar o cateter ao lado direito da paciente, favorecendo o posicionamento em decúbito lateral esquerdo da gestante com o objetivo de descomprimir a veia cava inferior, melhorando retorno venoso e oxigenação placentária;</p> <p>Doses adicionais de 10 ml de solução de Novabupivacaina, 0,1%, sem fentanil ou sufentanil devem ser administradas a cada 1h30min a 2h ou por solicitação da paciente.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Trabalho de Parto Avançado</b> | <p>Punção subaracnóidea (raquianestesia), agulha 26 ou 27G;</p> <p>Administração de 2,5 mg de bupivacaína pesada 0,5% (0,5 ml) + 25 a 50 mcg (0,5 a 1 ml) de fentanil em 15 segundos (ou 2,5 a 5 mcg de Sufentanil - 0,5 a 1 ml);</p> <p>Punção peridural, L2-L3 ou L3-L4, técnica de Dogliotti;</p> <p>Introdução do cateter peridural, deixar 3 a 5 cm no espaço peridural. Aspirar o cateter com seringa de 5 ml para certificar-se da ausência de sangue ou líquido;</p> <p>A administração de solução anestésica pelo cateter de peridural só será realizada após a paciente referir dor ou caso não ocorra analgesia satisfatória 30 minutos após o bloqueio subaracnóideo;</p> <p>A solução de escolha é a mesma utilizada para as doses adicionais da técnica anterior (10 ml de solução de Novabupivacaina 0,1%, sem opioide).</p> |
| <b>Período Expulsivo</b>          | <p>Punção subaracnóidea (raquianestesia), agulha 26 ou 27G;</p> <p>Administração de 2,5 mg de bupivacaína pesada 0,5% (0,5 ml) + 25 a 50 mcg (0,5 a 1 ml) de fentanil em 15 segundos (ou 2,5 a 5 mcg de Sufentanil 0,5 a 1 ml);</p> <p>Manter a paciente sentada por 3 a 5 minutos.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Fonte: (MEAC, 2023)

O cálculo da amostra foi realizado baseado na proporção de disfunções em usuárias de fórceps, que são muito mais comuns nos partos prolongados, com variação de 35-60% (DIETZ; CAMPBELL, 2016; DIETZ; CHANTARASORN; SHEK, 2010; KEARNEY et al.,

2006). À vista disso, adotou-se uma relação de não expostos (GSA) para expostos (GCA) de 3:1 (HENNESY et al., 1999). Uma vez que a anestesia aumenta a taxa de morbidade pós-parto e, utilizando os dados descritos por Laughon et al., (2014) que demonstrou que há um aumento da morbidade neonatal com partos de alta duração (79.9% vs 97.9%), estimou-se necessário avaliar 50 mulheres expostas e 150 não expostas, adotando essa proporção, a fim de rejeitar a hipótese de nulidade deste estudo com 90% de poder e 95% de confiança (método de Fleiss, com correção de continuidade).

### 3.4 Coleta de Dados

Inicialmente, a fim de identificar mulheres com queixas de IU ou IA durante a gestação, foram aplicados os instrumentos *Colorectal Anal Distress Inventory* (CRADI-8) e *Urinary Distress Inventory* (UDI-6), que são subescalas do *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20) (APÊNDICE B).

- Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)*:** O PFDI-20 é uma versão curta do PFDI longo, serve como um inventário de sintomas e uma medida do grau de incômodo e desconforto causado pela ampla gama de sintomas do assoalho pélvico (BARBER et al., 2001; BARBER; WATERS; BUMP, 2005). É um instrumento, validado e traduzido para o português brasileiro por AROUCA e colaboradores (2016), amplamente utilizado e recomendado como grau A pelo *International Consultation on Incontinence* (ICI) (ABRAMS et al., 2017). Tal instrumento avalia o desconforto dos sintomas de DAP por meio de 20 itens divididos em três subescalas: *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory* (POPDI-6) para sintomas de prolapso de órgãos pélvicos (geral, anterior e posterior); *Colorectal-Anal Distress Inventory* (CRADI-8), para sintomas anorretais (obstrutivo, incontinência, dor/irritação e prolapso retal); e *Urinary Distress Inventory* (UDI-6), para sintomas urinários (obstrutivo/desconforto, irritante e estresse) (BARBER et al., 2001; BARBER; WATERS; BUMP, 2005). A paciente é indagada sobre a presença ou ausência do sintoma, gerando uma pontuação de acordo com a sua resposta (0 se a resposta for “não” e quando “sim” o valor da pontuação irá variar de acordo com o incômodo do sintoma, sendo 1 se não incomoda nada, 2 se incomoda um pouco, 3 se incomoda moderadamente e 4 se incomoda bastante). As pontuações de cada subescala são originadas pelas médias dos seis itens do POPDI-6, dos oito itens do CRADI-8 e dos seis itens do UDI-6 multiplicadas por 25. Após esses cálculos, o somatório das três

subescalas dará a pontuação total do PFDI-20, que varia de zero a 300. Uma pontuação igual a zero significa ausência de sintomas e, quanto maior a pontuação, maior é o desconforto dos sintomas de DAP (BARBER; WALTERS; BUMP, 2005). O PFDI-20 foi traduzido em diversas línguas (AROUCA et al., 2016; GOBA et al., 2019; MELKIE et al., 2022; TAYRAC et al., 2007) e teve suas propriedades psicométricas avaliadas com valores adequados para confiabilidade teste-reteste ( $ICC \geq 0,70$ ) e consistência interna ( $\alpha \geq 0,70$ ) em mulheres brasileiras (AROUCA et al., 2016). Vale ressaltar que neste estudo, só foram utilizadas as sub-escalas CRADI-8 e UDI-6, visto que os sintomas relatados no POPDI-6 só costumam surgir tardiamente e não seriam contemplados no presente estudo pelo curto período de seguimento das pacientes.

Aquelas mulheres que responderam “sim” às questões de número 2,3 e 4 da escala UDI-6 e 3, 4 e 5 da escala CRADI-8, foram excluídas do estudo, por se tratarem de questões relacionadas a sintomas de IU e IA, respectivamente. Além disso, para as pacientes que tiveram respostas afirmativas nas demais questões foi aplicado o PFIQ-7, a fim de avaliar o impacto do sintoma nas atividades de vida diária. As demais seguiram na pesquisa e foram coletados outros dados, conforme descrito a seguir:

- I) Dados sociodemográficos, gineco-obstétricos e neonatais - foi utilizado um questionário construído pelos pesquisadores (APÊNDICE D), o qual, é dividido nos seguintes blocos:

Bloco 1: questões acerca do perfil sócio-demográfico da mulher

Bloco 2: informações relacionadas ao perfil obstétrico, incluindo antecedentes e gestação atual;

Bloco 3: informações relacionadas ao trabalho de parto;

Bloco 4: informações sobre o parto;

Bloco 5: variáveis relacionadas aos desfechos maternos;

Bloco 6: variáveis sobre os desfechos neonatais e dados do recém-nascido.

Além desses, foram acrescentados dados de anotações do prontuário médico da paciente, para imputação dos dados, foi considerado elegível para a pesquisa, o prontuário que apresentou, no mínimo, 50% dos dados necessários à pesquisa, preenchidos.

II) Para investigação do impacto na QV dos sintomas de IU e IA no pós-parto relacionados aos aspectos físicos, sociais e emocionais, foi utilizado o seguinte questionário:

- **Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) (APÊNDICE C):** O PFIQ-7 avalia áreas tradicionalmente associadas à qualidade de vida relacionada à saúde, medindo o grau em que os sintomas da bexiga, intestino ou vagina afetam as atividades diárias, relacionamentos e emoções de mulheres com distúrbios do assoalho pélvico (BARBER et al., 2001). Validado para o português brasileiro (alfa-cronbach 0.816 GI e 0.844 GC) por Arouca e colaboradores (2016), apresenta sete questões com três subescalas: *Urinary Impact Questionnaire* (UIQ-7), *Colorectal Anal Impact Questionnaire* (CRAIQ-7) e *Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire* (POPIQ-7), com quatro respostas para cada coluna (nem um pouco = 0; um pouco = 1; moderado = 2; muito = 3). As sete perguntas estão relacionadas com a capacidade de realizar tarefas domésticas, atividades físicas, atividades de lazer, atividades de entretenimento, com a capacidade de ficar longe de casa por mais de 30 minutos, realizar atividades sociais, como está a saúde emocional e se sente frustração (AROUCA et al., 2016). Para o cálculo da pontuação de cada subescala, obtêm-se o valor médio para todos os itens respondidos dentro da escala correspondente (valor possível de 0 a 3) e depois multiplica-se por (100/3) para obter a pontuação da escala (intervalo de 0 a 100). Os itens ausentes são tratados usando a média dos itens respondidos. Para o cálculo da pontuação final somam-se as pontuações das três escalas juntas para obter a pontuação geral (intervalo de 0 a 300) (AROUCA et al., 2016; BARBER; WALTERS; BUMP, 2005).

III) Para avaliar o risco de desenvolver IU e IA no futuro, foi utilizada a calculadora UR-CHOICE ([http://riskcalc.org/UR\\_CHOICE](http://riskcalc.org/UR_CHOICE)) (ANEXO 1), que só pode ser utilizada para mulheres com até 34 anos, de acordo com a orientação dos autores (WILSON et al., 2014).

Um grande ponto positivo do PFDI-20 e do PFIQ-7 é que eles permitem uma avaliação abrangente do efeito das disfunções do assoalho pélvico na qualidade de vida das mulheres, em vez de avaliar apenas um aspecto da função do assoalho pélvico, como a incontinência urinária (BARBER; WALTERS; BUMP, 2005).

Este estudo teve como desfecho primário a incidência de queixas de IU, IA e sua associação com a utilização de analgesia entre os grupos que utilizaram ou não analgesia de

parto e, como desfechos secundários, dados do trabalho de parto, parto e desfechos maternos e neonatais.

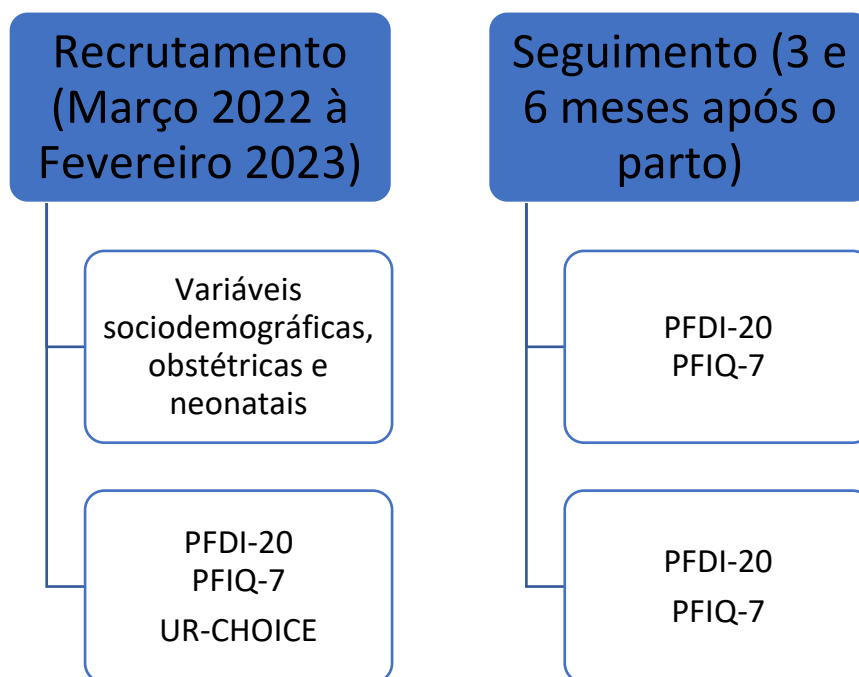
### 3.5 Operacionalização da Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no setor de alojamento conjunto de uma maternidade terciária por uma equipe treinada previamente sobre o tema durante as reuniões científicas do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Saúde da Mulher e Assoalho Pélvico (GISMAP) e para utilização dos instrumentos de coleta de dados pela pesquisadora principal. O grupo foi composto por bolsistas de iniciação à pesquisa oriundos dos cursos de medicina e enfermagem e alunos de pós-graduação. O período total de coleta de dados foi de março de 2022 a agosto de 2023.

O recrutamento das pacientes elegíveis ocorreu no alojamento conjunto da unidade entre os meses de março de 2022 a fevereiro de 2023, quando foi aplicado o questionário para coleta das informações relativas aos dados socioeconômicos, história obstétrica, dados relacionados ao trabalho de parto e parto e desfechos maternos e neonatais. Tais informações foram complementadas através de consulta ao prontuário da participante. Foram aplicados ainda, neste primeiro contato, as subescalas *Colorectal Anal Distress Inventory* (CRADI-8) e o *Urinary Distress Inventory* (UDI-6) do PFDI-20 para investigação de queixas de incontinência urinária e anal), o UR-CHOICE para calcular o risco de a participante desenvolver IU e IA no futuro e o PFIQ-7 para avaliação do impacto dos sintomas na QV. Esses dados compõem a linha de base do estudo (Figura 1).

Em seguida, foram solicitados contato telefônico, *e-mail* e *instagram* para as participantes, os quais foram utilizados para contatá-las 3 e 6 meses após o parto, respectivamente, momento no qual foram aplicados o PFDI-20 [*Colorectal Anal Distress Inventory* (CRADI-8) e *Urinary Distress Inventory* (UDI-6)], o PFIQ-7 [*Urinary Impact Questionnaire* (UIQ-7) e *Colorectal Anal Impact Questionnaire* (CRAIQ-7)]. Tais instrumentos foram utilizados com a finalidade de investigar a permanência ou o surgimento de queixas de IU e IA, seu impacto e avaliar a QV no pós-parto, respectivamente (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do período de realização da coorte e instrumentos utilizados.



Fonte: Autores

### 3.6 Tabulação e Análise dos Dados

Os dados foram exportados do Microsoft Excel para o software SPSS v20.0 para Windows no qual as análises foram realizadas adotando uma confiança de 95%. Os dados foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio-padrão e associados utilizando os testes exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson ou Mann-Whitney (dados não paramétricos), respectivamente.

As variáveis foram analisadas de acordo com cada tipo, sejam elas categóricas, contínuas ou discretas, como o exemplificado a seguir:

- Variáveis categóricas:

Nominal: estado civil, escolaridade, profissão, raça, realização de consulta de pré-natal, intercorrências durante a gestação, realização de atividade física, início do trabalho de parto, condição da bolsa amniótica, utilização de métodos farmacológicos e não farmacológicos de alívio da dor, tipo de analgesia utilizada, utilização de ocitocina, realização de amniotomia, via de parto, posição adotada no período expulsivo, proteção, massagem e utilização de compressa morna perineal, realização de episiotomia, presença de laceração perineal, correção de lacerações perineais, distocia de ombros, complicações maternas após o parto, realização de

contato pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, necessidade de manobras de reanimação.

- Variáveis Contínuas: renda familiar, peso, altura, IMC, dilatação cervical, dose da analgesia utilizada, duração do trabalho de parto e do parto, peso, estatura e circunferência da cabeça ao nascer do bebê.
- Variáveis Discretas: idade, paridade, idade gestacional, número de consultas de pré-natal, grau de laceração perineal, Apgar do primeiro e quinto minutos de vida.

### **3.7 Aspectos Éticos**

Com o intuito de respeitar os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), por meio da Plataforma Brasil, obtendo aprovação sob o parecer número 5.261.767 e CAAE 55620722.8.0000.5050 (ANEXO 2).

A todas as participantes do estudo foram esclarecidos os objetivos e garantido o anonimato, bem como assegurado a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) em duas vias, ficando uma com o participante e outra, com o pesquisador.

Foram respeitados os aspectos éticos de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, conforme preconiza a Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2013).

## 4 RESULTADOS

Foram recrutadas 159 primíparas elegíveis, no entanto, 63 (39,6%) relataram queixas de sintomas de IU e IA. Destas, 55 (34,5%) apresentaram queixas de IUE, quatro (2,5%) de IUU, três (1,8%) de IUM e uma (0,6%) de IA (perda de fezes líquidas). Portanto, tais pacientes foram excluídas do estudo. Seguiram na pesquisa 96 pacientes elegíveis, sendo 73 (76%) no grupo 1 (GSA) e 23 (24%) no grupo 2 (GCA).

### 4.1 Avaliação da homogeneidade da amostra

Os dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos foram homogêneos em ambos os grupos, exceto os relativos à realização de atividade física regular. As participantes do GCA apresentaram maior prevalência de prática regular de algum tipo de atividade física ( $n=11/47.8\%$ ) ( $p = 0,016$ ) sendo a prática de exercícios anaeróbicos, tais como caminhar ou pedalar, mais prevalentes, também, no GCA ( $n=2/43.5\%$ ) ( $p = 0,029$ ) (Tabela 1).

