

**FEDERAL DO CEARA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA MATERNO - INFANTIL**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA**  
**CRIANÇA**

**CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS TRAUMAS PERINEAIS**  
**SEVEROS NO ASSOALHO PÉLVICO: ESTUDO DE COORTE**

**Fortaleza**

**2024**

**CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS TRAUMAS PERINEAIS  
SEVEROS NO ASSOALHO PÉLVICO: ESTUDO DE  
COORTE**

Dissertação de Mestrado do Programa de  
Mestrado Profissional em Saúde da  
Mulher e da Criança da Universidade  
Federal do Ceará.

Linha de pesquisa: avaliação e  
intervenção do assoalho pélvico no ciclo  
gravídico puerperal e atividade física na  
gestação.

Orientador: Prof. Dr. José Ananias  
Vasconcelos Neto

**Fortaleza**

**2024**

CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS TRAUMAS PERINEAIS SEVEROS NO  
ASSOALHO PÉLVICO: ESTUDO DE COORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Saúde da Mulher

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. José Ananias Vasconcelos Neto (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Camila Teixeira Moreira Vasconcelos

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Sara Arcanjo Lino Karbage

Instituto Salvata

Aos meus pais, incansáveis na arte do cuidar, quero dedicar a conclusão de mais uma etapa na minha vida. Para Manu e João, que eles saibam que nada acontece por acaso, tudo é fruto do nosso esforço, estudo e perseverança. Vocês são luzes na minha caminhada.

## Agradecimentos

Meus agradecimentos começam com um pedido de desculpas a todos que estiveram comigo nessa longa caminhada que hoje concluo. Desculpas pelo tempo tomado, pela ausência imposta em alguns momentos, pela procrastinação em outros, pelas jornadas fora de casa, pelos feriados inteiros sem dar atenção aos filhos, pelas mensagens não respondidas, e outras situações não citadas. Dito isto, agradeço imensamente ao meu orientador, que incansavelmente esteve no meu pé ao longo desses anos, me cobrando, quando eu estava com as rédeas frouxas. Professor Ananias, obrigada por não desistir dos seus orientandos, por me ensinar muito a cada troca de experiências que pudemos viver, por me permitir conviver com essa sua “sede pelo saber” e com essa leveza com que conduz sua arte de ensinar e pesquisar. Você me inspira, como colega e como professor.

Agradeço ao meus pais, fonte do maior suporte e amor incondicionais, vocês são meu porto seguro e meu espelho, obrigada por estarem sempre ao meu lado! Ao meu esposo, agradeço a parceria, por priorizar meu bem-estar a qualquer custo, te amo. Aos meus filhos, obrigada pela leveza e pureza que transformam meu dia a dia, que esses anos à frente desse árduo trabalho sirvam de espelho para vocês seguirem seus sonhos. Contem comigo sempre.

Agradeço ainda, aos meus colegas de turma, que sofreram junto nas aulas on-line, nos “kahoot”, nas mudanças das regras a todo momento, nos prazos e mais prazos para conclusão das atividades, enfim, sobrevivemos, e olha como valeu a pena?! As minhas colegas de profissão, e por que não dizer: amigas de profissão: Elfie, Eugênia e Nadesna, exemplos de mães, médicas e “atletas” (nosso grupo de *WhatsApp*), vocês são fonte de inspiração, obrigada pelas conversas, partilhas, convivência e suporte, sou fã de vocês.

Não poderia deixar de agradecer aos estudantes do professor Ananias, que me ajudaram nas coletas dos questionários, obrigada, meninos!

“E tudo quanto fizerdes, fazei-o de coração, como ao Senhor, e não aos homens”

Colossenses 3:23

## RESUMO

**Objetivos:** as lesões obstétricas perineais severas (OASIS) estão relacionadas com importante impacto negativo na qualidade de vida de quem as sofre. Tais impactos podem ocorrer em decorrência de uma série de sintomas, como a incontinência anal (IA), dor, distúrbios na sexualidade entre outros. O presente estudo avaliou a incidência das OASIS, a prevalência dos sintomas urinários, intestinais e sexuais, bem como seus impactos na qualidade de vida, de uma população de mulheres atendidas em hospital terciário localizado no nordeste brasileiro.

**Métodos:** foi realizado um estudo de coorte no período de julho de 2022 a janeiro de 2024, com mulheres que sofreram OASIS durante o parto (grupo com OASIS), estas foram comparadas com o grupo controle (grupo sem OASIS), e foram excluídas aquelas que possuíam sintomas de disfunção do assoalho pélvico (DAP) prévios. Questionários específicos (*Pelvic Floor Distress Inventory PFDI – 20*, *Pelvic Floor Impact Questionnaire - PFIQ*, Índice de Função Sexual Feminina - FSFI, e *Short Form SF – 36*) foram aplicados presencialmente, durante a internação (T0), pela pesquisadora e/ou bolsistas da UFC, e de maneira virtual (*whatsapp*, mensagem de texto) ou através de contato telefônico, três (T1) e seis (T2) meses após o parto. O banco de dados foi estruturado em planilha de Excel® e avaliados quanto a distribuição da normalidade através do teste de Kolmogorov Smirnov. As conclusões tiveram como base os valores de *p* usando a faixa de corte tradicional de 5%, e a análise descritiva das variáveis se deu por tabelas e gráficos.

**Resultados:** a incidência de OASIS no período estudado foi de 1,2%. A primiparidade ( $p=0,03$ ), a analgesia peridural ( $p=0,041$ ), o uso do vácuo-extrator ( $p=0,046$ ), e o maior peso do recém-nascido (RN) ( $p=0,002$ ) estiveram associados com um maior risco de OASIS. Os sintomas urinários estiveram mais prevalentes no grupo com OASIS apenas em T1 ( $p=0,01$ ), bem como a incontinência urinária (IU), que se mostrou mais prevalente apenas no T1 ( $p=0,047$ ). Já os sintomas intestinais estavam mais associados com as OASIS em T0 ( $p=0,008$ ) e T1 ( $p=0,04$ ), e a incontinência anal (IA) mostrou prevalência de 2,4% ao final do estudo. Os sintomas pélvicos foram semelhantes em ambos os grupos. No SF – 36, observou-se melhora na qualidade de vida ao longo do tempo. Ambos os grupos se mostraram disfuncionais quanto a sexualidade, com pontuações abaixo do ponto de corte ao longo de todo o estudo, apesar da melhora observada. A dor e a excitação foram piores no grupo com OASIS em T2 ( $p=0,037$  e  $p=0,013$  respectivamente). No PFDI-20, os sintomas intestinais, urinários e o escore total foram piores no grupo com OASIS no T1 ( $p=0,014$ ,  $p=0,005$ ,

p=0,006), e em T2 somente o escore total foi pior (p=0,048). Os sintomas urinários, intestinais e gerais ocasionaram maior impacto negativo na qualidade de vida do grupo com OASIS em T2 (p=0,028, p=0,04, p=0,017). **Conclusão:** fatores de risco para o surgimento das OASIS foram identificados, bem como os impactos, físicos e na qualidade de vida, que tais lesões ocasionam a essas mulheres. Houve associação da OASIS com dor pélvica, IU, e disfunções sexuais.

**Palavras-chave:** Períneo. Laceração. Complicações do trabalho de parto. Parto. Qualidade de vida. Incontinência urinária. Incontinência anal. Dor pélvica. Sexualidade. OASIS.

## ABSTRACT

**Objectives:** Severe obstetric perineal injuries (OASIS) are related to a significant negative impact on the quality of life of those who suffer them. Such impacts can occur as a result of a series of symptoms, such as anal incontinence (AI), pain, sexual disorders, among others. The present study evaluated the incidence of OASIS, the prevalence of urinary, intestinal and sexual symptoms, as well as their impact on quality of life, in a population of women treated at a tertiary hospital located in northeastern Brazil. **Methods:** a cohort study was carried out from July 2022 to January 2024, with women who suffered OASIS during childbirth (group with OASIS), these were compared with the control group (group without OASIS), and those who had previous symptoms of pelvic floor dysfunction (PAD). Specific questionnaires (Pelvic Floor Distress Inventory PFDI – 20, Pelvic Floor Impact Questionnaire - PFIQ, Female Sexual Function Index - FSFI, and Short Form SF – 36) were applied in person, during hospitalization (T0), by the researcher and/or UFC fellows, and virtually (Whatsapp, text message) or via telephone contact, three (T1) and six (T2) months after birth . The database was structured in an Excel® spreadsheet and evaluated for normality distribution using the Kolmogorov Smirnov test. The conclusions were based on p values using the traditional cutoff range of 5%, and the descriptive analysis of the variables was carried out using tables and graphs. **Results:** the incidence of OASIS in the studied period was 1.2%. Primiparity ( $p=0.03$ ), epidural analgesia ( $p=0.041$ ), use of a vacuum extractor ( $p=0.046$ ), and greater newborn (NB) weight ( $p=0.002$ ) were associated with a greater risk of OASIS. Urinary symptoms were more prevalent in the group with OASIS only at T1 ( $p=0.01$ ), as well as urinary incontinence (UI), which was more prevalent only at T1 ( $p=0.047$ ). Intestinal symptoms were more associated with OASIS at T0 ( $p=0.008$ ) and T1 ( $p=0.04$ ), and anal incontinence (AI) showed a prevalence of 2.4% at the end of the study. Pelvic symptoms were similar in both groups. In SF – 36, an improvement in quality of life was observed over time. Both groups were dysfunctional in terms of sexuality, with scores below the cutoff point throughout the study, despite the improvement observed. Pain and excitement were worse in the group with OASIS at T2 ( $p=0.037$  and  $p=0.013$  respectively). In the PFDI-20, intestinal and urinary symptoms and the total score were worse in the group with OASIS at T1 ( $p=0.014$ ,  $p=0.005$ ,  $p=0.006$ ), and at T2 only the total score was worse ( $p=0.048$ ). Urinary, intestinal and general symptoms had a greater negative impact on the quality of life of the group with OASIS at T2 ( $p=0.028$ ,  $p=0.04$ ,  $p=0.017$ ). **Conclusion:** risk factors for the emergence of OASIS were identified, as well as the physical and quality of life

impacts that such injuries cause to these women. There was an association of OASIS with pelvic pain, UI, and sexual dysfunctions.

**Keywords:** Perineum. Laceration. Complications of labor. Childbirth. Quality of life. Urinary incontinence. Anal incontinence. Pelvic pain. Sexuality. OASIS. FSFI. PFDI – 20. PFIQ – 7. SF – 36.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de seleção da amostra do estudo .....	33
Figura 2. Gráfico de distribuição da amostra de acordo com a avaliação do períneo após o parto.....	33
Figura 3. Comparativo amostral ao longo do seguimento em T0, T1 e T2 .....	34
Figura 4. Comparativo das médias de pontuações no SF – 36 entre os dois grupos, no momento T0.....	40
Figura 5. Gráfico com as médias de pontuações do questionário SF – 36 do Grupo sem OASIS ao longo do tempo.....	41
Figura 6. Gráfico com as médias de pontuações do questionário SF – 36 do Grupo com OASIS ao longo do tempo.....	41
Figura 7. Comparativo das médias de pontuações no SF – 36 entre os dois grupos, no momento T1.....	42
Figura 8. Comparativo das médias de pontuações no SF – 36 entre os dois grupos, no momento T2.....	42

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sócio demográficas da população, com análise comparativa das médias e frequências absolutas dos grupos.....	35
Tabela 2. Dados sobre a gestação e parto, com análise comparativa das médias e frequências absolutas dos grupos.....	36
Tabela 3. Análise de sintomas em frequência absoluta e porcentagem no tempo T0.....	38
Tabela 4. Análise da incontinência urinária (IU) em frequência absoluta e porcentagem, ao longo do tempo.....	38
Tabela 5. Análise comparativa de sintomas em frequência absoluta e porcentagem, no tempo T1.....	39
Tabela 6. Análise comparativa de sintomas em frequência absoluta e porcentagem, no tempo T2.....	39
Tabela 7. Análise comparativa das pontuações do SF – 36 do Grupo sem OASIS, ao longo do tempo.....	43
Tabela 8. Análise comparativa das pontuações do SF – 36 do Grupo com OASIS, ao longo do tempo.....	43
Tabela 9. Análise comparativa das médias das pontuações de cada grupo, do questionário FSFI no T0, T1 e T2, para avaliar diferença de pontuação entre os grupos.....	44
Tabela 10. Análise comparativa das pontuações do FSFI do Grupo sem OASIS, ao longo do tempo.....	45
Tabela 11. Análise comparativa das pontuações do FSFI do Grupo com OASIS, ao longo do tempo.....	45
Tabela 12. Análise das médias das pontuações de cada grupo, do questionário PFDI - 20 no T0, T1 e T2.....	46
Tabela 13. Análise comparativa das pontuações do PFDI - 20 do Grupo sem OASIS ao longo do tempo.....	46
Tabela 14. Análise comparativa das pontuações do PFDI - 20 do Grupo com OASIS ao longo do tempo.....	46
Tabela 15. Análise das médias das pontuações de cada grupo, do questionário PFIQ - 7 no T0, T1 e T2.....	47

Tabela 16. Análise comparativa do PFIQ – 7 do Grupo sem OASIS, ao longo do tempo .....	47
Tabela 17. Análise comparativa do PFIQ – 7 do Grupo com OASIS, ao longo do tempo .....	47

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS	Aspecto Social
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CF	Capacidade Funcional
CRADI	<i>Colorectal-anal distress inventory</i>
CRAIQ	<i>Colorectal-anal impact questionnaire</i>
DAP	Disfunção do assoalho pélvico
DTUI	Disfunção do trato urinário inferior
EAE	Esfínter anal externo
EGS	Escore Geral de Saúde
EBSERH	Empresa brasileira de serviços hospitalares
FSFI	Índice de função sexual feminina
IA	Incontinência anal
IF	Incontinência fecal
IMC	Índice de massa corpórea
IU	Incontinência urinária
IUE	Incontinência urinária aos esforços
IUM	Incontinência urinária mista
IUU	Incontinência urinária de urgência
LAE	Limitação do Aspecto Emocional
LAF	Limitação do Aspecto Físico
MEAC	Maternidade escola Assis Chateaubriand
NHS	<i>Natinal Health Service</i>
OASIS	<i>Obstetric anal sphincter injuries</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFDI-20	<i>Pelvic floor distress inventory</i>
PFIQ-7	<i>Pelvic floor impact questionnaire</i>
POPDI	<i>Pelvic organ prolapse distress inventory</i>
POPIQ	<i>Pelvic organ prolapse impact questionnaire</i>

PPP	Pré -parto, parto e puerpério imediato
RN	Recém-nascido
SF-36	<i>Short form 36</i>
SM	Saúde Mental
UDI	<i>Urinary distress inventory</i>
UFC	Universidade Federal do Ceará
UIQ	<i>Urinary impact questionnaire</i>

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
1.1 TRAUMAS PERINEAIS.....	17
1.2 OASIS.....	17
1.3 FATORES DE RISCO.....	19
1.4 CONSEQUÊNCIAS.....	19
<b>1.4.1 Incontinência Urinária</b> .....	<b>20</b>
<b>1.4.2 Incontinência Anal</b> .....	<b>21</b>
<b>1.4.3 Sexualidade</b> .....	<b>21</b>
<b>1.4.4 Saúde Mental</b> .....	<b>23</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>24</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>25</b>
3.1 OBJETIVOS GERAIS.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>26</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	26
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	27
4.4 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	28
4.5 COLETA DOS DADOS.....	29
4.6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL .....	31
4.7 CONTROLE DE QUALIDADE.....	31
4.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>49</b>

<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>64</b>
9.1 APÊNDICE A.....	64
9.2 APÊNDICE B.....	65
<b>ANEXOS.....</b>	<b>67</b>
10.1 ANEXO 1.....	67
10.2 ANEXO 2.....	68
10.3 ANEXO 3.....	70
10.4 ANEXO 4.....	77
10.5 ANEXO 5.....	81

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 TRAUMAS PERINEAIS

A perda da integridade dos tecidos da região do períneo caracteriza o trauma perineal. Algo extremamente comum na prática obstétrica, porém de difícil identificação por parte de quem faz a assistência ao parto. Tais traumas são graduados de acordo com o grau de acometimento da pele e musculatura do assoalho pélvico. Em 1994, Abdul Sultan, com o objetivo de unificar e simplificar a classificação, criou uma escala para graduar tais traumas, também adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em graus de 1 a 4.

As lesões perineais secundárias ao parto são classificadas de acordo com a severidade e a complexidade nos quais os tecidos sofrem a injúria. No grau 1, observa-se laceração da pele perineal, no grau 2, tem-se o acometimento da musculatura. Nas lacerações de 3º grau há acometimento do esfíncter anal externo, sendo o grau 3a um acometimento envolvendo menos de 50% de tal esfíncter, no grau 3b há o envolvimento de mais de 50% dele, e no grau 3c compromete-se tanto o esfíncter anal externo quanto o interno. No quarto grau de laceração perineal tem-se o acometimento dos esfíncteres e da mucosa anal (HARVEY et.al, 2015).

Apesar de se tratar de um período de grande expectativa e júbilo, o pós-parto é também um momento de grande estresse e mudanças para as mães e familiares (BRINCAT et al., 2015a). A situação tende a ser agravada diante de complicações perineais secundárias aos traumas ocorridos no parto vaginal. Estudos demonstram que mulheres que experienciam traumas perineais severos tem menos chance de desejarem uma nova gestação e parto, mesmo após um período de oito anos (DAHLEN et al., 2013) (EVANS et al., 2020) (ISMAIL et al., 2015).

Afora o impacto emocional e físico, ressalta-se o impacto econômico. Entre 2013 e 2014, o serviço de saúde nacional britânico (NHS) gastou a cada internação para parto não eletivo cerca de 9.500 reais, e quando algum evento adverso ocorreu durante a internação, tal custo chegou a cerca de 108 mil reais. Todos os anos mais de 30 mil mulheres no Reino Unido sofrem lesões obstétricas do esfíncter anal (do inglês - *obstetric anal sphincter injuries* – OASIS) durante o parto, e em primíparas esse número triplicou no período de 2000 a 2011, atingindo 5,9% segundo o NHS, fato também observado atualmente na Austrália, Canadá e China, elevando o custo da assistência (BIDWELL et al., 2018) (BIDWELL et al., 2020). Dez por cento de todos os processos judiciais envolvendo a obstetrícia ocorrem em decorrência de tais lesões, o que custou ao NHS, entre os anos de 2013 e 2014, cerca de 20 milhões de reais

(associado aos partos instrumentados) e 54 milhões (quando associado com parto vaginal espontâneo), sendo a quarta maior causa de processos na área da obstetrícia e uroginecologia, levando ao aumento nos custos dos sistemas de saúde público e privado. Nos Estados Unidos, tais custos foram em torno de 415 milhões de reais entre os anos de 2007 e 2011 (ORLOVIC et al., 2017) (SIDERIS et al., 2020) (OKEAHIALAM et al. 2024).

Traumas perineais são complicações comuns nos partos vaginais, ocorrendo em até 85% das mulheres, na sua maioria lacerações de primeiro e segundo grau (ARNOLD et al., 2017). Estudos brasileiros encontraram taxa de laceração perineal semelhante a literatura mundial, chegando a 85% quando se incluiu a episiotomia, considerada o segundo tipo de trauma perineal mais comum (DOMENIGHI et al., 2021).

## 1.2 OASIS

As OASIS são as formas mais severas dos traumas perineais (graus 3 e 4), sendo extremamente indesejadas por promover efeitos negativos na qualidade de vida dessas mulheres (PEREIRA et al., 2020) (YEE et al., 2020). Os avanços contínuos na medicina e em tecnologia propiciam uma melhora na segurança do paciente, cujo foco de evitar, prevenir e melhorar os eventos adversos e danos no processo do cuidado tem sido priorizado. Dessa forma, desde 2003, as lesões de OASIS foram incluídas como indicador de qualidade na assistência em obstetrícia (ARNOLD et al., 2017) (ORLOVIC et al., 2017).

Idealmente, a OMS preconiza que a incidência das OASIS seja inferior a 5% e a literatura apresenta porcentagens variáveis em diversos serviços (PEREIRA et al., 2020). Sendo encontradas incidências entre 0,5 e 23,9%, mais comum em primíparas (6,9%) do que em múltiparas (1,7%) (ALSHIEK et al., 2020) (BURRELL et al., 2015) (EVANS et al., 2020) (GUROL-URGANCI et al., 2021) (HARVEY et al., 2015a) (KARP et al., 2018) (MARSH et al., 2011) (RAMAGE et al., 2018) (SHAWER et al., 2019) (WILSON; HOMER, 2020).

