

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-graduação em Ciências aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia

Cláudia Lourdes Soares Laranjeira

**IMPACTO DA EPISIOTOMIA MEDIOLATERAL NA QUALIDADE DE VIDA PÓS-
PARTO E NA FUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES ASSISTIDAS
EM UM SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2024

Cláudia Lourdes Soares Laranjeira

**IMPACTO DA EPISIOTOMIA MEDIOLATERAL NA QUALIDADE DE VIDA PÓS-
PARTO E NA FUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES ASSISTIDAS
EM UM SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor (a) em Medicina.

Linha de pesquisa: Repercussões. Locais e Sistêmicas a Lesões Teciduais e a Farmacologia Aplicadas a Cirurgia.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Vitor Leite

Coorientador: Prof. Dr. Augusto Henriques Fulgêncio Brandão

Belo Horizonte

2024

L318i Laranjeira, Cláudia Lourdes Soares.
Impacto da Episiotomia Mediolateral na qualidade de vida pós-parto e na função do assoalho pélvico em mulheres assistidas em um serviço de saúde suplementar de Minas Gerais [recurso eletrônico]. / Cláudia Lourdes Soares Laranjeira. -- Belo Horizonte: 2024.
75f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Henrique Vítor Leite.
Coorientador (a): Augusto Henriques Fulgêncio Brandão.
Área de concentração: Ciências Aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Episiotomia. 2. Diafragma da Pelve. 3. Qualidade de Vida. 4. Dissertação Acadêmica. I. Leite, Henrique Vítor. II. Brandão, Augusto Henriques Fulgêncio. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WQ 415

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
MEDICINA - CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À CIRURGIA E À OFTALMOLOGIA

ATA DE DEFESA DE TESE

Às nove horas do dia dezessete de julho, de dois mil e vinte e quatro, na Faculdade de Medicina, na sala 526, realizou-se a sessão pública para a defesa da Tese de **CLÁUDIA LOURDES SOARES LARANJEIRAS**. A presidência da sessão coube ao prof. Henrique Vitor Leite (orientador) – UFMG. Inicialmente, o presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: Augusto Henriques Fulgêncio Brandão (coorientador) – UFMG, Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti – UFMG, Rivia Mara Lamaita – UFMG, Marcelo Esteves Chaves Campos – UNIFENAS e Renato Gomes Campanati – UFMG. Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua Tese de Doutorado, intitulada: IMPACTO DA EPISIOTOMIA MÉDIO LATERAL NA QUALIDADE DE VIDA PÓS PARTO E FUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES ASSISTIDAS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE MINAS GERAIS. Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar aprovada a Tese de Doutorado. O resultado final foi comunicado publicamente a candidata pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 17 de julho de 2024.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Esteves Chaves Campos, Usuário Externo**, em 18/07/2024, às 23:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Henrique Vitor Leite, Professor do Magistério Superior**, em 19/07/2024, às 12:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rivia Mara Lamaita, Professora do Magistério Superior**, em 21/07/2024, às 16:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti, Professora do Magistério Superior**, em 30/07/2024, às 10:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Augusto Henriques Fulgencio Brandao, Professor do Magistério Superior**, em 07/08/2024, às 10:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renato Gomes Campanati, Professor do Magistério Superior**, em 10/08/2024, às 08:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3308745** e o código CRC **45B730A5**.

Ao meu esposo Cristiano e

ao meu filho Deco.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho e, em especial, ao meu esposo.

À Profa. Dra. Vivian Rezende, professora do Departamento de Cirurgia e Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas a Cirurgia e Oftalmologia da UFMG, por acreditar na proposta de trabalho desde o concurso para ingressar no doutorado.

A todos os professores das disciplinas da Programa de Pós-graduação em Ciências aplicadas à Cirurgia e à Oftalmologia e do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG.

Ao Prof. Dr. Henrique Vítor Leite, professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG e integrante do Centro de Medicina da UFMG pela orientação.

Ao Prof. Dr. Augusto Henriques Fulgencio Brandão, professor do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, da Faculdade de Medicina da UFMG pela coorientação e por toda análise estatística.

Ao Dr. José Salvador Silva e Dr. Henrique Moraes Salvador Silva, presidente de honra e presidente do Conselho de Administração da Rede Mater Dei de Saúde, pela imprescindível presença em todos os momentos da minha formação médica.

À Dra. Márcia Salvador Géó, vice-presidente do conselho de administração da Rede Mater Dei de Saúde, pelas palavras amigas no meio do caminho.

Ao Prof. José Celso Cunha Guerra Pinto Coelho, Reitor da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, por sempre acreditar em mim, por sempre contar uma boa história e pela parceria nos últimos anos.

Ao Dr. Carlos Henrique Mascarenhas Silva, meu colega, amigo e sócio, pelo apoio e parceria em todos os momentos da coleta de dados.

Aos diretores da Fundação Educacional Lucas Machado (FELUMA), Dr. Wagner Eduardo Ferreira, Túlio Pedrosa e Flávio Amaral por me acolherem tão bem “na minha nova casa” e estarem sempre disponíveis no dia a dia. A jornada foi melhor ao lado de vocês.

À Profa. Dra. Rívia Mara Lamaita, minha amiga-irmã por estar ao meu lado e sempre me incentivar a prosseguir.

Às Profa. Dra. Carolina Melo e a residente Mariana Pires, pela brilhante análise pareada que fizemos de toda bibliografia, sem vocês tudo seria mais difícil.

Aos residentes do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e a Dra. Rachel Silviano Brandao Correa Lima pelo auxílio imprescindível na coleta de dados.

Aos plantonistas de Rede Mater Dei de Saúde - HUB Belo Horizonte por cuidarem de cada uma das nossas pacientes e acreditarem no nosso estudo.

Aos amigos da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Profa. Dra. Susan Lage, Prof. Me. Rodrigo Dutra, Prof. Me. Alexandre Braga, Prof. Dr. Rafael Duarte, Profa. Dra. Mariana Volpini, a docência trouxe vocês para minha vida, obrigado pela parceria.

À Fabíola Gomes Terenzi Gonçalves, bibliotecária da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais pela busca nas bases de dados e formatação.

Aos Prof. Dr. Marcelo Esteves Campos, Profa. Dra. Mariana Seabra Leite Praça e Profa. Dra. Kelly Cristine Lacerda Rodrigues Buzatti, meus avaliadores na qualificação, obrigado por cada contribuição ao estudo.

Obrigada, mulheres incríveis, por compartilharem suas histórias de parto e por serem a essência viva de força e resiliência. A cada relato, cada lágrima e cada sorriso, vocês transformaram nosso estudo em uma jornada de coragem e inspiração. Por vocês seguimos em frente...

RESUMO

Introdução: A episiotomia mediolateral é uma intervenção cirúrgica debatida por suas implicações na qualidade de vida e função do assoalho pélvico das mulheres. Atualmente, é recomendada de forma restritiva, mas não há consenso preciso sobre suas indicações. Para avaliar adequadamente o efeito da episiotomia mediolateral, deve ser considerado medidas de impacto de forma consistente e reproduzível, considerando os sintomas relacionados à função do assoalho pélvico. **Objetivo:** comparar a pontuação do questionário de qualidade de vida *Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7)* e a presença de sintomas de disfunção do assoalho pélvico em mulheres após parto vaginal submetidas ou não a episiotomia mediolateral com ou sem lesão esfíncteriana anal. **Pacientes e Métodos:** O estudo prospectivo, não intervencionista, foi realizado no período de fev/2020 a set/2023, conduzido em duas unidades de uma mesma rede hospitalar de saúde suplementar da região metropolitana de Belo Horizonte, incluindo 79 primíparas que tiveram parto vaginal. As pacientes foram alocadas em três grupos, de acordo com a presença de episiotomia mediolateral (COMP) com 25 pacientes, ausência de episiotomia (SEMP) com 29 pacientes e aquelas que apresentaram lesão de esfíncter anal (gOASIS) no parto com 12 pacientes. Todas foram avaliadas no período pós-parto em um ou dois momentos sendo a 1ª avaliação entre 25 e 160 dias após o parto e a 2ª avaliação a partir de 90 dias após o parto. Foram consideradas variáveis de desfecho: o relato de sintomas relacionados à bexiga, ao intestino ou à vagina e o impacto na qualidade de vida devido a estes sintomas. O impacto na qualidade de vida foi avaliado pelo questionário, validado na língua portuguesa, PFIQ-7 e seus três domínios: urinário (UIQ-7), intestinal (CRAIQ-7) e vaginal (POPIQ-7). **Resultados:** Os resultados do estudo indicaram que não houve diferenças significativas entre os três grupos em relação às características demográficas e obstétricas, bem como nos sintomas relacionados à vagina, bexiga e intestino. As análises comparativas entre os grupos dos questionários PFIQ-7 e seus domínios UIQ-7, CRAIQ-7 e POPIQ-7, no primeiro e segundo momentos de avaliação pós-parto não revelaram diferenças significativas, tanto entre os grupos quanto dentro do mesmo grupo entre os dois momentos de avaliação. **Conclusão:** O estudo sugere que a episiotomia mediolateral não impacta negativamente a qualidade de vida no pós-parto. Não houve diferença no impacto da qualidade de vida após o parto relacionado aos sintomas urinários, intestinais e vaginais em mulheres submetidas a parto vaginal com episiotomia mediolateral, sem episiotomia ou com lesão de esfíncter anal.

Palavras-chave: episiotomia mediolateral; assoalho pélvico; qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Mediolateral episiotomy is a surgical intervention debated due to its implications for the quality of life and function of the pelvic floor in women. Currently, it is recommended restrictively, but there is no precise consensus on its indications. To adequately assess the effect of mediolateral episiotomy, impact measures must be considered in a consistent and reproducible manner, considering symptoms related to pelvic floor function. **Objective:** to compare the Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) quality of life score and the presence of symptoms of pelvic floor dysfunction in women after vaginal birth, submitted or not to mediolateral episiotomy with or without anal sphincter injury. **Patients and Methods:** The prospective, non-interventional study was carried out from Feb/2020 to Sep/2023, conducted in two units of the same supplementary health hospital network in the metropolitan region of Belo Horizonte, including 79 primiparous women who had vaginal births. Patients were allocated into three groups according to the presence of mediolateral episiotomy (COMP) with 25 patients, absence of episiotomy (SEMP) with 29 patients and those who presented anal sphincter injury (gOASIS) at birth with 12 patients.. All patients were evaluated in the postpartum period at one or two moments, the 1st evaluation being between 25 and 160 days after birth and the 2nd evaluation starting 90 days after birth. Outcome variables were considered: the report of symptoms related to the bladder, intestine or vagina and the impact on quality of life due to these symptoms. The impact on quality of life was assessed using the questionnaire, validated in the Portuguese language, PFIQ-7 and its three domains: urinary (UIQ-7), intestinal (CRAIQ-7) and vaginal (POPIQ-7). **Results:** The results of the study indicated that there were no significant differences between the three groups in relation to demographic and obstetric characteristics, as well as symptoms related to the vagina, bladder and intestine. Comparative analyzes between the groups of the PFIQ-7 questionnaires and their UIQ-7, CRAIQ-7 and POPIQ-7 domains, in the first and second moments of postpartum assessment, did not reveal significant differences, either between the groups or within the same group. between the two assessment moments. **Conclusion:** The study suggests that mediolateral episiotomy does not negatively impact quality of life in the postpartum period. There was no difference in the impact on quality of life after childbirth related to urinary, intestinal and vaginal symptoms in women undergoing vaginal birth with mediolateral episiotomy, without episiotomy or with anal sphincter injury.