A amostra foi composta por mulheres jovens ( $Md=23.47\pm4.95$ ), com parceria fixa ( $n=83/86.5\%$ ), alfabetizadas ( $Md=11.55\pm1.72$ ), que não realizavam nenhuma atividade remunerada ( $n=56/59.6\%$ ), com renda familiar mensal variando entre um e dois salários mínimos ( $Md=1792.14\pm925.53$ ) e com a predominância da cor/raça auto referida parda ( $n=71/74\%$ ). Quanto aos dados ginecológicos e obstétricos, a maioria era primigestas ( $Md=1,04\pm0.00$ ), realizou pré-natal ( $n=94/97\%$ ) com número recomendado de consultas ( $Md=8.15\pm2.73$ ) e com baixo índice de intercorrências ( $n=34/35.4\%$ ), sendo a Infecção do Trato Urinário a mais prevalente ( $n=20/20.8\%$ ) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos

| Variável              | Total<br>( $n=96/100\%$ ) | Sem Analgesia<br>( $n=73/76\%$ ) | Com Analgesia<br>( $n=23/24\%$ ) | p-valor* |
|-----------------------|---------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------|
| <b>Estado Civil</b>   |                           |                                  |                                  |          |
| Com parceria          | 83 (86.5%)                | 63 (86.3%)                       | 20 (87.0%)                       | 0,936    |
| Sem parceria          | 3 (13.5%)                 | 10 (13.7%)                       | 3 (13%)                          |          |
| <b>Idade</b>          | $23.47\pm4.95$            | $23.29\pm4.88$                   | $24.04\pm5.25$                   | 0,526    |
| <b>Anos de Estudo</b> | $11.55\pm1.72$            | $11.59\pm1.70$                   | $11.41\pm1.79$                   | 0,666    |



|                                        |                |                |                |       |
|----------------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| <b>Raça/Cor<br/>autorreferida</b>      |                |                |                |       |
| Branca                                 | 19 (19.8%)     | 13 (17.8%)     | 6 (26.1%)      | 0,547 |
| Negra                                  | 6 (6.3%)       | 4 (5.5%)       | 2 (8.7%)       |       |
| Parda                                  | 71 (74.0%)     | 56 (76.7%)     | 15 (65.2%)     |       |
| <b>Profissão</b>                       |                |                |                |       |
| Atividade Remunerada                   | 38 (40.4%)     | 29 (40.3%)     | 9 (40.9%)      | 0,958 |
| Atividade Não<br>Remunerada            | 56 (59.6%)     | 43 (59.7%)     | 13 (59.1%)     | 0,958 |
| <b>Renda</b>                           | 1792.14±925.53 | 1793.22±971.12 | 1789.40±821.06 | 0,988 |
| <b>Número de Gestações</b>             | 1.04±0.32      | 1.01±0.12      | 1.13±0.63      | 0,130 |
| <b>Número de Partos</b>                | 1.00±0.00      | 1.00±0.00      | 1.00±0.00      | 1,000 |
| <b>Número de Abortos</b>               | 0.04±0.32      | 0.01±0.12      | 0.13±0.63      | 0,130 |
| <b>Idade Gestacional</b>               | 38.88±1.26     | 38.92±1.26     | 38.74±1.29     | 0,556 |
| <b>Realização de Pré-<br/>Natal</b>    | 94 (97.9%)     | 72 (98.6%)     | 22 (95.7%)     | 0,383 |
| <b>Número de Consultas</b>             | 8.15±2.73      | 8.03±2.87      | 8.52±2.29      | 0,475 |
| <b>Intercorrências na<br/>Gestação</b> | 34 (35.4%)     | 24 (32.9%)     | 10 (43.5%)     | 0,354 |
| <b>Tipo de<br/>Intercorrência</b>      |                |                |                |       |
| Infecção do Trato<br>Urinário          | 20 (20.8%)     | 13 (17.8%)     | 7 (30.4%)      | 0,194 |
| Anemia                                 | 4 (4.2%)       | 4 (5.5%)       | 0 (0.0%)       | 0,251 |

|                                                  |            |            |            |              |
|--------------------------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Sangramentos<br>Transvaginais no 1º<br>trimestre | 3 (3.1%)   | 2 (2.7%)   | 1 (4.3%)   | 0,699        |
| Covid-19                                         | 2 (2.1%)   | 1 (1.4%)   | 1 (4.3%)   | 0,383        |
| <b>Ganho de Peso Total</b>                       | 11.05±5.49 | 10.68±5.52 | 12.22±5.34 | 0,252        |
| <b>IMC Inicial</b>                               | 23.29±4.92 | 23.64±4.98 | 22.16±4.63 | 0,220        |
| <b>IMC Final</b>                                 | 27.59±4.87 | 27.87±5.08 | 26.71±4.03 | 0,322        |
| <b>Prática de Atividade<br/>Física Regular</b>   | 27 (28.1%) | 16 (21.9%) | 11 (47.8%) | <b>0,016</b> |
| <b>Tipo de Atividade<br/>Física Praticada</b>    |            |            |            |              |
| Exercícios<br>Anaeróbicos                        | 3 (3.1%)   | 1 (1.4%)   | 2 (8.7%)   | 0,078        |
| Exercícios Aeróbicos                             | 25 (26.0%) | 15 (20.5%) | 10 (43.5%) | <b>0,029</b> |

---

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)

#### 4.2 Avaliação dos desfechos obstétricos e neonatais

Os dados relacionados ao trabalho de parto também apresentaram uma boa consistência entre os grupos, com exceção da utilização de Métodos Não Farmacológicos de alívio da dor (MNF's), realização de amniotomia e duração do primeiro estágio do trabalho de parto, que tiveram valores superiores entre as mulheres do GCA ( $p < 0,05$ ). Destacaram-se o uso da bola suíça ( $n=17/46.9\%$ ) ( $p = 0,003$ ) e do cavalinho ( $n=8/11.5\%$ ) ( $p = 0,000$ ). (Tabela 2).

Para a maioria das participantes, o início do trabalho de parto se deu de forma espontânea ( $n=85/88.5\%$ ), com uma dilatação média do colo uterino na admissão de 5.62 centímetros ( $DP \pm 2.27$ ), ou seja, na fase ativa do trabalho de parto. Além disso, mais da metade chegou à maternidade com as membranas amnióticas íntegras ( $n=56/58.3\%$ ) e metade da amostra recebeu ocitocina intraparto ( $n=48/50.0\%$ ) (Tabela 2).

No GCA, foram realizados dois tipos de analgesia: peridural (n=13/56.3%) e raquidiana (n=10/43.5%). As medicações utilizadas foram Levobupivacaína com vasoconstritor (n=12/54.5%), Bupivacaína pesada (n=10/45.5%), Sufentanil (n=9/40.9%), Fentanil (n=8/36.4%), Lidocaína (n=5/22.7%) e Morfina (n=3/13.6%). A solicitação de analgesia foi realizada quando as participantes se encontravam com a dilatação média de 7,8 centímetros (DP  $\pm 2.19$ ). E o repique da analgesia foi solicitado por 8 participantes (n=8/34.8%).

Tabela 2 - Dados relacionados ao trabalho de parto

| Variáveis                          | Total<br>(n=96/100%) | Sem Analgesia<br>(n=73/76%) | Com Analgesia<br>(n=23/24%) | p-valor*     |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| <b>Início do Trabalho de Parto</b> |                      |                             |                             |              |
| Espontâneo                         | 85 (88.5%)           | 63 (86.3%)                  | 22 (95.7%)                  | 0,220        |
| Induzido                           | 11 (11.5%)           | 10 (13.7%)                  | 1 (4.3%)                    |              |
| <b>Dilatação na Admissão</b>       | 5.62 $\pm$ 2.27      | 5.72 $\pm$ 2.37             | 5.30 $\pm$ 1.92             | 0,445        |
| <b>Membranas Amnióticas</b>        |                      |                             |                             |              |
| Íntegras                           | 56 (58.3%)           | 40 (54.8%)                  | 16 (69.6%)                  | 0,210        |
| Rotas                              | 40 (41.7%)           | 33 (45.2%)                  | 7 (30.4%)                   |              |
| <b>Utilização de MNF's*</b>        | 68 (71.6%)           | 45 (62.5%)                  | 23 (100.0%)                 | <b>0,001</b> |
| <b>Tipos de MNF's*</b>             |                      |                             |                             |              |
| <b>Utilizados</b>                  |                      |                             |                             |              |
| Deambulação                        | 39 (40.6%)           | 29 (39.7%)                  | 10 (43.5%)                  | 0,749        |
| Banho de Aspersão                  | 30 (31.3%)           | 21 (28.8%)                  | 9 (39.1%)                   | 0,350        |
| Penumbra                           | 4 (4.2%)             | 3 (4.1%)                    | 1 (4.3%)                    | 0,960        |
| Mobilidade Pélvica                 | 10 (10.4%)           | 7 (9.6%)                    | 3 (13.0%)                   | 0,636        |
| Massagens                          | 13 (13.5%)           | 10 (13.7%)                  | 3 (13.0%)                   | 0,936        |

|                                                   |            |            |            |              |
|---------------------------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| Bola Suíça                                        | 45 (46.9%) | 28 (38.4%) | 17 (73.9%) | <b>0,003</b> |
| Cavalinho                                         | 11 (11.5%) | 3 (4.1%)   | 8 (34.8%)  | <b>0,000</b> |
| Escada de Ling                                    | 13 (13.5%) | 8 (11.0%)  | 5 (21.7%)  | 0,188        |
| Aromaterapia                                      | 1 (1.0%)   | 1 (1.4%)   | 0 (0.0%)   | 0,573        |
| Música                                            | 2 (2.1%)   | 2 (2.7%)   | 0 (0.0%)   | 0,422        |
| Rebozo                                            | 1 (1.0%)   | 1 (1.4%)   | 0 (0.0%)   | 0,573        |
| <b>Uso de Ocitocina</b>                           | 48 (50.0%) | 35 (47.9%) | 13 (56.5%) | 0,473        |
| <b>Realização de Amniotomia</b>                   | 24 (25.0%) | 12 (16.4%) | 12 (52.2%) | <b>0,001</b> |
| <b>Duração do 1º Estágio do Trabalho de Parto</b> | 5.61±3.92  | 4.78±3.43  | 8.14±4.31  | <b>0,000</b> |

---

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP).

\*MNF's: Métodos Não Farmacológicos de alívio da dor.

O GCA apresentou maiores percentuais de partos instrumentalizados ( $p<0,05$ ), com variedades de posição da cabeça fetal no desprendimento do polo cefálico do tipo posterior e transversa maiores ( $p = 0,027$ ) e duração do segundo estágio do TP prolongada ( $p = 0,001$ ) assistida predominantemente por médicos ( $p = 0,049$ ); (Tabela 3).

Houve predominância da posição verticalizada no período expulsivo ( $n=72/75,0\%$ ), sendo a posição semissentada ( $n=51/69.9\%$ ), utilizada por mais de 50% das parturientes. Quanto aos cuidados com o períneo, observou-se que foram realizadas as seguintes práticas: proteção perineal ( $n=47/49.0\%$ ), massagem perineal ( $n=6/6.3\%$ ) e a utilização de compressa morna no períneo ( $n=3/3.1\%$ ). Observa-se ainda uma grande quantidade de lacerações perineais ( $n=89/92.7\%$ ), principalmente de 1º ( $n=31/35.2\%$ ) e 2º ( $n=48/54.5\%$ ) graus. Além disso, as lacerações de terceiro, juntamente com as de quarto grau, ocorreram com maior frequência no GCA ( $p = 0,032$ ), quanto ao tipo de analgesia, observou-se predominância destas lacerações nas parturientes que foram submetidas a analgesia raquidiana ( $p=0,007$ ). Quanto à taxa de realização de episiotomia, apesar de reduzida ( $n=8/8.3\%$ ), ainda está presente na prática obstétrica. Não foi relatada distócia de ombros em nenhum dos grupos estudados (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados relacionados ao parto

| Variáveis                        | Total<br>(n=96/100%) | Sem Analgesia<br>(n=73/76%) | Com Analgesia<br>(n=23/24%) | p-valor* |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| Tipo de Parto                    |                      |                             |                             |          |
| Vaginal                          | 90 (93.8%)           | 72 (98.6%)                  | 18 (78.3%)                  | 0,001    |
| Fórceps                          | 3 (3.1%)             | 0 (0.0%)                    | 3 (13.0%)                   |          |
| Vácuo Extrator                   | 3 (3.1%)             | 1 (1.4%)                    | 2 (8.7%)                    |          |
| Posição no Expulsivo             |                      |                             |                             |          |
| Verticalizada                    | 72 (75.0%)           | 56 (76.7%)                  | 16 (69.6%)                  | 0,490    |
| Não Verticalizada                | 24 (25.0%)           | 17 (23.3%)                  | 7 (30.4%)                   |          |
| Tipos de posições verticalizadas |                      |                             |                             |          |
| Semissentada                     | 51 (69.9%)           | 37 (64.9%)                  | 14 (87.5%)                  | 0,513    |
| Decúbito Lateral                 | 7 (9.6%)             | 6 (10.5%)                   | 1 (6.3%)                    |          |
| Em Pé                            | 4 (5.5%)             | 4 (7.0%)                    | 0 (0.0%)                    |          |
| Cócoras                          | 2 (2.7%)             | 2 (3.5%)                    | 0 (0.0%)                    |          |
| Quatro Apoios                    | 5 (6.8%)             | 5 (8.8%)                    | 0 (0.0%)                    |          |
| Banqueta                         | 4 (5.5%)             | 3 (5.3%)                    | 1 (6.3%)                    |          |
| Proteção Perineal                | 47 (49.0%)           | 34 (46.6%)                  | 13 (56.5%)                  | 0,405    |
| Massagem Perineal                | 6 (6.3%)             | 5 (6.8%)                    | 1 (4.3%)                    | 0,666    |
| Compressa Morna                  | 3 (3.1%)             | 2 (2.7%)                    | 1 (4.3%)                    | 0,699    |
| Episiotomia                      | 8 (8.3%)             | 5 (6.8%)                    | 3 (13.0%)                   | 0,349    |
| Laceração Perineal               | 89 (92.7%)           | 68 (93.2%)                  | 21 (91.3%)                  | 0,766    |

|                                                        |            |            |            |              |
|--------------------------------------------------------|------------|------------|------------|--------------|
| <b>Grau da Laceração</b>                               |            |            |            |              |
| 1                                                      | 31 (35.2%) | 23 (34.3%) | 8 (38.1%)  | 0,054        |
| 2                                                      | 48 (54.5%) | 40 (59.7%) | 8 (38.1%)  |              |
| 3                                                      | 8 (9.1%)   | 4 (6.0%)   | 4 (19.0%)  |              |
| 4                                                      | 1 (1.1%)   | 0 (0.0%)   | 1 (4.8%)   |              |
| <b>Sutura Perineal</b>                                 | 69 (71.9%) | 55 (75.3%) | 14 (60.9%) | 0,178        |
| <b>Variedade de Posição da Cabeça Fetal</b>            |            |            |            |              |
| Occipito Pubico (OP)                                   | 91 (95.8%) | 71 (98.6%) | 20 (87.0%) | <b>0,027</b> |
| Occipito Sacro (OS)                                    | 2 (2.1%)   | 0 (0.0%)   | 2 (8.7%)   |              |
| Occipito Esquerdo Transverso (OET)                     | 2 (2.1%)   | 1 (1.4%)   | 1 (4.3%)   |              |
| <b>Distócia de Ombros</b>                              | 0 (100.0%) | 0 (100.0%) | 0 (100.0%) | 1,000        |
| <b>Assistência ao Parto</b>                            |            |            |            |              |
| Enfermagem                                             | 33 (34.4%) | 29 (39.7%) | 4 (17.4%)  | <b>0,049</b> |
| Medicina                                               | 63 (65.6%) | 44 (60.3%) | 19 (82.6%) |              |
| <b>Duração do Segundo Estágio do Trabalho de Parto</b> | 1.18±0.80  | 1.03±0.66  | 1.64±0.99  | <b>0,001</b> |

---

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)

Foi encontrada diferença no índice de Apgar neonatal no 1º minuto, que foi maior para os bebês do GSA (p = 0,042), mas que desapareceu após o 5º minuto (p>0,05) (Tabela 4).

Houve quatro (n=4/4.2%) casos de complicação materna, principalmente a hemorragia pós-parto (n=3/3.1%). Após o parto, todas as mulheres foram encaminhadas ao alojamento conjunto. Após o nascimento, 92 (n=92/95.8%) bebês foram colocados sob o colo da mãe para a realização do contato pele a pele imediato, em 82 (n=82/85.4%) bebês houve o

aleitamento materno na primeira hora de vida, os dados antropométricos do recém-nascido, tais como peso, estatura e perímetro cefálico foram similares em ambos os grupos e apresentaram valores dentro da normalidade. Apenas um (n=1/1.0%) bebê necessitou de reanimação neonatal ao nascimento. A grande maioria dos bebês foi encaminhada ao alojamento conjunto (n=87/90.6%), no entanto, quatro (n=4/4.2%) foram encaminhados ao Berçário de Médio Risco (BMR) e cinco (n=5/5.2%) para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) (Tabela 4).