No Brasil, estudos de prevalência demonstraram taxas condizentes com a literatura mundial e em levantamentos realizados em uma maternidade no estado do Ceará, observou-se taxa de 2,5 e 4,9% (AGUIAR et al., 2019) (SOUZA et al., 2020). Outros estudos brasileiros recentes encontraram prevalência de 0,9, 1,4 e 1,5%, todas dentro do recomendado pela OMS (OLIVEIRA et al., 2014) (NOBREGA et al., 2021) (DOMINIGHI, 2020).

Em até 35% dos casos a lesão não é identificada ao exame físico, sendo visualizada através da realização de exame ultrassonográfico, levando o nome de OASIS oculta (ARNOLD et al., 2017) (DUDDING; VAIZEY; KAMM, 2008) (FERNANDO et al., 2002). Entretanto, a

realização do estudo ultrassonográfico imediatamente após o parto para avaliar a presença da lesão tem valor limitado, não sendo recomendada a sua utilização (ACOG, 2018). Estudos evidenciam que o diagnóstico através de um segundo exame físico, por outro profissional, pode ser elevado de 11% para 25%, o que pode ser justificado por uma inconsistência na classificação das lesões, visto que mais de 33% dos obstetras classificam uma laceração parcial ou completa do esfíncter anal externo (EAE) como laceração de segundo grau (HARVEY et al., 2015a). O diagnóstico, reparo e seguimento das OASIS devem ocorrer o mais precoce possível, a fim de evitar as sequelas imediatas e tardias, bem como o aumento dos custos nos sistemas de saúde, e os litígios (RCOG, 2018).

### 1.3 FATORES DE RISCO

Inúmeros fatores estão associados com um maior risco de lesões de terceiro e quarto graus, e devem ser identificados e discutidos com a mulher no período ante natal. Alguns destes fatores são não modificáveis, como a primiparidade, a raça e a idade. Dentre os fatores maternos temos a nuliparidade (aumento do risco em 4%), a idade avançada (> 35anos), a raça caucasiana, a obesidade e o comprimento vulvar-anal de 4cm (ARNOLD et al., 2017) (BURRELL et al., 2015) (OLIVEIRA; PROGIANTI; PEREGRINO, 2014) (RAMAGE et al., 2017) (SHAWER et al., 2019) (WILSON; HOMER, 2020) (SARTORE et al., 2024). Outros, por estarem relacionados ao segundo período prolongado do trabalho de parto, podem justificar lacerações mais severas, são eles: a macrosomia fetal, o parto instrumental (fórcipe e vácuo extrator), a analgesia de parto, indução de trabalho de parto e apresentação occipito-posterior (ARNOLD et al., 2017) (BURRELL et al., 2015) (OLIVEIRA; PROGIANTI; PEREGRINO, 2014) (RAMAGE et al., 2017) (SHAWER et al., 2019) (WILSON; HOMER, 2020).

Alguns fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de DAP após as OASIS são citados na literatura, tais como: severidade da lesão, idade avançada, partos subsequentes as OASIS, primiparidade e parto instrumentado (CORNELISSE et al., 2016).

### 1.4 CONSEQUÊNCIAS

As OASIS, mesmo infrequentes, ocasionam ainda impacto anatômico, funcional e psicológico maior comparado aos outros traumas perineais (FENNER et al., 2003) (LINDQVIST et al., 2019). Os sintomas que podem estar associados as OASIS são a dor pélvica

crônica, sintomas do trato urinário inferior, disfunção evacuatória, dispareunia, distúrbios musculares pélvicos, infecções, deiscência da ferida operatória e fístula reto - vaginal (KARP et al., 2018) (STEDENFELDT et al., 2014). Quanto maior o grau da OASIS, maior a probabilidade de um pior desfecho, como por exemplo, mulheres com lesões graus 3c e 4 apresentam duas vezes mais chances de desenvolver urgência fecal, três vezes mais incontinência anal e 5 vezes mais prolapso genitais (YEE et al., 2020).

A interdependência entre os diversos compartimentos pélvicos pode justificar a origem dos sintomas referidos pelas mulheres. Estudos publicados previamente focam principalmente em sintomas intestinais, e um menor número de autores investigou a IU e sua relação com as OASIS, com resultados contraditórios quanto a sua possível associação (ANDREWS et al., 2013) (OTERO et al., 2006). Talvez devido a alguns aspectos como: perdas amostrais, cirurgias posteriores ao parto, uso de medicamentos controlados, doenças pré-existentes, fatores sociodemográficos, entre outros, a interpretação dos dados pode ficar prejudicada (LEEMAN et al., 2016).

Em face da imprevisibilidade de ocorrerem tais sintomas, as mulheres apresentam certo grau de ansiedade, vergonha e apreensão com um possível contato íntimo com o parceiro, o que as fazem evitar (PRIDDIS; DAHLEN; SCHMIED, 2013). Estudos de prevalência sobre disfunção sexual feminina apontam que cerca de 39% das mulheres experimentam algum distúrbio na sexualidade. O status conjugal, a paridade, a nacionalidade, a idade, o nível educacional, o tipo de parto, a amamentação, o estresse, os hormônios, a imagem corporal e a depressão são fatores que retardam o retorno da vida sexual do casal (LEADER – CRAMER et al., 2016).

#### **1.4.1 Incontinência Urinária**

A IU é condição frequente no ciclo gravídico-puerperal, com prevalência de 18,6 a 75% na gestação e de 6 a 31% no pós-parto, de acordo com as características da população investigada, definição de IU e período abordado. Lesões traumáticas, das fâscias e músculos pélvicos durante o parto vaginal, alteram a função de suporte, gerando uma maior mobilidade no colo vesical e uretra, ocasionando a incompetência do esfíncter uretral (LIMA et al., 2018). A presença de IU na gestação e no pós-parto imediato pode prever a existência dessa condição em longo prazo (LEROY et al., 2016).

A incidência de IU após OASIS varia entre 13 e 46% após o terceiro mês de puerpério, e poucos são os trabalhos que evidenciam tal associação (ANDREWS et al., 2013)

(BURRELL et al., 2015) (SCHÜTZE et al., 2021). Estudos de Delancey, Stedenfeldt, e Leeman compararam a presença de IU em mulheres com e sem OASIS, e não observaram diferença na frequência de IU entre os grupos. Um estudo prospectivo realizado no nordeste do Brasil, não mostrou correlação entre IU e o grau de trauma perineal, entretanto o número amostral pequeno foi um fator limitante neste estudo (LIMA et al., 2018). Já Yee e cols. mostraram que 16% das pacientes com OASIS apresentaram sintomas urinários após responderem a questionário validado, porém não realizaram comparação com grupo controle (YEE et al., 2020). Já Wesnes e colaboradores, em 2017, avaliaram primíparas seis meses após o parto, e não identificaram relação entre episiotomia e laceração perineal grave com IU, exceto quando combinado com outro fator obstétrico (peso do RN ou perímetro cefálico).

#### **1.4.2 Incontinência Anal**

Diferentemente da IU, a IA é o sintoma mais comumente estudado e associado com OASIS, apresentando incidência na literatura entre 10 e 61%. Sendo 16,7% relacionados com a incontinência para fezes, 30,2% com incontinência para flatos e 6,2% para fezes e flatos. Após 6 meses, 88,5% apresentavam urgência fecal, 12,2% incontinência para fezes, 24,4% para flatos e 7,3% para ambos (ANDREWS et al., 2013) (BRINCAT et al., 2015b) (BRINCAT et al., 2015a) (CORNELISSE et al., 2016a) (CORNELISSE et al., 2016b) (RAMAGE et al., 2018).

Marsh não mostra diferença entre o grau da lesão e os sintomas anais (MARSH et al., 2011). Brincat evidenciou que a incontinência fecal foi transitória e na visita médica subsequente já não fazia mais parte das queixas clínicas referidas pela paciente (BRINCAT et al., 2015b).

#### **1.4.3 Sexualidade**

Em grupos que tiveram OASIS, os problemas sexuais podem estar presentes em até 50% das mulheres e 30% dos parceiros. Para ambos, o maior impacto foi na frequência dos intercursos sexuais e, especificamente para as mulheres, o desejo sexual reduzido, a diminuição da frequência e falta de comunicação do casal foram as principais queixas, e não os sintomas de dor ou vaginismo, como era de se esperar (MARSH et al., 2011) (STEDENFELDT et al., 2014).

Dentre os parceiros, 88% reclamaram da pouca frequência nos intercursos e 36% de insatisfação (ALSHIEK et al., 2020). O primeiro intercurso sexual após o parto pode ser um passo importante para o casal discutir sua intimidade, especialmente se o parto resultou em

trauma físico importante para a mulher. Observou-se que a média de tempo em que a primeira relação sexual após o parto ocorre, na Europa e nos Estados Unidos, se dá por volta de 5 a 8 semanas, e a presença de laceração perineal, lesão de OASIS ou da mucosa retal aumentaram esse período para 6 meses, contudo tais dados são conflitantes na literatura (RADESTAD et al., 2008).

Oshea e cols., ao utilizarem o índice de função sexual feminina (FSFI), mostraram que 47% obtiveram escore para diagnóstico de disfunção comumente relacionado ao desejo, excitação e orgasmo. Aproximadamente 42% tiveram desejo sexual hipotivo ou ausente, 5% referiram dispareunia moderada a intensa, e 49% evitaram o intercuro sexual.

Apesar de comum a disfunção sexual após o OASIS, pouco se sabe sobre os efeitos a longo prazo ou sobre a satisfação feminina, o que dificulta um aconselhamento mais acurado buscando a melhoria no desempenho sexual do casal (ALSHIEK et al., 2020) (LEADER-CRAMER et al., 2016) (RÁDESTAD et al., 2008) (STEDENFELDT et al., 2014). A presença de sintomas como a incontinência justifica a realização de um exame físico criterioso, bem como uma avaliação da função sexual através de questionários validados, que mostram grande sensibilidade no diagnóstico dos distúrbios sexuais (MOTA et al., 2017).

Outro fator com possível impacto na vida sexual do casal é a dispareunia, ainda pouco debatida quando comparada aos sintomas anais, contudo alguns estudos demonstram sua prevalência. Palm e cols. não observaram diferença entre mulheres com e sem OASIS, já quando se subdividia a dispareunia em superficial e profunda, observou-se que aquelas que tiveram OASIS tiveram mais dispareunia superficial (PALM et al., 2013). A incidência de dor perineal e dispareunia em mulheres com OASIS é de 6,7% e 2,4%, respectivamente (YEE et al., 2020).

Estudos retrospectivos mostram que partos instrumentados e graus severos de trauma perineal são fatores de risco independentes para o desenvolvimento de dispareunia, que pode perdurar além de 6 meses após o parto (LEADER-CRAMER et al., 2016). Escores de graduação de dor são utilizados para quantificar esse sintoma, entretanto nenhuma escala é validada especificamente para averiguar a dor perineal de mulheres com OASIS pós-parto. Andrews e cols. utilizaram a escala visual analógica (EVA) graduada de 0 a 10, aplicada no dia 01 e 7 semanas depois, e independente da presença de lesão perineal ou não, no dia 01, o nível de dor foi semelhante entre os grupos, porém, após 7 semanas a dor foi maior em mulheres com OASIS (ANDREWS et al., 2008).

#### 1.4.4 Saúde Mental

Afora todos os impactos físicos citados, a experiência do OASIS pode gerar um impacto importante na saúde mental da mulher e pouco se sabe a respeito de tal impacto, especialmente quando alguns sintomas são ocultados por parte delas (CORNELISSE et al., 2016b) (HARVEY et al., 2015a).

Poucos estudos consideram a imagem corporal da mulher, como ela se vê fisicamente como algo dinâmico, influenciado por atitudes, crenças, sentimentos e comportamentos, e que sofrem mudanças de acordo com fatores externos, traumas e processos de descoberta. Esse reconhecimento da imagem corporal é um importante fator para determinadas desordens médicas, como consequência de desfiguração anatômica ou disfunção fisiológica, gerando ou contribuindo para potencializar uma autoestima baixa, levando a quadros de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático em 16% delas (HICKMAN et al., 2020) (HICKMAN; PROPST, 2020b) (HICKMAN; PROPST, 2020a) (YEE et al., 2020), além de impactar no relacionamento familiar, retardando o retorno à vida sexual com seu parceiro e o desejo de uma gestação futura (WILSON; HOMER, 2020).

Crescente número de mulheres refere ansiedade quanto a futuras gestações e partos, expressando preferência por uma cesariana (ILES et al., 2017). A taxa de ansiedade e/ ou depressão pós-parto giram em torno de 25%, entretanto existe uma lacuna na literatura correlacionando tais diagnósticos em pacientes pós-OASIS. Evans e cols. mostraram que 47% das mulheres com OASIS referiram impacto no seu dia a dia, principalmente nos graus 3c e 4 (EVANS et al., 2020). Autores, como Lindqvist, citam a “Síndrome de OASIS” como uma condição que abrange consequências emocionais, sociais e psicológicas que afetam negativamente a vida da mulher como mãe (LINDQVIST et al., 2019). O impacto de uma laceração de terceiro e quarto grau no campo emocional da mulher pode ser expressado por palavras e expressões corporais, como demonstrou Williams e cols.: “eu acho que eu estou muito mal atualmente, e eu não quero ser chateada agora!”, onde o senso de culpa e resignação se refletem na fala da mulher (GARCÍA MEJIDO et al., 2017) (PRIDDIS; DAHLEN; SCHMIED, 2013) (WILLIAMS et al., 2005).

## 2. JUSTIFICATIVA

As morbidades geradas pelas lesões perineais graus 3 e 4 impactam significativamente os inúmeros desafios impostos pela maternidade, tornando tal período ainda mais estressante e complexo. A tentativa de prevenção de tais lesões requer uma avaliação detalhada dos fatores de risco e sinais de alarme (BURRELL et al., 2015). No entanto, para um melhor resultado, é de grande importância o correto diagnóstico e a correção da OASIS para minimizar suas consequências a longo prazo (SELMER-OLSEN et al., 2019). Assim, através de um suporte de saúde respeitoso e baseado em evidências, os sintomas, o estresse e os processos judiciais serão minimizados (GHAI et al., 2019) (PRIDDIS; DAHLEN; SCHMIED, 2013).

A influência das OASIS na prevalência em longo prazo de IU, IA e disfunção sexual foram razoavelmente estudadas, entretanto, os resultados existentes mostram-se conflitantes (MARSH et al., 2011) (SCHÜTZE et al., 2021). Mais ainda, os fatores associados com o desenvolvimento de tais sintomas permanecem pouco claras na literatura. A importância do presente estudo será de averiguar a incidência dos sintomas de IU, IA e disfunção sexual, e os seus impactos na qualidade de vida de mulheres acometidas por OASIS, comparando seus achados com os de mulheres com períneo íntegro ou laceração graus 1 e 2.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar o impacto dos traumas perineais severos no assoalho pélvico até o 6º mês após o parto.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**3.2.1** Verificar a incidência de OASIS na população de estudo;

**3.2.2** Identificar as características sociodemográficas e fatores de risco gestacionais e do parto que estiveram mais associados com as OASIS;

**3.2.3** Identificar a incidência de sintomas urinários, intestinais, sexuais e pélvicos entre as mulheres com e sem diagnóstico de OASIS, na linha de base, aos 3 e 6 meses após o parto;

**3.2.4** Verificar a associação entre presença/ausência de lesões perineais classificadas como OASIS com sintomas urinários, intestinais, sexuais e pélvicos, na linha de base, aos 3 e 6 meses após o parto;

**3.2.5** Correlacionar o grau da laceração perineal com a gravidade dos sintomas urinários, intestinais, e sexuais, na linha de base, aos 3 e 6 meses após o parto;

**3.2.6** Comparar os escores de avaliação da qualidade de vida geral entre as mulheres com e sem diagnóstico de OASIS na linha de base, aos 3 e 6 meses após o parto;

**3.2.7** Comparar o impacto das queixas urinárias, intestinais e sexuais na qualidade de vida entre as mulheres com e sem diagnóstico de OASIS utilizando instrumentos específicos na linha de base aos 3 e 6 meses após o parto;

**3.2.8** Identificar os domínios mais afetados da qualidade de vida geral e específica entre as mulheres com e sem diagnóstico de OASIS na linha de base, aos 3 e 6 meses após o parto;

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A base da pesquisa científica de qualidade é um bom delineamento do estudo e a definição do tipo de estudo é fundamental nesse processo (FREIRE, PATTUSSI, 2018). Foi realizado um estudo de coorte, analítico, observacional, prospectivo e longitudinal de mulheres expostas as lesões de OASIS. Em epidemiologia, coorte significa um grupo de indivíduos que tem uma característica comum que é a presença de uma exposição a um fator em estudo ou, então, a ausência deste fator (HOCMAN et al., 2005). Nele, os participantes são classificados em expostos e não expostos a uma condição de interesse, e são seguidos ao longo do tempo para avaliar a incidência de determinada doença/ condição de saúde (LIMA-COSTA, et al., 2003). Estudos observacionais são mais adequados para avaliar desfechos raros ou tardios, entretanto muitos desses estudos não fornecem informações essenciais, descritas de maneira clara e adequada (MALTA et al., 2010).

### 4.2 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), localizada em área física do Campus da Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza, Ceará, Brasil, filiada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), cuja missão é a de “realizar assistência, ensino e pesquisa para o cuidado com excelência à saúde da mulher e do recém-nascido”, atuando na formação de profissionais especializados nas áreas da saúde, sendo campo de teoria e prática para alunos de graduação, curso técnico e de residência médica e multiprofissional da UFC. Inaugurada em 1963, a MEAC é hoje reconhecida pelo Ministério da Saúde como maternidade de excelência no atendimento às gestantes de alto risco, além de se destacar como referência na adoção das boas práticas ao parto e nascimento humanizados. A MEAC presta serviços em nível de alta e média complexidade à população do município de Fortaleza e do estado do Ceará, sendo também referência a nível regional. Como meio, presta serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população. Indo além de sua função básica de promover o ensino, pesquisa e a extensão, subsidiando as disciplinas nos cursos de saúde da UFC, a MEAC vem se consolidando, ano após ano, como hospital referência no Estado do Ceará, no atendimento humanizado (Carta de Serviços ao Cidadão da MEAC, 2024).

Atualmente com 196 leitos ativos, coloca à disposição dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) uma ampla infraestrutura nas áreas da obstetrícia, ginecologia, mastologia e neonatologia, com 44 ambulatórios. Em 2017, estagiaram na MEAC 1.347 alunos de graduação, 87 residentes dos programas de residência da UFC e 28 programas externos. Foram realizados 4510 partos, 40.688 consultas ambulatoriais e 85.962 exames e procedimentos diagnósticos, entre outros serviços, no ano de 2023 (Relatório Institucional, 2023).

A emergência funciona 24 horas, 7 dias por semana, conta com banco de leite humano de alto padrão e casa da gestante, bebê e puérpera. Instituição Hospital Amigo da Criança, a MEAC foi reconhecida pelo Ministério da Saúde como o primeiro Centro de Boas Práticas em Obstetrícia e Neonatologia do Brasil e condecorada pela Câmara dos Deputados com Prêmio Dr. Pinotti 2019, como Hospital Amigo da Mulher (MEC, 2021).

A sala de parto da maternidade é composta por 9 leitos, sendo 7 direcionados para o parto humanizado, em PPP (pré -parto, parto e puerpério imediato), e 2 leitos para conduta clínica de urgência não relacionada ao parto. Todas as pacientes são acompanhadas pela equipe do centro obstétrico, composta por: obstetra, residente de obstetrícia, estudantes de internato de medicina, residente multiprofissional de enfermagem, enfermeiro obstétrico e técnicos de enfermagem. As pacientes são triadas e a equipe de enfermagem faz a condução do trabalho de parto e parto das pacientes classificadas como de baixo – risco (sem comorbidades), enquanto as gestantes de alto risco têm o parto conduzido pela equipe médica. A porcentagem média de parto cesáreo encontra-se por volta de 63% no ano de 2024 (Relatório Institucional, 2023).

A maternidade dispõe de protocolo específico para o fluxo de pacientes com diagnóstico de OASIS, entretanto não apresenta programa de treinamento continuado adequado por parte da equipe multidisciplinar atuante na linha de frente do centro obstétrico.

#### 4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo é composta por puérperas de parto vaginal atendidas em uma maternidade terciária de Fortaleza, no período de julho de 2022 a janeiro de 2024.