Keywords: mediolateral episiotomy; pelvic floor; quality of life.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Sintomas de disfunção relacionados ao Trauma do Assoalho Pélvico Obstétrico	27
Figura 1 – Desenho das lacerações perineais obstétricas menores - 1º e 2º grau	37
Figura 2 – Desenho das lacerações perineais obstétricas maiores / OASIS - 3º e 4º grau.	38
Figura 3 – Ilustração diagramática para demonstrar a técnica de reparo <i>overlapping</i> do músculo esfíncter anal externo.	39
Figura 4 – Ilustração diagramática demonstrando a aproximação convencional <i>end-to-end</i> do músculo esfíncter anal rompido com suturas simples ou em ‘figura de 8’	40
Quadro 2 – Fluxo de pacientes durante o estudo	43
Quadro 3 – Fluxo de pacientes após a 1ª avaliação	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das pacientes	45
Tabela 2 - Sintomas urinários, colorretais e locais relatados pelas pacientes na 1ª avaliação após o parto	47
Tabela 3 – Pontuação Questionário PFIQ-7 total e as três subescalas, para avaliação de Impacto de sintomas do assoalho pélvico, na 1ª avaliação pós-parto	48
Tabela 4 – Pontuação Questionário PFIQ-7 total e as três subescalas, para avaliação de Impacto de sintomas do assoalho pélvico, na 2ª avaliação pós-parto.....	50
Tabela 5 – Pontuação Questionário PFIQ-7 total e as três subescalas, para avaliação de Impacto de sintomas do assoalho pélvico, na 1ª e 2ª avaliação pós-parto.	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância Paramétrica
CEP	Conselho de Ética e Pesquisa
CETPO	Curso de Emergências no Trauma Perineal Obstétrico
COMP	Grupo de mulheres submetidas a parto vaginal com episiotomia mediolateral e sem lesão de esfíncter anal
CRAIQ-7	<i>Colorrectal Anal impact questionnaire-7</i>
CRMMG	Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
DAP	Disfunção do Assoalho Pélvico
EVA	Escala Visual Analógica
EML	Episiotomia mediolateral
IFSF	Índice de Função Sexual Feminina
gOASIS	Grupo de mulheres submetidas a parto vaginal com ou sem episiotomia com lesão de esfíncter anal ocorrido durante o parto.
ICS	<i>International Continence Society</i>
Ig	Idade gestacional
IUGA	<i>International UroGynecological Association</i>
OASIS	<i>Obstetric and Anal Sphincter Injuries</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDI-20	<i>Pelvic Floor Distress Inventory-20</i>
PFIQ-7	<i>Pelvic Floor Impact Questionnaire</i>
POPIQ-7	<i>Prolapse Organ Pelvic Impact Questionnaire-7</i>
QV	Qualidade de Vida
SEMP	Grupo de mulheres submetidas a parto vaginal sem episiotomia e sem lesão de esfíncter anal
SF-36	<i>Medical Outcomes Study Short Form 36-Item</i>
SOGIMIG	Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UIQ – 7	<i>Urinary Impact Questionnaire-7</i>
VO	Violência obstétrica

WHOQOL *World Health Organization Quality of Life*

WHOQOL-Bref 26 *World Health Organization Quality of Life, versão reduzida*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Evolução da Assistência ao Parto	15
1.2 A episiotomia - evolução histórica e as práticas atuais	16
1.3 Impacto parto vaginal sobre assoalho pélvico	18
1.4 Relevância	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Efeito da episiotomia mediolateral sobre sintomas do assoalho pélvico	22
2.2 Avaliação de sintomas do assoalho pélvico relacionados ao parto	24
2.3 Avaliação de Qualidade de Vida após o parto	28
3 OBJETIVOS	31
4 PACIENTES E MÉTODOS	32
4.1 Modelo do estudo	32
4.2 Pacientes	32
4.3 Critérios de inclusão	33
4.4 Critérios de exclusão	33
4.5 Métodos	33
4.6 Eventos definidores da distribuição entre os grupos	36
4.6.1 Técnica da episiotomia, sutura de lacerações perineais 1o e 2o grau e episiorrafia	36
4.6.2 Diagnóstico, classificação, sutura e cuidados nas lacerações perineais de 3º e 4º grau	37
4.7 Análise dos resultados	40
4.8 Análise estatística	40
5 RESULTADOS	42
6 DISCUSSÃO	52
7 CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
APÊNDICE B - Ficha de avaliação sintomas pós-parto	67
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP	69
ANEXO B - Questionário de Impacto no Assoalho Pélvico	72

1 INTRODUÇÃO

Desde 1996, quando iniciei minha especialização em obstetrícia e ginecologia, dediquei-me intensamente ao cuidado das gestantes e ao estudo dos melhores métodos para assistência ao parto. Construí um vínculo sólido com a obstetrícia ao realizar o mestrado em Saúde da Mulher no Serviço de Medicina Fetal da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob a orientação do Prof. Antônio Carlos Vieira Cabral e coorientação do Prof. Henrique Vitor Leite. Em 2000, buscando aprimorar ainda mais meu conhecimento e atuação, especializei-me em uroginecologia no Hospital Mater Dei, sob a orientação da Dra. Márcia Salvador Géo. Foi nessa época que aprofundei meus estudos focados na saúde do assoalho pélvico, um período fundamental para compreender as complexidades e desafios que as mulheres enfrentam durante e após o parto vaginal.

Ao longo dos anos, assumi papéis de liderança que me permitiram influenciar e melhorar as práticas obstétricas. Em 2009, passei a supervisionar a residência médica em ginecologia e obstetrícia no Hospital Mater Dei, e em 2011, assumi a coordenação do serviço de ginecologia e obstetrícia. Nessa posição, vivi de perto os grandes dilemas da assistência obstétrica, especialmente diante dos novos paradigmas e movimentos ativistas contra a violência obstétrica. Essa experiência consolidou meu compromisso com uma prática obstétrica humanizada e baseada em evidências, sempre buscando a melhor assistência para as mulheres e seus bebês.

Neste estudo, investigaremos o impacto da episiotomia, especificamente do tipo mediolateral, na qualidade de vida (QV) e função do assoalho pélvico das mulheres. A episiotomia, uma intervenção cirúrgica realizada durante o parto vaginal, tem sido amplamente debatida quanto à sua eficácia e segurança. Historicamente, esse procedimento visava ampliar a abertura vaginal para facilitar o nascimento, mas sua prática tem sido criticada, e o seu uso, de forma restrita, é defendido para evitar complicações e promover uma assistência obstétrica mais humanizada. Esta introdução abordará a evolução histórica do parto e das práticas da episiotomia, apresentará um panorama das disfunções do assoalho pélvico relacionadas ao parto vaginal e discutirá a relevância do estudo para fundamentar políticas públicas que promovam a saúde materna de forma eficaz e humanizada.

1.1 Evolução da Assistência ao Parto

A assistência ao parto evoluiu significativamente desde o início do século XIX, passando de uma prática domiciliar assistida por parteiras para um modelo hospitalar. No início, o parto era um evento comunitário, com as mulheres da comunidade, agindo com base em instintos e experiências pessoais. Com o tempo, avanços como a anestesia epidural, a cesariana e a episiotomia, bem como a melhoria das técnicas cirúrgicas e a introdução de antibióticos, contribuíram para a melhor assistência e redução da mortalidade materna (Chalmers, 1992).

Todavia, essa medicalização trouxe preocupações quanto a intervenções desnecessárias e seus possíveis efeitos adversos. Na busca por uma abordagem mais equilibrada, emergiram paradigmas diversos, como o tecnocrático, humanista e holístico. O paradigma tecnocrático foca na segurança clínica através de intervenções médicas, enquanto o humanista valoriza a experiência emocional da mulher. Já o paradigma holístico integra aspectos físicos, emocionais e sociais, promovendo o bem-estar materno e neonatal através de práticas complementares (Davis-Floyd, 2001).

Apesar desses avanços, a violência obstétrica (VO), definida como uma violação dos direitos humanos das mulheres durante o parto, incluindo intervenções não consentidas e tratamento desrespeitoso, continua sendo um problema significativo, especialmente na América Latina. Estudos relatam altas taxas de intervenções como episiotomia, uso de ocitocina sintética, analgesia e uso de fórceps sem consentimento, refletindo em uma suposta má qualidade dos cuidados de saúde com uma percepção limitada dos profissionais de saúde sobre práticas impropriedades, de desrespeito e abuso (Bohren *et al.*, 2014; Bowser; Hill, 2010).

A discussão sobre VO é complexa e controversa, com resistência ao termo entre profissionais médicos. No entanto, reconhecer e enfrentar essa violência é crucial para promover uma assistência obstétrica mais ética e baseada em evidências. A formação adequada dos profissionais de saúde para tratar as mulheres com compaixão e dignidade é essencial para melhorar a percepção e a prática da assistência ao parto, abordando tanto as intervenções necessárias quanto as desnecessárias (Loreto *et al.*, 2022; Mena-Tudela *et al.*, 2020).

Embora seja importante realizar o parto com atenção e respeito às expectativas da gestante, evitando intervenções sem indicação precisa e reduzindo cesarianas desnecessárias, é crucial

garantir que essa abordagem não comprometa a qualidade de vida das mulheres e dos conceitos. A episiotomia é uma das intervenções que pode ocorrer durante o parto e, nas últimas décadas, tem sido condenada como uma forma de VO, uma intervenção desnecessária ou uma má prática. Este cenário nos leva a uma análise do impacto da episiotomia e do parto vaginal sobre o assoalho pélvico, considerando que o parto vaginal é fator de risco modificável mais importante para o desenvolvimento de disfunções do assoalho pélvico (DAP), especialmente o prolapso de órgãos pélvicos (Vignoli, 2015).

1.2 A episiotomia - evolução histórica e as práticas atuais

A episiotomia, introduzida por Carl Braun em 1857, é uma intervenção cirúrgica comum no parto, realizada para ampliar a abertura vaginal durante o segundo estágio do trabalho de parto. Registros antigos, datados de 1741, já mencionavam procedimentos similares para prevenir lacerações perineais severas. A prática liberal da episiotomia foi amplamente adotada no passado, mas evidências recentes questionam sua eficácia e segurança, resultando em padrões de prática variados e opiniões divergentes sobre os riscos e benefícios da episiotomia de rotina (Nugent *et al.*, 1935; Ould, 1767).