Tabela 4 - Desfechos Maternos e Neonatais

| <b>Variáveis</b>                  | <b>Total<br/>(n=96/100%)</b> | <b>Sem Analgesia<br/>(n=73/76%)</b> | <b>Com Analgesia<br/>(n=23/24%)</b> | <b>p-valor*</b> |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| <b>Complicação Materna</b>        | 4 (4.2%)                     | 4 (5.5%)                            | 0 (0.0%)                            | 0,251           |
| <b>Tipo de Complicação</b>        |                              |                                     |                                     |                 |
| Hemorragia Pós-Parto              | 3 (3.1%)                     | 3 (4.1%)                            | 0 (100%)                            | 0,323           |
| <b>Desfecho Materno</b>           |                              |                                     |                                     |                 |
| Alojamento Conjunto               | 96 (100.0%)                  | 73 (100.0%)                         | 23 (100.0%)                         | 1,000           |
| <b>Contato Pele a Pele</b>        | 92 (95.8%)                   | 70 (95.9%)                          | 22 (95.7%)                          | 0,960           |
| <b>Aleitamento Materno</b>        | 82 (85.4%)                   | 62 (84.9%)                          | 20 (87.0%)                          | 0,810           |
| <b>Apgar no 1º Minuto de Vida</b> |                              |                                     |                                     |                 |
| < 7                               | 4 (4.2%)                     | 1 (1.4%)                            | 3 (13.0%)                           | <b>0,042</b>    |
| > 7                               | 92 (95.8%)                   | 72 (98.6%)                          | 20 (87.2%)                          |                 |
| <b>Apgar no 5º Minuto de Vida</b> |                              |                                     |                                     |                 |
| < 7                               | 0 (0.0%)                     | 0 (0.0%)                            | 0 (0.0%)                            | 1,000           |
| > 7                               | 96 (100.0%)                  | 73 (100.0%)                         | 23 (100.0%)                         |                 |

|                                  |                |                |                |       |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|-------|
| <b>Peso do RN*</b>               | 3173.33±437.59 | 3177.81±429.50 | 3159.13±472.06 | 0,859 |
| <b>Estatura do RN*</b>           | 48.91±2.36     | 49.11±2.30     | 48.28±2.46     | 0,143 |
| <b>Perímetro Cefálico do RN*</b> | 34.07±1.48     | 34.16±1.34     | 33.77±1.87     | 0,280 |
| <b>Reanimação Neonatal</b>       |                |                |                |       |
| Sim                              | 1 (1.0%)       | 1 (1.4%)       | 0 (0.0%)       | 0,573 |
| Não                              | 95 (99.0%)     | 72 (98.6%)     | 23 (100.0%)    |       |
| <b>Desfecho Neonatal</b>         |                |                |                |       |
| Alojamento Conjunto              | 87 (90.6%)     | 66 (90.4%)     | 21 (91.3%)     | 0,977 |
| BMR*                             | 4 (4.2%)       | 3 (4.1%)       | 1 (4.3%)       |       |
| UTI Neonatal*                    | 5 (5.2%)       | 4 (5.5%)       | 1 (4.3%)       |       |

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)

\*RN: Recém-Nascido; BMR: Berçário de Médio Risco; UTI Neonatal: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

#### **4.3 Avaliação do percentual de queixas urinárias e anorretais entre os grupos na linha de base e com 3 e 6 meses após o parto**

Ainda na linha de base, foram aplicadas as subescalas UDI-6 e CRADI-8 da escala PFDI-20 para avaliar a presença ou ausência de queixas urinárias e anorretais. Nenhuma participante relatou ter perda de urina, flatos ou fezes nos últimos três meses (Gráfico 1). O GCA apresentou maiores percentuais na linha de base de aumento da frequência urinária (p = 0,004) (Tabela 5).

No seguimento de 3 meses ocorreram 25 perdas pelos seguintes motivos: quatro (n=4/16%) não desejaram continuar na pesquisa, nove (n=9/36%) telefones deram como inexistentes, em dois (n=2/8%) a ligação não completou, em seis (n=6/24%) o número não era da paciente e em quatro (n=4/16%) a ligação caiu na caixa postal. Ressalta-se que quando não foi possível contactar a paciente através de ligação telefônica, foi tentado contato através de outras fontes informadas pela paciente, tais como whatsapp, e-mail e instagram, desta forma,



permaneceram na pesquisa, 71 participantes, das quais 19 (n=19/26,8%) pertencem ao GCA e 52 (n=52/73,2%) pertencem ao GSA.

Aos 3 meses após o parto, observou-se que não houve diferença na avaliação intergrupos, a incidência de IU (n=11/21,2% vs n=2/10,5%) e IA (n=6/11,5% vs n=2/10,5%) foi similar em ambos os grupos (p = 0,491 e p = 1,00) (Gráfico 1), quanto aos tipos, a IUE (n=9/12,7%) e a perda de flatos (n=7/9,9%) foram as mais prevalentes (Tabela 5).

Outros desconfortos que obtiveram maior pontuação foram: necessidade de fazer muita força para evacuar (n=12/21,1%) e dor ou desconforto na região baixa do abdômen ou região íntima (n=14/19,7%) (Tabela 5).

No seguimento de 6 meses ocorreram ainda mais 5 perdas, pelos seguintes motivos: três (n=3/60%) não desejaram continuar na pesquisa e em duas (n=2/40%) a ligação não completou e não foi possível contactá-las através de outros contatos. Assim, seguiram na pesquisa, 66 participantes, das quais, 19 (n=19/27,2%) pertencem ao GCA e 47 (n=47/72,8%) pertencem ao GSA.

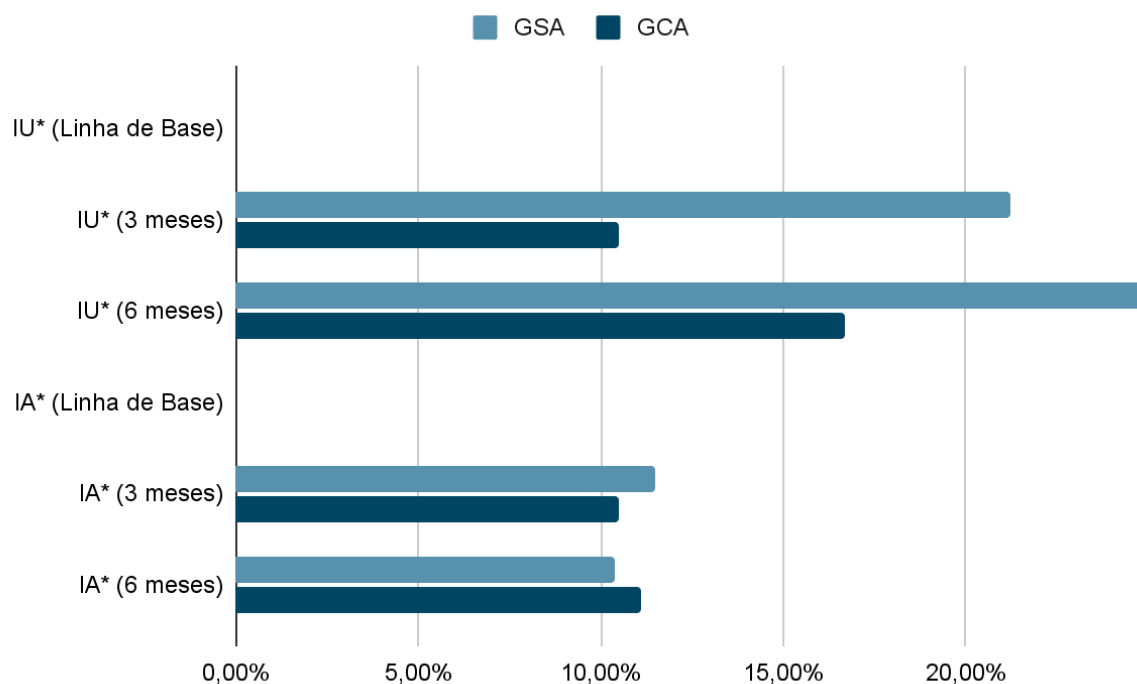
Em 6 meses após o parto, também não foi observada diferença entre os grupos quanto ao impacto do desconforto dos sintomas no assoalho pélvico, a prevalência de IU (n=12/25% vs n=3/16,7%) e IA (n=5/10,4% vs n=2/11,1%) foram similares (p = 0,742 e p = 1,00) (Gráfico 1) o tipo de IU mais prevalente continuou sendo a IUE (n=10/15,2%), bem como a IA mais prevalente, perda de flatos (n=6/9,1%) (Tabela 5).

Outros desconfortos que continuaram prevalentes foram relacionados a necessidade de fazer muita força para evacuar (n=17/25,8%), dor na região baixa do abdômen ou região íntima (n=15/22,7%). Além disso, foi observado a presença da queixa de aumento da frequência urinária (n=11/16,7%) (Tabela 5).

Na análise intragrupo, observou-se que no GSA houve diferença em praticamente todas as respostas do PFDI-20 ao longo do seguimento, ou seja, mais mulheres apresentaram queixas IU (p<0,05) e menos mulheres apresentaram queixas de IA (p = 0,013) ao longo do seguimento, além disso, outros desconfortos apresentaram um aumento durante o seguimento, tais como: dificuldade no esvaziamento da bexiga, desconforto na região baixa do abdômen ou região genital, dor durante a evacuação, urgência para evacuar e sensação de “bola” na região genital antes ou logo após a evacuação (Tabela 5).

Vale ressaltar que no GCA, não houve diferença durante o seguimento na incidência de IU e IA, no entanto, houve redução do desconforto relacionado ao aumento da frequência urinária ( $p = 0,000$ ) nessas participantes ao longo de 6 meses, tal dado também foi encontrado no GSA (Tabela 5).

Gráfico 1 - Avaliação do percentual de queixas de sintomas de IU e IA entre os grupos na linha de base e com 3 e 6 meses após o parto



Fonte: Dados da Pesquisa

\*IU: Incontinência Urinária; IA: Incontinência Anal

Tabela 5 - Avaliação do percentual de queixas urinárias e anorretais entre os grupos na linha de base e com 3 e 6 meses após o parto

|                                         | Linha de Base     |                   |              | 3 meses após o parto |                     |              | 6 meses após o parto |                     |              | Análise Intragrupo |                  |
|-----------------------------------------|-------------------|-------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|--------------------|------------------|
| Variáveis                               | GSA<br>(n=73/76%) | GCA<br>(n=23/24%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=52/73,2%)  | GCA<br>(n=19/26,8%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=48/72,8%)  | GCA<br>(n=18/27,2%) | p -<br>valor | GSA<br>(p-valor)   | GCA<br>(p-valor) |
| <b>Aumento da frequência urinária</b>   | 29 (39.7%)        | 17 (73.9%)        | <b>0,004</b> | 6 (11.5%)            | 2 (10.5%)           | 0,905        | 8 (16.7%)            | 3 (16.7%)           | 1,00         | <b>0,000</b>       | <b>0,000</b>     |
| <b>IUU*</b>                             | 0 (0.0%)          | 0 (0.0%)          | 1,000        | 5 (9.6%)             | 2 (10.5%)           | 0,909        | 7 (14.6%)            | 2 (11.1%)           | 0,714        | <b>0,006</b>       | 0,263            |
| <b>IUE*</b>                             | 0 (0.0%)          | 0 (0.0%)          | 1,00         | 8 (15.4%)            | 1 (5.3%)            | 0,256        | 8 (16.7%)            | 2 (11.1%)           | 0,575        | <b>0,002</b>       | 0,269            |
| <b>Perda de urina sem motivo</b>        | 0 (0.0%)          | 0 (0.0%)          | 1,00         | 8 (15.4%)            | 1 (5.3%)            | 0,256        | 7 (14.6%)            | 2 (11.1%)           | 0,714        | <b>0,002</b>       | 0,269            |
| <b>Dificuldade em esvaziar a bexiga</b> | 0 (0.0%)          | 0 (0.0%)          | 1,00         | 4 (7.7%)             | 2 (10.5%)           | 0,704        | 4 (8.3%)             | 3 (16.7%)           | 0,327        | <b>0,046</b>       | 0,146            |

|                                                                              |            |           |       |            |           |       |            |           |       |              |       |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|-------|------------|-----------|-------|------------|-----------|-------|--------------|-------|
| <b>Dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital</b> | 0 (0.0%)   | 0 (0.0%)  | 1,00  | 11 (21.2%) | 3 (15.8%) | 0,615 | 12 (25.0%) | 3 (16.7%) | 0,472 | <b>0,000</b> | 0,125 |
| <b>Fazer muita força para evacuar?</b>                                       | 11 (15.1%) | 3 (13.0%) | 0,810 | 12 (23.1%) | 3 (15.8%) | 0,505 | 13 (27.1%) | 4 (22.2%) | 0,688 | 0,250        | 0,731 |
| <b>Sensação de esvaziamento incompleto do intestino</b>                      | 8 (11.0%)  | 1 (4.3%)  | 0,343 | 8 (15.4%)  | 1 (5.3%)  | 0,256 | 8 (16.7%)  | 3 (16.7%) | 1,00  | 0,628        | 0,309 |
| <b>IA* (fezes sólidas)</b>                                                   | 0 (0.0%)   | 0 (0.0%)  | 1,000 | 0 (0.0%)   | 0 (0.0%)  | 1,000 | 0 (0.0%)   | 0 (0.0%)  | 1,000 | 1,00         | 1,00  |
| <b>IA* (fezes líquidas)</b>                                                  | 0 (0.0%)   | 0 (0.0%)  | 1,000 | 0 (0.0%)   | 1 (5.3%)  | 0,096 | 0 (0.0%)   | 1 (5.6%)  | 0,100 | 1,00         | 0,525 |
| <b>IA* (flatos/gases intestinais)</b>                                        | 0 (0.0%)   | 0 (0.0%)  | 1,000 | 6 (11.5%)  | 1 (5.3%)  | 0,432 | 5 (10.4%)  | 1 (5.6%)  | 0,541 | <b>0,013</b> | 0,525 |
| <b>Dor durante a evacuação</b>                                               | 0 (0.0%)   | 0 (0.0%)  | 1,000 | 4 (7.7%)   | 0 (0.0%)  | 0,213 | 5 (10.9%)  | 0 (0.0%)  | 0,145 | <b>0,023</b> | 1,00  |

|                                                                                         |          |          |       |           |          |       |           |           |       |              |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-------|-----------|----------|-------|-----------|-----------|-------|--------------|-------|
| Urgência para evacuar                                                                   | 0 (0.0%) | 0 (0.0%) | 1,000 | 7 (13.5%) | 1 (5.3%) | 0,333 | 7 (14.6%) | 3 (16.7%) | 0,833 | <b>0,004</b> | 0,100 |
| Sensação de “bola” ou abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar | 0 (0.0%) | 0 (0.0%) | 1,000 | 6 (11.5%) | 1 (5.3%) | 0,432 | 7 (15.2%) | 1 (5.6%)  | 0,293 | <b>0,004</b> | 0,525 |

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)

\*IUU: Incontinência Urinária de Urgência; IUE: Incontinência Urinária de Esforço; IA: Incontinência Anal

Na linha de base a pontuação total das subescalas UDI-6 ( $4.75 \pm 5.96$ ) e CRADI-8 ( $2.05 \pm 4.77$ ) foram baixas e similares em ambos os grupos. A pontuação total do PFDI-20 ( $6.80 \pm 8.94$ ) também apresentou uma média baixa e não teve diferença nos dois grupos. Os dois grupos apresentaram-se similares na linha de base, com relação aos sintomas de DAP, apresentando valores de pontuações baixos, inferindo um baixo impacto dos sintomas, já que, quanto maior a pontuação, maior será o impacto dos sintomas no assoalho pélvico (Tabela 6).

Não houve diferença entre as pontuações das subescalas UDI-6 e CRADI-8 nos dois grupos em 3 meses após o parto, no entanto, percebe-se um aumento da pontuação total do PFDI-20 quando comparado aos valores encontrados na linha de base (Tabela 6).

No seguimento de 6 meses, não foi observada diferença entre os grupos, nas pontuações das subescalas UDI-6 e CRADI-8 e da escala PFDI-20, no entanto, é perceptível o aumento das pontuações quando comparados a linha de base, o que pode inferir em um aumento do impacto do desconforto dos sintomas de DAP no assoalho pélvico ao longo do tempo em ambos os grupos (Tabela 6).

Além disso, na análise intragrupo, foi observado maiores pontuações das subescalas UDI-6 e CRADI-8 e da escala PFDI-20 ao longo do seguimento das participantes do GSA, o que pode inferir em um maior impacto dos sintomas no assoalho pélvico deste grupo ao longo de 6 meses após o parto (Tabela 6).