Foram consideradas elegíveis para compor o grupo com OASIS, puérperas maiores de 18 anos com diagnóstico de lesões perineais graus 3 e 4; e, para o grupo sem OASIS, aquelas com diagnóstico de períneo íntegro ou com laceração grau 1 ou 2.

Foram excluídas as puérperas que apresentaram registro de episiotomia no parto atual, mulheres com sintomas prévios de disfunção do trato urinário inferior (DTUI), outros diagnósticos urológicos concomitantes (litíase, tumores, síndrome da bexiga dolorosa), infecção urinária de repetição, prolapso de órgãos pélvicos, sintomas de dor pélvica, dispareunia ou disfunção sexual. Participantes que manifestaram o desejo de não continuar a participação após a primeira coleta foram excluídas, bem como aquelas em que não foi possível o contato posterior.

#### **4.3.1 Tamanho da Amostra**

Para o cálculo amostral utilizou-se como base o estudo de *Otero* e colaboradores, de 2006, que demonstrou que pacientes que tiveram parto vaginal e OASIS tiveram frequência de IU de 21% (versus 3%) (OTERO et al., 2006); após aplicação do Teste de Qui – Quadrado, estimou-se que seria necessário avaliar 17 mulheres com OASIS e 85 mulheres sem OASIS a fim de obter uma amostra que mantenha uma relação de 5 controles para cada caso (HENNESSY, et al., 1991) e represente com 80% de poder e 95% de confiança a hipótese alternativa desse estudo. Não foi realizado o pareamento das amostras.

### **4.4 VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

#### **4.4.1 Características Sociodemográficas**

- Idade, raça/ cor, escolaridade, situação civil, renda familiar.

#### **4.4.2 Condições Maternas**

- Peso e idade gestacional na última consulta, intervalo interpartal, número de partos vaginais prévios, número de partos cesáreos prévios, abortamentos prévios, tipo de gestação, dilatação do colo uterino na admissão, tempo de bolsa rota, presença de contrações uterinas na admissão, características das contrações;

#### **4.4.3 Condições Fetais / Neonatais**

- Apresentação fetal, idade gestacional, peso, estatura e sexo do recém-nascido;

#### **4.4.4 Condições do Parto**

- Indução de trabalho de parto, utilização de partograma, métodos não farmacológicos para alívio da dor, uso de ocitocina, uso de analgesia farmacológica,

tipo de analgesia farmacológica, tipo de parto, intercorrências, assistente do parto, tempo de período expulsivo;

#### 4.5 COLETA DE DADOS

Logo após o parto, ainda em vigência da internação, as puérperas foram convidadas pelos pesquisadores a participarem do estudo, receberam explicações sobre o mesmo e as que estavam acordo, e sem fatores de exclusão, entraram para a pesquisa.

De acordo com o registro na ficha de descrição do parto, as pacientes foram divididas em dois grupos: mulheres com OASIS – aquelas com diagnóstico de lacerações perineais graus 3 e 4, e mulheres sem OASIS, aquelas com períneo íntegro ou laceração grau 1 ou 2.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados em três momentos: presencialmente durante a internação (T0), e através de ligações telefônicas, e-mail e/ou *WhatsApp*, 3 meses (T1) e 6 meses (T2) após o parto.

##### 4.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a coleta dos dados sociodemográficos, assim como dados sobre o parto e o recém-nascido, foi utilizado instrumento construído pela autora principal (APÊNDICE A). Os dados foram extraídos do prontuário e transferidos para o referido questionário, com as variáveis já explicitadas anteriormente, confeccionado através da ferramenta *Google Forms*®, de acesso online e restrito aos pesquisadores. O preenchimento do mesmo foi realizado com auxílio de dispositivos eletrônicos como tablets, smartphones ou notebooks, a fim de facilitar a construção do banco de dados para posterior análise estatística em *Excel*®.

Para identificação dos sintomas pélvicos, urinários e intestinais, e impacto na qualidade de vida, foram aplicadas as 3 subescalas do *Pelvic Floor Distress Inventory – Short Form* (PFDI-SF -20) (ANEXO 1). Trata-se de um instrumento validado e traduzido para o português, que avalia o desconforto dos sintomas de disfunção do assoalho pélvico (DAP), composto por 20 questões divididas em três domínios (bexiga, intestino, pelve) em suas subescalas: *Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory* (POPDI-6), *Colorectal Anal Distress Inventory* (CRADI-8), and *Urinary Distress Inventory* (UDI-6). Questiona-se à paciente se ela tem (ou não) o sintoma descrito em cada item. Se a resposta for sim, há uma pontuação de classificação na qual o paciente pode escolher a resposta (de não, se nenhum sintoma, a bastante, se os sintomas estiverem presentes e forem incômodos), com uma escala de pontuação

da subescala de 0 a 100. A pontuação média da subescala é multiplicada por 25 e o valor total varia de 0 a 300 e quanto maior o escore maior o impacto na qualidade de vida, o valor igual a zero indica ausência de sintomas (AROUCA *et al.*, 2016).

Outro questionário avaliativo aplicado foi o *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ – 7) (ANEXO 2), que é composto por 7 questões em três subescalas. Em cada questão a paciente responde o quanto os sintomas da bexiga, intestino ou vagina afetam suas atividades, relacionamentos e sentimentos, escolhendo uma alternativa, na escala Likert, que melhor descreve (nem um pouco, um pouco, moderadamente ou bastante). A pontuação de cada subescala varia de 0 a 100 e o escore resumido do questionário varia entre 0 e 300. Quanto maior a pontuação em cada domínio e no total, pior a qualidade de vida.

Para avaliação da qualidade de vida geral, foi utilizado o *Short – Form - 36*: (ANEXO 3). Esse instrumento é uma ferramenta importante para a avaliação geral da qualidade de vida, cujo propósito é de identificar diferenças clínicas e socialmente relevantes no status de saúde tanto da população geral quanto de pessoas acometidas por alguma enfermidade. O tempo de preenchimento, de 5 a 10 minutos, e a versatilidade de aplicação por autopreenchimento, entrevistas presenciais ou telefônicas com pessoas de idade superior a 14 anos, com níveis de confiabilidade e validade que exercem os padrões mínimos recomendados. As pontuações mais altas indicam um melhor estado de saúde. É composto por 36 perguntas, sendo uma utilizada para a medida da transição do estado de saúde no período de um ano e não é empregada no cálculo das escalas, e as demais perguntas são agrupadas em 8 domínios. (LAGUARDIA *et al.*, 2013). Os domínios variam de 0 a 100, onde 0 é pior e 100 é melhor. Por exemplo, quanto mais perto do 100, melhor está a qualidade de vida da pessoa naquele domínio, e quanto mais próximo do 0, pior.

Com a finalidade de identificar os sintomas sexuais e avaliar seu impacto na qualidade de vida, foi aplicado o Índice de Função Sexual Feminina (FSFI) (ANEXO 4). Trata-se de um questionário específico, multidimensional, que conta com 19 questões validadas para o português, autoaplicável e que avaliam os 5 domínios da resposta sexual feminina: desejo sexual, excitação sexual, lubrificação vaginal, orgasmo, satisfação e dor. Pontuações individuais são obtidas pela soma dos itens que compreendem cada domínio (escore simples), que são multiplicadas pelo fator desse domínio e fornecem o escore ponderado. A pontuação final (escore total: mínimo de 2 e máximo de 36) é obtida pela soma dos escores ponderados de cada domínio, e quanto maior a pontuação, melhor o estado de saúde avaliado (PACAGNELLA, *et al.*, 2009) (THIEL *et al.*, 2008). Para a predição de disfunção sexual

feminina será adotado como ponto de corte a pontuação de 26,55. Para a análise dos domínios serão utilizados os seguintes pontos de corte: Desejo 4,28, Excitação 5,08, Lubrificação 5,45, Orgasmo 5,05, Satisfação 5,04 e Dor 5,05 (MARQUES et al., 2017).

#### 4.6 SELEÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL

A pesquisa foi executada pela própria pesquisadora, com auxílio de alunos da iniciação científica. Todo o pessoal envolvido foi devidamente treinado em loco pela pesquisadora principal, para garantir o rigor metodológico e o correto preenchimento dos instrumentos.

#### 4.8 CONTROLE DE QUALIDADE

Os dados foram coletados exclusivamente por pesquisadores treinados para tal fim, minimizando possíveis erros ou vieses no momento do preenchimento. Neste sentido, foram realizadas reuniões periódicas entre os profissionais envolvidos na pesquisa, para análise e ajuste de alguns aspectos. Um estatístico foi consultado para uma melhor aplicação dos testes mais apropriados.

#### 4.9 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi estruturado em uma planilha de Excel® para digitação das variáveis, com posterior processamento no SPSS versão 24. Antes da análise dos dados, foi realizada uma limpeza no banco, a fim de se localizar inconsistências e corrigir erros de coleta e/ou digitação.

Os dados foram avaliados quanto a distribuição da normalidade através do teste de Kolmogorov Smirnov e as conclusões tiveram como base os valores de  $p$  usando a faixa de corte tradicional de 5%. A análise descritiva das variáveis do banco se deu por tabelas e gráficos.

Para a análise descritiva, variáveis nominais foram descritas em números absolutos e porcentagens. Para as variáveis numéricas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio padrão, máximo e mínimo).

#### 4.10 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da MEAC e pela Plataforma Brasil, através do Termo de Anuência da Instituição e o Termo de Fiel Depositário (ANEXO 6), cujo Certificado de Apresentação de Apreciação Ética encontra-se sob o nº 5720 1922.0.000 5050.

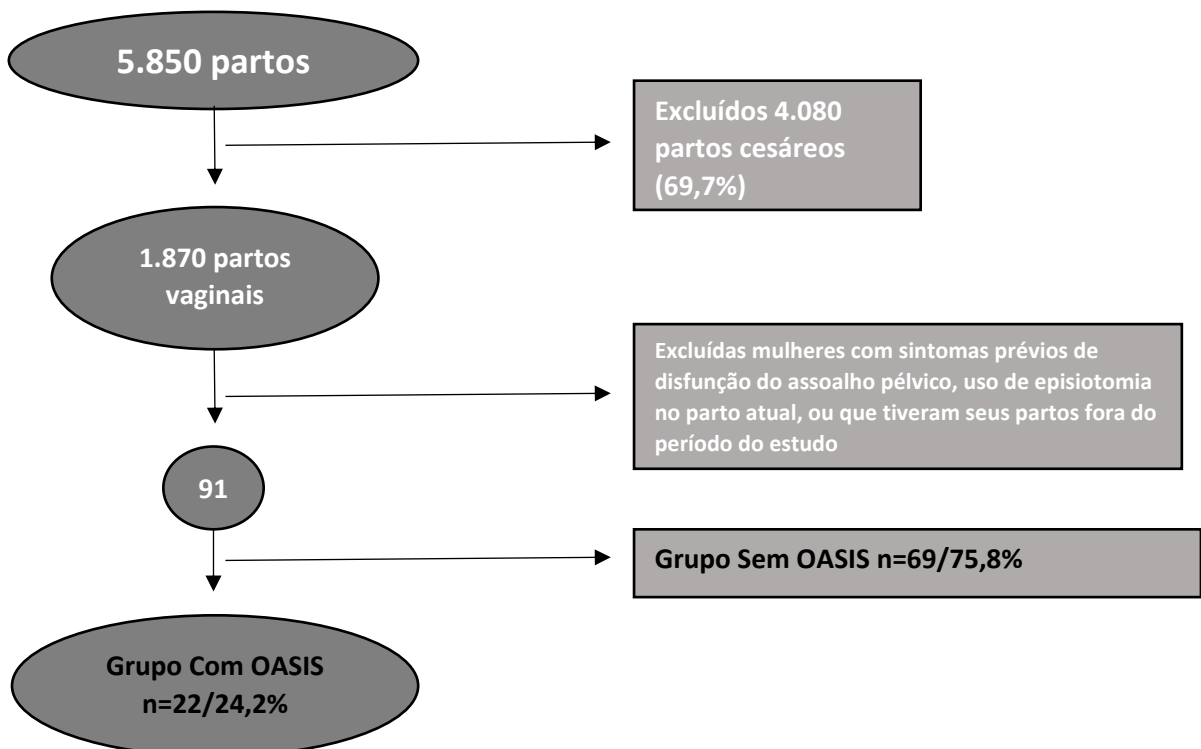
Os princípios éticos seguiram as diretrizes e normas das Resoluções do Ministério da Saúde nº 466 e 510. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado de acordo com normas do Comitê de Ética em Pesquisa (APÊNDICE B) e o pesquisador forneceu todas as explanações acerca dos benefícios, bem como dos objetivos e a importância do estudo no que se refere ao conhecimento epidemiológico da incontinência urinária após lesões esfinterianas decorrentes de lacerações no parto.

A mulher que se prontificou e concordou em participar do estudo não teve nenhum custo financeiro, e caso se sentisse constrangida em responder determinadas questões sobre sintomas urinários, dor, sexualidade e qualidade de vida, poderia, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa.

## 5. RESULTADOS

Durante o período estudado, julho de 2022 a janeiro de 2024, cerca de 5.950 partos foram realizados na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, destes, 1.870 (31,4%) foram partos vaginais. No total, foram identificadas 22 (1,2%) mulheres que apresentaram diagnóstico de OASIS (grupo com OASIS). Entre as pacientes alocadas no grupo 2, dezesseis (17,4%) apresentaram OASIS tipo 3a, quatro (4,3%) foram classificadas como grau 3b, e duas (2,2%) grau 3c. Nenhuma paciente apresentou lesão grau 4 durante o estudo. Foram selecionadas para o grupo controle (grupo sem OASIS) setenta puérperas de parto vaginal que não apresentaram nenhuma lesão perineal no parto (21,5%), ou sofreram lesões graus 1 (32,8%) ou 2 (45,7%), destas, uma apresentava sintomas urinários prévios a gestação e foi excluída do estudo (Figuras 1 e 2).

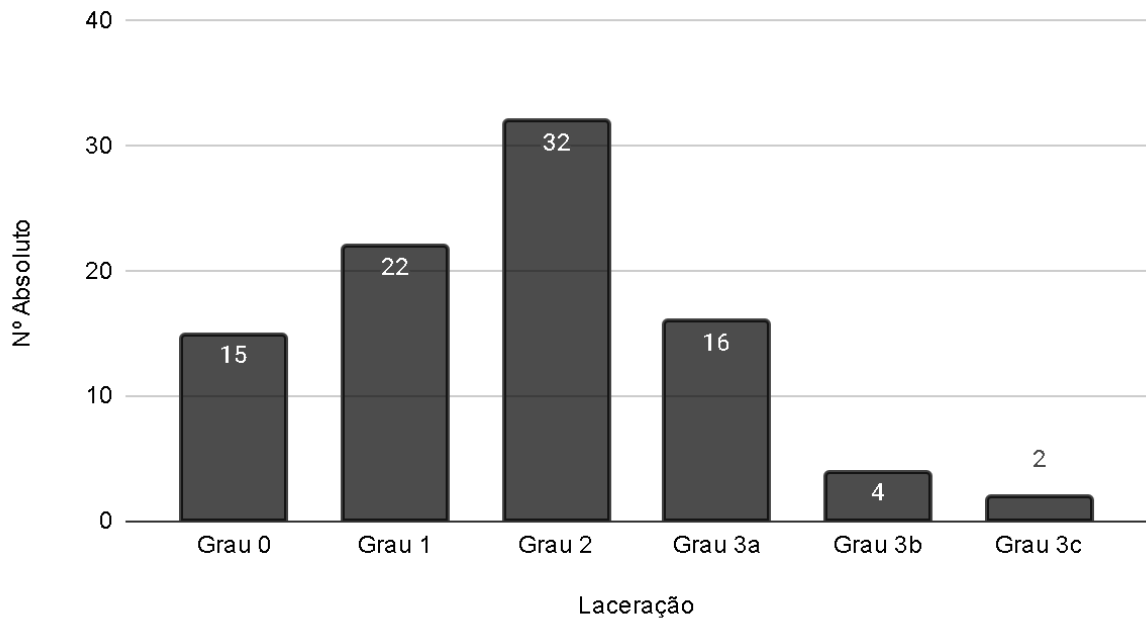
Figura 1 - Diagrama de seleção da amostra do estudo. MEAC, Fortaleza-CE, 2022-2024.



Fonte: pesquisadora.

Figura 2 - Gráfico de distribuição da amostra de acordo com a avaliação do períneo após o parto. MEAC, Fortaleza-CE, 2022-2024.

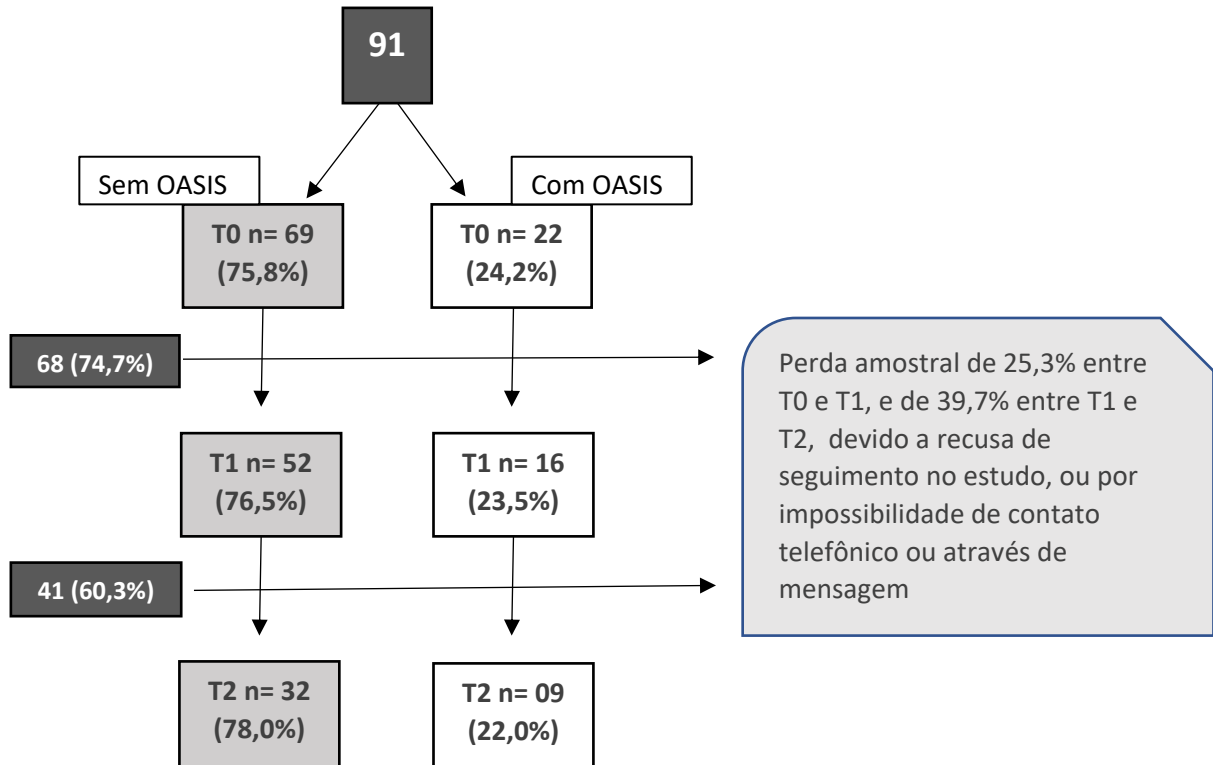
### Distribuição das Lacerações



Fonte: pesquisadora.

Todas as 91 mulheres que iniciaram o estudo responderam aos questionários, em momento oportuno, no pós-parto (T0), ainda em vigência da internação. Na segunda avaliação (T1), três meses após a primeira, 52 mulheres do grupo sem OASIS e 16 do grupo com OASIS preencheram o questionário, havendo uma queda de 25,3%. Enquanto na terceira fase do estudo, seis meses após o parto (T2), observamos uma queda de 39,7% (n=32 e n=09, respectivamente) no número de participantes (Figura 3).

Figura 3 - Comparativo amostral ao longo do seguimento em T0, T1 e T2. MEAC, Fortaleza-CE, 2022-2024.



Fonte: pesquisadora.

Dentre as variáveis sócio demográficas analisadas, a média de idade, com o desvio padrão, das 91 pacientes foi de  $25,74 \pm 6,02$  anos. Setenta e duas (80%) se autodeclararam pardas, 48,9% responderam como tendo o estado civil de casada, vinte e sete (30%) como solteiras, e 47,8% tinham o ensino médio incompleto no momento do parto. A média do IMC foi de  $28,32 (\pm 4,94)$ , e a renda familiar de até dois salários-mínimos era a realidade de 76,9% delas. Nenhuma dessas variáveis mostrou diferença estatística ao comparar os grupos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sócio demográficas da população, com análise comparativa das médias e frequências absolutas dos grupos.