A justificativa principal para a realização rotineira da episiotomia era a prevenção de lacerações espontâneas grandes e irregulares no períneo, facilitando uma reparação mais simples e uma reconstrução anatomicamente precisa. No entanto, o uso excessivo da episiotomia tem sido criticado como um possível indicador de manejo inadequado da segunda fase do trabalho de parto. Atualmente, a decisão de realizar uma episiotomia deve ser criteriosa, levando em consideração o momento e o local apropriados, seguida de uma reparação imediata e precisa após o parto.

Uma revisão sistemática publicada em 2000 pela Cochrane analisou seis estudos de alta qualidade sobre episiotomia, comparando políticas restritivas e liberais. Os resultados indicaram que a restrição da episiotomia reduz os traumas perineais que necessitam de sutura e diminui as complicações na cicatrização, com uma redução absoluta de 23% no risco de trauma perineal. No entanto, não houve benefícios na prevenção de lacerações do esfíncter anal, e a episiotomia mediana mostrou aumentar o risco dessas lacerações em comparação com a mediolateral. Além disso, a episiotomia liberal não reduziu a dor, dispareunia, ou incontinência urinária (Carroli; Belizan, 2000).

Diante dessas evidências, o uso restritivo da episiotomia passou a ser preconizado como a melhor prática assistencial. A mais comum definição de episiotomia restritiva é realização de tal incisão, por critério do médico assistente, limitada a situações em que a laceração perineal seja iminente, já tenha iniciado, ou quando há urgência de desprendimento do feto (Nassar *et al.*, 2019). Existem vários tipos de episiotomia descritos, sendo os mais comuns a mediana, mediolateral, em "J" e lateral, sendo a mediolateral a mais comum devido ao menor risco de lesão do esfíncter anal.

A episiotomia mediolateral, idealmente, é realizada em um ângulo de 60 graus em direção à tuberosidade isquiática, evitando a área do esfíncter anal, e pode ser feita no lado direito ou esquerdo do períneo. Esta técnica é preferida por ser associada a uma menor incidência de lesões esfíncterianas anais e consequente menor risco de incontinência anal ou fecal e dispareunia em comparação com a episiotomia mediana. Por outro lado, a episiotomia mediana, uma incisão vertical na linha média, apresenta um maior risco de lesão retal e lesões do esfíncter (Hartmann *et al.*, 2005).

Modificações no procedimento de episiotomia podem reduzir o risco de lacerações maiores. Realizar a episiotomia apenas na fase expulsiva do segundo estágio do trabalho de parto, quando a parte fetal apresentada estiver projetando o períneo durante um esforço, e garantir um ângulo maior 45° ou 60° a partir da linha média, são práticas associadas a um menor risco de lesão de esfíncter anal chamada de OASIS (*Obstetric Anal Sphincter Injuries*). Ferramentas como a tesoura Episcissors-60 e o episímetro foram desenvolvidas para garantir a precisão da incisão (Verghese *et al.*, 2016; Stedenfeldt *et al.*, 2012; Rusavy; Karbanova; Kalis, 2016).

Revisões sistemáticas da Cochrane, realizadas em 2009 e 2017, ajustaram as recomendações sobre episiotomia, indicando que o uso restritivo pode não ser benéfico em todos os casos. Essas revisões revelaram que a episiotomia de rotina parece proteger contra complicações perineais após partos operatórios com o uso de fórceps (Carroli; Mignini, 2009; Jiang *et al.*, 2017).

A diminuição na prática da episiotomia está em consonância com as expectativas das mulheres por um parto mais natural e menos intervencionista, promovendo uma experiência de parto mais positiva e respeitosa. Estudos demonstram que a episiotomia frequentemente não é necessária e pode acarretar complicações adicionais, como disfunções urinárias, intestinais, sexuais e

locais. A última revisão sistemática da Cochrane, mencionada anteriormente, destacou a grande heterogeneidade dos estudos, com apenas 12 estudos sendo considerados para a revisão, dos quais poucos apresentavam evidências adequadas (Jiang *et al.*, 2017). Dessa forma, a construção de diretrizes técnicas sobre o uso ou não da episiotomia é bastante fragilizada.

Embora a prática restritiva de episiotomia seja geralmente preferida, suas indicações específicas ainda necessitam de refinamento para equilibrar segurança e eficácia no manejo do parto.

1.3 Impacto parto vaginal sobre assoalho pélvico

As DAP após o parto podem trazer consequências devastadoras na qualidade de vida das mulheres, devido às notáveis mudanças no assoalho pélvico durante a gravidez e parto. Nos Estados Unidos, 25% das mulheres, sofrem dessas disfunções e 20% necessitarão de cirurgia para tratá-las ao longo da vida. Os sintomas incluem o prolapso de órgãos pela abertura vaginal, perda de urina ao rir, tossir ou fazer exercícios, perda fecal e disfunção sexual (Leijonhufvud *et al.*, 2011; Delancey *et al.*, 2024).

Diversos fatores influenciam as DAP ao longo da vida de uma mulher. O parto vaginal, fatores genéticos, nutricionais e hormonais são influenciadores da função muscular perineal. Após atingir a maturidade, tais fatores podem levar a danos ou deterioração da função do assoalho pélvico resultando em sintomas que decorrem da interação entre a integridade estrutural do assoalho pélvico e a severidade das demandas impostas a ele (Delancey *et al.* 2008).

Durante a gravidez, os tecidos do assoalho pélvico começam a se modificar em preparação para o parto, com o hiato genital, do músculo elevador do ânus, aumentando até 29% em repouso no terceiro trimestre. Essas alterações ocorrem no nível molecular, com alongação da fibra muscular de 20% a 30% e aumento de 50% a 140% na matriz extracelular dos tecidos do assoalho pélvico no final da gravidez. As propriedades viscoelásticas dos tecidos também se alteram, permitindo uma extensão de 300% com facilidade, na maioria das mulheres (Lien *et al.*, 2004). Rupturas musculares, por estiramento muscular, são visualizadas em exames de imagem e ocorrem quando há perda da plasticidade muscular. Já é sabido que lesões musculares não ocorrem por causa de compressão das estruturas musculares ou por lesão neurológica, pois não são observados nem edema nem atrofia muscular. A ruptura do músculo elevador do ânus ocorre em 13 a 36% das mulheres após o parto vaginal, causando alargamento do hiato genital

e esta fortemente associada a prolapsos e sintomas disfuncionais (Schwertner-Tiepelmann *et al.*, 2012). No entanto, é crucial entender o que ocorre quando essa extensão não é bem-sucedida, resultando em lesões pois os fatores celulares e moleculares responsáveis por esse fenômeno ainda precisam ser estabelecidos (Alperin *et al.*, 2015; Delancey *et al.* 2024).

A capacidade geométrica do canal de parto inferior para acomodar o polo cefálico fetal de diferentes diâmetros, referida como capacidade-demanda, também é um fator crítico. Tracy *et al.* ao analisar as propriedades viscoelásticas do canal de parto, previram que cerca de 15% das mulheres estão em risco de lesão relacionada ao estiramento da musculatura perineal. Essa análise pode identificar quais mulheres têm maior risco de lesão no músculo levantador do ânus, permitindo um planejamento mais seguro do parto. Por exemplo, uma mulher com um hiato pequeno e uma cabeça fetal grande pode sofrer uma lesão se seus tecidos forem rígidos, enquanto outra com tecidos elásticos pode evitar tais lesões (Tracy *et al.*, 2018).

A musculatura do esfíncter anal pode também poder ser acometida durante o parto e gerar sintomas de DAP como urgência e incontinência anal. Lesões no esfíncter anal visíveis no momento do parto ocorrem em aproximadamente 3% dos partos vaginais. Todavia, estudos de ultrassonografia e ressonância magnética das estruturas mais profundas do assoalho pélvico mostram que o músculo elevador do ânus pode ser gravemente lesionado durante o parto vaginal em até 19% das mulheres, sendo seis vezes mais provável do que lesões no esfíncter anal. Essa lesão não se recupera e é uma das principais causas de DAP mais tarde na vida (Cassadó *et al.*, 2020).

O parto vaginal seguido de uma recuperação "normal" geralmente não afeta a função do assoalho pélvico a ponto de causar sintomas significativos. Contudo, por métodos de imagem é possível visualizar alterações nas estruturas perineais que indicam partos vaginais anteriores. A função do assoalho pélvico pode ser gravemente afetada por lesões definitivas ou reparos inadequados, com as DAP aparecendo 20 a 30 anos depois em casos de recuperação parcial, ou imediatamente após o parto em casos de danos extensivos. Algumas mulheres sofrem lesões tão graves que o prolapso é visível imediatamente e não se recupera com o tempo (Delancey *et al.*, 2008).

Para prevenir lesões no parto, pode-se adotar o modelo de Van Mechelen, amplamente utilizado para prevenir lesões esportivas. Este modelo envolve quatro etapas principais. 1) estabelecer a

incidência e a gravidade das lesões do assoalho pélvico, algo já bem documentado para lesões no músculo elevador do ânus, mas ainda em desenvolvimento para lesões no corpo perineal e na membrana perineal, 2) entender a etiologia e os mecanismos mecânicos das lesões, 3) introduzir medidas preventivas, que atualmente são limitadas, exceto para compressas e massagens perineais, 4) avaliar a eficácia da intervenção por meio de ensaios clínicos randomizados em diferentes ambientes de atendimento. A principal lacuna de conhecimento atual é a falta de meios confiáveis para prever quem será lesionado durante um parto vaginal, a fim de encontrar maneiras mais eficazes de prevenir essas lesões (Delancey *et al.*, 2024).

As tentativas de reparar essas lesões musculares ainda não foram bem-sucedidas, tornando a prevenção mais essencial. Compreender a correlação entre lesões anatômicas, sintomas e impacto na vida das mulheres continua a ser objeto de muitos estudos.

1.4 Relevância

Considerando que a episiotomia mediolateral, quando realizada adequadamente, pode não causar complicações significativas, não impactar os sintomas de DAP e a qualidade de vida, é crucial a implantação sistemática de políticas de capacitação das equipes assistenciais em práticas baseadas em evidência. Isso inclui a técnicas de prevenção de DAP, definição precisa das situações em que a episiotomia deve ser realizada, diagnóstico e tratamento do trauma perineal obstétrico grave.