Tabela 6 - Pontuação do inventário de desconforto de DAP na linha de base e em 3 e 6 meses após o parto (PFDI-20)

|                        | Linha de Base     |                   |              | 3 meses após o parto |                     |              | 6 meses após o parto |                     |              | Análise Intragrupo |                  |
|------------------------|-------------------|-------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|--------------------|------------------|
| Variáveis              | GSA<br>(n=73/76%) | GCA<br>(n=23/24%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=52/73,2%)  | GCA<br>(n=19/26,8%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=48/72,8%)  | GCA<br>(n=18/27,2%) | p -<br>valor | GSA<br>(p-valor)   | GCA<br>(p-valor) |
| <b>UDI-6 (0-100)</b>   | 4.22±6.11         | 6.43±5.22         | 0,120        | 8.77±17.26           | 7.58±22.39          | 0,813        | 10.00±15.66          | 9.56±22.67          | 0,928        | <b>0,038</b>       | 0,858            |
| <b>CRADI-8 (0-100)</b> | 2.35±5.25         | 1.09±2.60         | 0,269        | 7.39±14.25           | 3.95±8.58           | 0,327        | 8.01±14.41           | 7.47±14.70          | 0,893        | <b>0,011</b>       | 0,112            |
| <b>PFDI-20 (0-200)</b> | 6.57±9.72         | 7.52±5.94         | 0,660        | 16.16±29.04          | 11.53±24.28         | 0,537        | 18.01±27.13          | 17.02±27.52         | 0,896        | <b>0,010</b>       | 0,349            |

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)

#### **4.4 Avaliação do impacto das queixas urinárias e anorretais na qualidade de vida entre os grupos na linha de base e com 3 e 6 meses após o parto**

Quanto ao impacto dos sintomas de DAP na qualidade de vida das mulheres na linha de base, observou-se também uma similaridade entre os grupos. Quando questionadas acerca de como os sintomas urinários e anorretais impactaram em diversas atividades de vida diárias, tais como realização de atividades domésticas, atividades físicas, atividades de entretenimento, habilidade de realizar viagens de longa distância, participação em eventos sociais fora de casa, saúde emocional e frustração, as respostas variaram. As principais respostas sobre o impacto dos sintomas urinários foram, em sua grande maioria, que os sintomas não impactaram “nem um pouco” ( $n=13/28.3\%$ ) e que incomodaram “bastante” ( $n=13/28.3\%$ ) (Tabela 7). Já para os sintomas anorretais, a maioria respondeu que estes impactam “um pouco” ( $n=7/36.8\%$ ) nas suas atividades de vida diárias (Tabela 8).

O impacto dos sintomas de DAP na qualidade de vida das participantes do seguimento de 3 meses após o parto foi similar em ambos os grupos, a grande maioria respondeu que os sintomas tiveram “pouco” impacto na habilidade de realização de atividades de vida diárias em ambas as subescalas UIQ-7 ( $n=9/36\%$ ) e CRAIQ-7 ( $n=11/52.4\%$ ) (Tabela 7 e 8).

Quanto ao impacto dos sintomas de DAP na qualidade de vida das participantes do seguimento de 6 meses, também não foi observado diferença entre os grupos, tanto na subescala UIQ-7 ( $n=12/46.2\%$ ), quanto na subescala CRAIQ-7 ( $n=9/33.3\%$ ), as participantes responderam que os sintomas “pouco” impactaram na sua qualidade de vida (Tabela 7 e 8).

Quanto à análise intragrupo do impacto dos sintomas de DAP na qualidade de vida das participantes ao longo do seguimento, não foram observadas diferenças tanto no GSA quanto no GCA (Tabela 7 e 8).



Tabela 7 - Impacto dos sintomas urinários na qualidade de vida das participantes da linha de base (PFIQ-7)

| Variáveis             | Linha de Base     |                   |              | 3 meses após o parto |                     |              | 6 meses após o parto |                     |              | Análise Intragrupo |                  |
|-----------------------|-------------------|-------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|--------------------|------------------|
|                       | GSA<br>(n=73/76%) | GCA<br>(n=23/24%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=52/73,2%)  | GCA<br>(n=19/26,8%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=48/72,8%)  | GCA<br>(n=18/27,2%) | p -<br>valor | GSA<br>(p-valor)   | GCA<br>(p-valor) |
| Atividades Domésticas |                   |                   |              |                      |                     |              |                      |                     |              | 0,125              | 0,825            |
| Nem um pouco          | 8 (27.6%)         | 5 (29.4%)         | 0,232        | 4 (20.0%)            | 1 (20.0%)           | 0,843        | 0 (0.0%)             | 1 (16.7%)           | 0,284        |                    |                  |
| Um pouco              | 5 (17.2%)         | 6 (35.3%)         |              | 8 (40.0%)            | 1 (20.0%)           |              | 9 (45.0%)            | 3 (50.0%)           |              |                    |                  |
| Moderadamente         | 5 (17.2%)         | 4 (23.5%)         |              | 3 (15.0%)            | 1 (20.0%)           |              | 5 (25.0%)            | 1 (16.7%)           |              |                    |                  |
| Bastante              | 11 (37.9%)        | 2 (11.8%)         |              | 5 (25.0%)            | 2 (40.0%)           |              | 6 (30.0%)            | 1 (16.7%)           |              |                    |                  |
| Atividades Físicas    |                   |                   |              |                      |                     |              |                      |                     |              | 0,125              | 0,825            |
| Nem um pouco          | 8 (27.6%)         | 5 (29.4%)         | 0,232        | 4 (20.0%)            | 1 (20.0%)           | 0,843        | 0 (0.0%)             | 1 (16.7%)           | 0,284        |                    |                  |
| Um pouco              | 5 (17.2%)         | 6 (35.3%)         |              | 8 (40.0%)            | 1 (20.0%)           |              | 9 (45.0%)            | 3 (50.0%)           |              |                    |                  |
| Moderadamente         | 5 (17.2%)         | 6 (35.3%)         |              | 3 (15.0%)            | 1 (20.0%)           |              | 5 (25.0%)            | 1 (16.7%)           |              |                    |                  |

|                              |            |           |       |           |           |       |           |           |             |
|------------------------------|------------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|-------------|
| Bastante                     | 11 (37.9%) | 2 (11.8%) |       | 5 (25.0%) | 2 (40.0%) |       | 6 (30.0%) | 1 (16.7%) |             |
| Atividades de Entretenimento |            |           |       |           |           |       |           |           | 0,125 0,825 |
| Nem um pouco                 | 8 (27.6%)  | 5 (29.4%) | 0,232 | 4 (20.0%) | 1 (20.0%) | 0,843 | 0 (0.0%)  | 1 (16.7%) | 0,284       |
| Um pouco                     | 5 (17.2%)  | 6 (35.3%) |       | 8 (40.0%) | 1 (20.0%) |       | 9 (45.0%) | 3 (50.0%) |             |
| Moderadamente                | 5 (17.2%)  | 4 (23.5%) |       | 3 (15.0%) | 1 (20.0%) |       | 5 (25.0%) | 1 (16.7%) |             |
| Bastante                     | 11 (37.9%) | 2 (11.8%) |       | 5 (25.0%) | 2 (40.0%) |       | 6 (30.0%) | 1 (16.7%) |             |
| Viagens de longa distância   |            |           |       |           |           |       |           |           | 0,125 0,825 |
| Nem um pouco                 | 8 (27.6%)  | 5 (29.4%) | 0,232 | 4 (20.0%) | 1 (20.0%) | 0,843 | 0 (0.0%)  | 1 (16.7%) | 0,284       |
| Um pouco                     | 5 (17.2%)  | 6 (35.3%) |       | 8 (40.0%) | 1 (20.0%) |       | 9 (45.0%) | 3 (50.0%) |             |
| Moderadamente                | 5 (17.2%)  | 4 (23.5%) |       | 3 (15.0%) | 1 (20.0%) |       | 5 (25.0%) | 1 (16.7%) |             |
| Bastante                     | 11 (37.9%) | 2 (11.8%) |       | 5 (25.0%) | 2 (40.0%) |       | 6 (30.0%) | 1 (16.7%) |             |
| Atividades Sociais           |            |           |       |           |           |       |           |           | 0,125 0,825 |
| Nem um pouco                 | 8 (27.6%)  | 5 (29.4%) | 0,232 | 4 (20.0%) | 1 (20.0%) | 0,843 | 0 (0.0%)  | 1 (16.7%) | 0,284       |

|                        |            |           |       |           |           |       |           |           |                  |
|------------------------|------------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|------------------|
| Um pouco               | 5 (17.2%)  | 6 (35.3%) |       | 8 (40.0%) | 1 (20.0%) |       | 9 (45.0%) | 3 (50.0%) |                  |
| Moderadamente          | 5 (17.2%)  | 4 (23.5%) |       | 3 (15.0%) | 1 (20.0%) |       | 5 (25.0%) | 1 (16.7%) |                  |
| Bastante               | 11 (37.9%) | 2 (11.8%) |       | 5 (25.0%) | 2 (40.0%) |       | 6 (30.0%) | 1 (16.7%) |                  |
| <b>Saúde Emocional</b> |            |           |       |           |           |       |           |           | 0,125      0,825 |
| Nem um pouco           | 8 (27.6%)  | 5 (29.4%) | 0,232 | 4 (20.0%) | 1 (20.0%) | 0,843 | 0 (0.0%)  | 1 (16.7%) | 0,284            |
| Um pouco               | 5 (17.2%)  | 6 (35.3%) |       | 8 (40.0%) | 1 (20.0%) |       | 9 (45.0%) | 3 (50.0%) |                  |
| Moderadamente          | 5 (17.2%)  | 4 (23.5%) |       | 3 (15.0%) | 1 (20.0%) |       | 5 (25.0%) | 1 (16.7%) |                  |
| Bastante               | 11 (37.9%) | 2 (11.8%) |       | 5 (25.0%) | 2 (40.0%) |       | 6 (30.0%) | 1 (16.7%) |                  |
| <b>Frustração</b>      |            |           |       |           |           |       |           |           | 0,125      0,825 |
| Nem um pouco           | 8 (27.6%)  | 5 (29.4%) | 0,232 | 4 (20.0%) | 1 (20.0%) | 0,843 | 0 (0.0%)  | 1 (16.7%) | 0,284            |
| Um pouco               | 5 (17.2%)  | 6 (35.3%) |       | 8 (40.0%) | 1 (20.0%) |       | 9 (45.0%) | 3 (50.0%) |                  |
| Moderadamente          | 5 (17.2%)  | 4 (23.5%) |       | 3 (15.0%) | 1 (20.0%) |       | 5 (25.0%) | 1 (16.7%) |                  |
| Bastante               | 11 (37.9%) | 2 (11.8%) |       | 5 (25.0%) | 2 (40.0%) |       | 6 (30.0%) | 1 (16.7%) |                  |

---

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)

Tabela 8 - Impacto dos sintomas anorretais na qualidade de vida das participantes da linha de base (PFIQ-7)

| Variáveis             | Linha de Base     |                   |              | 3 meses após o parto |                     |              | 6 meses após o parto |                     |              | Análise Intragrupo |                  |
|-----------------------|-------------------|-------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|--------------------|------------------|
|                       | GSA<br>(n=73/76%) | GCA<br>(n=23/24%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=52/73,2%)  | GCA<br>(n=19/26,8%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=48/72,8%)  | GCA<br>(n=18/27,2%) | p -<br>valor | GSA<br>(p-valor)   | GCA<br>(p-valor) |
| Atividades Domésticas |                   |                   |              |                      |                     |              |                      |                     |              | 0,728              | 0,431            |
| Nem um pouco          | 0 (0.0%)          | 1 (25.0%)         | 0,145        | 2 (11.8%)            | 0 (0.0%)            | 0,645        | 3 (14.3%)            | 1 (16.7%)           | 0,604        |                    |                  |
| Um pouco              | 5 (33.3%)         | 2 (50.0%)         |              | 8 (47.1%)            | 3 (75.0%)           |              | 8 (38.1%)            | 1 (16.7%)           |              |                    |                  |
| Moderadamente         | 5 (33.3%)         | 1 (25.0%)         |              | 3 (17.6%)            | 0 (0.0%)            |              | 5 (23.8%)            | 1 (16.7%)           |              |                    |                  |
| Bastante              | 5 (33.3%)         | 0 (0.0%)          |              | 4 (23.5%)            | 1 (25.0%)           |              | 5 (23.8%)            | 3 (50.0%)           |              |                    |                  |
| Atividades Físicas    |                   |                   |              |                      |                     |              |                      |                     |              | 0,775              | 0,431            |
| Nem um pouco          | 0 (0.0%)          | 1 (25.0%)         | 0,145        | 2 (11.8%)            | 0 (0.0%)            | 0,577        | 3 (14.3%)            | 1 (16.7%)           | 0,604        |                    |                  |
| Um pouco              | 5 (33.3%)         | 2 (50.0%)         |              | 7 (41.2%)            | 3 (75.0%)           |              | 8 (38.1%)            | 1 (16.7%)           |              |                    |                  |
| Moderadamente         | 5 (33.3%)         | 1 (25.0%)         |              | 3 (17.6%)            | 0 (0.0%)            |              | 5 (23.8%)            | 1 (16.7%)           |              |                    |                  |

|                                 |           |           |       |           |           |       |           |           |            |
|---------------------------------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|------------|
| Bastante                        | 5 (33.3%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (29.4%) | 1 (25.0%) |       | 5 (23.8%) | 3 (50.0%) |            |
| Atividades de<br>Entretenimento |           |           |       |           |           |       |           |           | 0,7750,431 |
| Nem um pouco                    | 0 (0.0%)  | 1 (25.0%) | 0,145 | 2 (11.8%) | 0 (0.0%)  | 0,577 | 3 (14.3%) | 1 (16.7%) | 0,604      |
| Um pouco                        | 5 (33.3%) | 2 (50.0%) |       | 7 (41.2%) | 3 (75.0%) |       | 8 (38.1%) | 1 (16.7%) |            |
| Moderadamente                   | 5 (33.3%) | 1 (25.0%) |       | 3 (17.6%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (23.8%) | 1 (16.7%) |            |
| Bastante                        | 5 (33.3%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (29.4%) | 1 (25.0%) |       | 5 (23.8%) | 3 (50.0%) |            |
| Viagens de longa<br>distância   |           |           |       |           |           |       |           |           | 0,7750,431 |
| Nem um pouco                    | 0 (0.0%)  | 1 (25.0%) | 0,145 | 2 (11.8%) | 0 (0.0%)  | 0,577 | 3 (14.3%) | 1 (16.7%) | 0,604      |
| Um pouco                        | 5 (33.3%) | 2 (50.0%) |       | 7 (41.2%) | 3 (75.0%) |       | 8 (38.1%) | 1 (16.7%) |            |
| Moderadamente                   | 5 (33.3%) | 1 (25.0%) |       | 3 (17.6%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (23.8%) | 1 (16.7%) |            |
| Bastante                        | 5 (33.3%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (29.4%) | 1 (25.0%) |       | 5 (23.8%) | 3 (50.0%) |            |
| Atividades Sociais              |           |           |       |           |           |       |           |           | 0,7280,431 |
| Nem um pouco                    | 0 (0.0%)  | 1 (25.0%) | 0,145 | 2 (11.8%) | 0 (0.0%)  | 0,645 | 3 (14.3%) | 1 (16.7%) | 0,604      |

|                        |           |           |       |           |           |       |           |           |       |       |       |
|------------------------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|-------|-------|
| Um pouco               | 5 (33.3%) | 2 (50.0%) |       | 8 (47.1%) | 3 (75.0%) |       | 8 (38.1%) | 1 (16.7%) |       |       |       |
| Moderadamente          | 5 (33.3%) | 1 (25.0%) |       | 3 (17.6%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (23.8%) | 1 (16.7%) |       |       |       |
| Bastante               | 5 (33.3%) | 0 (0.0%)  |       | 4 (23.5%) | 1 (25.0%) |       | 5 (23.8%) | 3 (50.0%) |       |       |       |
| <b>Saúde Emocional</b> |           |           |       |           |           |       |           |           |       | 0,775 | 0,431 |
| Nem um pouco           | 0 (0.0%)  | 1 (25.0%) | 0,145 | 2 (11.8%) | 0 (0.0%)  | 0,577 | 3 (14.3%) | 1 (16.7%) | 0,604 |       |       |
| Um pouco               | 5 (33.3%) | 2 (50.0%) |       | 7 (41.2%) | 3 (75.0%) |       | 8 (38.1%) | 1 (16.7%) |       |       |       |
| Moderadamente          | 5 (33.3%) | 1 (25.0%) |       | 3 (17.6%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (23.8%) | 1 (16.7%) |       |       |       |
| Bastante               | 5 (33.3%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (29.4%) | 1 (25.0%) |       | 5 (23.8%) | 3 (50.0%) |       |       |       |
| <b>Frustração</b>      |           |           |       |           |           |       |           |           |       |       |       |
| Nem um pouco           | 0 (0.0%)  | 1 (25.0%) | 0,145 | 2 (11.8%) | 0 (0.0%)  | 0,533 | 3 (14.3%) | 1 (16.7%) | 0,604 | 0,818 | 0,431 |
| Um pouco               | 5 (33.3%) | 2 (50.0%) |       | 7 (41.2%) | 3 (75.0%) |       | 8 (38.1%) | 1 (16.7%) |       |       |       |
| Moderadamente          | 5 (33.3%) | 1 (25.0%) |       | 4 (23.5%) | 0 (0.0%)  |       | 5 (23.8%) | 1 (16.7%) |       |       |       |
| Bastante               | 5 (33.3%) | 0 (0.0%)  |       | 4 (23.5%) | 1 (25.0%) |       | 5 (23.8%) | 3 (50.0%) |       |       |       |

---

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)

Na pontuação total do PFQI-7, na linha de base, observou-se diferenças em relação aos dois grupos, pois o GSA apresentou uma pontuação bem superior ao GCA na subescala CRAIQ-7 ( $p = 0,049$ ), implicando em um impacto maior dos sintomas anorretais na qualidade de vida desse grupo (Tabela 9).