	Total	Grupo Sem OASIS	Grupo Com OASIS	<i>p-valor*</i>
<b>Idade (anos)</b>	25.74±6.02	25.69±6.02	25.90±6.18	0,888
<b>Peso (kg)</b>	72.01±12.92	71.52±12.65	73.67±14.05	0,539
<b>Altura (cm)</b>	159.17±5.83	158.97±5.89	159.83±5.72	0,583
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	28.32±4.94	28.17±4.96	28.78±4.98	0,653

	Total	Grupo Sem OASIS	Grupo Com OASIS	<i>p- valor*</i>
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeta	12 (13.3%)	10 (14.5%)	2 (9.5%)	0,189
Ens. Fund. Incompleto	15 (16.7%)	12 (17.4%)	3 (14.3%)	
Ens. Fund. Completo	15 (16.7%)	14 (20.3%)	1 (4.8%)	
Ens. Médio Incompleto	43 (47.8%)	28 (40.6%)	15 (71.4%)	
Ens. Médio Completo	1 (1.1%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	
Superior Incompleto	4 (4.4%)	4 (5.8%)	0 (0.0%)	
<b>Raça</b>				
Branca	13 (14.4%)	8 (11.6%)	5 (23.8%)	0,135
Parda	72 (80.0%)	58 (84.1%)	14 (66.7%)	
Amarela	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (4.8%)	
<b>Renda</b>				
Até 2	70 (76,9%)	60 (87%)	10 (45,5%)	0,962
De 2 a 4	15 (16,5%)	9 (13%)	6 (27,3%)	
De 4 a 10	1 (1,1%)	0	1 (4,5%)	
Não responderam	5 (5,5%)	0	5 (22,7%)	

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual QU média e desvio padrão (mínimo-máximo). \* $p < 0,05$ , teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (Média±DP).

Quanto as variáveis relacionadas a gestação e ao parto, a média de idade gestacional foi de 38,62(±1,62) semanas, sem diferença entre os grupos ( $p=0,131$ ). A ausência de parto vaginal prévio ( $p=0,030$ ), o uso do vácuo extrator ( $p=0,046$ ), assim como um maior peso do recém-nascido (RN) ( $p=0,002$ ), tiveram associação com a presença de OASIS. A analgesia peridural, realizada em 19 (20,9%) mulheres, também teve relação com o surgimento de OASIS ( $p=0,041$ ). As demais variáveis analisadas não aumentaram o risco de lesões perineais severas (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sobre a gestação e parto, com análise comparativa das médias e frequências absolutas dos grupos.

	Total	Grupo Sem OASIS	Grupo Com OASIS	<i>p- valor*</i>
<b>Idade Gestacional</b>	38.62±1.65	38.47±1.76	39.10±1.18	0,131
<b>Gestação</b>				
1ª	43 (46.7%)	28 (40.6%)	15 (68.2%)	0,094
2ª	24 (26.7%)	20 (29.0%)	4 (18.2%)	
3ª	16 (17.8%)	14 (20.3%)	2 (9.1%)	
4ª	4 (4.4%)	4 (5.8%)	0 (0.0%)	
5ª	3 (3.3%)	3 (4.3%)	0 (0.0%)	
6ª	1 (1.1%)	0 (0.0%)	1 (4.6%)	

	Total	Grupo Sem OASIS	Grupo Com OASIS	<i>p-valor*</i>
<b>Parto Normal Prévio</b>				
Nenhum	52 (57.1%)	34 (49.3%)	18 (81.8%)	<b>0,030*</b>
1	23 (25.3%)	20 (29.0%)	3 (13.6%)	
2	14 (15.4%)	13 (18.8%)	1 (4.6%)	
3	2 (2.2%)	2 (2.9%)	0 (0.0%)	
<b>Parto Cesáreo Prévio</b>				
Nenhum	82 (90.1%)	64 (92.8%)	18 (81.8%)	0,114
1	9 (9.9%)	5 (7.2%)	4 (18.2%)	
<b>Parto Instrumentado Prévio - n (%)</b>				
Nenhum	90 (98.9%)	68 (98.6%)	22 (100%)	0,110
1	1 (1.1%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	
<b>Aborto Prévio</b>				
Nenhum	77 (85.6%)	57 (82.6%)	20 (90.9%)	0,087
1	13 (14.3%)	12 (17.4%)	1 (4.5%)	
<b>Tempo Segundo Estágio</b>				
	43.06±34.3	40.94±34.45	51.69±47.9	0,356
<b>Analgesia</b>				
	19 (20,9%)	11 (15,9%)	8 (36,4%)	<b>0,041*</b>
<b>Vácuo-Extrator</b>				
	5 (5.6%)	2 (2.9%)	3 (14.3%)	<b>0,046*</b>
<b>Peso RN</b>				
	3164.76±452.40	3084.76±437.06	3446.84±397.84	<b>0,002*</b>
<b>Perímetro Cefálico RN</b>				
	33.94±2.36	33.82±2.52	34.39±1.65	0,370
<b>Sexo RN</b>				
Feminino	42 (46,2%)	32 (43,4%)	10 (45,5%)	0,941
Masculino	49 (53,8%)	37 (53,6%)	12 (54,5%)	
<b>Estatura RN</b>				
	48.90±2.14	48.72±2.19	49.56±1.82	0,141

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio padrão (mínimo-máximo). \* $p < 0,05$ , teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson (n, %) ou Mann-Whitney (Média±DP).

Na primeira avaliação (T0), os sintomas vesicais foram observados em 80,2% das mulheres participantes, correspondendo a 82,6% das pacientes do grupo sem OASIS e 72,7% do grupo com OASIS, sem diferença estatística entre eles. (Tabela 3). Os principais sintomas referidos, em ordem decrescente de frequência, foram: o aumento da frequência urinária, a incontinência urinária aos esforços, a sensação de esvaziamento vesical incompleto, a perda urinária em gotas, a urge incontinência e a dificuldade no esvaziamento vesical. Trinta e quatro mulheres (37,4%) se queixaram de IU em T0 (Tabela 4), 82,4% delas pertenciam ao grupo sem

OASIS e 17,6% ao grupo com OASIS. Das pacientes do grupo sem OASIS, 21,7% tinham sintomas puros de IU aos esforços (IUE), 15,9% apresentavam IU mista, e 2,9% a IU de urgência pura. Quanto aos sintomas intestinais, 39,6% das participantes referiram algum sintoma, dentre os mais comuns estavam a sensação de esvaziamento incompleto, o esforço evacuatório, urgência fecal, IA para flatos e gases. Tais sintomas foram mais comuns no grupo com OASIS ( $p=0,008$ ), onde 63,6% das participantes apresentaram queixas relativas. Com relação a queixa de IA, somente 1,1% das mulheres tiveram tal sintoma, e fazia parte do grupo sem OASIS. Os sintomas pélvicos e vaginais estavam presentes em 53,8% das pacientes, sem diferença entre os grupos, e os principais sintomas referidos foram a sensação de pressão em baixo ventre, de peso/ endurecimento ou frouxidão, o desconforto em baixo ventre ou genital, e a sensação de bola saindo pela vagina (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise de sintomas em frequência absoluta e porcentagem no tempo T0.

SINTOMAS	TOTAL	GRUPO Sem OASIS	GRUPO Com OASIS	p- valor*
<b>Vesicais</b>				0,316
Ausente	18 (19,8%)	12 (17,4%)	6 (27,3%)	
Presente	73 (80,2%)	57 (82,6%)	16 (72,7%)	
<b>TOTAL</b>	91 (100%)	69 (100%)	22 (100%)	
<b>Intestinais</b>				<b>0,008*</b>
Ausente	55 (60,4%)	47 (68,1%)	8 (36,4%)	
Presente	36 (39,6%)	22 (31,9%)	14 (63,6%)	
<b>TOTAL</b>	91 (100%)	69 (100%)	22 (100%)	
<b>Pelve/ Vagina</b>				0,06
Ausente	42 (46,2%)	28 (40,6%)	14 (63,6%)	
Presente	49 (53,8%)	41 (59,4%)	8 (36,4%)	
<b>TOTAL</b>	91 (100%)	69 (100%)	22 (100%)	

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio padrão (mínimo-máximo). \* $p<0,05$ , teste de Mann-Whitney.

Tabela 4 - Análise da incontinência urinária (IU) em frequência absoluta e porcentagem, ao longo do tempo.

IU	Total	Grupo Sem OASIS	Grupo Com OASIS	p- valor
<b>T0</b>	34 (37,4%)	28 (40,6%)	6 (27,3%)	NNN
<b>T1</b>	5 (7,4%)	2 (3,8%)	3 (18,8%)	<b>0,047*</b>
<b>T2</b>	3 (7,3%)	1 (3,1%)	2 (22,2%)	0,054

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio padrão (mínimo-máximo). \* $p<0,05$ , teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson.

No segundo momento do estudo (T1), das 68 participantes que retornaram com as respostas dos questionários, 16,2% e 19,1% referiram queixas urinárias e intestinais, respectivamente, que se mostraram mais associadas as OASIS ( $p=0,01$  e  $p=0,04$ ) (Tabela 5). O

principal sintoma vesical referido foi a IU aos esforços e em gotas, citado por 3,8% do grupo sem OASIS e 18,8% do grupo com OASIS, que evidenciou maior associação com a severidade da lesão ( $p=0,047$ ) (Tabela 4). Além de estarem mais atrelados as mulheres que sofreram as OASIS, os sintomas intestinais mais prevalentes foram a dor ao evacuar e a sensação de esvaziamento incompleto. A IA foi referida por 5,9% de todas as participantes e não teve associação com a severidade da lesão. Queixas pélvicas e genitais só estiveram presentes em 4,4% das mulheres, todas do grupo sem OASIS, cujos sintomas referidos foram dor ou desconforto na parte baixa do abdome/ barriga ou região genital e a sensação de “bola” saindo através da vagina.

Tabela 5 - Análise comparativa de sintomas em frequência absoluta e porcentagem no tempo T1.

SINTOMAS	TOTAL	GRUPO Sem OASIS	GRUPO Com OASIS	<i>p</i> - valor*
<b>Vesicais</b>				
Ausente	57 (83,8%)	47 (90,4%)	10 (62,5%)	<b>0,010*</b>
Presente	11 (16,2%)	5 (9,6%)	6 (37,5%)	
<b>TOTAL</b>	68 (100%)	52 (100%)	16 (100%)	
<b>Intestinais</b>				
Ausente	55 (80,9%)	45 (86,5%)	10 (62,5%)	<b>0,040*</b>
Presente	13 (19,1%)	7 (13,5%)	6 (37,5%)	
<b>TOTAL</b>	68 (100%)	52 (100%)	16 (100%)	
<b>Pelve/ Vagina</b>				
Ausente	65 (95,6%)	49 (94,2%)	16 (100,0%)	0,323
Presente	3 (4,4%)	3 (5,8%)	0 (0,0%)	
<b>TOTAL</b>	68 (100%)	52 (100%)	16 (100%)	

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio padrão (mínimo-máximo). \* $p<0,05$ , teste de Mann-Whitney.

Na terceira avaliação, 6 meses após o parto (T2) (Tabelas 4 e 6), observou-se que 9,8% do total referiu sintoma vesical e 14,6% sintoma intestinal, nenhum deles associado ao grau de severidade da lesão perineal. A incontinência urinária esteve presente em 7,3% do total de mulheres que responderam ao questionário, também sem associação com a OASIS, bem como a incontinência anal, prevalente em 4,9%. A sensação de esvaziamento incompleto e a dor ao evacuar se mantiveram entre as queixas principais em ambos os grupos. Nenhuma paciente referiu sintomas pélvicos ou genitais nesse momento da avaliação.

Tabela 6 - Análise comparativa de sintomas em frequência absoluta e porcentagem no tempo T2.

SINTOMAS	TOTAL	GRUPO Sem OASIS	GRUPO Com OASIS	<i>p</i> - valor
<b>Vesicais</b>				
Ausente	37 (90,2%)	30 (93,7%)	7 (77,8%)	0,174
Presente	4 (9,8%)	2 (6,3%)	2 (22,2%)	
<b>TOTAL</b>	41 (100%)	32 (100%)	9 (100%)	
<b>Intestinais</b>				

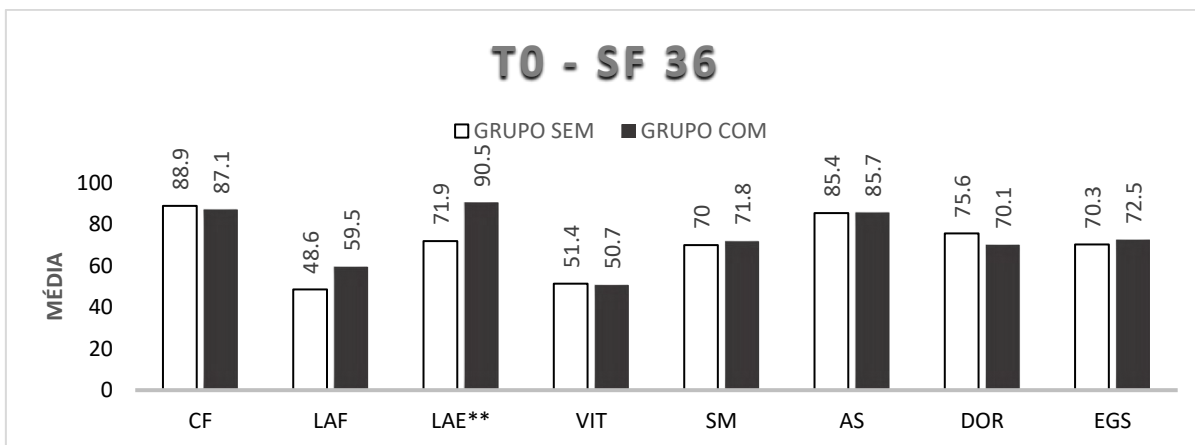
Ausente	<b>35 (85,4%)</b>	<b>29 (90,6%)</b>	<b>6 (66,7%)</b>	<b>0,084</b>
Presente	6 (14,6%)	3 (9,4%)	3 (33,3%)	
<b>TOTAL</b>	41 (100%)	32 (100%)	9 (100%)	
<b>Pelve/ Vagina</b>				
Ausente	41 (100,0%)	32 (100,0%)	9 (100,0%)	NNN
Presente	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	
<b>TOTAL</b>	41 (100%)	32 (100%)	9 (100%)	

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual ou média e desvio padrão (mínimo-máximo). \* $p < 0,05$ , teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson.

As pontuações dos questionários utilizados tiveram suas médias e desvios padrões calculados, e tais valores foram comparados intra e intergrupos ao longo do tempo, conforme veremos abaixo.

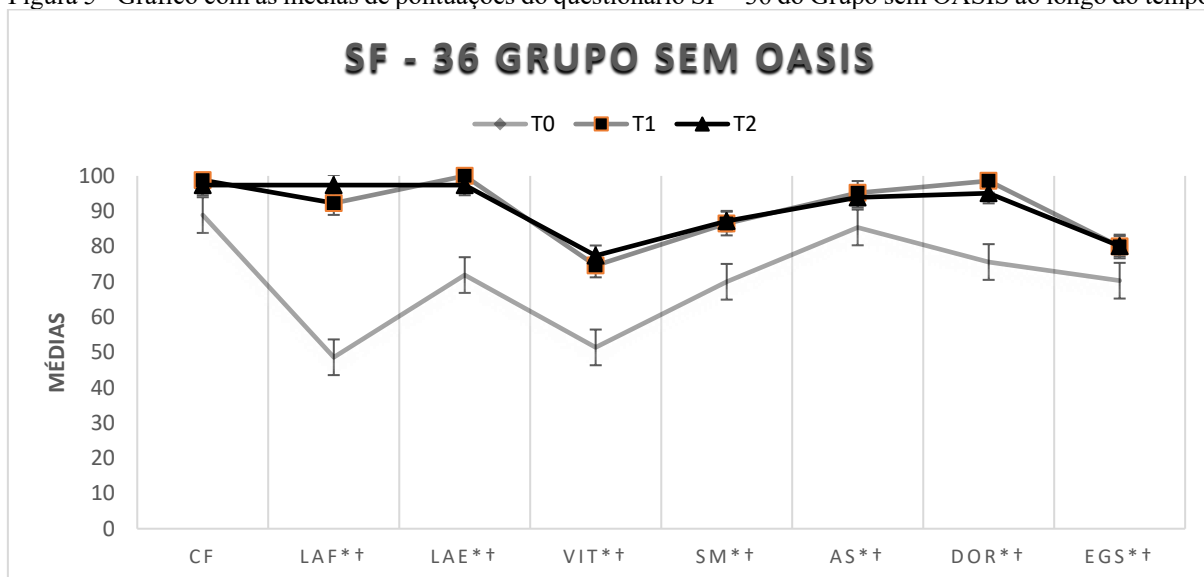
Nos escores do questionário SF-36, no T0, observou-se que as médias de pontuação de cada categoria foram semelhantes entre os grupos, com exceção da Limitação do Aspecto Emocional (LAE), cujo impacto negativo foi maior no grupo sem OASIS ( $p=0,033$ ) (Figura 4). No segundo e terceiro momentos (T1 e T2), não houve diferença entre as pontuações dos grupos (Figuras 7 e 8). **MUDAR TAIS FIGURAS, DEIXAR EM PRETO E BRANCO E MELHORAR NITIDEZ e colocar as setas nas tabelas 7 e 8.** Ao realizar a comparação das pontuações do grupo sem OASIS ao longo do tempo (Tabela 7), observou-se que houve mudança significativa ( $p†=0,000$ ) em quase todos os quesitos do questionário, com exceção da Capacidade Funcional (CF), ou seja, as médias dos escores tiveram aumento significativo ao longo do tempo, demonstrando melhora na qualidade de vida. Quando aplicado o pós teste, verificou-se que tais melhorias ocorreram entre T0 x T1 e T0 x T2, o que não foi observado ao comparar as pontuações entre T1 x T2. As pontuações do grupo com OASIS ao longo do tempo (Tabela 8) foram semelhantes, observou-se melhora significativa em todos os quesitos, com exceção da CF, e tais melhoras foram observadas na Limitação do Aspecto Físico (LAF), a LAE, a Saúde Mental (SM), o Aspecto Social (AS) e o Estado Geral de Saúde (EGS) entre T0 x T1, e entre T0 x T2, essa melhora só aconteceu na LAF, Vitalidade, SM, e na Dor (Figuras 5 e 6) (Tabela 8). Assim como no grupo sem OASIS, entre T1 x T2 não foi observada mudança entre as médias das pontuações no grupo com OASIS.

Figura 4 - Comparativo das médias de pontuações no SF – 36 entre os dois grupos, no momento T0.



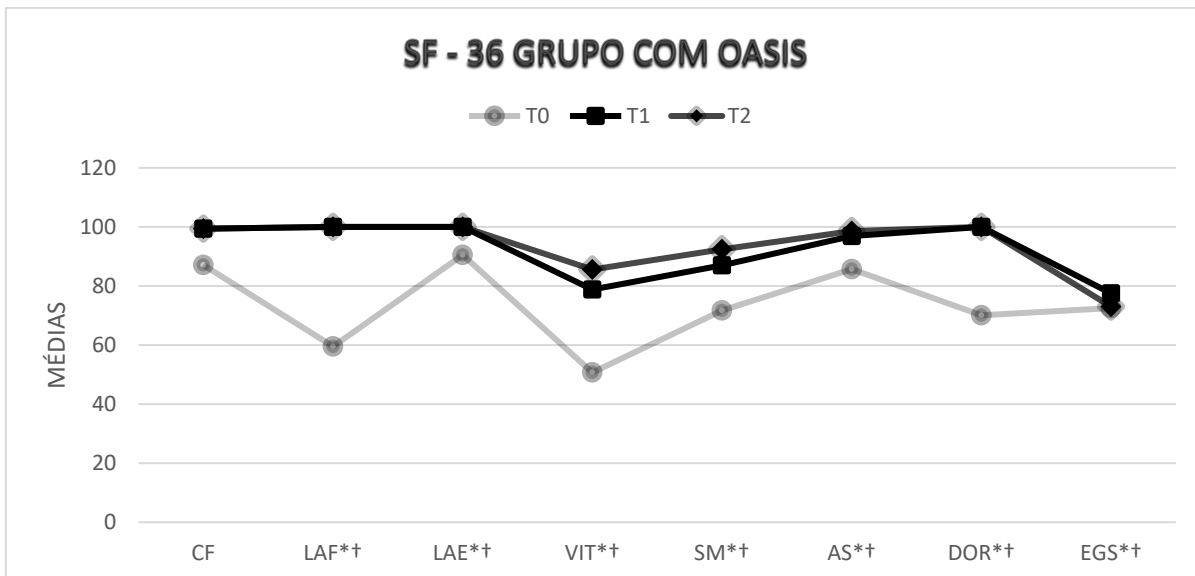
Fonte: pesquisadora. Legenda: CF – capacidade funcional. LAF - limitação de aspecto físico. LAE - limitação de aspecto emocional. Vit – vitalidade. SM - saúde mental. AS – aspecto social. EGS – estado geral de saúde. \*\* $p < 0,05$ , teste de *Mann-Whitney* mostra diferença entre os grupos.