O desconhecimento sobre o impacto real de qualquer intervenção durante o trabalho de parto, especialmente quanto ao desenvolvimento de sintomas e na qualidade de vida das mulheres, é ponto determinante para a “não autorização” indiscriminada, para realização de procedimentos, insatisfação das mulheres e conflitos entre pacientes e equipes quanto ao resultado do parto. Intervenções médicas sem consentimento durante o trabalho de parto podem ter um papel significativo nas experiências autodeclaradas de parto negativo e traumático. Estudos recentes revelaram que 42% na Holanda, 34% na Austrália e 39% na Itália relataram episiotomias sem consentimento. A distribuição desigual desses procedimentos reflete disparidades raciais e socioeconômicas no atendimento materno, exacerbando a vulnerabilidade de certos grupos. A conclusão do artigo "*The ethics of consent during labour and birth: episiotomies*" de Marit Van Der Pijl *et al.*, (2023) destaca necessidade imperativa do consentimento informado para procedimentos intraparto, enfatizando o valor intrínseco do consentimento como respeito à

autonomia das mulheres e na construção da confiança entre paciente e profissionais de saúde. Entretanto, qualquer tomada de decisão, quanto a intervenções controversas, no contexto do trabalho de parto apresenta desafios únicos que podem tornar esse ideal impraticável. Assim, recomenda-se o uso do período pré-natal para informar e construir confiança, além de empregar formas variadas de consentimento e adaptar os procedimentos de acordo com as necessidades individuais das mulheres (Van Der Pijl *et al.*, 2023).

Sendo assim, o entendimento sobre o impacto da episiotomia no desenvolvimento de sintomas de DAP e na qualidade de vida das puérperas pode fundamentar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e assistência ao parto no Brasil, para a educação das mulheres durante o pré-natal, incluindo a necessidade ou não de realizar os procedimentos, assim como a forma de obter o consentimento das mulheres. Tais políticas promoveriam um atendimento mais humanizado e respeitoso e reforçaria os direitos das mulheres com melhora dos resultados de saúde materna.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O trauma perineal obstétrico de qualquer intensidade afeta milhões de mulheres, com uma incidência de mais de 91% em primíparas e mais de 70% em múltiparas, podendo impactar nas atividades diárias, bem-estar psicológico, função sexual e qualidade de vida. O aumento recente na incidência relatada deve-se principalmente ao melhor treinamento e conscientização sobre o diagnóstico das lesões do esfíncter anal (Smith *et al.*, 2013).

2.1 Efeito da episiotomia mediolateral sobre sintomas do assoalho pélvico

Um possível fator de risco ou proteção de lesões anatômicas e/ou disfunções do assoalho pélvico é o uso da episiotomia mediolateral (EML) durante o parto vaginal. Essa incerteza quanto aos benefícios da episiotomia mediolateral traz as seguintes questões de pesquisa: a episiotomia mediolateral é um fator de risco para a ocorrência de queixas uroginecológicas? A episiotomia mediolateral reflete em uma pior qualidade de vida das mulheres no período pós-parto? (Serati; Salvatore; Rizk, 2019).

Um grande estudo coorte retrospectivo realizado com mulheres norte-americanas em 2003, envolveu 2858 pacientes e avaliou incontinência urinária e anal 6 meses pós-parto considerando o tipo de episiotomia e parto sem episiotomia. Nestas mulheres a episiotomia mediana apresentou maior risco de laceração de esfíncter anal e episiotomia mediolateral tem efeito protetivo para lacerações do esfíncter anal. A análise ajustada por OR descobriu que a episiotomia na linha média revelou uma associação significativa com lacerações do esfíncter anal (OR, 2,24; IC 95%, 1,81, 2,77), a episiotomia mediolateral pareceu ser protetora contra a laceração do esfíncter (OR, 0,66; IC 95%, 0,375, 1,19). Mulheres com laceração de esfíncter anal apresentaram mais dificuldade para continência anal. Sintomas de descontrole do intestino são 10 vezes mais comuns em mulheres com laceração do esfíncter anal de 4º grau se comparadas com aquelas com laceração de 3º grau (Fenner *et al.*, 2003).

Sartore e colaboradores em um estudo de coorte prospectivo realizado na Itália observaram 519 mulheres sendo 254 com EML e 265 sem episiotomia, não houve diferença significativa entre o grupo EML e sem episiotomia em relação à incidência de incontinência urinária e anal e prolapso genital. A dispareunia e a dor perineal foram significativamente mais frequentes no

grupo da EML (7,9% versus 3,4%, $P = 0,026$; 6,7% versus 2,3%, $P = 0,014$, respectivamente) (Sartore *et al.*, 2004).

Fritel *et al.* (2008), realizou trial comparativo quasi-randomizado, com 774 mulheres divididas em 2 grupos de EML de rotina (liberal) e EML restritiva. As taxas EML realizadas foi de 88% no grupo de rotina 49% no grupo restritiva. O estudo é quasi-randomizado porque o uso da episiotomia é uma intervenção no curso de uma situação clínica e não pode ser randomizada. Em um seguimento de 4 anos os autores verificaram, por questionários de sintomas, que o uso liberal de episiotomia não diminui a prevalência da incontinência urinária. Também confirmaram que a EML não está associada a um risco aumentado de dor perineal ou dispareunia. A comparação bivariada, considerando outros fatores de risco para sintomas, não mostraram diferenças para distúrbios urinários, dor perineal, ou dor durante a relação sexual entre EML liberal ou restritiva. Já a incontinência por flatos foi mais comum em mulheres que deram à luz episiotomia EML.

Fodstad, Laine e Staff (2013) ao comparar diferentes tipos de episiotomia, não encontraram diferença na distribuição da pontuação da escala visual analógica (EVA) entre as técnicas. A análise de regressão linear da pontuação EVA como variável contínua não mostrou associação com a técnica de episiotomia no pós-parto imediato. O ajuste para o tipo de parto, operatório ou não, a analgesia peridural durante o parto e quaisquer outras lacerações vaginais espontâneas adicionais não alteraram as conclusões.

Estudos, prospectivos, realizados na República Tcheca entre 2010 e 2012 observaram mulheres após parto vaginal com episiotomia mediolateral e episiotomia lateral, no pós-parto imediato, até 72 horas, 10 dias, 3 e 6 meses. Mais de 500 mulheres foram incluídas, observaram que não houve diferenças significativas entre os dois grupos em termos de pontuações gerais de dor até o 6º mês pós-parto. As taxas de incontinência anal nos primeiros 6 meses foram muito baixas sem diferenças entre os grupos. A ocorrência de urgência fecal foi maior no grupo de episiotomia lateral. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos de estudo na deterioração ou melhora da excitação sexual, satisfação, orgasmo ou lubrificação. (Necsalova *et al.*, 2016; Rusavy; Karbanova; Kalis, 2016; Karbanova *et al.*, 2014)

Speksnijder e colaboradores (2019) em um estudo coorte observacional prospectivo, com 204 mulheres com e sem EML avaliaram a ocorrência de avulsão do musculo elevador do ânus vista

em ultrassonografia, sintomas de incontinência urinária, anal e disfunção sexual e o impacto dos sintomas nas atividades diárias. Os autores concluíram que a EML não é um fator de risco nem um fator de proteção para lesão do elevador do ânus e sugeriram que a lesão deste músculo é resultado de um parto vaginal difícil, por exemplo, como um segundo estágio mais longo ou em uma posição fetal anterior “não” occipital. A EML não influenciou a frequência dos sintomas uroginecológicos. Apesar de um seguimento de apenas 13 meses os autores não evidenciaram diferenças nas queixas uroginecológicas entre as mulheres com e sem lesão do levantador do levator.

A revisão dos estudos citados acima indica que a episiotomia mediolateral não gera novos sintomas significativos de disfunção do assoalho pélvico, como incontinência urinária ou anal, em comparação com partos sem episiotomia. No entanto, há evidências de que a EML está associada a uma maior incidência de dor perineal e dispareunia, o que pode impactar negativamente a qualidade de vida das mulheres no pós-parto imediato. Não encontramos estudos que avaliassem a episiotomia sob a ótica da QV, falta de diferenças significativas sugere que, embora a EML possa oferecer proteção contra trauma perineal obstétrico grave, sua utilização deve ser criteriosa e baseada nas necessidades individuais das pacientes, considerando os potenciais desconfortos pós-parto (Fenner *et al.*, 2003; Sartore *et al.*, 2004; Fritel *et al.*, 2008, Karbanova *et al.*, 2014; Necesalova *et al.*, 2016; Rusavy; Karbanova; Kalis, 2016; Speksnijder *et al.*, 2019).

2.2 Avaliação de sintomas do assoalho pélvico relacionados ao parto

Os transtornos do assoalho pélvico obstétrico englobam uma série de alterações anatômicas e funcionais associadas à gravidez e ao parto. O trauma do assoalho pélvico refere-se a lesões nas diferentes estruturas anatômicas desta região, ocorrendo comumente durante o primeiro parto vaginal. As lesões mais descritas são trauma perineal, vaginal e do esfíncter anal, podendo envolver ruptura ou estiramento dos tecidos, além de danos musculares e do tecido conjuntivo (Doumouchsis *et al.*, 2023).

Os elementos necessários para a classificação, diagnóstico e tratamento dos traumas perineais e transtornos do assoalho pélvico obstétrico muitas vezes carecem de normatização. Desde 2010, as entidades *International Continence Society (ICS)* e *International Urogynecological Association (IUGA)* desenvolveram diversos relatórios terminológicos baseados em consenso

para DAP feminino com objetivo de auxílio à prática clínica e estímulo à pesquisa (Haylen *et al.*, 2010).

Os relatórios da ICS e IUGA seguem uma metodologia para seleção de termos e consenso sobre definições. Esses documentos são essencialmente definidores de nomenclatura, compilando termos usados para expressar conceitos específicos no estudo dos transtornos do assoalho pélvico durante o ciclo gravídico-puerperal. A cada revisão, os termos existentes, novos e revisados são incluídos, com notas explicativas, para as mudanças, quando aplicável (Doumouchtsis *et al.*, 2023).

De acordo com as normatizações ICS/IUGA, sintoma é definido como qualquer fenômeno mórbido ou desvio do normal em estrutura, função ou sensação, vivenciado pela mulher e indicativo de doença ou problema de saúde. Os sintomas são apresentados voluntariamente ou provocados pelo profissional de saúde entrevistador, ou podem ser descritos pelo cuidador do indivíduo (Haylen *et al.*, 2010).

Em 2010, a normatização ICS/IUGA descreveu os sintomas de DAP do trato urinário baixo no relatório “Terminologia para Disfunção do Assoalho Pélvico Feminino”. Este relatório detalhou mais de 250 definições relacionadas a sintomas, sinais, investigações urodinâmicas e diagnósticos comuns de disfunções do assoalho pélvico. O objetivo foi fornecer clareza e usabilidade, tornando-o compreensível para profissionais de diversas especialidades envolvidas no cuidado dessas disfunções (Haylen *et al.*, 2010).

Em 2017, a terminologia para sintomas de DAP relacionados ao sistema anorretal feminina foi publicada e descrita como sintomas de incontinência anorretal a queixa de perda de fezes sólidas, líquidas e/ou de gases. Também foi descrito, nesta publicação, outros sintomas classificados em sintomas de armazenamento, sintomas pós defecação, sintomas anorretais relacionados a sensibilidade, dor e atividade sexual (Sultan *et al.*, 2017).