Também houve similaridade entre os grupos na pontuação total das subescalas UIQ-7 e CRAIQ-7, no seguimento de 3 meses após o parto, com pontuações demonstrando um médio impacto dos sintomas de DAP na realização de atividades de vida diárias (Tabela 9).

Em 6 meses, na pontuação total das subescalas UIQ-7 e CRAIQ-7 e na pontuação total do PFIQ-7 também não foram observadas diferenças entre os grupos, além disso, os resultados foram similares à pontuação obtida em 3 meses após o parto (Tabela 9).

Na análise intragrupo, as pontuações das subescalas UIQ-7 e CRAIQ-7 e da escala PFIQ-7 também não apresentaram diferenças. Supõe-se que o impacto dos sintomas de DAP na qualidade de vida das participantes dos dois grupos permaneceu o mesmo ao longo dos seis meses de acompanhamento (Tabela 9).

Tabela 9 - Pontuação da escala de avaliação do impacto dos sintomas de DAP na qualidade de vida da linha de base e em 3 e 6 meses após o parto (PFIQ-7)

|                 | Linha de Base     |                   |              | 3 meses após o parto |                     |              | 6 meses após o parto |                     |              | Análise Intragrupo |                  |
|-----------------|-------------------|-------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|----------------------|---------------------|--------------|--------------------|------------------|
| Variáveis       | GSA<br>(n=73/76%) | GCA<br>(n=23/24%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=52/73,2%)  | GCA<br>(n=19/26,8%) | p -<br>valor | GSA<br>(n=48/72,8%)  | GCA<br>(n=18/27,2%) | p -<br>valor | GSA<br>(p-valor)   | GCA<br>(p-valor) |
| UIQ-7 (0-100)   | 55.16±42.05       | 39.19±33.81       | 0,190        | 48.31±36.64          | 59.98±43.46         | 0,544        | 61.64±29.18          | 44.42±34.42         | 0,235        | 0,529              | 0,527            |
| CRAIQ-7 (0-100) | 66.63±28.19       | 33.30±27.19       | <b>0,049</b> | 53.47±33.78          | 49.98±33.35         | 0,854        | 52.35±34.27          | 66.65±42.17         | 0,399        | 0,386              | 0,390            |
| PFIQ-7 (0-200)  | 121.79±63.89      | 72.49±36.13       | <b>0,041</b> | 72.12±66.35          | 71.40±35.64         | 0,978        | 113.99±66.97         | 111.07±52.10        | 0,708        | 0,822              | 0,143            |

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)



Quanto aos fatores relacionados ao trabalho de parto e parto que tiveram associação com o surgimento de queixas de IU e IA no pós-parto, observou-se que mulheres que tiveram parto induzido no grupo sem analgesia foram mais propensas a desenvolver IA em 3 e 6 meses após o parto ( $p=0,001$  e  $p=0,000$ ); mulheres que não receberam analgesia de parto e tiveram um primeiro estágio do trabalho de parto mais demorado, apresentaram maiores índices de IA em 6 meses após o parto, bem como àquelas que receberam analgesia de parto e tiveram um primeiro estágio prolongado, foram mais propensas a desenvolverem IU em até 6 meses após o parto ( $p=0,045$  e  $p=0,023$ ); mulheres que tiveram parto instrumental e receberam analgesia de parto, foram mais propensas a desenvolverem IA em 6 meses após o parto ( $p=0,031$ ); mulheres que não receberam analgesia de parto e tiveram lacerações com necessidade de correção, foram mais propensas a desenvolverem IU em 3 e 6 meses após o parto ( $p=0,041$  e  $p=0,021$ ), além disso, àquelas que receberam analgesia e tiveram laceração com necessidade de sutura apresentaram maiores índices de IU em 6 meses após o parto ( $p=0,017$ ); mulheres que solicitaram repique de analgesia peridural foram mais propensas a desenvolverem IU em 6 meses após o parto ( $p=0,038$ ) (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação das variáveis sobre trabalho de parto e parto com o surgimento de queixas de incontinência urinária e anal em 3 e 6 meses após o parto.

| Variáveis            | Incontinência Anal              |              |                                 |              |                                 |             |                                 |             | Incontinência Urinária          |             |                                 |             |                                 |             |                                 |              |
|----------------------|---------------------------------|--------------|---------------------------------|--------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|---------------------------------|--------------|
|                      | Sem Analgesia                   |              |                                 |              | Com Analgesia                   |             |                                 |             | Sem Analgesia                   |             |                                 |             | Com Analgesia                   |             |                                 |              |
|                      | 3 meses<br>(n=52<br>/73,2<br>%) | p-<br>valor  | 6 meses<br>(n=48<br>/72,8<br>%) | p-<br>valor  | 3 meses<br>(n=19<br>/26,8<br>%) | p-<br>valor | 6 meses<br>(n=18<br>/27,2<br>%) | p-<br>valor | 3 meses<br>(n=52<br>/73,2<br>%) | p-<br>valor | 6 meses<br>(n=48<br>/72,8<br>%) | p-<br>valor | 3 meses<br>(n=19<br>/26,8<br>%) | p-<br>valor | 6 meses<br>(n=18<br>/27,2<br>%) | p-<br>valor  |
| Atividade Física     | 2<br>(50.0<br>%)                | 0,088        | 1<br>(33.3<br>%)                | 0,466        | 2<br>(100<br>%)                 | 0,156       | 2<br>(100<br>%)                 | 0,134       | 3<br>(33.3<br>%)                | 0,199       | 2<br>(20%)                      | 0,835       | 2<br>(100<br>%)                 | 0,156       | 2<br>(66.7<br>%)                | 0,527        |
| Indução              | 2<br>(50.0<br>%)                | <b>0,001</b> | 2<br>(66.7<br>%)                | <b>0,000</b> | 0<br>(0.0%<br>)                 | 1,000       | 0<br>(0.0%<br>)                 | 1,000       | 1<br>(11.1<br>%)                | 0,721       | 1<br>(10.0<br>%)                | 0,889       | 0<br>(0.0%<br>)                 | 1,000       | 0<br>(0.0%<br>)                 | 1,000        |
| MNF's*               | 3<br>(75.0<br>%)                | 0,671        | 3<br>(100<br>%)                 | 0,205        | 2<br>(100<br>%)                 | 1,000       | 2<br>(100<br>%)                 | 1,000       | 6<br>(66.7<br>%)                | 0,924       | 8<br>(80.0<br>%)                | 0,310       | 2<br>(100<br>%)                 | 1,000       | 3<br>(100<br>%)                 | 1,000        |
| Repique de analgesia | -                               | -            | -                               | -            | -                               | -           | -                               | -           | -                               | -           | -                               | -           | 2<br>(100<br>%)                 | 0,086       | 3<br>(100<br>%)                 | <b>0,038</b> |
| Ocitocina            | 2<br>(50.0<br>%)                | 0,883        | 1<br>(33,3<br>%)                | 0,579        | 0<br>(0.0%<br>)                 | 0,182       | 1<br>(100.0<br>%)               | 0,464       | -                               | -           | -                               | -           | 1<br>(50.0<br>%)                | 0,696       | 2<br>(66,7<br>%)                | 1,000        |

|                        |                   |       |                  |       |                   |              |                   |              |                    |              |                    |              |                  |       |                  |              |
|------------------------|-------------------|-------|------------------|-------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------------|--------------|------------------|-------|------------------|--------------|
| Amniotomia             | 1<br>(25.0<br>%)  | 0,730 | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,360 | 1<br>(100.0<br>%) | 0,362        | 1<br>(100.0<br>%) | 0,333        | 1<br>(12.5<br>%)   | 0,623        | 0<br>(0.0%<br>)    | 0,082        | 1<br>(50.0<br>%) | 0,849 | 2<br>(66.7<br>%) | 0,605        |
| Parto Instrumental     | 0<br>(0.0%<br>)   | 1,000 | 0<br>(0.0%<br>)  | 1,000 | 1<br>(100.0<br>%) | 0,099        | 1<br>(100.0<br>%) | <b>0,031</b> | 0<br>(0.0%<br>)    | 1,000        | 0<br>(0.0%<br>)    | 1,000        | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,595 | 1<br>(33.3<br>%) | 0,439        |
| Proteção perineal      | 2<br>(50.0<br>%)  | 0,883 | 2<br>(66.7<br>%) | 0,608 | 0<br>(0.0%<br>)   | 0,302        | 0<br>(0.0%<br>)   | 0,268        | 5<br>(62.5<br>%)   | 0,571        | 4<br>(44.4<br>%)   | 0,640        | 1<br>(50.0<br>%) | 1,000 | 2<br>(66.7<br>%) | 0,605        |
| Massagem<br>Perineal   | 1<br>(25.0<br>%)  | 0,256 | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,542 | 1<br>(100.0<br>%) | 1,000        | 1<br>(100.0<br>%) | 1,000        | 2<br>(25.0<br>%)   | 0,090        | 0<br>(0.0%<br>)    | 0,248        | 0<br>(0.0%<br>)  | 1,000 | 0<br>(0.0%<br>)  | 1,000        |
| Compressa morna        | 0<br>(0.0%<br>)   | 1,000 | 0<br>(0.0%<br>)  | 1,000 | 0<br>(0.0%<br>)   | 0,790        | 0<br>(0.0%<br>)   | 0,782        | 0<br>(0.0%<br>)    | 1,000        | 0<br>(0.0%<br>)    | 1,000        | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,696 | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,605        |
| Episiotomia            | 0<br>(0.0%<br>)   | 0,746 | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,770 | 1<br>(100.0<br>%) | <b>0,032</b> | 0<br>(0.0%<br>)   | 0,685        | 0<br>(0.0%<br>)    | 0,629        | 0<br>(0.0%<br>)    | 0,579        | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,468 | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,448        |
| Laceração perineal     | 8<br>(100.0<br>%) | 0,315 | 2<br>(66.7<br>%) | 0,170 | 1<br>(100.0<br>%) | 0,696        | 1<br>(100.0<br>%) | 0,685        | 8<br>(100.0<br>%)  | 0,315        | 9<br>(100.0<br>%)  | 0,248        | 1<br>(50.0<br>%) | 0,086 | 2<br>(66.7<br>%) | 0,255        |
| Sutura perineal        | 5<br>(83.3<br>%)  | 0,692 | 4<br>(80.0<br>%) | 0,785 | 1<br>(50.0<br>%)  | 0,683        | 1<br>(50.0<br>%)  | 0,732        | 11<br>(100.0<br>%) | <b>0,041</b> | 12<br>(100.0<br>%) | <b>0,021</b> | 0<br>(0.0%<br>)  | 0,050 | 0<br>(0.0%<br>)  | <b>0,017</b> |
| Complicação<br>materna | 2<br>(33.3        | 0,012 | 1<br>(20.0       | 0,319 | 2<br>(100.0       | 1,000        | 0<br>(0.0%        | 1,000        | 1<br>(9.1%         | 0,845        | 0<br>(0.0%         | 0,228        | 0<br>(0.0%       | 1,000 | 0<br>(0.0%       | 1,000        |

|                       | %)            |       | %)            |              | %)            |       | )             |       | )             |       | )             |       | )              |       | )              |              |
|-----------------------|---------------|-------|---------------|--------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|----------------|--------------|
| Duração do 1º estágio | 6.88±<br>3.42 | 0,176 | 8.50±<br>1.32 | <b>0,045</b> | 16.50<br>±.   | 0,070 | 6.00±.        | 0,745 | 4.69±<br>3.05 | 0,934 | 4.28±<br>3.10 | 0,810 | 14.00<br>±8.49 | 0,061 | 12.50<br>±6.54 | <b>0,023</b> |
| Duração do 2º estágio | 1.13±<br>0.47 | 0,566 | 1.16±<br>0.52 | 0,441        | 1.88±<br>0.39 | 0,838 | 1.95±<br>0.49 | 0,742 | 1.14±<br>0.57 | 0,384 | 1.01±<br>0.61 | 0,753 | 1.38±<br>0.53  | 0,639 | 1.28±<br>0.41  | 0,479        |

---

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média±DP)

\*MNF's: Métodos Não Farmacológicos

#### 4.5 Avaliação do risco de desenvolvimento de DAP em 20 anos na linha de base

Foi realizado o cálculo do risco de desenvolvimento de DAP em até 20 anos, de todas as participantes, que tinham até 34 anos, da linha de base, com o auxílio da calculadora UR-CHOICE, obtendo-se resultados similares nos dois grupos, a categoria com maior índice médio foi o risco do surgimento de qualquer DAP ( $Md=35.61\pm5.91$ ) ao longo de 20 anos (Tabela 11).

Calculou-se ainda a associação entre o risco de surgimento de disfunções do assoalho pélvico por meio da calculadora UR-CHOICE e o grau de laceração perineal, bem como também com queixas de IU e IA aos 3 e 6 meses após o parto, no entanto, não foi encontrada nenhuma associação.

Tabela 11 - Risco do surgimento de Disfunções do Assoalho Pélvico em até 20 anos da linha de base utilizando-se a calculadora UR-CHOICE.

| Variáveis                          | Total<br>(n=96/100%) | Sem Analgesia<br>(n=73/76%) | Com Analgesia<br>(n=23/24%) | p-valor* |
|------------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|
| <b>Prolapso de Órgãos Pélvicos</b> | 10.66 $\pm$ 1.62     | 10.81 $\pm$ 1.77            | 10.19 $\pm$ 0.81            | 0,126    |
| <b>Incontinência Urinária</b>      | 25.85 $\pm$ 5.37     | 26.15 $\pm$ 5.32            | 24.90 $\pm$ 5.53            | 0,357    |
| <b>Incontinência Fecal</b>         | 12.40 $\pm$ 3.98     | 12.68 $\pm$ 4.05            | 11.52 $\pm$ 3.72            | 0,249    |
| <b>Qualquer DAP*</b>               | 35.61 $\pm$ 5.91     | 35.99 $\pm$ 5.82            | 34.38 $\pm$ 6.19            | 0,279    |
| <b>Duas ou mais DAP*</b>           | 12.39 $\pm$ 4.26     | 12.74 $\pm$ 4.49            | 11.29 $\pm$ 3.26            | 0,175    |

\*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (média $\pm$ DP)

\*DAP: Disfunções do Assoalho Pélvico

## 5 DISCUSSÃO

Os dados sociodemográficos, ginecológicos e obstétricos deste estudo foram similares em ambos os grupos, além disso, tais achados são compatíveis com outros estudos realizados com a mesma finalidade, exceto pela idade, no qual foi observado que as participantes de outros estudos eram mais maduras com idade média superior a 30 anos (LV et al., 2022; WANG et al., 2020). Apesar de não ter atingido o cálculo amostral inicial, a presente amostra apresentou um poder de 84.7% em rejeitar a hipótese de nulidade deste estudo, visto que a frequência de partos instrumentais foi maior no grupo que recebeu analgesia comparado ao controle.

Não foi encontrada associação entre o uso de analgesia no parto vaginal e a prevalência de queixas de IU e IA em até 6 meses após o parto. Tal resultado é similar ao encontrado em uma coorte de 6 meses realizada na China com 150 primíparas, no qual, a incidência de IU (23%) e IA (28.4%) foi semelhante tanto no grupo que recebeu analgesia de parto, quanto no grupo que não a recebeu (DU et al., 2021). Um estudo realizado na Itália também não encontrou associação do uso de analgesia com a incidência de queixas de IU (14,3% vs 8,6%,  $p = 0,29$ ) e IA (1,4% vs 4,3%,  $p = 0,31$ ) após o parto, também não foi encontrada diferença entre os grupos quando investigado a incidência de prolapso de órgãos pélvicos (45,7% vs 51,4%,  $p = 0,49$ ) (SARTORE et al., 2003).

Além disso, outra coorte de 6 semanas após o parto, realizada na China com 333 primíparas de parto vaginal, também não encontrou resultados diferentes relacionados a prevalência de IU (30,77% vs. 26,87%) e IUE (21,54% vs. 16,42%) em ambos os grupos ( $p > 0,05$ ) (WANG et al., 2020). Outro estudo realizado na China, 42 dias após o parto, também não encontrou diferença entre os grupos quando comparadas taxas de incidência de IUE (10,42% vs 2,08%,  $p = 0,092$ ), no entanto, no grupo que recebeu analgesia, a incidência de prolapso de órgão pélvicos foi relativamente menor que no grupo controle (14,58% vs 35,42%,  $p = 0,018$ ) (LIANG et al., 2021).

A incidência de queixas de IU e IA encontradas neste estudo foram similares às encontradas em uma coorte realizada com 987 primíparas de parto vaginal na República Tcheca que buscava identificar os efeitos do primeiro parto vaginal no assoalho pélvico, no qual encontrou-se uma incidência de 1,6% de mulheres com queixas de IA e 40,6% relataram queixas de IU em até 6 semanas após o parto, o tipo de IA mais prevalente foi a incontinência de fezes e a IU mais prevalente foi a IUE, no entanto, mais da metade dos sintomas se resolveram em um ano após o parto (URBANKOVA et al., 2019).