Figura 5 - Gráfico com as médias de pontuações do questionário SF – 36 do Grupo sem OASIS ao longo do tempo.



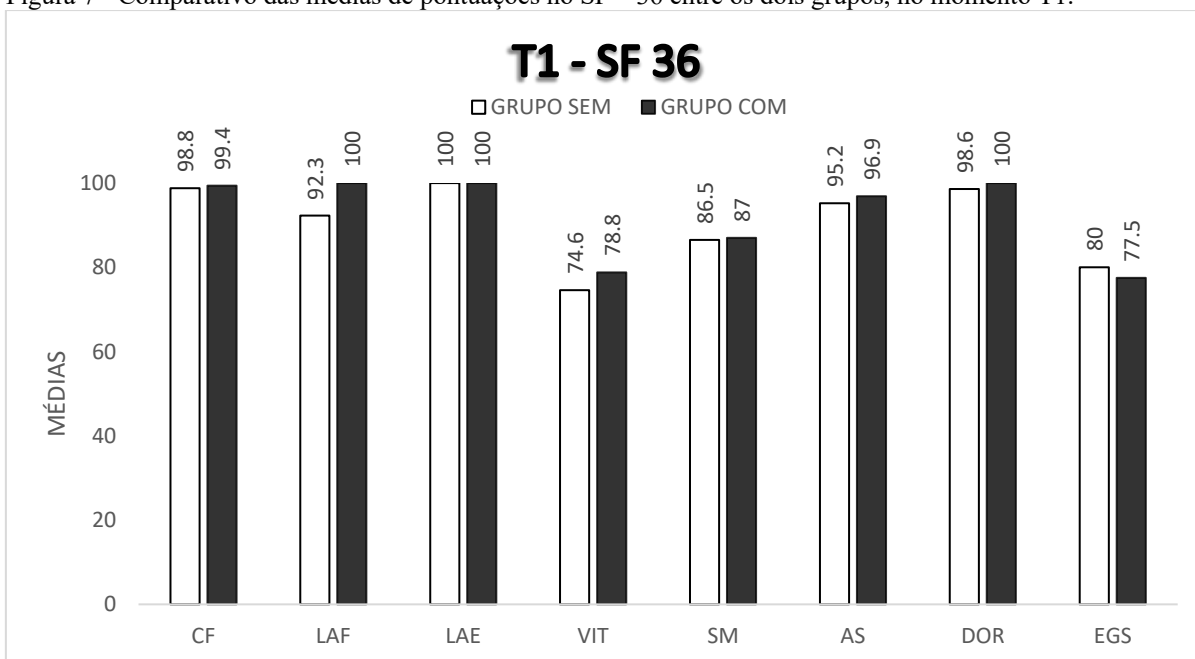
Fonte: pesquisadora. Legenda: CF – capacidade funcional. LAF - limitação de aspecto físico. LAE - limitação de aspecto emocional. Vit – vitalidade. SM - saúde mental. AS – aspecto social. EGS – estado geral de saúde. \* $p < 0,05$ , teste *Friedman/Dunn* mostra diferença entre T0 x T1. † $p < 0,05$ , teste *Friedman/Dunn* mostra diferença entre T0 x T2.

Figura 6 - Gráfico com as médias de pontuações do questionário SF – 36 do Grupo com OASIS ao longo do tempo.



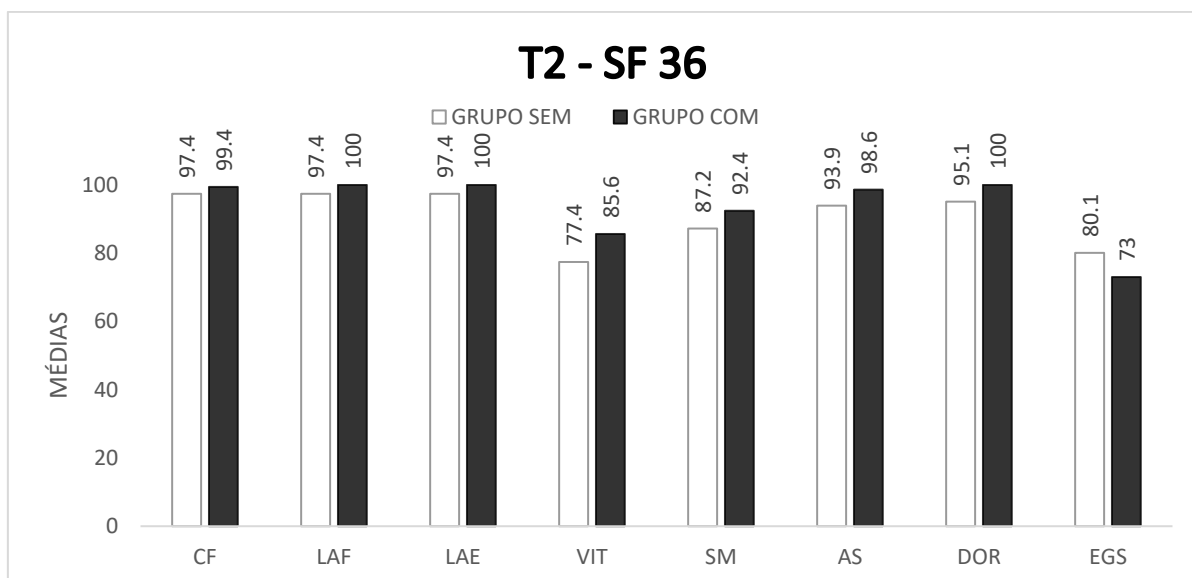
Fonte: pesquisadora. Legenda: CF – capacidade funcional. LAF - limitação de aspecto físico. LAE - limitação de aspecto emocional. Vit – vitalidade. SM - saúde mental. AS – aspecto social. EGS – estado geral de saúde. \* $p < 0,05$ , teste *Friedman/Dunn* mostra diferença entre T0 x T1. † $p < 0,05$ , teste *Friedman/Dunn* mostra diferença entre T0 x T2.

Figura 7 - Comparativo das médias de pontuações no SF – 36 entre os dois grupos, no momento T1.



Fonte: pesquisadora. Legenda: CF – capacidade funcional. LAF - limitação de aspecto físico. LAE - limitação de aspecto emocional. Vit – vitalidade. SM - saúde mental. AS – aspecto social. EGS – estado geral de saúde. \*\* $p < 0,05$ , teste de *Mann-Whitney* não mostrou diferença entre os grupos em nenhum quesito do SF – 36.

Figura 8 - Comparativo das médias de pontuações no SF – 36 entre os dois grupos, no momento T2.



Fonte: pesquisadora. Legenda: CF – capacidade funcional. LAF - limitação de aspecto físico. LAE - limitação de aspecto emocional. Vit – vitalidade. SM - saúde mental. AS – aspecto social. EGS – estado geral de saúde. \*\* $p < 0,05$ , teste de *Mann-Whitney* não mostrou diferença entre os grupos em nenhum quesito do SF – 36.

Tabela 7 - Análise comparativa das pontuações do SF – 36 do Grupo sem OASIS ao longo do tempo.

SF - 36	Teste†	Pós - Teste		
		T0 x T1	T0 X T2	T1 X T2
CF	0,546	-	-	-
LAF	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,291
LAE	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,248
Vit	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,082
SM	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,345
AS	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,018</b>	0,481
Dor	<b>0,020</b>	<b>0,035</b>	<b>0,000</b>	0,231
EGS	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,470

Fonte: Pesquisadora. Legenda: CF – capacidade funcional. LAF - limitação de aspecto físico. LAE - limitação de aspecto emocional. Vit – vitalidade. SM - saúde mental. AS – aspecto social. EGS – estado geral de saúde. † $p < 0,05$ , teste *Friedman/Dunn*.

Tabela 8 - Análise comparativa das pontuações do SF – 36 do Grupo com OASIS ao longo do tempo.

SF - 36	Teste†	Pós - Teste		
		T0 x T1	T0 X T2	T1 X T2
CF	0,197	-	-	-
LAF	<b>0,002</b>	<b>0,003</b>	<b>0,006</b>	1,000
LAE	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,346	1,000
Vit	0,296	0,211	<b>0,001</b>	0,239
SM	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,007</b>	0,197
AS	<b>0,008</b>	<b>0,030</b>	0,105	0,880
Dor	0,083	0,068	<b>0,001</b>	1,000
EGS	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,317	0,979

Fonte: Pesquisadora. Legenda: CF – capacidade funcional. LAF - limitação de aspecto físico. LAE - limitação de aspecto emocional. Vit – vitalidade. SM - saúde mental. AS – aspecto social. EGS – estado geral de saúde. † $p < 0,05$ , teste *Friedman/Dunn*.

A análise das pontuações do questionário FSFI, nos seus 6 domínios e no valor total, também foram comparadas entre os grupos em cada um dos tempos, bem como no mesmo grupo ao longo do tempo. Para a caracterização da disfunção sexual, adotou-se como ponto de corte o valor total do escore do FSFI menor que 26,55, desta maneira, pela média dos escores totais, ambos os grupos em todos os tempos, apresentaram impacto negativo na função sexual, ou seja, se mostraram disfuncionais (Tabela 9). Na primeira avaliação (T0), 69,2% das mulheres apresentaram algum grau de disfunção sexual, no segundo momento essa porcentagem reduziu para 35,3%, e no 6º mês, apenas 17,1% se apresentavam com alguma disfunção sexual. O grupo com OASIS teve pior função sexual em todos os quesitos, com exceção da Satisfação ( $p=0,059$ ), quando comparado com o grupo sem OASIS (Tabela 9). No T1, a pontuação total permaneceu abaixo do ponto de corte em ambos os grupos, apesar do aumento observado (T0 x T1,  $p<0,005$ ), com exceção do Desejo, e somente a Lubrificação ( $p=0,024$ ) e a Excitação ( $p=0,027$ ) foram piores no grupo com OASIS. Já no último tempo (T2), percebeu-se uma melhora na função sexual em ambos os grupos, com exceção do escore total, quando comparado ao T0, contudo, os escores se mantiveram abaixo do corte, e a Excitação ( $p=0,013$ ) e a Dor ( $p=0,037$ ) foram piores no grupo com OASIS.

Ao longo do tempo, no grupo sem OASIS, observou-se que ao longo do tempo houve mudança significativa da pontuação (Tabela 10), e tais mudanças aconteceram devido ao incremento observado em todos os quesitos entre T0 x T1, e em quase todos entre T0 x T2, cujo escore total não demonstrou diferença. E entre T1 x T2 apenas o desejo e a excitação apresentaram aumento significativo na pontuação. Já no grupo com OASIS (Tabela 11), o desejo sexual foi o único quesito que não apresentou melhora significativa ao longo do tempo e somente o escore total não teve incremento entre T0 x T2. Assim como no grupo sem OASIS, nenhum quesito teve melhora da disfunção entre T1 x T2.

Tabela 9 - Análise comparativa das médias das pontuações de cada grupo, do questionário FSFI no T0, T1 e T2, para avaliar diferença de pontuação entre os grupos.

FSFI	OASIS		p- valor*	
	T0	Grupo Sem		Grupo Com
Desejo		3.07±1.20	2.40±1.21	<b>0,023*</b>
Excitação		2.29±2.26	1.06±1.94	<b>0,018*</b>
Lubrificação		2.85±2.71	1.23±2.25	<b>0,011*</b>
Orgasmo		2.37±2.39	1.16±2.15	<b>0,036*</b>
FSFI	OASIS		p- valor*	
T0	Grupo Sem	Grupo Com		
Satisfação		2.88±2.69	1.62±2.44	0,059
Dor		2.88±2.79	1.35±2.49	<b>0,022*</b>

<b>Total</b>	16.33±13.05	8.82±11.84	<b>0,009*</b>
<b>T1</b>	<b>Grupo Sem</b>	<b>Grupo Com</b>	
Desejo	3.67±1.16	3.23±1.00	0,054
Excitação	3.98±1.94	3.51±1.60	<b>0,024*</b>
Lubrificação	4.36±2.14	3.64±1.87	<b>0,027*</b>
Orgasmo	3.77±1.94	3.33±1.71	0,174
Satisfação	4.36±2.19	4.00±1.86	0,092
Dor	4.53±2.22	4.73±2.01	0,975
<b>Total</b>	18.95±14.22	19.93±11.14	0,497
<b>T2</b>	<b>Grupo Sem</b>	<b>Grupo Com</b>	
Desejo	4.19±1.41	3.42±1.60	0,134
Excitação	4.62±1.64	3.54±1.95	<b>0,013*</b>
<b>FSFI</b>	<b>OASIS</b>		<b>p- valor*</b>
<b>T2</b>	<b>Grupo Sem</b>	<b>Grupo Com</b>	
Lubrificação	4.85±1.71	3.84±2.21	0,074
Orgasmo	4.41±1.58	3.52±1.99	0,084
Satisfação	4.96±1.71	4.00±2.23	0,061
Dor	<b>5.38±1.42</b>	<b>4.04±2.36</b>	<b>0,037*</b>
<b>Total</b>	15.98±15.68	14.91±14.56	0,541

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de média e desvio padrão (mínimo-máximo).

\*p<0,05, teste de *Mann-Whitney*.

Podemos concluir que a função sexual, quando considerado o valor de corte do escore total, foi disfuncional em ambos os grupos, porém foi ainda pior no grupo com OASIS, no momento T0.

Tabela 10 - Análise comparativa das pontuações do FSFI do Grupo sem OASIS ao longo do tempo.

FSFI	Teste†	Pós - Teste		
		T0 x T1	T0 X T2	T1 X T2
Desejo	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,021</b>
Excitação	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,025</b>
Lubrificação	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,231
Orgasmo	<b>0,001</b>	<b>0,006</b>	<b>0,000</b>	0,075
Satisfação	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	0,142
Dor	<b>0,000</b>	<b>0,005</b>	<b>0,000</b>	0,082
<b>Total</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	0,225	0,488

Fonte: Pesquisadora. †p<0,05, teste *Friedman/Dunn*.

Tabela 11 - Análise comparativa das pontuações do FSFI do Grupo com OASIS ao longo do tempo.

FSFI	Teste†	Pós - Teste		
		T0 x T1	T0 X T2	T1 X T2
Desejo	0,330	-	-	-
Excitação	<b>0,030</b>	<b>0,029</b>	<b>0,003</b>	0,729
Lubrificação	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,008</b>	0,507

Orgasmo	<b>0,004</b>	<b>0,003</b>	<b>0,014</b>	0,541
Satisfação	<b>0,008</b>	<b>0,005</b>	<b>0,025</b>	0,891
Dor	<b>0,013</b>	<b>0,007</b>	<b>0,010</b>	0,420
<b>Total</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	0,783	0,455

Fonte: Pesquisadora. †p<0,05, teste *Friedman/Dunn*.

Na análise do questionário PFDI, o desconforto gerado pelos sintomas referentes a prolapso genital, queixas urinárias e intestinais, foram semelhantes entre os grupos, com valor total da pontuação baixo ao longo dos meses, demonstrando pouco impacto de tais sintomas nas atividades diárias da mulher, sendo piores as pontuações no T0, porém sem diferença entre os grupos (37,96 Grupo sem OASIS vs. 29,97 Grupo com OASIS,  $p=0,518$ ) (Tabela 12). Em T1, as mulheres do grupo com OASIS tiveram maior interferência negativa dos sintomas intestinais, vesicais e no geral comparado ao grupo sem OASIS. Ao comparar T0 x T1, todos os sintomas e o escore total melhoraram no grupo sem OASIS, enquanto no outro grupo apenas os sintomas intestinais não apresentaram melhora. No 6º mês, as mulheres com OASIS apresentavam maior pontuação no escore total, comparado ao grupo controle ( $p=0,048$ ), demonstrando maior impacto dos sintomas sobre suas tarefas diárias. Quando comparados T0 x T2, observou-se melhora dos sintomas específicos e gerais no grupo sem OASIS, em contrapartida, no outro grupo somente os sintomas intestinais não melhoraram com o tempo. Nenhum dos grupos apresentou melhora ou piora importante entre T1 x T2 (Tabelas 13 e 14).

Tabela 12 - Análise das médias das pontuações de cada grupo, do questionário PFDI - 20 no T0, T1 e T2.

T0	OASIS		p- valor*
	Grupo Sem	Grupo Com	
POPDI - 6	13.85±16.99	10.12±15.11	0,236
CRADI - 8	3.97±7.61	5.95±7.57	0,064
UDI - 6	20.14±19.50	13.90±11.52	0,362
<b>Total</b>	37.96±37.79	29.97±26.91	0,518
T1	Grupo Sem	Grupo Com	
POPDI - 6	0.32±1.39	0.00±0.00	0,329
CRADI - 8	0.97±3.20	6.45±11.62	<b>0,014*</b>
UDI - 6	1.21±4.67	7.29±13.14	<b>0,005*</b>
<b>Total</b>	1.88±5.81	12.22±21.39	<b>0,006*</b>
T2	Grupo Sem	Grupo Com	
POPDI - 6	0.00±0.00	0.00±0.00	1,000
CRADI - 8	0.63±2.26	4.17±10.26	0,050
UDI - 6	0.77±2.71	6.48±16.55	0,198
<b>Total</b>	0.77±2.59	6.84±21.56	<b>0,048*</b>

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de média e desvio padrão (mínimo-máximo). Legendas: POPDI – pelvic organ prolapse distress inventory. CRADI – colorectal-anal distress inventory. UDI – urinary distress inventory.  $p<0,05$ , teste de *Mann-Whitney*.

Tabela 13 - Análise comparativa das pontuações do PFDI - 20 do Grupo sem OASIS ao longo do tempo.

PFDI - 20	Teste†	Pós - Teste		
		T0 x T1	T0 X T2	T1 X T2
POPDI - 6	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,134
CRADI - 8	<b>0,002</b>	<b>0,007</b>	<b>0,005</b>	0,583
UDI - 6	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,791
<b>Total</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,145

Fonte: Pesquisadora. Legendas: POPDI – pelvic organ prolapse distress inventory. CRADI – colorectal-anal distress inventory. UDI – urinary distress inventory. † p<0,05, teste de *Friedman/Dunn*.

Tabela 14 - Análise comparativa das pontuações do PFDI - 20 do Grupo com OASIS ao longo do tempo.

PFDI - 20	Teste†	Pós - Teste		
		T0 x T1	T0 X T2	T1 X T2
POPDI - 6	<b>0,002</b>	<b>0,003</b>	<b>0,024</b>	1,000
CRADI - 8	0,430	0,428	0,199	0,741
UDI - 6	<b>0,018</b>	<b>0,027</b>	<b>0,021</b>	0,452
<b>Total</b>	<b>0,000</b>	<b>0,006</b>	<b>0,000</b>	0,247

Fonte: Pesquisadora. Legendas: POPDI – pelvic organ prolapse distress inventory. CRADI – colorectal-anal distress inventory. UDI – urinary distress inventory. † p<0,05, teste de *Friedman/Dunn*.

Na avaliação do PFIQ-7, suas 3 subcategorias e o escore total, demonstraram pouco impacto negativo na qualidade de vida ao longo do tempo. No primeiro momento, não houve diferença entre as pontuações dos dois grupos. Diferentemente, em T1 observou-se pior impacto na qualidade de vida do grupo 2, relacionado aos sintomas vesicais e ao escore total, assim como em T2, quando apenas os sintomas pélvicos não foram piores que os do grupo 1 (Tabela 15). No grupo controle houve melhora da qualidade de vida relacionada aos sintomas miccionais, pélvicos e no escore total quando comparados T0 x T1 e T0 x T2. Nenhum grupo teve mudança significativa da qualidade de vida entre T1 x T2, e os sintomas intestinais permaneceram inalterados em todas as comparações (T0 x T1, T0 x T2, T1 x T2) em ambos os grupos (Tabelas 16 e 17).