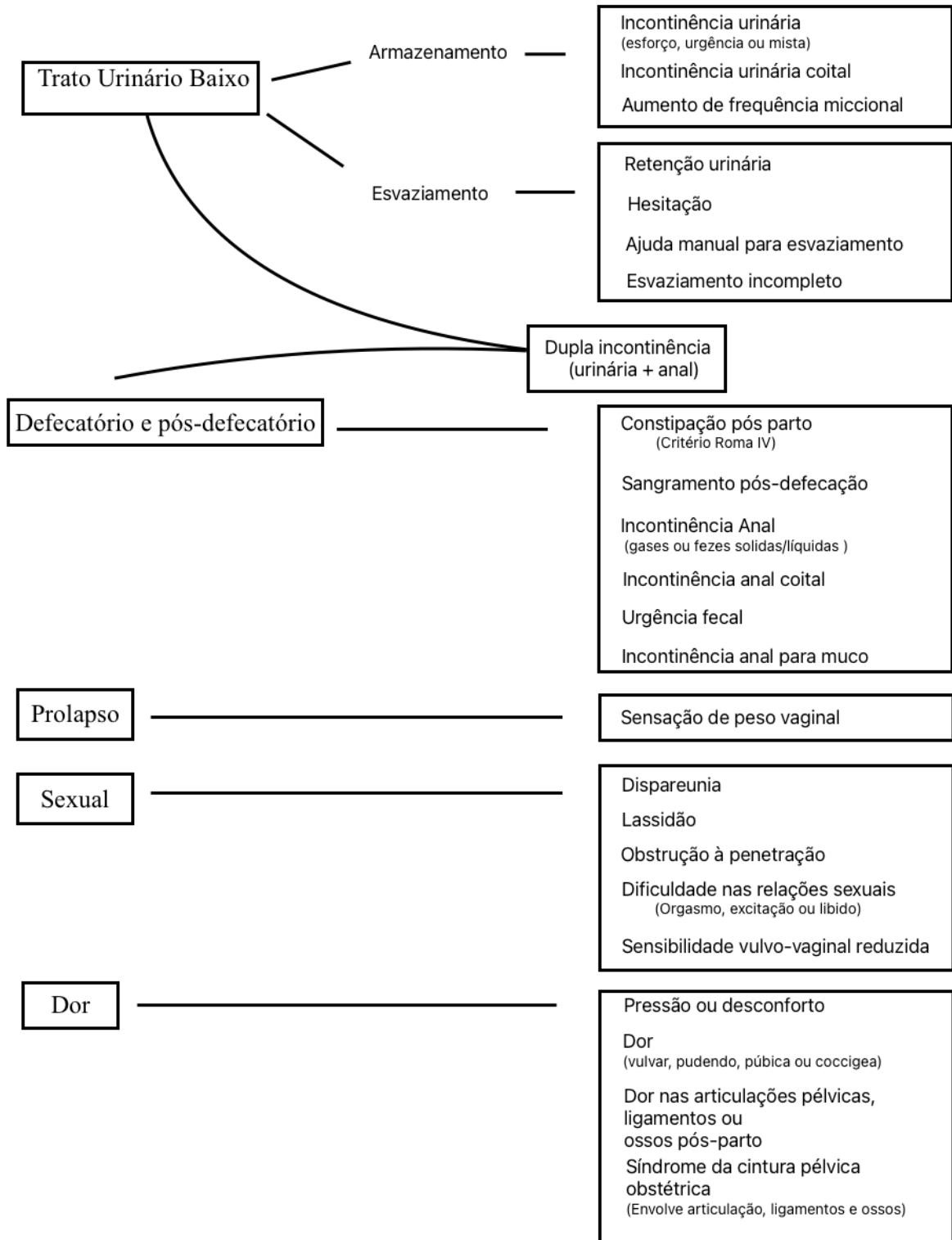
Em 2018, a ICS e IUGA publicaram terminologia de saúde sexual de mulheres com disfunção do assoalho pélvico feminino, descreveram os modelos de resposta sexual, função normal e as DAP relacionando-as a função sexual. Nesta normatização os sintomas de disfunção sexual foram definidos de acordo com sua relação com sintomas vaginais, relacionados a prolapso

genitais, ao trato urinário baixo, colorretal, sintomas de dor, relacionados a cirurgias e outros (Rogers *et al.*, 2018).

Na última edição da terminologia ICS/IUGA, em 2023, as disfunções do assoalho pélvico descritas nas publicações anteriores foram normatizadas de acordo com a ocorrência exclusivamente durante a gravidez e até 12 meses pós-parto e foram categorizadas em: 1) Sintomas do trato urinário, 2) sintomas defecatórios e pós defecatórios, 3) sintomas de prolapsos genitais, 4) sintomas de disfunções sexuais e 5) sintomas relacionados a dor (Quadro 1).

Os termos usados para definir os sintomas específicos foram incluídos por apresentarem maior relevância, no que diz respeito à anatomia do assoalho pélvico e às alterações funcionais. Sendo assim, a investigação de sintomas nas 5 categorias, é realizada por perguntas diretas ou questionários de sintomas, exame físico e quando indicado propedêutica complementar específica (Doumouchtsis *et al.*, 2023).

Quadro 1- Sintomas de disfunção relacionados ao Trauma do Assoalho Pélvico Obstétrico*



* sintomas manifestados durante a gestação ou até 12 semanas pós-parto.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024 (de Doumouchsis *et al.*, 2023).

2.3 Avaliação de Qualidade de Vida após o parto

Qualidade de vida (QV) é um conceito amplamente utilizado nas últimas décadas; no entanto, mostra-se complexo e sem uma definição comum. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), é “uma percepção individual da vida no contexto de cultura e sistema de valores”. A QV pode estar relacionada à saúde e abranger as dimensões sociais, mentais e físicas. Considerando a QV na saúde, ela pode ser medida de forma genérica ou específica, relacionando-a a condições específicas. (Lee; OH, 2020).

Portanto, a QV é uma das importantes consequência para a saúde e desempenha um papel importante na implementação e avaliação de intervenções em saúde. Na medicina, a avaliação da QV vem ganhando espaço por sua capacidade de mensurar e identificar situações que impactam a execução de atividades diárias ou a saúde emocional e mental, auxiliando, dessa forma, na adoção de medidas de promoção de saúde, bem como de intervenções eficazes na prevenção e tratamento de doenças (Rôla *et al.*, 2018).

A OMS reuniu especialistas em saúde e QV de diversas regiões do mundo para desenvolver ferramentas que quantificassem de forma objetiva a qualidade de vida, propondo o questionário internacional e transcultural World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100) e sua versão reduzida (WHOQOL-Bref 26). Ambos são compostos por seis domínios, físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ cresças pessoais (Fleck *et al.*, 1999). Outro questionário genérico amplamente utilizado é o Medical Outcomes Study Short Form 36-Item (SF-36), que já foi utilizado na análise de mais de 200 doenças e traduzido em 40 países. Ele avalia 8 dimensões da QV: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental (Ciconelli, 1997).

O parto pode ter impactos profundos na vida das mulheres, tanto pelas mudanças sociais trazidas pela maternidade quanto pelas alterações físicas e emocionais a curto e longo prazo. Tais mudanças podem ser importantes indicadores de morbidade materna e baixa QV em mulheres em idade reprodutiva. Função sexual é um critério importante nos questionários de QV, como exemplo podemos citar taxas de disfunção sexual de até 64% aos seis meses pós-parto, com 6,4% das mulheres relatando não sentir prazer físico nas relações sexuais aos 18 meses pós-parto. Medidas de QV genéricas em grávidas e no pós-parto são

insuficientes e faltam diretrizes rigorosas para sua aplicação. Os instrumentos de medida usados apresentaram inadequações em validade, confiabilidade e propriedades psicométricas, dificultando seu uso na análise comparativa de efetividade. Até o momento, não existe um questionário ou instrumento específico para avaliar a QV após o parto, mas é possível inferir a partir dos dados existentes (Mogos *et al.*, 2013).

Considerando que os distúrbios do assoalho pélvico, como a incontinência urinária, a incontinência fecal e o prolapso de órgãos pélvicos, podem afetar significativamente a QV das mulheres, é essencial avaliar o impacto dessas disfunções e determinar a eficácia de medidas preventivas e tratamentos específicos, além de comparar a gravidade dos sintomas entre diferentes pacientes. Em 2001, foram desenvolvidos dois instrumentos de QV específicos para mulheres com todas as formas de disfunções do assoalho pélvico: o *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI) e o *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ). Ambos os questionários foram capazes de estabelecer a correlação dos sintomas com a QV, com psicométrica válida e confiável.

Em 2004, Barber e colaboradores desenvolveram formas curtas desses questionários, PFDI-20 e PFIQ-7, ampliando sua aplicabilidade. As formas curtas continuaram a ter validade e confiabilidade psicométrica quanto à correlação de sintomas e impacto na vida das mulheres, considerando todas as subescalas – urinária, intestinal e vaginal/local. A responsividade dos questionários é destacada, mostrando que as versões curtas são mais responsivas em mulheres submetidas a cirurgia para distúrbios do assoalho pélvico. No mesmo estudo, os autores sugerem que existem outros questionários de QV genéricos, como o SF-36, que são amplamente utilizados, entretanto concluem que questionários específicos para determinadas condições podem ser mais sensíveis às mudanças em estudos clínicos. Os questionários PFDI e PFIQ, juntamente com suas versões curtas, oferecem uma avaliação abrangente dos distúrbios do assoalho pélvico, considerando o impacto na QV (Barber; Walters; Bump, 2004).

É amplamente reconhecido que as medidas de QV realizadas por questionário sofrem influência das diferenças culturais, sociais, etárias e de idioma. Assim, em 2016, Arouca e colaboradores realizaram um trabalho de validação dos questionários PFDI-20 e PFIQ-7 na língua portuguesa. O estudo teve como objetivo validar os questionários PFDI-20 e PFIQ-7 para o português brasileiro, visando uma avaliação abrangente do impacto dos distúrbios do assoalho pélvico na QV das mulheres. O processo de tradução e teste dos questionários foi considerado adequado. Os resultados em termos de confiabilidade, validade de construção e responsividade foram

positivos. A validade de construção foi confirmada por correlações significativas entre as pontuações das subescalas do PFIQ-7 e os sintomas clínicos no PFDI-20. A análise de responsividade indicou uma correlação positiva, com redução nas pontuações após o tratamento cirúrgico, refletindo uma melhora nos sintomas. Os autores concluem que a tradução e validação cultural dos questionários PFDI-20 e PFIQ-7 são adequadas para a avaliação de sintomas relacionados a disfunções do assoalho pélvico em mulheres brasileiras (Arouca *et al.*, 2016).

O questionário PFIQ-7, é específico para disfunções do assoalho pélvico e foi aplicado e testado em mulheres portadoras de incontinência urinária, anal e/ou prolapsos genitais pré e pós-tratamento conservador ou cirúrgico, mas não encontramos estudos avaliando seu resultado em pacientes submetidas a parto vaginal com ou sem episiotomia. Desta forma, há necessidade de investigação com este propósito.