O impacto dos sintomas no assoalho pélvico foi similar em ambos os grupos, no entanto, na análise intragrupo, foi observado que no grupo que não recebeu analgesia a pontuação da escala de avaliação do impacto do desconforto dos sintomas no assoalho pélvico aumentou ao longo da avaliação. Diferente do encontrado em outro estudo realizado com 154 primíparas que tiveram parto vaginal na China, no qual foi observado uma maior pontuação da escala PFDI-20 no grupo que recebeu analgesia de parto quando comparado ao grupo controle (50,00 vs 25,00,  $p = 0,006$ ) (LV et al., 2022).

Quanto ao impacto dos sintomas na qualidade de vida das participantes, não foram encontradas diferenças com significância estatísticas entre os grupos, bem como quando realizada a análise intragrupo, isso pode ser justificado pela baixa pontuação no PFDI-20, porém, houve impacto, com pontuações do PFIQ-7 apresentando valores acima da metade da pontuação total nos dois grupos. Um estudo realizado no Brasil, com 72 mulheres, encontrou uma correlação entre o aumento dos sintomas de DAP e a piora da QV (FONTENELE et al., 2021).

Outros desconfortos urinários e anorretais relatados com mais frequência foram aumento da frequência urinária, dor ou desconforto na região baixa do abdômen ou região genital e necessidade de fazer muita força para evacuação.

Apesar de não ter sido verificado associação entre o uso de analgesia e o surgimento de queixas de IU e IA, encontrou-se variáveis associadas ao uso de analgesia de parto que podem aumentar as chances de uma mulher desenvolver uma DAP no futuro, tais como a duração do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto que foi maior no grupo que recebeu analgesia de parto quando comparado ao grupo controle. Tal achado é similar ao encontrado em todos os estudos que avaliaram os efeitos da analgesia no assoalho pélvico e avaliaram essa variável (LV et al., 2022; JIANG et al., 2023; DU et al., 2021; WANG et al., 2020).

Além disso, outros estudos recentes que avaliaram os efeitos da analgesia em outros desfechos também encontraram resultados similares com durações do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto, mais longos no grupo que recebeu analgesia de parto (WOZNIAK et al., 2023; LV et al., 2023; HE; SWANG, 2023; MENICHINI et al., 2021).

O prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto está associado à incidência de IUE em até seis semanas após o parto ( $p = 0,020$ ) (JIN et al., 2022). Além disso, um estudo realizado em Israel demonstrou que pacientes que tiveram uma menor duração do segundo estágio do trabalho de parto, foram mais propensas a terem uma recuperação completa

dos sintomas anorretais na subescala CRADI-8 do PFDI-20 ( $33,44 \pm 62,19$  vs.  $71,10 \pm 97,33$ ,  $p = 0,03$ ) (PARDO et al., 2019).

Apesar desses achados, um estudo realizado nos Estados Unidos, com 34 primíparas que utilizaram analgesia de parto, não encontrou associação entre o segundo estágio do trabalho de parto prolongado e o surgimento de DAP em 12 a 36 meses após o parto vaginal, além disso, não foram observados impactos nas pontuações do PFDI-20, porém, a amostra era bem pequena (GIMOVSKY et al., 2021).

Outro achado com significância estatística encontrado, que pode aumentar as chances do surgimento de DAP no futuro, prevalente no grupo que recebeu analgesia de parto foi a taxa de mulheres que tiveram parto instrumental. Visto que a IU é 1,6 vezes mais provável de ocorrer em primíparas que tiveram lesão no músculo levantador do ânus e esta é 3,2 vezes mais provável de ocorrer em mulheres que têm partos assistidos por fórceps (OR: 3,22; IC 95%: 1,54–8,22;  $p = 0,015$ ), apesar de ser menos provável após analgesia de parto (OR: 0,58; IC 95%: 0,37–0,90;  $p = 0,015$ ) (URBANKOVA et al., 2019). Outros estudos encontraram resultados diferentes, nos quais não houve diferença quanto à taxa de mulheres que tiveram partos instrumentais no grupo que recebeu analgesia quando comparado ao grupo controle (JIANG et al., 2023; LV et al., 2022; WANG et al., 2020).

Partos instrumentais estão associados a ocorrência de OASIS, quando analisadas separadas, as lacerações não tiveram associação com o uso de analgesia de parto, no entanto, quando juntas, as lacerações de terceiro e quarto grau foram mais prevalentes no grupo que recebeu analgesia de parto. Tal dado é similar ao encontrado em uma coorte retrospectiva realizada com 252.542 mulheres, na qual, observou-se uma maior prevalência de OASIS no grupo que recebeu analgesia de parto comparado ao controle (31,9% vs. 17,2%;  $p < 0,001$ ). Além disso, a ocorrência de OASIS foi mais comum em primíparas (61,4% vs. 24,9%;  $p < 0,001$ ) (ESHKOLI et al., 2023). As lacerações perineais graves, estão associadas a um risco aumentado de IUE (OR 4,8 (95% CI 1,6-15)), prolapso de órgãos pélvicos (OR 7,7 (95% CI 2.1-29)) e dor pélvica (OR 3,3 (IC 95% 1,1-10)), além de impactar negativamente da qualidade de vida das mulheres (OR 18 (IC 95% 5,1-59)) (HUBER; MALERS; TUNON, 2021).

A persistência de variedades de posições posteriores ou transversas da cabeça fetal no momento do desprendimento cefálico foi mais prevalente no grupo que recebeu analgesia de parto, tal achado é similar ao encontrado em um caso-controle, realizado com 500 mulheres, primíparas e múltiparas, em um hospital universitário na Itália, que demonstrou que as taxas de



variedade de posições posteriores da cabeça fetal no segundo estágio do trabalho de parto foram 4 vezes maiores no grupo que utilizou analgesia peridural quando comparadas ao controle (8,8% vs 2,2%,  $p = 0,004$ ) (MENICHINI et al., 2021). No entanto, um estudo longitudinal, realizado na China, com 216 primíparas, em uso de analgesia de parto, evidenciou que a utilização de analgesia epidural pode aumentar as chances de parto vaginal em variedades de posição posteriores ou transversas (LI et al., 2020).

A realização da ruptura artificial das membranas ovulares, também foi mais prevalente no grupo que recebeu analgesia de parto, que pode ser justificada pelo prolongamento do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto neste grupo. Outro estudo realizado na China encontrou resultados diferentes, no qual, não houve diferença com significância estatística entre os grupos quanto a realização de amniotomia (JIANG et al., 2023).

Não houve diferença entre os grupos nos desfechos maternos relacionados a complicações no pós-parto como hemorragia pós-parto ou encaminhamento a UTI adulto, achados similares foram encontrados em outros estudos (MENICHINI et al., 2021; HE; SWANG, 2023; LV et al., 2023). Quanto aos desfechos neonatais, houve uma maior prevalência de índice de Apgar menor que 7 no 1º minuto de vida entre os bebês de mães que receberam analgesia de parto, outros estudos realizados no sudeste do Brasil ( $p < 0,000$ ) e na Dinamarca (OR 1,76, 95% IC 1,07–2,90), encontraram os mesmos achados (SILVA et al., 2020; HOTOFT; MAIMBURG, 2021). Outros desfechos neonatais, tais como o encaminhamento à UTI neonatal e o índice de Apgar após o 5º minuto de vida não obtiveram diferenças com significância estatística entre os grupos, achados similares foram encontrados em outros estudos (LIV et al., 2023; HE; SWANG, 2023).

Outro achado prevalente no grupo que recebeu analgesia foi, a prática regular de atividade física, que pode ser um fator protetor para o desenvolvimento de DAP, uma revisão da literatura realizada sugere que a atividade física leve a moderada, como caminhada rápida, diminui tanto a chance de ter quanto o risco de desenvolver incontinência urinária (NYGAARD; SHAW, 2016).

Os pontos fortes deste estudo consistem na realização de uma coorte prospectiva, pois esta mede melhor os preditores e resultados e controla as variáveis de confusão, no tempo de seguimento, que foi superior a média de estudos realizados com essa finalidade, ao recrutamento de primíparas, por excluir o viés da multiparidade nas disfunções do assoalho pélvico e no pioneirismo, por ser o primeiro estudo desenvolvido no Brasil buscando associação

entre o uso de analgesia e disfunções do assoalho pélvico. Além disso, foram utilizadas escalas recomendadas como grau A pelo ICI para avaliação de sintomas de DAP e qualidade de vida após o parto. Vale ressaltar que este estudo continua em andamento, com um seguimento até 1 ano após o parto.

Apesar dos pontos fortes, este estudo possui limitações, a amostra foi curta, houve muitas perdas no seguimento, não foram avaliadas todas as disfunções do assoalho pélvico tais como prolapso de órgãos pélvicos e disfunção sexual, não foi avaliado função muscular do assoalho pélvico, além disso, durante o seguimento, não foi questionado se as mulheres retornaram a prática de atividade física ou realizaram algum treinamento dos músculos do assoalho pélvico.

Novos estudos devem ser desenvolvidos, com uma amostra maior e com a verificação de outras associações de DAP, tais como prolapso de órgãos pélvicos e disfunção sexual, e também da função muscular do assoalho pélvico. Além disso, é importante controlar variáveis no seguimento como o início da prática de atividade física ou a realização de treinamento muscular do assoalho pélvico.

## 6 CONCLUSÃO

Neste estudo não foi verificada associação entre o uso de analgesia e a prevalência de queixas de incontinência durante o pós-parto. A incidência de queixas de IU e IA foram similares em ambos os grupos. Não houve diferença na pontuação das escalas de avaliação do impacto dos sintomas de DAP no assoalho pélvico e na qualidade de vida das mulheres durante o seguimento de até seis meses após o parto.

Apesar desses achados, na análise intragrupo, foi observada uma progressão dos sintomas de DAP e do valor da pontuação do PFDI-20 ao longo do seguimento no grupo que não recebeu analgesia de parto.

Observou-se ainda associação entre variáveis obstétricas e o surgimento de queixas de IU e IA após o parto, tais como parto induzido, primeiro estágio prolongado, parto instrumental, sutura perineal, massagem perineal e repique de analgesia peridural.

Para os desfechos maternos, as variáveis que tiveram associação com o uso da analgesia de parto, observadas, foram uma maior duração do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto, maior taxa de partos instrumentais, maiores taxas de OASIS, maior persistência de variedade de posições posteriores e transversas da cabeça fetal no momento do expulsivo e maior taxa de realização de ruptura artificial das membranas amnióticas.

Quanto aos desfechos neonatais, o índice de Apgar no 1º minuto dos bebês de mães que receberam analgesia de parto, foi significativamente menor.

Não foram encontradas associações entre o risco para desenvolver IU e IA calculado por meio da calculadora UR-CHOICE e o grau de laceração, como também com as queixas de IU e IA aos 3 e 6 meses após o parto.

## REFERÊNCIAS

ABRAMS, Paul *et al.* **Epidemiology of Urinary Incontinence (UI) and Other Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Pelvic Organ Prolapse (POP) and Anal Incontinence (AI).** [S. l.: s. n.], 2016. *E-book*.

ABRAMS, P. *et al.* **Incontinence.** 6th ed. Paris: Health Publication; 2017.

ANIM-SOMUAH, Millicent *et al.* Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 2018, n. 5, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>

AROUCA, Mariana Alves Fernandes *et al.* Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) and Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20). **International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 27, n. 7, p. 1097–1106, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2938-8>

BARBER, Matthew D. *et al.* Psychometric evaluation of 2 comprehensive condition-specific quality of life instruments for women with pelvic floor disorders. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 185, n. 6, p. 1388-1395, dez. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mob.2001.118659>. Acesso em: 28 ago. 2023.

BARBER, M. D.; WALTERS, M. D.; BUMP, R. C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 193, n. 1, p. 103-113, 2005.

BARBER, M. D. Questionnaires for women with pelvic floor disorders. **International Urogynecology Journal**, v. 18, n. 4, p. 461-465, 2007.

BLOMQUIST, Joan L. *et al.* Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. **JAMA**, v. 320, n. 23, p. 2438, 18 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.18315>. Acesso em: 23 out. 2023.

BRANECKA-WOŹNIAK, D. *et al.* Effects of epidural analgesia on the course of labor. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, v. 27, n. 6, p. 2522-2534, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.26355/eurev\\_202303\\_31786](https://doi.org/10.26355/eurev_202303_31786). Acesso em: 29 ago. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**, [s. l.], v. único, p. 381, 2016. Disponível em: <http://conitec.gov.br>

BRASIL. Portal brasileiro de dados abertos. Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC). Disponível em: <<https://dados.gov.br/organization/about/maternidade-escola-assis-chateaubriand-da-universidade-federal-do-ceara-ch-ufc>>. Acesso em: < 13 dez 2021.

BRASIL. Resolução nº. 466, de 12 de dez de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da República Federativa Brasileira], Brasília, DF, 13 jun 2013.

BUGGE, Carol et al. Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, n. 1, 28 fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04490-9>. Acesso em: 23 out. 2023.

CATTANI, Laura *et al.* Obstetric risk factors for anorectal dysfunction after delivery: a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, v. 32, n. 9, p. 2325-2336, 31 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04723-z>. Acesso em: 28 ago. 2023.

CHENG, Yvonne W. *et al.* Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. **Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 116, n. 5, p. 1127–1135, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181f5eaf0>

DARMODY, Ella; BRADSHAW, Carmel; ATKINSON, Sandra. Women's experience of obstetric anal sphincter injury following childbirth: An integrated review. **Midwifery**, [s. l.], v. 91, n. 2020, p. 102820, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102820>

DE TAYRAC, R. *et al.* Validation linguistique en français des versions courtes des questionnaires de symptômes (PFDI-20) et de qualité de vie (PFIQ-7) chez les patientes présentant un trouble de la statique pelvienne. **Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction**, v. 36, n. 8, p. 738-748, dez. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2007.08.002>. Acesso em: 28 ago. 2023.

DIETZ, H. P.; CHANTARASORN, V.; SHEK, K. L. Levator avulsion is a risk factor for cystocele recurrence. **Ultrasound in Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 76–80, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/uog.7678>

DIETZ, Hans Peter; CAMPBELL, Stuart. Toward normal birth—but at what cost? **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 215, n. 4, p. 439–444, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.04.021>

DOLAN, Lucia M. *et al.* Stress incontinence and pelvic floor neurophysiology 15 years after the first delivery. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.],

v. 110, n. 12, p. 1107–1114, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2003.02415.x>

DU, Jingran *et al.* Effect of Epidural Analgesia on Pelvic Floor Dysfunction at 6 Months Postpartum in Primiparous Women: A Prospective Cohort Study. **Sexual Medicine**, v. 9, n. 5, p. 100417, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100417>. Acesso em: 29 ago. 2023.

EBSERH (Brasil). Carlos Augusto Alencar Júnior. Relatório Assistencial. Relatório Assistencial da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC): 2018, p. 1-196, 2019a. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/2794244/Relat%C3%B3rio+Institucional+Assistencial+06.05.19.pdf/889d7af0-4346-46dc-a4ba-476b92b25680>. Acesso em: 22 set. 2019.

EBSERH, Hospitais Universitários Federais. Projeto entre Brasil e França promoverá ampliação do uso da analgesia no parto vaginal. 5 set. 2019b. Disponível em: [http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticia-destaque1/-/asset\\_publisher/mUhqpXBVQ6gZ/content/id/4412815/2019-09-projeto-entre-brasil-e-franca-promovera-ampliacao-do-uso-da-analgesia-no-parto-vaginal](http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/noticia-destaque1/-/asset_publisher/mUhqpXBVQ6gZ/content/id/4412815/2019-09-projeto-entre-brasil-e-franca-promovera-ampliacao-do-uso-da-analgesia-no-parto-vaginal). Acesso em: 22 set. 2019.

EBSERH. Relatório institucional 2020: Complexo Hospitalar UFC/EBSERH. Organizado por Carlos Augusto Alencar Júnior, Danielle Campos de Aguiar, Francisco Norton Falcão Chaves. Fortaleza, 2021.

ESHKOLI, Tamar *et al.* Is epidural analgesia an independent risk factor for OASIS? A population-based cohort study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, 16 jul. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07150-1>. Acesso em: 28 ago. 2023.

FONTENELE, Marta Quêzia Silva *et al.* Pelvic floor dysfunction distress is correlated with quality of life, but not with muscle function. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, 11 set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05770-5>. Acesso em: 29 ago. 2023.

FRIGERIO, Matteo *et al.* Quality of life, psychological wellbeing, and sexuality in women with urinary incontinence—where are we now: a narrative review. **Medicina**, v. 58, n. 4, p. 525, 9 abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/medicina58040525>. Acesso em: 28 out. 2023.

GARCIA-LAUSIN, L. *et al.* Relation between Epidural Analgesia and severe perineal laceration in childbearing women in Catalonia. **Midwifery**, v. 70, p. 76-83, mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.007>. Acesso em: 29 ago. 2023.

GIMOVSKY, Alexis C. *et al.* Prolonged second stage effect on pelvic floor dysfunction: a follow up survey to a randomized controlled trial. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, p. 1-6, 14 fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1887122>. Acesso em: 29 ago. 2023.

GOBA, Gelila K. *et al.* Reliability and validity of the Tigrigna version of the Pelvic Floor Distress Inventory–Short Form 20 (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7). **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 1, p. 65-70, 13 mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3583-9>. Acesso em: 28 ago. 2023.