Tabela 15 - Análise das médias das pontuações de cada grupo, do questionário PFIQ - 7 no T0, T1 e T2.

T0	OASIS		p- valor*
	Grupo Sem	Grupo Com	
UIQ - 7	6.90±12.47	7.70±10.89	0,483
CRAIQ - 7	0.88±6.34	0.00±0.00	0,436
POPIQ - 7	3.50±9.83	0.23±1.05	0,135
<b>Total</b>	11.28±19.47	7.93±10.77	0,975
T1	Grupo Sem	Grupo Com	
UIQ - 7	0.82±4.39	6.24±19.09	<b>0,049*</b>
CRAIQ - 7	0.82±4.78	1.78±5.17	0,208
POPIQ - 7	0.28±1.98	0.00±0.00	0,579
<b>Total</b>	1.45±6.44	7.13±20.39	<b>0,035*</b>

<b>T2</b>	<b>Grupo Sem</b>	<b>Grupo Com</b>	
UIQ - 7	0.25±1.53	9.51±25.17	<b>0,028*</b>
CRAIQ - 7	0.00±0.00	1.06±3.17	<b>0,040*</b>
POPIQ - 7	0.00±0.00	0.00±0.00	1,000
<b>Total</b>	<b>0.13±1.13</b>	<b>6.79±22.83</b>	<b>0,017*</b>

Fonte: Pesquisadora. Dados expressos em forma de média e desvio padrão (mínimo-máximo).

Legendas: POPIQ – pelvic organ prolapse impact questionnaire. CRAIQ – colorectal-anal impact questionnaire.

UIQ – urinary impact questionnaire. \*p<0,05, teste de *Mann-Whitney*.

Tabela 16 - Análise comparativa do PFIQ – 7 do Grupo sem OASIS ao longo do tempo.

<b>PFIQ - 7</b>	<b>Teste†</b>	<b>Pós - Teste</b>		
		<b>T0 x T1</b>	<b>T0 X T2</b>	<b>T1 X T2</b>
UIQ - 7	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,733
CRAIQ - 7	0,501	-	-	-
POPIQ - 7	<b>0,001</b>	<b>0,007</b>	<b>0,007</b>	0,393
<b>Total</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,160

Fonte: Pesquisadora. Legendas: POPIQ – pelvic organ prolapse impact questionnaire. CRAIQ – colorectal-anal impact questionnaire. UIQ – urinary impact questionnaire. † p<0,05, teste de *Friedman/Dunn*.

Tabela 17 - Análise comparativa do PFIQ – 7 do Grupo com OASIS ao longo do tempo.

<b>PFIQ - 7</b>	<b>Teste†</b>	<b>Pós - Teste</b>		
		<b>T0 x T1</b>	<b>T0 X T2</b>	<b>T1 X T2</b>
UIQ - 7	0,279	0,135	0,345	0,839
CRAIQ - 7	0,264	-	-	-
POPIQ - 7	0,551	0,383	0,513	1,000
<b>Total</b>	0,110	0,139	0,064	0,577

Fonte: Pesquisadora. Legendas: POPIQ – pelvic organ prolapse impact questionnaire. CRAIQ – colorectal-anal impact questionnaire. UIQ – urinary impact questionnaire. † p<0,05, teste de *Friedman/Dunn*.

## 6. DISCUSSÃO

O parto vaginal é, quase sempre, um processo natural e mágico, extremamente benéfico para o binômio. Contudo, certas mulheres experienciam esse evento fisiológico de maneira “não fisiológica”, acarretando danos em curto, médio e longo prazo. E mesmo que a grande maioria delas não desenvolva qualquer disfunção no assoalho pélvico (DAP) a longo prazo, faz-se imperiosa a necessidade de identificar quais fatores podem estar associados a tais desfechos negativos, para que a equipe assistencial possa aconselhar, de maneira plausível, a melhor via de parto para cada mulher (WILSON et al., 2014).

O propósito da realização do estudo, de traçar um perfil sociodemográfico e dos fatores de risco gestacional, do parto e do recém-nascido, de uma população brasileira, que apresentou lesão de OASIS, além de evidenciar associação de sintomas de disfunção sexual, IA e IU, e seus impactos na qualidade de vida, foi demonstrado nos resultados.

Apesar de bem estudados em países desenvolvidos, os traumas perineais associados ao parto são pouco analisados em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. É estimado que 85% das mulheres que tem um parto vaginal espontâneo sofrem algum grau de trauma local, o que nem sempre se repete nos partos subsequentes, e o número pode ser ainda maior em países menos desenvolvidos economicamente, provavelmente devido a idade precoce da primeira gestação e às elevadas taxas de episiotomia realizadas por equipe assistencial destreinada (LOGANATHAN et al., 2021).

Durante o período do estudo, a taxa de incidência de OASIS no hospital avaliado, foi de 1,17%, estando de acordo com o preconizado pela OMS (<5%), como preditor de uma boa qualidade na assistência obstétrica, e com literaturas nacionais (PEREIRA et al., 2020). As lesões de terceiro e quarto graus tem incidência em mulheres primíparas que variam entre 3,0 e 6,5%, com grande variação na literatura, chegando a 11% de todos os partos vaginais. Na Inglaterra, esse índice triplicou entre os anos 2000 e 2012, subindo de 1,8% para 5,9%, fato também observado na Itália, com um pico de 72% entre 2000 e 2018 (LOGANATHAN et al., 2021) (OKEAHIALAM et al., 2024) (SARTORE et al. 2024). Em estudo recente realizado nos Estados Unidos, verificou-se que os obstetras identificam de maneira inconsistente as lesões perineais e não perineais, demonstrando importante lacuna no aprendizado desses profissionais, levando a uma maior chance de impactos negativos na qualidade de vida dessas mulheres (BUNN et al., 2022).

Verificamos que em nosso serviço 68,2% das mulheres que tiveram OASIS eram primíparas, 81,8% não tinham nenhum parto vaginal prévio, eram em sua grande maioria jovens, com média de idade de 25,9 anos, de raça parda e com IMC de 28,78. Múltiplos são os fatores de risco potencialmente associados ao desenvolvimento das OASIS e dentre eles podemos destacar fatores modificáveis e não modificáveis, maternos e fetais. Dentre os fatores maternos temos a nuliparidade (aumento do risco em 4%), a idade avançada (> 35anos), a raça caucasiana, a obesidade e o comprimento vulvar-anal de 4cm (ARNOLD et al., 2017) (BURRELL et al., 2015) (OLIVEIRA; PROGIANTI; PEREGRINO, 2014) (RAMAGE et al., 2017) (SHAWER et al., 2019) (WILSON; HOMER, 2020) (SARTORE et al., 2024).

A média de peso do RN no grupo OASIS foi de 3.446g e, apesar do peso não estar dentro da classificação de macrosomia fetal (peso maior ou igual a 4kg), observou-se que o maior peso do bebê está ligado a um maior risco de OASIS, sugerindo que quanto maior o peso do RN, maior a chance de gerar lesões severas. O parto instrumentado a vácuo, utilizado em 5,6% das mulheres analisadas, também esteve associado com o maior risco de desenvolvimento das OASIS no presente estudo, assim como a analgesia, presente em 20,9% dos partos. São de conhecimento os fatores de risco relacionados ao parto e ao feto para gerar as OASIS, destacam-se a macrosomia (peso > 4kg, responsável por um aumento de 2% no risco), a variedade da apresentação em occipito-posterior mantida (aumento de 3%), a distócia de ombros (4%), o uso de analgesia (2%), a indução do parto (2%), e o parto instrumentado (7%) (ARNOLD et al., 2017) (BURRELL et al., 2015) (FENNER et al., 2003) (OLIVEIRA; PROGIANTI; PEREGRINO, 2014) (RAMALINGAM et al., 2013) (RAMAGE et al., 2017) (SHAWER et al., 2019) (WILSON; HOMER, 2020) (SARTORE et al., 2024). O parto vaginal assistido, pelo uso de fórceps ou vácuo-extrator, pode aumentar a incidência de OASIS, estando o fórceps associado 7 vezes mais do que o uso do vácuo - extrator (FENNER et al., 2003) (OKEAHIALAMA et al., 2024).

O primeiro ano após o parto envolve uma série de mudanças físicas, fisiológicas, e hormonais, relacionadas ao parto e a amamentação, além de adaptações psicológicas (HUBER et al., 2021). Experiências traumáticas no parto elevam o risco de desenvolvimento de depressão, estresse pós-traumático, além de impactar no relacionamento entre o binômio, na vida econômica e social (MOLYNEUX, et al., 2021). Estudos demonstram taxas de depressão/ansiedade de 25,5% em mulheres que tiveram OASIS (EVANS et al., 2019). Além disso, as desordens do assoalho pélvico também impactam negativamente a qualidade de vida da mulher,

assim como a qualidade do sono, o IMC elevado e as doenças mentais prévias (MOLINA et al., 2023). A avaliação da qualidade de vida em geral, realizada através da aplicação do questionário SF – 36 apresentou valores semelhantes e ascendentes entre os grupos estudados, ou seja, observou-se melhora da qualidade de vida geral em ambos os grupos, principalmente nos 3 primeiros meses após o parto, com exceção da CF, Vitalidade e Dor, que não melhoraram significativamente nesse tempo. A qualidade de vida em geral não sofreu influência das OASIS assim como no estudo de Tilak e cols. (TILAK et al., 2023), apesar da maioria dos estudos demonstrar o contrário.

Teoricamente, as lesões de OASIS podem predispor as mulheres a desenvolverem a IU. Sua presença pode ainda ser um marcador para partos mais difíceis, com maiores danos aos nervos, tecido conjuntivo e músculos, com alguns estudos sugerindo que cesáreas podem proteger as mulheres do desenvolvimento de IU (BORELLO et al., 2006).

A IU é um dos sintomas que pode estar presente na gestação e após o parto, podendo estar mais relacionada com a idade, influenciando negativamente a qualidade de vida de tais mulheres, além de gerar problemas psicológicos levando a depressão e automutilação. Estudos demonstram que 30 - 35% das mulheres apresentam IU no terceiro trimestre da gestação, enquanto no pós-parto essa prevalência chega a 7 - 12%, sendo a IUE mais comumente encontrada, seguida da IUM e por último a urge incontinência. Os fatores de risco associados a uma maior chance de desenvolver a IU são a idade materna >35a, a presença de IU durante a gestação, IMC elevado, multiparidade, parto vaginal e uso de instrumento (fórceps e vácuo-extrator). Um estudo de coorte de 10 anos mostrou associação do parto vaginal com risco aumentado de IUE e IUU independentemente da idade materna e do número de partos. Mallah e cols, demonstraram que o parto vaginal, o peso materno e fetal (>4kg) foram os fatores de risco mais importantes para o surgimento da IU, e teve prevalência de 1,6 - 49,2%, independentemente do tipo de IU (SIAHKAL et al., 2020). Outro estudo demonstrou uma prevalência de IUE de 8,2% e IUU de 5,5% em primíparas, além de importante associação de frequência urinária e disúria com o número de partos vaginais. Lesões perineais severas estiveram associadas com sintomas de polaciúria, IUU e IUE, e sensação de esvaziamento vesical incompleto. Vale lembrar que os primeiros três meses após o parto, a prevalência de qualquer sintoma urinário pode chegar a 33%, e alguns estudos demonstram que tal taxa pouco se altera um ano após o parto (SARTORE et al., 2024).

A relação entre IU e as variáveis obstétricas já foram demonstradas em estudos. Novas evidências demonstram um risco maior de urge incontinência em populações jovens, com 60,1% referindo piora no controle vesical após a gestação, enquanto Farrel e cols, demonstraram taxa de 22% após parto vaginal, e de 33% após parto vaginal assistido (FENNER et al., 2003). Estudo recente encontrou prevalência de IU de esforço nos primeiros três meses após o parto de aproximadamente 8% em mulheres primíparas e de cerca de 20% para as múltiparas (SANANÈS, et al, 2023). Entende-se que as causas de IU após o parto são multifatoriais. No primeiro momento do presente estudo (T0), 28 (37,4%) mulheres referiram sintoma de IU, sendo a IU associada aos esforços a mais encontrada, seguida da IU mista e por último a IU de urgência. Três meses após a primeira avaliação, somente 7,5% das pacientes referiram IU, e ao término do estudo, 7,3%, não sendo possível demonstrar associação do grau de lesão perineal com o sintoma de IU.

Incontinência anal (IA) é definida como a perda involuntária de material fecal ou flatos, com prevalência de 8,3% na população e fatores de risco associados são: sexo feminino, doença ou dano causado aos nervos ou músculos que controlam o esfíncter anal, doenças crônicas (diabetes, depressão, obesidade, sedentarismo). Independente da causa, a IA pode gerar constrangimento, difícil de ser conduzido, resultando em impactos na qualidade de vida. Lesões de OASIS são consideradas um fator primário de predisposição para a IA, e mesmo após sua imediata correção, sua prevalência chega a 53%, sugerindo a importância de se reduzir o trauma associado ao parto (HALLE et al., 2016) (LACROSS et al., 2015). Alguns estudos demonstram elevada associação entre OASIS e incontinência fecal (IF), 17,7 – 19,9% (FENNER et al., 2003).

A IA no pós-parto pode ocorrer em decorrência de diversos mecanismo, algumas vezes a combinação deles, como a fraqueza da musculatura perineal, a rotura esfíncteriana não corrigida, a rotura esfíncteriana oculta, lesão motora ou sensorial do nervo pudendo, sendo este último responsável pela grande maioria das IA imediatamente após o parto e que se resolvem espontaneamente em 6 meses. Acredita-se que lesões de OASIS, sozinhas, não são suficientes para explicar a IA (apesar do aumento do risco), pois a alteração funcional tardia do ânus vai depender do grau da lesão e da dupla lesão do esfíncter externo e interno. Alguns fatores de risco associados a persistência da IA após as OASIS são: uso de fórceps, idade materna avançada e raça asiática. Caso a lesão não seja adequadamente corrigida, o risco de persistência de IA, 12 meses após o parto, varia de 60 a 80% (VIANNAY et al., 2021). O risco de IA é

maior em mulheres obesas com OASIS. E a incidência de IA associada as lesões perineais variam de entre 15% e 25% em mulheres com lacerações graus 3 e 4, e de 5% a 15% em mulheres com lacerações menores (GOMMESEN et al., 2019). Lacerações de OASIS geram ainda maior urgência fecal (BORELLO et al., 2006).

Halle e cols. demonstraram que as OASIS aumentam o risco de IA e maiores escores no questionário CRADI, porém não houve significância. Enquanto outros trabalhos evidenciaram resultados similares, um demonstrando associação apenas de lesões de 4º grau com IA e com sintomas intestinais (HALLE et al., 2016). Apenas duas mulheres, ao término do nosso estudo, apresentaram sintomas de IA, uma em cada grupo, e a que pertencia ao grupo da OASIS teve o parto auxiliado por vácuo-extrator, que pode ser considerado fator confundidor.

De acordo com a OMS, as mulheres devem ser questionadas quanto ao retorno a vida sexual, e a possível dispareunia associada, como parte da avaliação do bem-estar, cerca de 2 a 6 semanas após o parto. A morbidade relacionada a sexualidade no pós-parto é comum, chegando a 83% nos 3 meses, 64% nos seis meses iniciais, e até 64,3% no primeiro ano. Mulheres com lacerações graus 3 e 4 apresentaram menores escores no FSFI aos 6 e 12 meses após o parto, apesar do discreto aumento de seus escores no decorrer do tempo. Tal morbidade pode se manifestar através do adiamento no retorno da vida sexual do casal, diminuição do desejo, dispareunia, diminuição da lubrificação, dor e menor taxa de orgasmo (RATHFISH, et al., 2010)

Dor perineal e dispareunia são entidades importantes de dor pélvica, quase sempre associadas aos traumas perineais durante o parto. A incidência de dispareunia aumenta após o nascimento, e a dor perineal pode persistir por mais de um ano em uma significativa parcela das mulheres. Estudos recentes demonstraram que, 12 meses após o parto, a prevalência de dor perineal e dispareunia foi de 10 – 12% e 22 – 38%, respectivamente (HUBER, et al., 2022). Existem lacunas no conhecimento sobre o tamanho e, conseqüentemente, o potencial impacto da dor perineal e da dispareunia na vida da mulher, motivo de atenção por parte dos profissionais e estudiosos da área, visto que muitas delas, mesmo sem qualquer lesão, sofrem de tais sintomas, que podem persistir por longos períodos. Estudos demonstram que 11% das mulheres, mesmo sem lesão perineal, podem referir dor no períneo, e até 16% a dispareunia, mesmo 6 meses após o parto, inclusive com mulheres submetidas a parto cesáreo (MANRESA

et al., 2019). Rockner e cols. não demonstraram diferença na dor durante a relação sexual entre os tipos de laceração perineal, três meses após o parto. Estudo envolvendo diferentes tipos de laceração perineal mostrou que mulheres com períneo intacto ou laceração grau 1 experimentaram bem menos dor durante a relação, maior satisfação e melhores orgasmos, quando comparadas com mulheres com lacerações maiores ou episiotomias (RATHFISH, et al., 2010).

Klein e cols. reportaram menor número de mulheres retornando a vida sexual 6 semanas após o parto, comparando-as com aquelas com períneo intacto (55,4% vs. 76,5%, respectivamente). Demonstrou ainda mais dispareunia no grupo de OASIS (ANDREWS et al., 2007).

A causa para tais sintomas é multifatorial e inclui a cicatrização do local (inflamação, infecção, etc), contratura muscular pélvica secundária e a amamentação (MANRESA et al., 2019). No presente trabalho, observamos que nos 3 primeiros meses houve uma melhora da sexualidade de ambos os grupos, piorando nos 6 meses. No primeiro momento após o parto, as pacientes com OASIS tiveram pior impacto na sexualidade, em todos os domínios exceto na Satisfação. Três meses após, a Excitação e a Lubrificação eram piores no grupo das lesões severas, e seis meses após a Excitação e a Dor eram piores, também demonstrado por Tilak e cols. (TILAK, et al., 2023). Além da dor, vale salientar que outros fatores podem estar associados com uma pior resposta sexual, tais como: lubrificação, o desejo sexual, o relacionamento, dificuldade de atingir o orgasmo, e alterações hormonais (HUBER, et al., 2022).

O PFDI-20 e o PFIQ-7 são dois valiosos instrumentos para análise de disfunção pélvica na população em vigência do puerpério, apesar de estudos utilizarem comumente tal ferramenta na avaliação da população em geral, principalmente na tentativa de associar o grau de lesão perineal com a severidade dos sintomas, sendo o CRADI fundamental na investigação e seguimento de sintomas de pacientes com lesões esfinterianas (SARTORE et al., 2024) (TIN et al., 2010). Na nossa avaliação do sofrimento atrelado aos sintomas pélvicos, os valores do PFDI- 20 foram decrescentes ao longo do tempo, demonstrando a diminuição do impacto dos sintomas no dia a dia das mulheres. Entretanto, três meses após o parto os sintomas urinários e intestinais foram piores em comparação ao grupo controle, o que também corrobora os achados de Tilak e cols. (TILAK et al., 2023). Já o questionário PFIQ-7, observou-se que houve melhora

da qualidade de vida relacionada aos sintomas até o terceiro mês após o parto, no grupo controle, o que não foi observado no grupo de OASIS. Os sintomas intestinais e urinários foram os que mais impactaram a vida das mulheres com OASIS nos três meses após o parto, corroborando com Tin e cols (TIN et al., 2010).

O presente estudo demonstrou o perfil sociodemográfico das mulheres que tiveram lesão de OASIS no parto, bem como dos sintomas e qualidade de vida, geral e relacionada a sintomas pélvicos, urinários e intestinais, de uma população do nordeste do Brasil, atendidas em uma maternidade escola, terciária. Através desse perfil, podemos lançar mão de orientações mais assertivas no momento de oferecer a melhor via de parto as gestantes. Como limitação encontramos a dificuldade em realizar um seguimento de longo prazo das pacientes, bem como da aplicabilidade de questionários validados longos, de maneira remota. Mais estudos são necessários para avaliar a aplicabilidade de ferramentas de cálculo de risco para esta população estudada.

## 7. CONCLUSÃO

São múltiplos os fatores de risco relacionados com uma maior chance de originar as OASIS, assim como são inúmeros os impactos de tais lesões sobre o assoalho pélvico e qualidade de vida de quem as sofre.