3 OBJETIVOS

O objetivo principal do estudo foi avaliar a qualidade de vida pós-parto por meio do questionário *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) entre mulheres primíparas submetidas ao parto vaginal com a episiotomia mediolateral, sem episiotomia e com lesão esfinteriana anal.

O objetivo secundário foi verificar a frequência dos sintomas intestinais, urinários e vaginais ou locais destas mulheres e descrever a variação do resultado do questionário *Pelvic Floor Impact Questionnaire* (PFIQ-7) nas mesmas pacientes, em dois tempos distintos.

4 PACIENTES E MÉTODOS

4.1 Modelo do estudo

O estudo prospectivo, não intervencionista, foi realizado no período de fevereiro 2020 a setembro de 2023, em duas unidades de uma mesma rede hospitalar de saúde suplementar, da região metropolitana de Belo Horizonte. Todos os partos foram realizados pela mesma equipe assistencial de obstetras plantonistas, em ambas as unidades hospitalares. A equipe é composta por 59 (cinquenta e nove) médicos especialistas, sendo todos habilitados para realizar assistência ao parto e parto, com capacitação específica em episiotomia mediolateral com ângulo maior que 60°, prevenção, diagnóstico e tratamento das lacerações perineais obstétricas.

A capacitação específica foi realizada por todos os membros da equipe no Curso de Emergências no Trauma Perineal Obstétrico (CETPO). O CETPO é oferecido pela Associação Mineira de Ginecologistas e Obstetras (SOGIMIG) com certificação reconhecida pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRMMG). A metodologia utilizada no CETPO é “Hands-on”, em modelo biológico animal, para treinamento nas técnicas de episiotomia e sutura das lacerações perineais graves.

O projeto de estudo foi aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Mater Dei em 06 de fevereiro de 2020 (Anexo A).

4.2 Pacientes

Para o estudo foram incluídas 79 mulheres primíparas, que tiveram parto vaginal em uma das duas unidades hospitalares da rede hospitalar e que compareceram, de acordo com sua própria conveniência, ao ambulatório de acompanhamento dos sintomas relacionados ao assoalho pélvico pós-parto até 160 (cento e sessenta) dias após o parto. As pacientes foram elegíveis para o estudo, segundo os critérios de inclusão.

4.3 Critérios de inclusão

Pacientes maiores de 18 anos e menores 50 anos, não ter tido um ou mais partos vaginais anteriores, não ter utilizado fórceps ou vácuo no parto, não ter outros tipos de episiotomia. Comparecimento presencial, ao ambulatório de acompanhamento pós-parto dos sintomas relacionados ao assoalho pélvico, para exame clínico.

Foram incluídas apenas pacientes que tiveram o 1º parto vaginal sem episiotomia ou com episiotomia mediolateral, assistido pela equipe de obstetras plantonistas em uma das duas unidades hospitalares de uma rede hospitalar de saúde suplementar da região metropolitana de Belo Horizonte

A partir da elegibilidade cada paciente foi alocada em um dos três grupos:

Grupo 1 – COMP: Mulheres primíparas submetidas a parto vaginal **com** episiotomia mediolateral e sem lesão de esfíncter anal;

Grupo 2 – SEMP: Mulheres primíparas submetidas a parto vaginal **sem** episiotomia e sem lesão de esfíncter anal e

Grupo 3 – gOASIS: Mulheres primíparas submetidas a parto vaginal que tiveram **lesão de esfíncter anal** ocorrida durante o parto com ou sem episiotomia.

4.4 Critérios de exclusão

Pacientes com nova gestação em curso no momento da avaliação; aquelas que tivessem mais de 160 dias de pós-parto, portadoras de síndrome de Ehlers Danlos (distúrbios hereditários do colágeno caracterizados por hiper mobilidade articular, hiperelasticidade dermal e fragilidade tecidual generalizada), portadoras de doenças orificiais inflamatórias como doença de Crohn; aquelas pacientes que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do estudo.

4.5 Métodos

Os três grupos foram avaliados no período pós-parto, em um ou dois momentos, sendo a 1ª avaliação entre 25 e 160 dias após o parto. O ambulatório de acompanhamento das puérperas após parto vaginal foi disponibilizado, no momento da alta hospitalar, para todas as mulheres elegíveis para o estudo.

As pacientes que compareceram para 1ª avaliação, foram convidadas a participar do estudo e assinar TCLE (Apêndice A).

Foi realizado anamnese específica para caracterização das mulheres com registro de dados epidemiológicos, investigação do ganho ponderal na gestação e de sintomas de disfunção do assoalho pélvico pré-gestacional (Apêndice B).

Foram coletados, do prontuário da internação do parto, os dados específicos da assistência ao trabalho de parto e parto.

Sendo assim, foram registrados os dados referentes à cor da pele, idade, ganho ponderal na gestação, sintomas de disfunção do assoalho pélvico pré gestacional, idade gestacional (Ig) no dia do parto, indução do trabalho de parto, bloqueio peridural durante o trabalho de parto e parto, posição da mãe durante o desprendimento, duração do período expulsivo, circunferência cefálica e peso do recém-nascido.

Os sintomas, relacionados às disfunções do assoalho pélvico, foram consideradas conforme definição e terminologia da *International Continence Society (ICS)* e da *International Urogynecological Association (IUGA)* (Haylen *et al.*, 2010; Sultan *et al.*, 2017; Rogers *et al.*, 2018; Doumouchtsis *et al.*, 2023).

A presença ou não dos sintomas urinários, intestinais e/ou sintomas vaginais locais foi considerada pelo relato direto da paciente diante da pergunta feita pela equipe médica. Os sintomas urinários foram considerados quando havia afirmativa da paciente para perda involuntária de urina e dificuldade ou dor para urinar.

Os sintomas intestinais foram considerados quando havia afirmativa da paciente para perda involuntária de gases ou fezes, urgência ou dor para evacuar.

Os sintomas vaginais/locais foram considerados quando havia afirmativa da paciente para dor vaginal ou vulvar ou dor durante a relação sexual. A dor vaginal ou vulvar foi quantificada pela EVA com valores de 1 a 10, proporcionalmente de menos dor para mais dor. As pacientes que

negaram retorno da atividade sexual após o parto, foram consideradas “não aplicável” para o sintoma de dor durante a relação sexual (Anexo B).

A QV foi analisada através de instrumento confiável e validado para estudo do impacto de sintomas de disfunções do assoalho pélvico na vida das mulheres, tanto pela fidedignidade correlacionada ao relato de sintomas como pela língua portuguesa: o questionário “*Pelvic Floor Impact Questionnaire*” – PFIQ-7 (Anexo B).

O PFIQ-7 teve tradução para português brasileiro e validação cultural em 2016 conforme publicado por Arouca e cols. Os autores verificaram correlação positiva do PFIQ-7 para a avaliação de sintomas de disfunções do assoalho pélvico em mulheres brasileiras.

O PFIQ-7 é dividido em três subescalas sendo a primeira o questionário de impacto urinário (*Urinary Impact Questionnaire - UIQ-7*), a segunda o questionário de Impacto colorretal-anal (*Colorectal-Anal Impact Questionnaire - CRAIQ-7*) e a terceira o questionário de impacto local no períneo, relacionado aos sintomas locais de prolapso genitais (*Prolapse Organ Pelvic Impact Questionnaire - POPIQ-7*). Cada subescala apresenta sete questões com quatro possibilidades de respostas de acordo com o sentimento da mulher quanto a intensidade ou impacto/incomodo relacionado ao sintoma da subescala. As opções de resposta quanto a intensidade ou impacto são: “nem um pouco”, “um pouco”, “moderado” e “bastante” e suas pontuações 0, 1, 2 e 3, respectivamente. A pontuação final foi calculada considerando a média da pontuação em cada subescala e multiplicada por 33,3 sendo assim o valor total do PFIQ-7 pode variar entre 0 e 300, referindo-se a soma das três subescalas (Arouca *et al.*, 2016).

Durante a consulta pós-parto, a paciente recebeu da equipe assistencial as orientações referentes ao questionário PFIQ-7, foi explicado à paciente a correlação dos sintomas com referência a bexiga, intestino e vagina/pelve, conforme a descrição do questionário. Após a orientação, a paciente respondeu o questionário em ambiente privado, seguro e sem interferência da equipe assistencial.

Foram consideradas variáveis de desfecho: **o relato de sintomas de disfunções do assoalho pélvico, relacionados à bexiga, ao intestino ou à vagina e o impacto na qualidade de vida devido a estes sintomas, pela pontuação do PFIQ-7.**

Todas as pacientes que realizaram a 1ª avaliação integralmente e responderam ao questionário PFIQ-7 foram chamadas para uma 2ª avaliação por busca ativa, contato telefônico ou mensagem de *WhatsApp*TM. As pacientes comparecerem de acordo com a própria conveniência. Foram consideradas válidas para a 2ª avaliação, aquelas pacientes que tivessem mais de 90 dias pós-parto e o intervalo entre a 1ª e 2ª avaliação fosse maior que 60 dias. Na 2ª avaliação, foi aplicado novamente o questionário PFIQ-7 e foram obtidas 34 novas respostas completas do questionário.

4.6 Eventos definidores da distribuição entre os grupos

4.6.1 Técnicas da episiotomia, sutura de lacerações perineais 1o e 2o grau e episiorrafia

Todos os partos foram realizados pela mesma equipe de obstetras, todos treinados nas mesmas técnicas de episiotomia mediolateral, episiorrafia e de sutura de lacerações. A episiotomia foi realizada de forma restritiva (seletiva), apenas em pacientes com risco elevado de lacerações graves por estiramento perineal excessivo, no 2º estágio do Trabalho de parto, ou se houvesse necessidade de abreviar o tempo de desprendimento fetal.

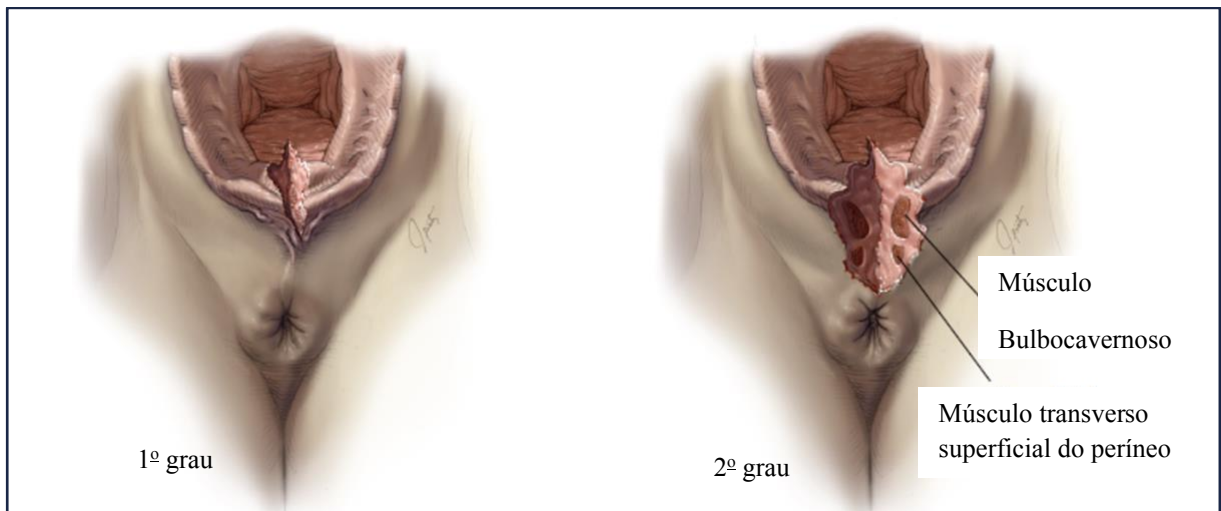
A técnica realizada foi a episiotomia mediolateral direita com ângulo maior que 60°. A episiorrafia foi realizada por sutura contínua de parede vaginal com fio absorvível monofilamentar de Poliglecaprona (Caprofyl[®] 2.0), sutura muscular com pontos em U e fio absorvível multifilamentar, de Poliglactina (Vicryl[®] 2.0). A sutura da pele foi realizada com ponto intradérmico com fio absorvível monofilamentar de Poliglecaprona (Caprofyl[®] 3.0 ou Monocryl[®] 3.0).