GUNDABATTULA, Sirisha Rao; SURAMPUDI, Kameswari. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries (OASI) at a tertiary centre in south India. **International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 391–396, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3398-0>

HALL, Wendy *et al.* Frequency and predictors for postpartum fecal incontinence. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 188, n. 5, p. 1205–1207, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1067/mob.2003.333>

HALLIDAY, Lucy; NELSON, Scott M.; KEARNS, Rachel J. Epidural analgesia in labor: a narrative review. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 21 mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.14175>. Acesso em: 23 out. 2023.

HATTLER, Judith *et al.* The Effect of Combined Spinal-Epidural Versus Epidural Analgesia in Laboring Women on Nonreassuring Fetal Heart Rate Tracings: Systematic Review and Meta-analysis. **Anesthesia and Analgesia**, [s. l.], v. 123, n. 4, p. 955–964, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001412>

HAWKINS, J.L. Epidural analgesia for labor and delivery. **Anesthesiology Clinics of North America**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 55–75, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.aoa.0000397101.49686.99>

HAYLEN, Bernard T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, v. 21, n. 1, p. 5-26, 25 nov. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-009-0976-9>. Acesso em: 28 ago. 2023.

HE, F.-Y.; WANG, S. Epidural analgesia for labor: effects on length of labor and maternal and neonatal outcomes. **European Review for Medical and Pharmacological Sciences**, v. 27, n. 1, p. 130-137, 2023. Disponível em: [https://doi.org/10.26355/eurrev\\_202301\\_30863](https://doi.org/10.26355/eurrev_202301_30863). Acesso em: 29 ago. 2023.

HENNESSY, Sean *et al.* Factors influencing the optimal control-to-case ratio in matched case- control studies. **American Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 149, n. 2, p. 195–197, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009786>

HENSLEY, Jennifer G.; COLLINS, Michelle R.; LEEZER, Claire L. Pain Management in

Obstetrics. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 471–485, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.007>

HØTOFT, Diana; MAIMBURG, Rikke Damkjær. Epidural analgesia during birth and adverse neonatal outcomes: A population-based cohort study. **Women and Birth**, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.012>. Acesso em: 29 ago. 2023.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HVIDMAN, L. *et al.* Correlates of urinary incontinence in pregnancy. **International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 13, n. 5, p. 278–283, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s001920200061>

JELOVSEK, J. Eric *et al.* Predicting risk of pelvic floor disorders 12 and 20 years after delivery. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 218, n. 2, p. 222.e1-222.e19, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.014>. Acesso em: 23 out. 2023.

JIANG, Qiaoying *et al.* Retrospective study to assess the effect of epidural analgesia on labor progress and women's pelvic floor muscle from the perspective of electromyography. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 36, n. 1, 14 maio 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2211198>. Acesso em: 29 ago. 2023.

JIN, Xia *et al.* Effect of prolonged second stage of labor on pelvic floor function: A prospective cohort study. **International Urogynecology Journal**, 10 mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05136-2>. Acesso em: 29 ago. 2023.

KEARNEY, Rohna; MILLER, Janis. Vaginal Birth. **Obstet Gynecol**, [s. l.], v. 107, n. 1, p. 144–149, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000194063.63206.1c>. Obstetrical

LAUGHON, S. Katherine *et al.* Neonatal and maternal outcomes with prolonged second stage of labor. **Obstetrics and Gynecology**, [s. l.], v. 124, n. 1, p. 57–67, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000278>

LIANG, Qiuxia *et al.* Effect of an evidence-based activity management program on delivery outcomes in pregnant women after intraspinal labor analgesia. **American Journal of Translational Research**, v. 13, n. 4, 15 abr. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129272/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

LÓPEZ-LÓPEZ, Ana Isabel *et al.* Pelvic floor: vaginal or caesarean delivery? A review of systematic reviews. **International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 32, n. 7, p. 1663–1673, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04550-8>



LV, Aiming *et al.* Effects of Labor Analgesia on Pelvic Floor Function at 6 to 8 Weeks after Delivery: A Prospective Cohort Study. **American Journal of Perinatology**, 16 set. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1753499>. Acesso em: 29 ago. 2023.

LV, Fa-Hui *et al.* Effects of different timing selections of labor analgesia for primiparae on parturition and neonates. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 62, n. 3, p. 402-405, maio 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2023.01.006>. Acesso em: 29 ago. 2023.

MALTA, Mônica *et al.* STROBE initiative : guidelines on. **Rev Saúde Pública**, [s. l.], v. 44, n. 3, p. 1–5, 2010. Disponível em: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

MANOEL JOÃO BATISTA CASTELLO GIRÃO, MARAIR GRACIO FERREIRA SARTORI, RICARDO MUNIZ RIBEIRO, Rodrigo de Aquino Castro. **Tratado de Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico**. [S. l.]: Manole, 2015.

MARTÍNEZ-GALIANO, Juan Miguel *et al.* Symptoms of discomfort and problems associated with mode of delivery during the puerperium: An observational study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 16, n. 22, p. 1–13, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16224564>

MEAC, Protocolos assistenciais, **Protocolo Analgesia de Parto**, Sistema de Gestão da Qualidade. Pro. Med. Anest. MEAC. 001. Maternidade Escola Assis Chateaubriand, 2023.

MELKIE, Tadesse Belayneh *et al.* Translation, reliability, and validity of Amharic versions of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7). **PLOS ONE**, v. 17, n. 11, p. e0270434, 17 nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270434>. Acesso em: 28 ago. 2023.

MENICHINI, Daniela *et al.* Fetal head malposition and epidural analgesia in labor: a case-control study. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, p. 1-10, 21 fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1890018>. Acesso em: 29 ago. 2023.

MEYER, Isuzu; RICHTER, Holly E. Impact of fecal incontinence and its treatment on quality of life in women. **Women's Health**, v. 11, n. 2, p. 225-238, mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/whe.14.66>. Acesso em: 28 out. 2023.

MOCCELLIN, Ana Silvia; RETT, Mariana Tirolli; DRIUSSO, Patricia. Incontinência urinária na gestação: Implicações na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 147–154, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292014000200004>

MOOSSDORFF-STEINHAUSER, Heidi F.A. *et al.* Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence between 6 weeks and 1 year post-partum: a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 32, n. 7, p. 1675–1693, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04877-w>

NANJI, Jalal A.; CARVALHO, Brendan. Modern techniques to optimize neuraxial labor analgesia. **Anesthesia and Pain Medicine**, v. 13, n. 3, p. 233-240, 31 jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.17085/apm.2018.13.3.233>. Acesso em: 23 out. 2023.

NICE, National Institute for Health and Care Excellence. **Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical Guideline**. Published: 03 dec 2014. Last updated: 14 dec 2022.

NUTAITIS, Alexandra C. *et al.* Postpartum Urinary Retention: An Expert Review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.060>. Acesso em: 23 out. 2023.

NYGAARD, Ingrid E.; SHAW, Janet M. Physical activity and the pelvic floor. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 214, n. 2, p. 164-171, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.08.067>. Acesso em: 29 ago. 2023.

PARDO, Ella *et al.* Recovery from pelvic floor dysfunction symptoms in the postpartum is associated with the duration of the second stage of labor. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 300, n. 1, p. 127-133, 3 maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-019-05173-1>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PEREIRA, Glaucia Miranda Varella *et al.* Association between pelvic floor dysfunction, and clinical and ultrasonographic evaluation in primiparous women: a cross-sectional study. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 298, n. 2, p. 345-352, 14 jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4811-8>. Acesso em: 28 ago. 2023.

PUTRI, Inge *et al.* Obstetric anal sphincter injuries (OASIS) in multiparous women with the use of epidural anaesthesia: A retrospective cohort study. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v. 61, n. 1, p. 30–34, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajo.13263>

RUAN, Lijun *et al.* Painless labor with patient-controlled epidural analgesia protects against short-term pelvic floor dysfunction: a retrospective cohort study. **Annals of Palliative Medicine**, v. 9, n. 5, p. 3326-3331, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/apm-20-1430>. Acesso em: 29 ago. 2023.

SARTORE, Andrea *et al.* Effects of epidural analgesia during labor on pelvic floor function after vaginal delivery. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 82, n. 2, p. 143-146, fev. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00057.x>. Acesso em: 28 ago. 2023.

SAZONOVA, N. A. Sazonova et al. Urinary incontinence in women and its impact on quality of life. **Urologiia**, v. 2\_2022, p. 136-139, 4 maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18565/urology.2022.2.136-139>. Acesso em: 28 out. 2023.

SERATI, Maurizio *et al.* Prospective study to assess risk factors for pelvic floor dysfunction after delivery. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, [s. l.], v. 87, n. 3, p. 313–318, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/00016340801899008>

SHEK, K. L.; DIETZ, H. P. Intrapartum risk factors for levator trauma. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v. 117, n. 12, p. 1485–1492, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02704.x>

SIDERIS, Michail *et al.* Risk of obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and anal incontinence: A meta-analysis. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, [s. l.], v. 252, p. 303–312, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.048>

SILVA, Yasmin Aparecida Pires *et al.* Obstetric analgesia in labor and its association with neonatal outcomes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0757>. Acesso em: 29 ago. 2023.

SNG, B *et al.* Early versus late initiation of epidural analgesia for labour (Cochrane Review). (Assessed as up-to-date: 12 February 2014). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 10, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)

SULTAN, Abdul H. et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. **International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 28, n. 1, p. 5–31, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-016-3140-3>

SULTAN, A.H; THAKAR, R; FENNER, D.E. Perineal and anal sphincter trauma. Springer, 2007.

TING, Hsu Yuan; CESAR, Juraci A. Urinary incontinence among pregnant women in Southern Brazil: A population-based cross-sectional survey. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 6, p. 1–10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234338>

TURNER, Jessica; FLATLEY, Christopher; KUMAR, Sailesh. Epidural use in labour is not associated with an increased risk of maternal or neonatal morbidity when the second stage is prolonged. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, [s. l.], v.

60, n. 3, p. 336–343, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajo.13045>

URBANKOVA, Iva *et al.* The effect of the first vaginal birth on pelvic floor anatomy and dysfunction. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 10, p. 1689-1696, 20 jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04044-2>. Acesso em: 29 ago. 2023.

WANG, Qing *et al.* Does epidural anesthesia influence pelvic floor muscle endurance and strength and the prevalence of urinary incontinence 6 weeks postpartum? **International Urogynecology Journal**, v. 31, n. 3, p. 577-582, 4 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-019-04176-5>. Acesso em: 29 ago. 2023.

WILSON, Don *et al.* UR-CHOICE: can we provide mothers-to-be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? **International Urogynecology Journal**, [s. l.], v. 25, n. 11, p. 1449–1452, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-014-2376-z>

XING, Ji Juan *et al.* Effects of combined spinal-epidural analgesia during labor on postpartum electrophysiological function of maternal pelvic floor muscle: A randomized controlled trial. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 10, n. 9, p. 1–10, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137267>

YOUNG, Catriona *et al.* Maternal and perinatal outcomes of prolonged second stage of labour: a historical cohort study of over 51,000 women. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, 22 jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05733-z>. Acesso em: 28 ago. 2023.

ZHA, Ying *et al.* Epidural analgesia during labor and its optimal initiation time-points: A real-world study on 400 Chinese nulliparas. **Medicine**, [s. l.], v. 100, n. 9, p. e24923, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024923>

# APÊNDICES

## **APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezada participante,

A senhora está sendo convidada pela pesquisadora Maria Evilene Macena de Almeida a ser participante de uma pesquisa intitulada “Efeitos do uso de analgesia durante o parto vaginal no assoalho pélvico: coorte prospectivo”. Essa pesquisa tem como objetivo verificar a associação entre o uso de analgesia no parto vaginal e a prevalência de queixas de incontinência durante o pós-parto.

A senhora não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos dessa pesquisa sejam esclarecidos. Para tanto, peço autorização para que a senhora participe deste estudo, cuja coleta de dados será realizada no seu ambiente de internação por meio de abordagem individual e posteriormente, em 3, 6 e 12 meses após o seu parto, irei entrar em contato com a senhora novamente, via telefone, whatsapp, e-mail ou instagram, onde realizarei uma nova investigação para responder ao objetivo do estudo.

Ressalto que essa pesquisa poderá trazer riscos mínimos a senhora, como o desconforto e/ou constrangimento em decorrência do tempo exigido para a leitura, interpretação e resposta do questionário.

Acredita-se que a realização deste estudo terá como benefícios, a partir dos achados deste estudo, ressaltar a necessidade de valorização maior do acompanhamento da mulher após o parto, principalmente na presença de injúrias no assoalho pélvico, para que sintomas como esses possam ser identificados precocemente e seus efeitos minimizados por meio de intervenções conservadoras ou cirúrgicas, caso seja necessário. Além disso, possibilitar futuramente o desenvolvimento de estratégias preventivas para esse público específico, contribuindo assim para o incentivo ao parto vaginal e melhora da qualidade de vida feminina.

Gostaria de informá-la que:

- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício para a Sra.
- A Sra terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.

- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.
- A Sra tem o direito de ser mantida atualizada acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- A Sra. não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.
- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.
- Caso precise entrar em contato comigo, você terá acesso em qualquer momento da pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Informo-lhe o meu endereço e telefone:

Contato da responsável pela pesquisa

Maria Evilene Macena de Almeida

Endereço: Rua Papi Júnior, 1652, Ap 202, Rodolfo Teófilo, Fortaleza-CE.

Fone: (85) 9 9998-6127 E-mail: evilenemacena@gmail.com

ATENÇÃO: Se a senhora tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC): Rua Coronel Nunes de Melo, S/N, Rodolfo Teófilo - 60430-270 / Fortaleza – Ceará. Telefone: (85) 3366.8502. (Horário: 08:00-17:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/MEAC é a instância da Maternidade Escola Assis Chateaubriand responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Caso a Sra. se sinta suficientemente informada a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se a sra. concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo. Este termo será realizado em duas vias, permanecendo uma com a senhora e outra com a pesquisadora.

### TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ter sido esclarecido(a) e ter entendido tudo que me foi explicado, concordo em participar deste trabalho.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

|                                                |                                                                             |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <p>_____</p> <p>Assinatura do participante</p> | <p>_____</p> <p>—</p> <p>Assinatura do responsável pela coleta de dados</p> |
|                                                | <p>_____</p> <p>—</p> <p>Assinatura do Pesquisador</p>                      |



**APENDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PFDI-20 (SUBESCALAS  
UDI-6 E CRADI-8)**

**Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20)**

Obtenha o valor médio de todos os itens respondidos dentro da escala correspondente (valor possível de 0 a 4) e depois multiplique por 25 para obter a pontuação da escala (intervalo de 0 a 100). Os itens ausentes são tratados usando apenas a média dos itens respondidos. Adicione as pontuações das 3 escalas para obter a pontuação resumida (0 a 300).

**Urinary Distress Inventory (UDI-6)**

(0) Não. Se Sim, o quanto isso incomoda: (1) Nada; (2) Incomoda um pouco; (3) Incomoda moderadamente; (4) Incomoda bastante.

|                                                                                                                                                         | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| (UDI-6/1) Você tem aumento da frequência urinária?                                                                                                      |     |     |     |     |     |
| (UDI-6/2) Você geralmente apresenta perda de urina durante a sensação de urgência, o que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro? |     |     |     |     |     |
| (UDI-6/3) Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?                                                                              |     |     |     |     |     |
| (UDI-6/4) Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?                                                                                 |     |     |     |     |     |
| (UDI-6/5) Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?                                                                                       |     |     |     |     |     |
| (UDI-6/6) Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?                                                  |     |     |     |     |     |

|                                              |
|----------------------------------------------|
| Colorectal Anal Distress Inventory (CRADI-8) |
|----------------------------------------------|

(0) Não. Se Sim, o quanto isso incomoda: (1) Nada; (2) Incomoda um pouco; (3) Incomoda moderadamente; (4) Incomoda bastante.

|                                                                                                                                | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| (CRADI-8/1) Você sente que precisa fazer muita força para evacuar/defecar?                                                     |     |     |     |     |     |
| (CRADI-8/2) Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?                           |     |     |     |     |     |
| (CRADI-8/3) <b>Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?</b>                                      |     |     |     |     |     |
| (CRADI-8/4) <b>Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?</b>                                         |     |     |     |     |     |
| (CRADI-8/5) <b>Você às vezes elimina os flatos/gases intestinais, involuntariamente?</b>                                       |     |     |     |     |     |
| (CRADI-8/6) Você às vezes sente dor durante a evacuação/defecação?                                                             |     |     |     |     |     |
| (CRADI-8/7) Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar?                       |     |     |     |     |     |
| (CRADI-8/8) Alguma vez você sentiu uma “bola” ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar? |     |     |     |     |     |

Adaptado de Arouca et al., 2016

**APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: PFQI-7 (SUBESCALAS  
UIQ-7 E CRAIQ-7)**

**Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)**

Obtenha o valor médio para todos os itens respondidos dentro da escala correspondente (valor possível de 0 a 3) e depois multiplique por (100/3) para obter a pontuação da escala (intervalo de 0 a 100). Os itens ausentes são tratados usando apenas a média dos itens respondidos. Adicione as pontuações das 3 escalas juntas para obter a pontuação resumida (intervalo de 0 a 300).