O presente estudo demonstrou quais fatores de risco estiveram relacionados com as OASIS, bem como quais sintomas intestinais, urinários e sexuais impactaram no cotidiano dessas mulheres, até o sexto mês após o parto. Dos sintomas urinários, a IUU teve maior associação com as OASIS, enquanto os sintomas intestinais não apresentaram um padrão de associação. Observou-se melhora na qualidade de vida geral de ambos os grupos ao longo do tempo. Nos 6 meses de avaliação, ambos os grupos se mostraram disfuncionais quanto a resposta sexual, e apesar de observada melhorada pontuação com o tempo, o grupo das OASIS apresentou pior disfunção sexual em quase todos os quesitos em T0 e em apenas 2 quesitos em T1 e T2. O desconforto relacionado aos sintomas urinários, intestinais e no geral, foi maior no grupo 2 apenas no 3º mês após o parto. Os sintomas urinários geraram maior impacto negativo na qualidade de vida das mulheres com OASIS desde o 3º até o 6º mês após o parto, enquanto os sintomas intestinais só passaram a impactar no 6º mês.

## REFERÊNCIAS

- \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Sobre a Maternidade**. Disponível em: < <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencia/meac/sobre-o-hospital> >. Acesso em: 29 de nov. 2021.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de informações de nascidos vivos no ano de 2019**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> >. Acesso em: 22 de nov. 2021.
- AGUIAR, S. V.; GONÇALVES, E. R.; BEZERRA, L. R. P. S. Análise da incidência e prevalência de laceração perineal de causa obstétrica em maternidade terciária de Fortaleza-CE. **Revista de Medicina da UFC**, v. 59, n. 1, p. 39, 2019.
- ALSHIEK, J. et al. Vaginal Energy Based Devices - AUGS Clinical Consensus Statement. **Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery**, v. 26, n. 5, p. 287–298, 2020.
- ANDREWS, V. et al. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia-A prospective study. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 137, n. 2, p. 152–156, 2008.
- ANDREWS, V. et al. Anal and urinary incontinence 4 years after a vaginal delivery. **International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction**, v. 24, n. 1, p. 55–60, 2013.
- ARNOLD, K. C. et al. Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. **Obstetrics Essentials**, v. 132, n. 165, p. 253–259, 2017.
- BARRETT, G. et al. Women' s sexual health after childbirth. v. 107, n. 2, p. 186–195, 2000.
- BATALHA, L.M.C. Avaliação da dor. Coimbra: **ESEnfC - manual de estudo - versão 1**; 2016.
- BIDWELL, P. et al. A multi-centre quality improvement project to reduce the incidence of obstetric anal sphincter injury (OASI): Study protocol. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 1–11, 2018.
- BIDWELL, P. et al. Exploring clinicians' perspectives on the “Obstetric Anal Sphincter Injury Care Bundle” national quality improvement programme: A qualitative study. **BMJ Open**, v. 10, n. 9, p. 1–10, 2020.
- BRINCAT, C. et al. International Journal of Gynecology and Obstetrics Experiences during the first four years of a postpartum perineal clinic in the USA. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 128, n. 1, p. 68–71, 2015a.
- BRINCAT, C. et al. Experiences during the first four years of a postpartum perineal clinic in the USA. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 128, n. 1, p. 68–71, 2015b.

BUGGE, C. et al. Should pregnant women know their individual risk of future pelvic floor dysfunction? A qualitative study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, 2022, 22: 161.

BUNN, J. et al. Obstetric anal sphincter injuries and other delivery trauma: a US national survey of obstetrician – gynecologists. **International Urogynecology Journal**, v. 33, 1463 – 1472, 2022.

BURRELL, M. et al. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries and postpartum anal and urinary incontinence: a case–control trial. **International Urogynecology Journal**, v. 26, n. 3, p. 383–389, 2015.

CARE, O. et al. OASI Care Bundle : Implementation guide for maternity sites in the roll-out phase. n. April, 2018.

Carta de Serviços ao Cidadão da MEAC 2024. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/ acesso-a-informacao/programas-e-projetos/carta-de-servicos-ao-cidadao-do-huwc>. Acesso em 31 de setembro de 2024.

CORNELISSE, S. et al. Obstetric anal sphincter injury: a follow-up questionnaire study on longer-term outcomes. **International Urogynecology Journal**, v. 27, n. 10, p. 1591–1596, 2016a.

CORNELISSE, S. et al. Obstetric anal sphincter injury : a follow-up questionnaire study on longer-term outcomes. **International Urogynecology Journal**, 2016b.

DAHLEN, H. et al. Trends and risk factors for severe perineal trauma during childbirth in New South Wales between 2000 and 2008: A population-based data study. **BMJ Open**, v. 3, n. 5, p. 1–7, 2013.

DELANCEY, J.O.L. et al. Vaginal birth and de novo stress incontinence: relative contributions os urethral dysfunction and mobility. **Obstetrics and Gynecology**, vol. 110, nº 02, part 1, August, 2007.

DOMENIGHI, L.H.H.; WEINMANN, A.R.M.; HAEFFNER, L.S.B.; FELTRIN, M.L. Perineal Lacerations: a retrospective study in a habitual-risk public maternity. **Rev. Bras Ginecol Obstet**, 2021. 43 (8): 588 - 594.

DUDDING, T. C.; VAIZEY, C. J.; KAMM, M. A. Obstetric anal sphincter injury: Incidence, risk factors, and management. **Annals of Surgery**, v. 247, n. 2, p. 224–237, 2008.

EVANS, E. et al. What is the total impact of an obstetric anal sphincter injury? An Australian retrospective study. **International Urogynecology Journal**, v. 31, n. 3, p. 557–566, 2020.

FENNER, D. E. et al. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 189, n. 6, p. 1543–1549, 2003.

FERNANDO, R. J. et al. Management of obstetric anal sphincter injury: A systematic review & national practice survey. **BMC Health Services Research**, v. 2, p. 1–10, 2002.

FREIRE, M.C.M.; Pattussi M.P. Tipos de estudos. IN: ESTRELA, C. Metodologia científica. **Ciência, ensino e pesquisa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2018. p.109-127.

GARCÍA MEJIDO, J. A. et al. Evaluation of isolated urinary stress incontinence according to the type of levator ani muscle lesion using 3/4D transperineal ultrasound 36 months postpartum. **International Urogynecology Journal**, v. 28, n. 7, p. 1019–1026, 2017.

GHAI, V. et al. Obstetric anal sphincter injury: a systematic review of information available on the internet. **International Urogynecology Journal**, v. 30, n. 5, p. 713–723, 2019.

GUROL-URGANCI, I. et al. Impact of a quality improvement project to reduce the rate of obstetric anal sphincter injury: a multicentre study with a stepped-wedge design. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 128, n. 3, p. 584–592, 2021.

GOMMESEN, D. et al. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. **BMJ Open**, Dec 16: 9 (12), 2019.

HARVEY, M. A. et al. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 37, n. 12, p. 1131–1148, 2015a.

HARVEY, M. A. et al. Obstetrical Anal Sphincter Injuries (OASIS): Prevention, Recognition, and Repair. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 37, n. 12, p. 1131–1148, 2015b.

HICKMAN, L. C. et al. Subspecialty care for peripartum pelvic floor disorders. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 223, n. 5, p. 709–714, 2020.

HICKMAN, L. C.; PROPST, K. Accurate diagnosis and repair of obstetric anal sphincter injuries: why and how. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 222, n. 6, p. 580.e1-580.e5, 2020a.

HICKMAN, L. C.; PROPST, K. Call to Action sphincter injuries : why and how. **The American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 222, n. 6, p. 580.e1-580.e5, 2020b.

HJERTBERG, L. et al. Body mass Index and complications after obstetric anal sphincter injury, 8 weeks post-partum. **International Urogynecology Journal**, v. 33, 3465 – 3472, 2022.

HUBER, M.; TUNON, K.; LINDQVIST, M. From hell do healed – a qualitative study women’s experience of recovery, relationships and sexuality after severe obstetric perineal injury. **Sexual & Reproductive Healthcare** 33 (2022) 100736.

ILES, D. et al. The impact of anal sphincter injury on perceived body image. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 212, p. 140–143, 2017.

ISMAIL, S. I. M. F. The management of obstetric anal sphincter injuries (OASIS): A national

postal questionnaire survey in hospitals in the UK. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 35, n. 3, p. 229–234, 2015.

KARP, D. R. et al. Health Care – Seeking Characteristics of Women With Pelvic Floor Disorders After Obstetric Anal Sphincter Injury. v. 00, n. 00, p. 1–5, 2018.

LaCross, A., GROFF, M., SMALDONE, A. Obstetric Anal Sphincter Injury and Anal Incontinence Following Vaginal Birth: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Midwifery and Womens health**. Vol 60, pages 37 – 47, 2015.

LAGUARDIA, J. et. al.; Dados normativos brasileiros do questionario Short Form - 36 versão 2. **Rev Bras Epidemiol**, 2013; 16(4): 889 - 97.

LEADER-CRAMER, A. et al. Factors Associated With Timing of Return to Intercourse After Obstetric Anal Sphincter Injuries. **Journal of Sexual Medicine**, v. 13, n. 10, p. 1523–1529, 2016.

LEEMAN, L. et al. The effect of perineal lacerations on pelvic floor function and anatomy at 6 months postpartum in a prospective cohort of nulliparous women. **Birth**, 2016.

LEROY, L.S., LÚCIO, A., LOPES, M. H.B.M. Fatores de risco para incontinência urinária no puerpério. **Rev esc enferm. USP**. 50 (2): Mar – Abr: 2016.

LIMA, C.T.S. Efeito da laceração perineal grave e episiotomia na função dos músculos do assoalho pélvico e incontinência urinária no pós-parto em primíparas. **Tese de mestrado, Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza, 2018.

LINDQVIST, M. et al. “Struggling to settle with a damaged body” – A Swedish qualitative study of women’s experiences one year after obstetric anal sphincter muscle injury (OASIS) at childbirth. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 19, n. November 2018, p. 36–41, 2019.

LOGANATHAN, J. et al. Patient-reported outcomes and outcomes measure in childbirth perineal trauma research: a systematic review. **International Urogynecology Journal**, v. 32, 1695 – 1706, 2021.

MANRESA, M., et al. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, 2019.

MARQUES, M.G., BRAZ, M.M. Efeito do método pilates sobre a função sexual feminina. **Fisioterapia Brasil**, 2017; 18 (1): 63-68.

MARSH, F. et al. Obstetric anal sphincter injury in the UK and its effect on bowel, bladder and sexual function. **European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology**, v. 154, n. 2, p. 223–227, 2011.

MARTINEZ, J.E., GRASSI, D.C., MARQUES, L.G. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório,

- enfermaria e urgência. **Rev Bras Reumatol**, 2011. 51 (4): 299 - 308.
- MOLINA, R.A.P. et al. Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. [Front Public Health](#). 2023; 11: 1180907.
- MOTA, R. L. Female urinary incontinence and sexuality. **Int Braz J Urol**, v. 43, n. 1, p. 20–28, 2017.
- OASIS care bundle project team. Implementation guide for maternity sites in the roll-out phase 2017 - 2018. **RCOG**, London, 2018.
- OKEAHIALAM, N.A.; SULTAN, A.H.; THAKAR, R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 230, supplement, S991 – S1004, 2024.
- OLIVEIRA, F. A. DE; PROGIANTI, J. M.; PEREGRINO, A. A. DE F. Direct costs of delivery with related obstetrical nursing practice in Birth Center. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 421–427, 2014.
- OLIVEIRA, L. S. et al. Trauma perineal após parto vaginal em parturientes saudáveis. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 132, n. 4, p. 231–238, 2014.
- ORLOVIC, M. et al. Estimating the incidence and the economic burden of third and fourth-degree obstetric tears in the English NHS: An observational study using propensity score matching. **BMJ Open**, v. 7, n. 6, p. 1–10, 2017.
- OTERO, M. et al. Women’s health 18 years after rupture of the anal sphincter during childbirth: II. Urinary incontinence, sexual function, and physical and mental health. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 194, n. 5, p. 1260–1265, 2006.
- PACAGNELLA, R.C., MARTINEZ, E.Z., VIEIRA, E.M. Validade de construto de uma versão em português do Female Sexual Function Index. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(11): 2333 - 2344, nov, 2009.
- PALM, A. et al. Symptoms after obstetric sphincter injuries have little effect on quality of life. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 92, n. 1, p. 109–115, 2013.
- PEREIRA, G. M. V. et al. Response re: Letter to the editor: selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, v. 31, n. 8, p. 1717, 2020.
- PRIDDIS, H.; DAHLEN, H.; SCHMIED, V. Women’s experiences following severe perineal trauma: A meta-ethnographic synthesis. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 4, p. 748–759, 2013.
- RÅDESTAD, I. et al. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow-up. **Birth**, v. 35, n. 2, p. 98–106, 2008.
- RAMAGE, L. et al. Functional and quality of life outcomes following obstetric anal sphincter injury (OASI): does the grade of injury affect outcomes? p. 1709–1717, 2017.

RAMAGE, L. et al. Does a missed obstetric anal sphincter injury at time of delivery affect short-term functional outcome? p. 26–32, 2018.

RAMALINGAM, K.; MONGA, A.K.; Outcomes and follow up after obstetric anal sphincter injuries. **International Urogynecology Journal**, 24(9), 1495 – 1500, 2013.

Relatório Institucional 2023. Gov.br, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/aceso-a-informacao/institucional/relatorios-institucionais-ch-ufc/relatorio-institucional-2023.pdf/view>. Acesso em: 30de setembro, 2024.

SANANÈS, J. et al. Antenatal, Intrapartum and Postpartum interventions for preventing postpartum urinary and faecal incontinence: an umbrella overview of Cochrane systematic reviews. **J. Clin. Med.** 2023, 12, 6037.

SARTORE, A. et. Al. Pelvic floor function after third and fourth degree perineal lacerations: a case-control study on quality of life. **BMC Women's Health**, 2024 (24:12).

SILVA, F.C, DELIBERATO, P. C. S. Análise das escalas de dor: revisão da literatura. **Rev Brasileira de Ciências da Saúde**, ano VII, nº 19, jan/mar 2009.

SCHÜTZE, S. et al. Fishing for (in)continence: long-term follow-up of women with OASIS–still a taboo. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, v. 303, n. 4, p. 987–997, 2021.

SELMER-OLSEN, T. et al. Incidence and risk factors for obstetric anal sphincter ruptures, OASIS, following the introduction of preventive interventions. A retrospective cohort study from a Norwegian hospital 2012–2017. **Sexual and Reproductive Healthcare**, v. 22, n. 7006, p. 100460, 2019.

SEVERO, A.R., et al. Via de parto e repercussões sobre o assoalho pélvico. **Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde**. Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 601-609, 2018.

SHAWER, S. et al. Introducing a new service of a midwife-led telephone follow-up clinic for 3a & 3b Obstetric Anal Sphincter Injury:retrospective service evaluation and patients' satisfaction survey. **Pelviperineology**, p. 49–52, 2019.

SIDERIS, M. et al. Risk of Obstetric Anal Sphincter Injuries (OASIS) and anal incontinence: A meta-analysis. **European Journal of Obstetrics and Gynecology**, n. June, 2020.

SOUZA, M.R.T., et al. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primíparas: a cross-sectional study. **Rev Esc Enferm USP**. 2020; 54: e03549. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018043503549>.

STEDENFELDT, M. et al. Anal incontinence, urinary incontinence and sexual problems in primiparous women - a comparison between women with episiotomy only and women with episiotomy and obstetric anal sphincter injury. **BMC Women's Health**, v. 14, n. 1, p. 1–7, 2014.

TAMANINI, J.T.N., et al. Validação para o português do "International Consultation on

Incontinence Questionnaire - Short Form" (ICIQ - SF). **Rev Saude Pública**, 2004; 38(3): 438 - 44.

THAKAR, R. et al. Obstetric Anal Sphincter Injury (OASI) Care Bundle: Response to a critical review. **Midwifery**, v. 90, p. 102802, 2020.

THIEL, R.R.C. et al. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2008. 30(10): 504 - 510.

TILAK, M. et al. Pelvic floor healing milestones after obstetric anal sphincter injury: a prospective case control feasibility study. **Int Urogynecol J**, 2023 Feb;34(2):553-561

TUREL, F. D. et al. Medium-to long-term follow-up of obstetric anal sphincter injury. **Diseases of the Colon and Rectum**, v. 62, n. 3, p. 348–356, 2019.

VANNAY, et al.; Management and consequences of obstetric anal sphincter injuries: review. **Journal of Visceral Surgery**, v 158, 231 – 241, 2021.

WESNES, S.L., HANNESTAD, Y., RORTVEIT, G. Delivery parameters, neonatal parameters and incidence of urinary incontinence 6 months postpartum: a cohort study. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, 2017. 96 (10): 1214 - 1222.

WILLIAMS, A. et al. Women's experiences after a third-degree obstetric anal sphincter tear: A qualitative study. **Birth**, v. 32, n. 2, p. 129–136, 2005.

WILSON, A. N.; HOMER, C. S. E. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. **Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 60, n. 2, p. 175–182, 2020.

WILSON, D. et al. UR-CHOICE: can we provide mother - to - be with information about the risk of future pelvic floor dysfunction? **Int Urogynecol J**, 2014.

YEE, O. et al. A one-stop perineal clinic: our eleven-year experience. 2020.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: Dados Sociodemográficos

Identificação:

Telefones:

Email:

Estado civil:  Solteira  união estável  Casada  Viuva  divorciada

Escolaridade:  Analfabeta  Fundamental Completo  Fundamental incompleto

Ensino médio incompleto  Ensino médio completo  Superior incompleto

Superior completo

Renda Mensal Familiar  até 2 salários mínimos  2 a 4 salários mínimos

4 a 10 salários mínimos  10 a 20 salários mínimos  > 20 salários mínimos

Autodeclaração de Cor:  branca  parda  amarela  indígena  preta  outros

Peso: \_\_\_\_\_ em gramas Altura: \_\_\_\_\_ em cm

Faz tratamento e/ou acompanhamento para alguma destas doenças?

HAS  DM  Cardiopatia  Pneumopatia  Neuropatia

Doença Psiquiátrica  Cancer Ginecológico  Cancer Urinário

Outros, Qual?

Usa alguma dessas medicações?

anti-hipertensivo  hipoglicemiante  Quimioterápico  Psicotrópico

Antiandrogênio  Relaxante muscular  Antihistamínico  Contraceptivo

Outros, qual?

Fatores Comportamentais:

Tabagismo  Etilismo  Droga ilícita  Laxante  Atividade física

Já realizou alguma cirurgia ginecológica? Qual:

Tem algum sintoma urinário antes desta gestação? Qual?

Tem algum sintoma intestinal antes desta gestação? Qual?

Tem algum sintoma de prolapso pélvico antes desta gestação? Qual?

Tem algum familiar que já teve sintoma urinário, intestinal ou de prolapso? Quem?

Qual sintoma ela teve?

Gestações: Partos:  normal  cesárea  instrumentado Abortos:

Última gestação foi quando? Anos

Data do parto atual:

Esse parto foi com quantas semanas?

Qual o peso do bebê?  < 2500g  entre 2500 – 2999g  3000 – 3999g  >4000g

Analgesia?  Não  Sim, Qual?

Tempo do Segundo estágio do trabalho de parto? \_\_\_\_\_ Minutos

Foi instrumentado?  Não  Sim, qual?

Perímetro cefálico do bebê? \_\_\_\_\_ Cm

Comprimento do bebê? \_\_\_\_\_ Cm

Teve Laceração?  Não  Sim, qual grau?

Qual correção utilizada?  overlap  end-to-end  outra

Qual fio utilizado?  Nylon  monocryl  Vicryl  Prolene  Catgut

Quem realizou a correção?  Staff  R1  R2  R3  Interno  Enfermagem

## **APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA MATERNO-INFANTIL  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

Convidamos a Senhora a participar do projeto de pesquisa “AVALIAÇÃO DO IMPACTO DOS TRAUMAS PERINEAIS SEVEROS NO ASSOALHO PÉLVICO: ESTUDO DE COORTE”, sob a responsabilidade da pesquisadora Carolina de Alencar Ohi Garcia, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade de Federal do Ceará.

O objetivo desta pesquisa é avaliar quantas mulheres sofrem de sintomas urinários após parto normal com lacerações de maior gravidade no períneo. A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio de respostas fornecidas por você através de questionários que serão aplicados no momento de sua internação para o parto, 03 (três) e 06 (seis) meses após o mesmo, ocorrido na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, localizada em área física do campus da Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza, Ceará, Brasil.

Os seus riscos com a pesquisa podem ocorrer em decorrência do constrangimento em responder determinadas questões acerca dos sintomas urinários, dor, sexualidade e qualidade de vida. Caso você se sinta constrangida poderá desistir da pesquisa a qualquer momento.