Foram classificadas como lacerações menores as lacerações de 1º e 2º grau, definidas de acordo com as estruturas acometidas (*Royal College of Obstetricians & Gynaecologists*, 2015), sendo:

1º grau - envolve apenas lesão de pele e/ou mucosa vaginal;

2º grau - inclui lesão muscular - acomete frequentemente os músculos bulbocavernoso e transversos do períneo (Figura 1).

Figura 1 – Lacerações perineais obstétricas menores - 1º e 2º grau



Fonte: Corton *et al.* (2012, p.133.e2).

As lacerações vaginais de primeiro e segundo grau foram corrigidas com sutura em um ou dois planos com fio absorvível multifilamentar para planos profundos como músculo e tecido conjuntivo – Poliglactina (Vicryl® 2.0) e fio absorvível monofilamentar para planos superficiais como subderme e pele – Poliglecaprona (Caprofil® 3.0 ou Monocryl® 3.0).

Nas primeiras 24 horas após o parto as pacientes foram submetidas a compressas geladas no períneo a cada 4 ou 6 horas, uso de anti-inflamatórios não esteroides e/ou analgésicos, conforme protocolo da instituição. Todas as gestantes permaneceram internadas por um período de pelo menos 18 horas após o parto.

4.6.2 Diagnóstico, classificação, sutura e cuidados nas lacerações perineais de 3º e 4º grau

As lacerações maiores, são definidas como **OASIS** (*Obstetrics and Anal Sphincter Injuries*) ou trauma perineal obstétrico ou lacerações de 3º e 4º grau.

O diagnóstico, classificação e as técnicas de sutura do OASIS também foram padronizadas entre os membros da equipe através da capacitação *hands-on* em modelo biológico animal.

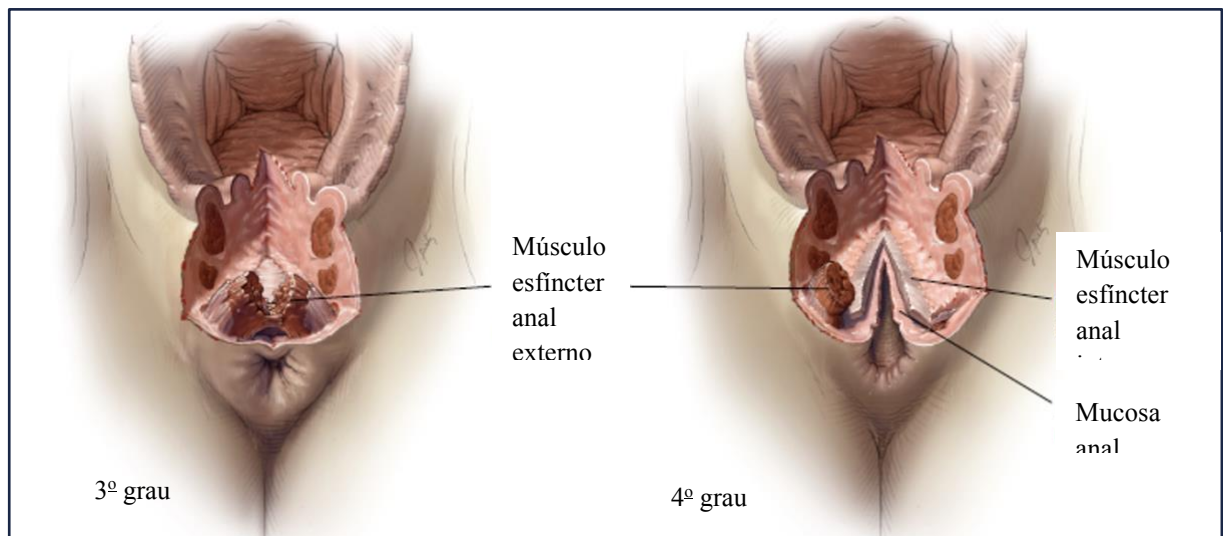
O diagnóstico e classificação das lacerações perineais foram realizados sempre no momento do parto, durante a revisão do canal de parto, após o desprendimento do feto e da placenta, seguindo os critérios de classificação do *Royal College of Obstetricians & Gynecologist* (2015).

3º grau – acomete o esfíncter anal (Figura 2), se subdivide em:

- a) esfíncter anal externo (menos de 50% da extensão do esfíncter externo);
- b) esfíncter anal externo - mais de 50% da extensão do esfíncter externo;
- c) esfíncter anal externo e interno;

4º grau – inclui a mucosa anorretal (Figura 2).

Figura 2 – Lacerações perineais obstétricas maiores / OASIS - 3º e 4º grau.



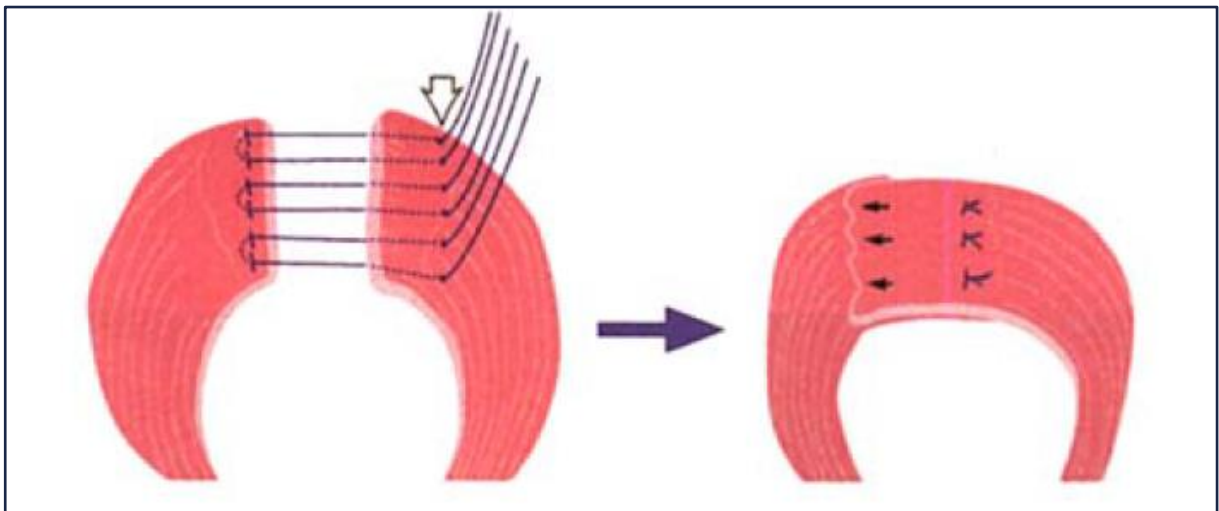
Fonte: Corton *et al.* (2012, p.133.e2).

Diante do diagnóstico e classificação do *OASIS* o reparo reconstrutivo das estruturas lesadas foi realizado durante o 3º estágio do trabalho de parto, ainda na sala de parto. A técnica padronizada entre os obstetras do serviço segue os seguintes passos:

1. Dissecção da musculatura envolvida de esfíncter anal externo, esfíncter anal interno e mucosa anorretal para identificá-las adequadamente e prepará-las para sutura por níveis. Inicia-se sempre pela estrutura mais próxima ao ânus,
2. Reparo realizado de distal para proximal, pela mucosa anorretal,
3. Sutura com pontos simples da mucosa anorretal usados com fio absorvível, multifilamentar Poliglactina (Vicryl® 3.0),
4. Sutura do esfíncter anal interno com técnica *end-to-end*, com união das pontas finais de ambos os lados do músculo com fio absorvível, multifilamentar Poliglactina (Vicryl® 3.0 ou 2.0),

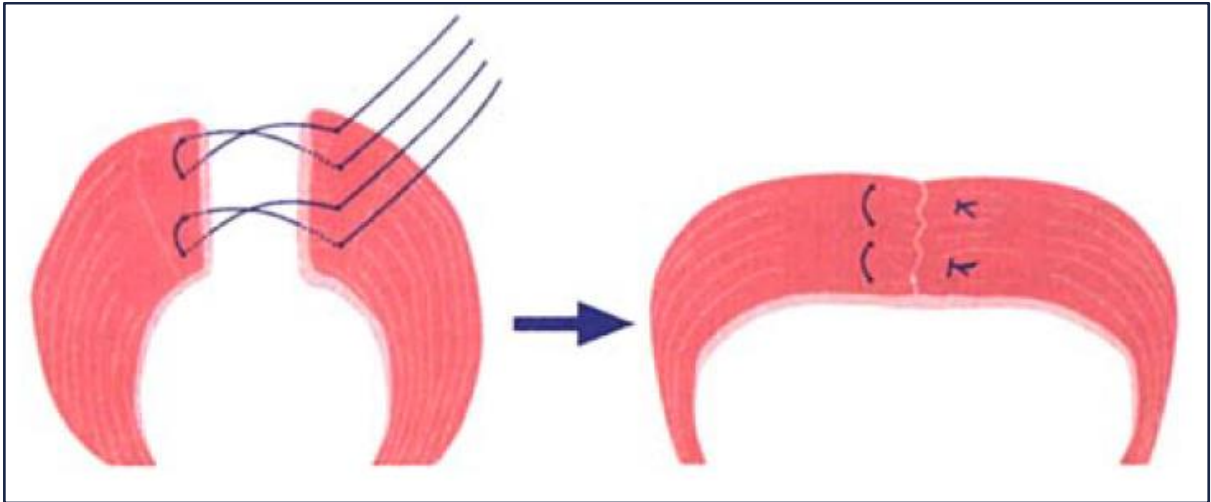
5. Sutura do esfíncter anal externo por uma das técnicas *overlapping* ou *end-to-end*. A primeira, *overlapping*, consistiu na sobreposição de 1 a 1,5 cm da borda do esfíncter anal externo à borda contralateral por sutura em “U” com fio absorvível, multifilamentar Poliglactina (Vicryl® 2.0) (Figura 3). A segunda técnica, *end-to-end*, consistiu em unir as pontas finais da musculatura com fio absorvível, multifilamentar Poliglactina (Vicryl® 2.0) com suturas simples interrompidas ou em “figura de 8” (Figura 4),
6. Sutura contínua dos planos superficiais, como subderme e pele, com fio absorvível monofilamentar de Poliglecaprona (Caprofyl® 3.0 ou Monocryl® 3.0).