**Urinary Impact Questionnaire (UIQ-7)**

Como os sintomas ou condições listados abaixo: (0) Nem um pouco; (1) Um pouco; (2) Moderadamente; (3) Bastante.

|                                                                                                                                | (0) | (1) | (2) | (3) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| (UIQ-7/1) Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades domésticas (ex: cozinhar, arrumar a casa, lavar roupas)?     |     |     |     |     |
| (UIQ-7/2) Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades físicas, como caminhar, nadar, ou outro tipo de exercício?   |     |     |     |     |
| (UIQ-7/3) Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema ou a um show?                                      |     |     |     |     |
| (UIQ-7/4) Geralmente afetam sua habilidade de viajar de carro ou ônibus por uma distância maior do que 30 minutos da sua casa? |     |     |     |     |
| (UIQ-7/5) Geralmente afetam sua participação em atividades sociais fora de casa?                                               |     |     |     |     |
| (UIQ-7/6) Geralmente afetam sua saúde emocional (ex: nervosismo, depressão)?                                                   |     |     |     |     |
| (UIQ-7/7) Fazem você se sentir frustrada?                                                                                      |     |     |     |     |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| Colorectal Anal Impact Questionnaire (CRAIQ-7) |
|------------------------------------------------|

Como os sintomas ou condições listados abaixo: (0) Nem um pouco; (1) Um pouco; (2) Moderadamente; (3) Bastante.

|                                                                                                                                  | (0) | (1) | (2) | (3) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| (CRAIQ-7/1) Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades domésticas (ex: cozinhar, arrumar a casa, lavar roupas)?     |     |     |     |     |
| (CRAIQ-7/2) Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades físicas, como caminhar, nadar, ou outro tipo de exercício?   |     |     |     |     |
| (CRAIQ-7/3) Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema ou a um show?                                      |     |     |     |     |
| (CRAIQ-7/4) Geralmente afetam sua habilidade de viajar de carro ou ônibus por uma distância maior do que 30 minutos da sua casa? |     |     |     |     |
| (CRAIQ-7/5) Geralmente afetam sua participação em atividades sociais fora de casa?                                               |     |     |     |     |
| (CRAIQ-7/6) Geralmente afetam sua saúde emocional (ex: nervosismo, depressão)?                                                   |     |     |     |     |
| (CRAIQ-7/7) Fazem você se sentir frustrada?                                                                                      |     |     |     |     |

Adaptado de Arouca et al., 2016.

**APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (DADOS  
SOCIODEMOGRÁFICOS, GINECO OBSTÉTRICOS, TRABALHO DE PARTO,  
PARTO, DESFECHOS MATERNOS E NEONATAIS)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I) Dados sociodemográficos:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <p>Idade: _____ (anos);</p> <p>Estado civil: (        ) com companheiro (a) e (        ) sem companheiro (a);</p> <p>Escolaridade: _____ (anos de estudo completos);</p> <p>Renda familiar total: _____ (valor bruto dos vencimentos mensais do pesquisado em reais);</p> <p>Profissão: _____ (referida pela participante);</p> <p>Raça: _____ [cor da pele autorreferida (branca, negra, parda e amarela)];</p> |
| <p>II) Dados obstétricos:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>Paridade: número de gestações _____, partos _____ e abortos _____;</p> <p>Idade Gestacional (IG): _____ (em semanas);</p> <p>Realização de pré-natal: (     ) sim ou (     ) não;</p> <p>Número de consultas: _____ (em números);</p>                                                                                                                                                                         |
| <p>Peso no início da gestação: _____ (em kg);</p> <p>Peso no final da gestação: _____ (em kg);</p> <p>Altura: _____ (em cm, verificada com o auxílio de uma fita métrica);</p> <p>IMC: _____ (em kg/m<sup>2</sup>)</p>                                                                                                                                                                                           |

Intercorrências durante a gestação: \_\_\_\_\_(referida pela participante);

Realização de atividade física: (            ) sim ou (            ) não (se sim, especificar)\_\_\_\_\_;

### III) Trabalho de parto (dados a serem coletados no partograma/prontuário):

Início do TP: (    ) espontâneo ou (    ) induzido;

Dilatação cervical na admissão: \_\_\_\_\_(em cm);

Condição da bolsa das águas na admissão: (    ) íntegra ou (    ) rota;

Utilizou métodos não farmacológicos de alívio da dor: (    ) sim ou (    ) não (se sim, especificar)\_\_\_\_\_;

Utilizou analgesia de parto: (    ) sim ou (    ) não;

Qual foi o tipo de analgesia realizada? (    ) peridural (    ) raquidiana (    ) raquiperidural

Qual medicamento foi utilizado? \_\_\_\_\_

Qual a dose? \_\_\_\_\_

Houve repique? (    ) Sim (    ) Não

Dilatação cervical no início da analgesia: \_\_\_\_\_(em cm);

Utilizou ocitocina durante o TP: (    ) sim ou (    ) não;

Realizou amniotomia: (    ) sim ou (    ) não;

Duração do primeiro estágio do TP: \_\_\_\_\_[em horas (início da fase ativa do TP a dilatação cervical completa)];

## IV) Parto (dados a serem coletados no partograma/prontuário):

Via de parto: ( ) vaginal normal, ( ) fórceps ou ( ) vácuo extrator;

Posição adotada no período expulsivo: ( ) verticalizada [( ) em pé, ( ) de cócoras, ( ) sentada na banqueta, ( ) de quatro apoios, ( ) em decúbito lateral, ( ) semissentada]

ou ( ) não verticalizada (decúbito dorsal);

Proteção perineal: ( ) sim ou ( ) não;

Massagem perineal: ( ) sim ou ( ) não;

Utilização de compressa morna perineal: ( ) sim ou ( ) não;

Realização de episiotomia: ( ) sim ou ( ) não;

Presença de lacerações perineais: ( ) sim ou ( ) não; se sim, especificar: \_\_\_\_\_ (Grau de laceração: graus 1,2,3, 3a, 3b, 3c e 4);

Correção de lacerações perineais: ( ) sim ou ( ) não;

Distócia de ombro: ( ) sim ou ( ) não;

Duração do segundo estágio do TP: \_\_\_\_\_ [em horas (dilatação cervical completa à expulsão completa do feto)];

Profissional que assistiu ao parto? ( ) enfermagem ( ) medicina

## V) Desfechos maternos:

Complicações após o parto: ( ) sim ou ( ) não. (se sim, descrever): \_\_\_\_\_

Transferência da mãe após o parto: ( ) alojamento conjunto, ( ) UTI materna ( ) alta hospitalar.

## VI) Desfechos neonatais:

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_(em kg);

Estatura: \_\_\_\_\_(em cm);

Circunferência da cabeça: \_\_\_\_\_(em cm);

Variedade de posição ao nascimento: (        ) Occipto púbico ou (        ) Occipto sacro.  
(outra variedade, especificar): \_\_\_\_\_;

Realizou contato pele a pele com a mãe: (        ) sim ou (        ) não;

Foi amamentado na 1ª hora de vida: (        ) sim ou (        ) não;

Apgar do 1º e 5º minutos de vida: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_em número (varia de 0 a 10, avalia frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor da pele e irritabilidade reflexa, a cada tópico é atribuída uma pontuação que varia de 0 a 2);

Necessidade de manobras de reanimação: (        ) sim ou (        ) não;

Transferência do RN após o parto: (        ) alojamento conjunto, (        ) médio risco, (        ) UTI neonatal, (        ) alta hospitalar.



**APÊNDICE E - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS DE  
PRONTUÁRIOS MÉDICOS**

**EFEITOS DO USO DE ANALGESIA DURANTE O PARTO VAGINAL NO ASSOALHO  
PÉLVICO: COORTE PROSPECTIVO**

Os pesquisadores abaixo comprometem-se a garantir e preservar as informações dos prontuários e base de dados dos Serviços e do Arquivo Médico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, garantindo a confidencialidade dos pacientes. Concordam, igualmente, que as informações coletadas serão utilizadas única e exclusivamente para execução do projeto acima descrito. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Fortaleza, de de 2021.

Maria Evilene Macena de Almeida

**PESQUISADOR**

Profa Dra Camila Moreira Teixeira Vasconcelos

**ORIENTADOR**

## **APÊNDICE F - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA**

Nós, pesquisadores do projeto intitulado “EFEITOS DO USO DE ANALGESIA DURANTE O PARTO VAGINAL NO ASSOALHO PÉLVICO: COORTE PROSPECTIVO”, que tem como objetivo verificar a associação entre o uso de analgesia no parto vaginal e a prevalência de queixas de incontinência durante o pós-parto, estamos cientes do encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC e concordamos em participar do mesmo.

Fortaleza, de de 2021.

Maria Evilene Macena de Almeida

**PESQUISADOR**

Profa Dra Camila Moreira Teixeira Vasconcelos

**ORIENTADOR**

**APÊNDICE G - CARTA DE ENCAMINHAMENTO**

Fortaleza, / / 2021

Ao Prof. Dr. Edson Lucena Feitosa

Gerente de Atenção à Saúde da MEAC/UFC

Caro Prof,

Estamos enviando o projeto de pesquisa intitulado “EFEITOS DO USO DE ANALGESIA DURANTE O PARTO VAGINAL NO ASSOALHO PÉLVICO: COORTE PROSPECTIVO”, para a apreciação por este comitê. Confirmamos que todos os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa realizaram a leitura e estão cientes do conteúdo da resolução 466/12 do CNS e das resoluções complementares a esta (240/97, 251/97, 292/99, 340/2004 e 510/16).

Confirmamos também:

- 1- que esta pesquisa ainda não foi iniciada,
- 2- que não há participação estrangeira nesta pesquisa,
- 3- que comunicaremos ao CEP-MEAC/UFC os eventuais eventos adversos ocorridos com as voluntárias e
- 4- que apresentaremos o relatório anual e final desta pesquisa ao CEP-MEAC/UFC,

Atenciosamente,

Maria Evilene Macena de Almeida

**PESQUISADOR**

Profa Dra Camila Moreira Teixeira Vasconcelos

**ORIENTADOR**

# ANEXOS

## ANEXO 1 – UR-CHOICE PELVIC FLOOR DISORDERS RISK CALCULATOR

Risk Factors

Maternal Age at Delivery

14 28 34

Number of Previous Births

0 10

Maternal Pre-Pregnancy Weight

(kilograms)

or

(pounds)

Maternal Height

(centimeters)

or

(feet)

UR-CHOICE Pelvic Floor Disorders Risk Calculator

12-Year Risk for Women with One or More Previous Births.

| Outcomes              | Route of Delivery | Any | Bothersome | Treatment | Bothersome or Treatment | Average Risk of Bothersome or Treatment |
|-----------------------|-------------------|-----|------------|-----------|-------------------------|-----------------------------------------|
| Pelvic Organ Prolapse | Vaginal           |     |            | 2%*       |                         | 9%                                      |
|                       | C-Section         |     |            | 2%*       |                         | 7%                                      |
| Urinary Incontinence  | Vaginal           |     |            |           |                         | 28%                                     |
|                       | C-Section         |     |            |           |                         | 24%                                     |
| Fecal Incontinence    | Vaginal           |     |            | 2%*       |                         | 5%                                      |
|                       | C-Section         |     |            | 2%*       |                         | 5%                                      |

|                                    |           |  |  |  |  |     |
|------------------------------------|-----------|--|--|--|--|-----|
| Any Pelvic Floor Disorder          | Vaginal   |  |  |  |  | 37% |
|                                    | C-Section |  |  |  |  | 32% |
| Two or More Pelvic Floor Disorders | Vaginal   |  |  |  |  | 5%  |
|                                    | C-Section |  |  |  |  | 5%  |

20-Year Risk for Women with First Birth

| Outcomes              | Route of Delivery | Any | Bothersome | Treatment | Bothersome or Treatment | Average Risk of Bothersome or Treatment |
|-----------------------|-------------------|-----|------------|-----------|-------------------------|-----------------------------------------|
| Pelvic Organ Prolapse | Vaginal           |     |            |           |                         | 9%                                      |
|                       | C-Section         |     |            |           |                         | 3%                                      |
| Urinary Incontinence  | Vaginal           |     |            |           |                         | 20%                                     |
|                       | C-Section         |     |            |           |                         | 15%                                     |

|  |                                           |                  |        |
|--|-------------------------------------------|------------------|--------|
|  | <b>Pelvic Organ Prolapse</b>              | <b>Vaginal</b>   | 9%     |
|  |                                           | <b>C-Section</b> | 3%     |
|  | <b>Urinary Incontinence</b>               | <b>Vaginal</b>   | 20%    |
|  |                                           | <b>C-Section</b> | 15%    |
|  | <b>Fecal Incontinence</b>                 | <b>Vaginal</b>   | 1%* 3% |
|  |                                           | <b>C-Section</b> | 2%* 3% |
|  | <b>Any Pelvic Floor Disorder</b>          | <b>Vaginal</b>   | 27%    |
|  |                                           | <b>C-Section</b> | 18%    |
|  | <b>Two or More Pelvic Floor Disorders</b> | <b>Vaginal</b>   | 4%     |
|  |                                           | <b>C-Section</b> | 2%     |

\* No model could be created and rates from the original cohort have been used.

Fonte: [https://riskcalc.org/UR\\_CHOICE/](https://riskcalc.org/UR_CHOICE/)

## ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ / MEAC - UFC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** EFEITOS DO USO DE ANALGESIA DURANTE O PARTO VAGINAL NO ASSOALHO PÉLVICO: COORTE PROSPECTIVO

**Pesquisador:** MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55620722.8.0000.5050

**Instituição Proponente:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.261.767

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de coorte prospectivos sobre os Efeitos do Uso de Analgesia durante o Parto Vaginal no Assoalho Pélvico.

#### Objetivo da Pesquisa:

Verificar a associação entre o uso de analgesia no parto vaginal e a prevalência de queixas de incontinência durante o pós-parto. Pretende identificar queixas de incontinência urinária e anal após o parto, comparando os resultados com e sem analgesia e o impacto destes achados na qualidade de vida das mulheres.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Este item surge apenas dentre os comentários sobre as consequências do trabalho de parto com e sem analgesia, necessitando ser melhor evidenciados os riscos e benefícios que o estudo poderá trazer às participantes, mesmo que esteja explícito no TCLE que será assinado por elas.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide conclusões e Recomendações

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões e Recomendações

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** cepmeac@gmail.com

**UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ / MEAC - UFC**



Continuação do Parecer: 5.261.767

**Recomendações:**

Vide conclusões e Recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os termos da pesquisa satisfazem as exigências do CONEP, com exceção da declaração sobre os riscos e benefícios no bojo do projeto. É necessário também uma adequação do Cronograma da pesquisa, ajustando o período de apresentação do projeto ao CEP (fevereiro) e o início da coleta de dados (fevereiro/março).

Recomenda-se apenas a Inclusão do item "Riscos Benéficos" e a adequação do cronograma das atividades.

Satisfeitas as recomendações, o projeto pode ser aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tio "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, item XI.2.d.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                                            | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                           | Situação |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1878644.pdf | 07/02/2022<br>12:43:04 |                                 | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoDissertacao.pdf                        | 07/02/2022<br>12:41:42 | MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA | Aceito   |
| Outros                                                    | TermodeFielDepositario.pdf                    | 07/02/2022<br>12:40:13 | MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf                                      | 07/02/2022<br>12:38:43 | MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA | Aceito   |
| Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável         | CartadeEncaminhamento.pdf                     | 07/02/2022<br>12:38:09 | MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA | Aceito   |
| Orçamento                                                 | Orcamento.pdf                                 | 07/02/2022<br>12:37:57 | MARIA EVILENE MACENA DE ALMEIDA | Aceito   |

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** cepmeac@gmail.com



**UFC - MATERNIDADE ESCOLA  
ASSIS CHATEAUBRIAND DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ / MEAC - UFC**



Continuação do Parecer: 5.261.767

|                                            |                              |                        |                                       |        |
|--------------------------------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--------|
| Declaração de concordância                 | DeclaracaodeConcordancia.pdf | 07/02/2022<br>12:36:57 | MARIA EVILENE<br>MACENA DE<br>ALMEIDA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores                | TermodeCompromisso.pdf       | 07/02/2022<br>12:36:45 | MARIA EVILENE<br>MACENA DE<br>ALMEIDA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TermodeCiencia.pdf           | 07/02/2022<br>12:35:23 | MARIA EVILENE<br>MACENA DE<br>ALMEIDA | Aceito |
| Cronograma                                 | Cronograma.pdf               | 07/02/2022<br>12:35:10 | MARIA EVILENE<br>MACENA DE<br>ALMEIDA | Aceito |
| Folha de Rosto                             | Folha_de_Rosto.pdf           | 07/02/2022<br>11:21:36 | MARIA EVILENE<br>MACENA DE<br>ALMEIDA | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 24 de Fevereiro de 2022

**Assinado por:**

**Álison Menezes Araújo Lima  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Cel Nunes de Melo, s/n

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-270

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8569

**Fax:** (85)3366-8528

**E-mail:** cepmeac@gmail.com