O benefício desta pesquisa ocorrerá no sentido de possibilitar levantarmos a quantidade de mulheres que sofrem com alguns sintomas após o parto normal em que houve lacerações mais extensas, visando melhor condução dos mesmos para evitar uma diminuição na sua qualidade de vida.

Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Programa do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade de Federal do Ceará, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa entre em contato com o pesquisador;

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhora.

### **DADOS DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO PROJETO DE PESQUISA**

Nome completo: Carolina de Alencar Ohi Garcia  
Endereço completo: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N  
Email: [carolohi@yahoo.com.br](mailto:carolohi@yahoo.com.br)  
Telefone: (85) 33668000

**DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA MATERNIDADE  
ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND**

Endereço completo: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N

Telefone: (85) 33668569 - 33668528

Fortaleza, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_.

---

Nome / assinatura do paciente ou responsável legal

---

Assinatura do Pesquisador Responsável: Carolina de Alencar Ohi Garcia

## ANEXOS

### ANEXO 1: QUESTIONÁRIO DE SINTOMAS DO PELVIC FLOOR DISTRESS INVENTORY (PFDI – 20)

Favor responder a todas as perguntas da seguinte pesquisa. Estas questões lhe perguntarão se você tem certos sintomas no intestino, bexiga ou pelve e, em caso positivo, o quanto esses sintomas a incomodam. Responda cada pergunta marcando um X no(s) espaço(s) apropriado(s). Se houver alguma dúvida sobre como responder, responda o melhor que puder. Ao responder, por favor considerar seus sintomas NOS ÚLTIMOS 3 MESES.

(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)
1. Você geralmente sente pressão na parte baixa do abdome/barriga?					
2. Você geralmente sente peso ou endurecimento/frouxidão na parte baixa do abdome/barriga?					
3. Você geralmente tem uma “bola”, ou algo saindo para fora que você pode ver ou sentir na área da vagina?					
4. Você geralmente tem que empurrar algo na vagina ou ao redor do ânus para ter evacuação/defecação completa?					
5. Você geralmente experimenta uma impressão de esvaziamento incompleto da bexiga?					
6. Você alguma vez teve que empurrar algo para cima com os dedos na área vaginal para começar ou completar a ação de urinar?					
7. Você sente que precisa fazer muita força para evacuar/defecar?					
8. Você sente que não esvaziou completamente seu intestino ao final da evacuação/defecação?					
9. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes bem sólidas?					
10. Você perde involuntariamente (além do seu controle) fezes líquidas?					
11. Você as vezes elimina flatos/gases intestinais, involuntariamente?					
12. Você as vezes sente dor durante a evacuação/defecação?					
13. Você já teve uma forte sensação de urgência que a fez correr ao banheiro para poder evacuar?					
14. Alguma vez você sentiu uma “bola” ou um abaulamento na região genital durante ou depois do ato de evacuar/defecar?					
15. Você tem aumento da frequência urinária?					
16. Você geralmente apresenta perda de urina durante sensação de urgência, que significa uma forte sensação de necessidade de ir ao banheiro?					
17. Você geralmente perde urina durante risadas, tosses ou espirros?					
18. Você geralmente perde urina em pequena quantidade (em gotas)?					
19. Você geralmente sente dificuldade em esvaziar a bexiga?					
20. Você geralmente sente dor ou desconforto na parte baixa do abdome/barriga ou região genital?					

**ANEXO 2: QUESTIONÁRIO DE IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA QUANTO AOS SINTOMAS PÉLVICOS - PFIQ –7**

Para cada pergunta, coloque um X na resposta que melhor descreva o quanto suas atividades, relacionamentos ou sentimentos têm sido afetados pelos sintomas ou condições de sua bexiga, intestino ou pelve, **NOS ÚLTIMOS 3 MESES**. Por favor, certificar-se de marcar uma resposta para cada pergunta.

	<b>BEXIGA</b>	<b>INTESTINO</b>	<b>PELVE/VAGINA</b>
<b>1. Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades domésticas como cozinhar, lavar roupas, arrumar a casa..?</b>	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante
<b>2. Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades físicas, como caminhar, nadar..?</b>	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante
<b>3. Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema, sair para passar...?</b>	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante
<b>4. Geralmente afetam sua habilidade de viajar de carro por uma distância maior que 30 minutos da sua casa?</b>	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante
<b>5. Geralmente afetam sua participação em atividades sociais fora de casa?</b>	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante
<b>6. Geralmente afetam sua saúde emocional (fica nervosa, ansiosa, irritada..)?</b>	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante

<b>7. Fazem você se sentir frustrada?</b>	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante	<input type="radio"/> nem um pouco <input type="radio"/> um pouco <input type="radio"/> moderadamente <input type="radio"/> bastante
---	---	---	---

**ANEXO 3: VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SHORT**  
**– FORM – 36**

**Instruções:** esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)
- Excelente \_\_\_\_\_ ( ) 1
- Muito boa \_\_\_\_\_ ( ) 2
- Boa \_\_\_\_\_ ( ) 3
- Ruim \_\_\_\_\_ ( ) 4
- Muito ruim \_\_\_\_\_ ( ) 5
2. **Comparada a um ano atrás**, como você classificaria sua saúde em geral, **agora**?
- Muito melhor agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ ( ) 1
- Um pouco melhor agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ ( ) 2
- Quase a mesma de um ano atrás \_\_\_\_\_ ( ) 3
- Um pouco pior agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ ( ) 4
- Muito pior agora do que há um ano atrás \_\_\_\_\_ ( ) 5
3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número em cada linha)

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a. <b>Atividades vigorosas</b> , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
b. <b>Atividades moderadas</b> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir <b>vários</b> lances de escada	1	2	3
e. Subir <b>um</b> lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar <b>mais de 01 quilometro</b>	1	2	3
h. Andar <b>vários</b> quarteirões	1	2	3
i. Andar <b>um</b> quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?  
 —(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu <b>a quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades-?	1	2
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que gostaria?	1	2
c. Esteve <b>limitado</b> no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve <b>dificuldade</b> de fazer seu trabalho ou outras atividades? (p. ex. necessitou de esforço extra?)	1	2

5. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)? — (circule um número em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu <b>a quantidade de tempo</b> que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou <b>menos tarefas</b> do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto <b>cuidado</b> como geralmente faz?	1	2

6. Durante as **últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

— (circule uma)

De forma nenhuma \_\_\_\_\_ ( ) 1

Ligeiramente \_\_\_\_\_ ( ) 2

Moderadamente \_\_\_\_\_ ( ) 3

Bastante \_\_\_\_\_ ( ) 4

Extremamente \_\_\_\_\_ ( ) 5

7. Quanta **dor no corpo** você teve nas últimas 4 semanas? - (circule uma)

Nenhum \_\_\_\_\_ ( ) 1

Muito leve \_\_\_\_\_ ( ) 2

Leve \_\_\_\_\_ ( ) 3

Moderada \_\_\_\_\_ ( ) 4

Grave \_\_\_\_\_ ( ) 5

Muito grave \_\_\_\_\_ ( ) 6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto o dentro de casa)? — (circule uma)

De maneira alguma \_\_\_\_\_ ( ) 1

Um pouco \_\_\_\_\_ ( ) 2

Moderadamente \_\_\_\_\_ ( ) 3

Bastante \_\_\_\_\_ ( ) 4

Extremamente \_\_\_\_\_ ( ) 5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, de uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**:

	<b>T o d o t e m p o</b>	<b>A m a i o r p a r t e d o t e m p o</b>	<b>U m a b o a p a r t e d o t e m p o</b>	<b>A l g u m a p a r t e d o t e m p o</b>	<b>U m a p e q u e n a p a r t e d o t e m p o</b>	<b>N u n c a</b>
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimida que nada pode animá-la?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6

h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11. O quanto **verdadeiro** ou **falso** é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a. Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente do que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

### CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: ponderação dos dados.

Questão	Pontuação
---------	-----------

<b>01</b>	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
<b>02</b>	Manter o mesmo valor	
<b>03</b>	Soma de todos os valores	
<b>04</b>	Soma de todos os valores	
<b>05</b>	Soma de todos os valores	
<b>06</b>	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
<b>07</b>	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,3
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

<b>08</b>	<p>A resposta da questão 08 depende da resposta da questão 07</p> <p>Se <math>7 = 1</math> e <math>8 = 1</math>, o valor da questão é (6)</p> <p>Se <math>7 = 2</math> à 6 e se <math>8 = 1</math>, o valor da questão é (5)</p> <p>Se <math>7 = 2</math> à 6 e se <math>8 = 2</math>, o valor da questão é (4)</p> <p>Se <math>7 = 2</math> à 6 e se <math>8 = 3</math>, o valor da questão é (3)</p> <p>Se <math>7 = 2</math> à 6 e se <math>8 = 4</math>, o valor da questão é (2)</p> <p>Se <math>7 = 2</math> à 6 e se <math>8 = 3</math>, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser:</p> <p>Se a resposta for (1) a pontuação será (6)</p>
-----------	---

	<p>Se a resposta for (2) a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3) a pontuação será (3,6)</p> <p>Se a resposta for (4) a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5) a pontuação será (1,0)</p>
<b>09</b>	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e, h deverá seguir a orientação:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (5)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (4)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (3)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (2)</p> <p>Se a resposta for (6), a pontuação será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c, f, g, i) o valor será mantido o mesmo</p>
<b>10</b>	Considerar o mesmo valor
<b>11</b>	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porem os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (5)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1)</p>

Fase 2: cálculo do *Raw Scale*.

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de *Raw Scale* porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso, você deverá aplicar a fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio: valor obtido nas questões correspondentes - limite inferior X 100

Varição (*Score Range*)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*score range*) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo:

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Varição
Capacidade funcional	03	10	20

Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	1 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

#### ANEXO 4: QUESTIONÁRIO DO ÍNDICE DA FUNÇÃO SEXUAL FEMININA (FSFI).

**INSTRUÇÕES:** essas questões falam sobre seus sentimentos e respostas sexuais durante as **últimas 4 semanas**, por favor responda as seguintes questões tão honesta e claramente quanto possível. Suas respostas serão mantidas em completo sigilo.

Ao responder estas questões considere as seguintes definições:

- Atividade sexual – pode incluir carícias preliminares, masturbação e relações sexuais;
- Relação sexual – é definida como a penetração (entrada) do pênis na vagina;
- Estimulação sexual – inclui situações como carícias preliminares com um parceiro, autoestimulação (masturbação) ou fantasia sexual;

MARQUE APENAS UMA ALTERNATIVA POR QUESTÃO.

O desejo ou interesse sexual é um sentimento que abrange a vontade de ter uma experiência sexual, a receptividade às iniciativas sexuais do parceiro, e pensamentos ou fantasias sobre o ato sexual.

1. Durante as últimas 4 semanas, com que **frequência** você sentiu desejo ou interesse sexual?
  - Sempre ou quase sempre
  - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
  - Às vezes (aproximadamente a metade do tempo)
  - Poucas vezes (menos do que a metade do tempo)
  - Nunca ou quase nunca
2. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu **nível (grau)** de desejo ou interesse sexual?
  - Muito alto
  - Alto
  - Moderado
  - Baixo
  - Muito baixo ou nenhum

A excitação sexual é uma sensação com aspectos físicos e mentais. Pode aparecer uma sensação de calor ou de vibração na genitália, lubrificação (umidade), ou contrações musculares.

3. Durante as últimas 4 semanas, com que **frequência** você se sentiu excitada durante o ato ou atividade sexual?
  - Sem atividade sexual
  - Sempre ou quase sempre
  - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
  - Algumas vezes (metade das vezes)
  - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
  - Nunca ou quase nunca
4. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu **nível (grau)** de excitação sexual durante a atividade sexual?
  - Sem atividade sexual
  - Muito alto
  - Alto

- Moderado
  - Baixo
  - Muito baixo ou nenhum
5. Durante as últimas 4 semanas, qual foi seu **grau** de confiança sobre sentir-se excitada durante a atividade sexual?
- Sem atividade sexual
  - Altíssima confiança
  - Alta confiança
  - Moderada confiança
  - Baixa confiança
  - Baixíssima ou nenhuma confiança
6. Durante as últimas 4 semanas, com que **frequência** você ficou satisfeita com seu nível (grau) de excitação durante a atividade sexual?
- Sem atividade sexual
  - Sempre ou quase sempre
  - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
  - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
  - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
  - Nunca ou quase nunca
7. Durante as últimas 4 semanas, com que **frequência** você ficou lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?
- Sem atividade sexual
  - Sempre ou quase sempre
  - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
  - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
  - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
  - Nunca ou quase nunca
8. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o **grau** de dificuldade para ficar lubrificada ("molhada") durante a atividade sexual?
- Sem atividade sexual
  - Extremamente difícil ou impossível
  - Muito difícil
  - Difícil
  - Pouco difícil
  - Nada difícil
9. Durante as últimas 4 semanas, com que **frequência** você manteve sua lubrificação até o final da atividade sexual?
- Sem atividade sexual
  - Sempre ou quase sempre
  - Muitas vezes (mais da metade do tempo)

- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

10. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o **grau de dificuldade** para manter sua lubrificação até terminar a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco Difícil
- Nada Difícil

11. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, com que **frequência** você atingiu o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Sempre ou quase sempre
- Muitas vezes (mais da metade do tempo)
- Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
- Poucas vezes (menos da metade do tempo)
- Nunca ou quase nunca

12. Durante as últimas 4 semanas, na atividade sexual ou quando sexualmente estimulada, qual foi o **grau de dificuldade** para atingir o orgasmo (clímax)?

- Sem atividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Pouco Difícil
- Nada Difícil

13. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o **grau de satisfação** com sua habilidade de chegar ao orgasmo (clímax) durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Indiferente
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o **grau de satisfação** com a quantidade de envolvimento emocional entre você e seu parceiro durante a atividade sexual?

- Sem atividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita

- Indiferente
  - Moderadamente insatisfeita
  - Muito insatisfeita
15. Durante as últimas 4 semanas, qual foi o **grau de satisfação** na relação sexual com seu parceiro?
- Muito satisfeita
  - Moderadamente satisfeita
  - Indiferente
  - Moderadamente insatisfeita
  - Muito insatisfeita
16. Durante as últimas 4 semanas, de forma geral, qual foi o **grau de satisfação** com sua vida sexual?
- Muito satisfeita
  - Moderadamente satisfeita
  - Indiferente
  - Moderadamente insatisfeita
  - Muito insatisfeita
17. Durante as últimas 4 semanas, com que **frequência** você sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?
- Não houve tentativa de penetração
  - Sempre ou quase sempre
  - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
  - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
  - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
  - Nunca ou quase nunca
18. Durante as últimas 4 semanas, com que **frequência** você sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
- Não houve tentativa de penetração
  - Sempre ou quase sempre
  - Muitas vezes (mais da metade do tempo)
  - Algumas vezes (aproximadamente a metade do tempo)
  - Poucas vezes (menos da metade do tempo)
  - Nunca ou quase nunca
19. Durante as últimas 4 semanas, como você classificaria seu **grau (nível) de desconforto ou dor** durante ou após a penetração vaginal?
- Não houve tentativa de penetração
  - Altíssimo
  - Alto
  - Moderado
  - Baixo
  - Baixíssimo ou nenhum

## ANEXO 5: APROVAÇÃO 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:** AVALIAÇÃO DA INCIDÊNCIA DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES COM LACERAÇÃO PERINEAL GRAUS 3 E 4, E SEUS IMPACTOS NA QUALIDADE DE VIDA, DOR E SEXUALIDADE

**Pesquisador:** CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57201922.0.0000.5050

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.378.433

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos apresentação, objetivos e avaliação dos riscos e benefícios foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (1786156.pdf) e do Projeto Original. A perda involuntária de urina e fezes causa impactos psicológicos, complica doenças e gera consequências econômicas profundas. Os custos relacionados a esses agravos podem ser diretos, quando se referem as taxas hospitalares, medicamentos, honorários médicos, fraldas e outros insumos, e chegam a ser de cerca de US\$25 bilhões/ano nos Estados Unidos com a incontinência urinária (IU), e algo em torno de US\$17,166 com a incontinência anal (IA). Tais dados são de difícil cálculo devido seu subdiagnóstico, visto que 50% das mulheres não procuram atendimento médico por causa do estigma gerado em decorrência desses sintomas. O problema torna-se ainda maior quando se refere aos custos indiretos, como altas taxas de absenteísmo no trabalho, mudança de cargo para evitar o contato com o público, ocasionando a redução de salários, impacto no âmbito psicológico e qualidade de vida dessas mulheres (BRAZELL; SULLIVAN; LASALA, 2013; MINER, 2004; SABOIA et al., 2017). Apesar de existirem poucos dados na literatura relacionando a IU e seus impactos na qualidade de vida,

**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: 5.378.433

Glazener e colaboradores demonstraram que

aproximadamente 50% das mulheres incontinentes apresentam prejuízo na sua higiene, vida social e tarefas domésticas (SCHEER et al., 2008). Os pesquisadores traçaram como objetivos do estudo: Quantificar o impacto da OASIs na qualidade de vida; Graduar o nível de dor pélvica referido após OASIs e Demonstrar efeitos da OASIs na sexualidade feminina. O estudo será realizado com pacientes que tiveram parto normal realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, localizada em área física do Campus da Universidade Federal do Ceará (UFC), em Fortaleza, Ceará, Brasil, e contará com dois grupos de pacientes. Durante a internação para a assistência ao parto, essas mulheres serão convidadas pela pesquisadora a participarem do estudo, receberão explicações sobre o mesmo e, caso estejam de acordo, entrarão para a pesquisa. Comporão os grupos:

- Grupo 1 (controle): mulheres com diagnóstico de laceração perineal graus 1 ou 2;
- Grupo 2: mulheres com diagnóstico de laceração perineal graus 3 e 4 (OASIs);

O grupo controle contará com o dobro da quantidade de pacientes do grupo 2 e as variáveis independentes serão pareadas de acordo com as características do grupo 2, para efeito de minimizar os vieses.

**Critério de Inclusão:**

pacientes que tiveram parto normal

**Critério de Exclusão:**

- Sintomas prévios de DTUI, outros diagnósticos urológicos concomitantes (litíase, tumores, síndrome da bexiga dolorosa), infecção urinária de repetição, prolapso de órgãos pélvicos, OASIs prévio;

Comporão a amostra após o calculo amostral, aproximadamente 150 mulheres.

**Objetivo da Pesquisa:**

Geral: • Estimar a incidência de IU em mulheres com OASIs.

- Quantificar o impacto da OASIs na qualidade de vida.
- Graduar o nível de dor pélvica referido após OASIs.
- Demonstrar efeitos da OASIs na sexualidade feminina.

**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: 5.378.433

**Específicos**

.Verificar a associação entre OASIS e IU;

- Correlacionar o grau da OASIS com sintomas urinários, dor, disfunção sexual e qualidade de vida.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os seus riscos com a pesquisa podem ocorrer em decorrência do constrangimento em responder determinadas questões acerca dos sintomas urinários, dor, sexualidade e qualidade de vida. Caso você se sinta constrangida poderá desistir da pesquisa a qualquer momento.

**Benefícios:**

O benefício desta pesquisa ocorrerá no sentido de possibilitar levantarmos a quantidade de mulheres que sofrem com alguns sintomas após o parto

normal em que houveram lacerações mais extensas, visando melhor condução dos mesmos para evitar uma diminuição na sua qualidade de vida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- Os pesquisadores atenderam as demandas solicitadas pelo CEP quanto: ao período do início da pesquisa, o manejo da coleta de dados após seis meses com as participantes do estudo; proteção do sigilo de dados e inclusão dos contatos do CEP e da pesquisadora principal no TCLE.

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

Todos em Conformidade.

**Recomendações:**

Nenhuma.

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

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

**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: 5.378.433

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1786156.pdf	27/04/2022 13:02:20		Aceito
Outros	RESPOSTACEP.docx	27/04/2022 13:01:44	CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	28/03/2022 08:23:56	CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA	Aceito
Declaração de concordância	termosassinados.pdf	28/03/2022 08:23:31	CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/03/2022 08:23:22	CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CIENCIA.pdf	28/03/2022 08:23:16	CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	28/03/2022 08:23:09	CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA	Aceito
Outros	FIEL.pdf	28/03/2022 08:23:03	CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	28/03/2022 08:22:50	CAROLINA DE ALENCAR OHI GARCIA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 29 de Abril de 2022

Assinado por:  
**Maria Sidneuma Melo Ventura**  
(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