Figura 3 – Ilustração diagramática para demonstrar a técnica de reparo *overlapping* do músculo esfíncter anal externo.



Fonte: Sultan *et al.* (1999, p. 320)

Figura 4 – Ilustração diagramática demonstrando a aproximação convencional *end-to-end* do músculo esfíncter anal rompido com suturas simples em ‘figura de 8’



Fonte: Sultan *et al.* (1999, p. 319)

Todas as mulheres acometidas com lesões de 3º ou 4º grau receberam antibióticos de amplo espectro por 24 horas e laxativos.

A reabilitação com a fisioterapia de forma precoce foi estabelecida para todas as mulheres com *OASIS*.

4.7 Análise dos resultados

Os resultados obtidos na 1ª avaliação foram analisados considerando a comparação de resultados entre os três grupos, COMP, SEMP e gOASIS, com relação a caracterização das mulheres, os novos sintomas de disfunções do assoalho pélvico e as pontuações do questionário *PSIQ-7* e suas subescalas.

Além da análise entre os grupos, foi descrito as pontuações do questionário *PSIQ-7* e suas subescalas da 1ª e 2ª avaliações, dos grupos COMP, SEMP e gOASIS.

4.8 Análise estatística

Para o cálculo da amostra, empregou-se o programa Stacalc; Epi info CDC Atlanta, versão 3.5.3 (26 de janeiro de 2011). Considerou-se uma incidência de episiotomia de 40% para primigestas e de *OASIS* de 3,0%. O cálculo foi feito considerando-se um erro Beta (Tipo 2) de 20% e um

erro Alfa (Tipo 1) de 5%. O recrutamento ideal total estimado encontrado foi de pelo menos 46 pacientes para este estudo.

As variáveis foram analisadas em sua forma contínua ou categórica e comparadas entre os grupos, foram avaliadas de acordo com a sua frequência absoluta e relativa.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliar a normalidade de todas as variáveis numéricas contínuas. Para a análise descritiva de variáveis com distribuição normal, os resultados foram expressos na forma de média \pm desvio-padrão. Quando a variável não preencheu os critérios de normalidade de distribuição, os resultados foram expressos na forma de mediana \pm intervalo interquartil (Q3-Q1).

Nas comparações das variáveis entre os dois momentos de avaliação (teste de qualidade de vida entre momento diferentes, no mesmo grupo) para cada grupo (COMP, SEMP, OASIS) foi utilizado o teste t pareado para as variáveis quantitativas de distribuição normal e o teste Wilcoxon para as variáveis quantitativas de distribuição não normal.

Para a comparação das variáveis quantitativas de três grupos, foi adotado o teste Análise de Variância Paramétrica (ANOVA) para variáveis de distribuição normal e o teste de Kruskal-Wallis para variáveis não paramétricas. Quando comparados dois entre três grupos, será empregado o teste t de Student para variáveis paramétricas e o teste de Mann-Whitney com o procedimento de correção pós-hoc de Dunn.

A análise estatística foi feita no software Statistical Package for Social Sciences version 21 (SPSS; Chicago, IL, EUA).

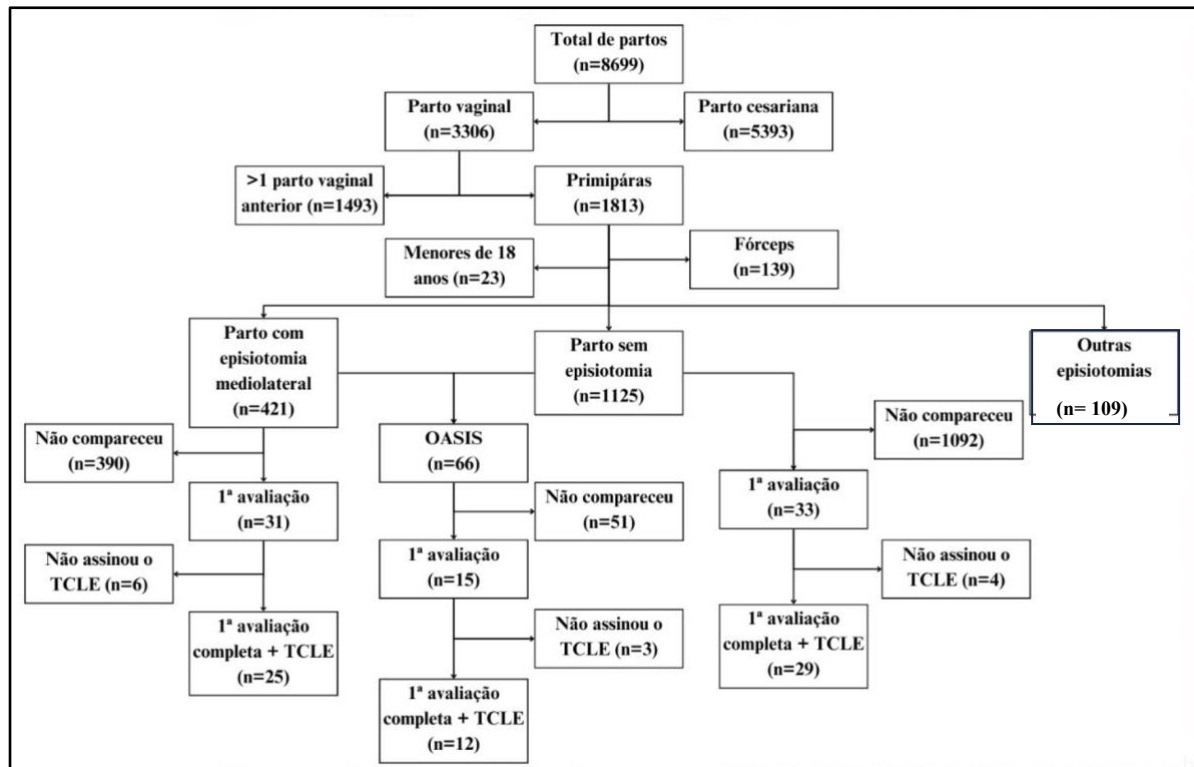
5 RESULTADOS

No período do estudo foram realizados 8699 partos, sendo 3306 partos vaginais, destes 1813 em primíparas. Foram consideradas não elegíveis, de acordo com os critérios inclusão, 23 (1,27%) de 1813 pacientes que tinham menos de 18 anos, 139 (7,7%) de 1813 partos que foram operatórios, com fórceps ou vácuo extrator, com episiotomia de qualquer tipo e 109 (6%) das 1813 pacientes que tiveram partos com outros tipos de episiotomias (lateral ou mediana) e “não operatórios”.

Dos casos restantes considerados elegíveis, 421 (23,2%) mulheres tiveram episiotomia mediolateral e 1125(62,1%) partos foram sem episiotomia e atendiam aos critérios de inclusão. Entre as pacientes com parto vaginal sem episiotomia ou com EML ocorreram 66 casos de OASIS (*Obstetric Anal Sphincter Injuries*). Todas estas pacientes foram agendadas para avaliação no ambulatório de acompanhamento dos sintomas relacionados ao assoalho pélvico pós-parto.

Por conveniência das próprias pacientes, setenta e nove delas compareceram ao ambulatório e corresponderam aos critérios de inclusão, sendo 31 com episiotomia mediolateral alocadas no grupo COMP, 33 sem episiotomia alocadas no grupo SEMP e 15 pacientes com OASIS alocadas no grupo gOASIS. Foi entregue para todas as pacientes o Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE) para avaliação dos sintomas e preenchimento de questionários PFIQ-7. O TCLE foi assinado por 25 (80,6%) mulheres com EML (grupo COMP), 29 (87,8%) mulheres sem episiotomia (grupo SEMP) e 12 (80%) mulheres com OASIS (grupo gOASIS) e estas foram incluídos na análise (Quadro 2).

Quadro 2– Fluxo das pacientes durante estudo



OASIS: *Obstetrics and Anal Sphincter Injuries*; **TCLE:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

As 66 pacientes que compareceram para a primeira avaliação entre 25 e 160 dias após o parto e assinaram o TCLE, foram avaliadas clinicamente, a média de dias entre o parto e a primeira avaliação nas 25 pacientes no grupo COMP foi de 60,00 ($\pm 14,70$) dias, nas 29 pacientes no grupo SEMP a média foi de 52,00 ($\pm 12,5$) e nas 12 pacientes do grupo gOASIS foi 58,00 ($\pm 16,75$) dias, na análise pelo teste *Kruskall-Wallis* não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,414$) quanto ao tempo entre o parto e a 1ª avaliação.

A média de idade de todas as pacientes foi 32 anos, sendo 31,68 ($\pm 4,77$) anos no grupo COMP, 31,41 ($\pm 4,85$) anos no grupo SEMP e 32,92 ($\pm 2,47$) anos no grupo gOASIS, sem diferenças significativas entre os grupos ($p=0,626$). Considerando todos os grupos, a frequência de mulheres brancas foi 54,54% e de “Não brancas” foi 45,45%, não houve diferença entre os grupos COMP, SEMP e gOASIS quanto a cor da pele.

A frequência de sintomas de disfunção do assoalho pélvico pré gestacional entre os três grupos COMP, SEMP e gOASIS foi 32%, 20% e 27% respectivamente e os grupos foram

estatisticamente semelhantes ($p=0,355$). O ganho de peso na gestação nas mulheres de todos os grupos na gestação variou da perda de 6kg ao ganho de 33 kg, sendo a média no grupo COMP 11,44 ($\pm 5,63$) kg, no grupo SEMP 12,57 ($\pm 6,39$)kg e no grupo gOASIS 14,73 ($\pm 3,47$) kg, sendo os três grupos semelhantes ($p=0,63$).

A Ig no dia do parto nos três grupos esteve entre 257dias (36semanas e 5 dias) e 288dias (41 semanas e 1dia), e a análise da mediana da Ig nos grupos COMP, SEMP e gOASIS não apresentou diferença estatística significativa (276 dias, 273 dias, 276 dias; respectivamente; $p=0,342$).

Quanto as características específicas nos três grupos, que são consideradas de risco para trauma perineal obstétrico grave, analgesia peridural (100%COMP, 90%SEMP e 100%gOASIS; $p=0,870$), indução do trabalho de parto (40%COMP, 34%SEMP e 25%gOASIS; $p=0,540$), não houve diferença estatística significativa.

O peso do recém-nascido (RN) em sala de parto nos três grupos variou de 2035 g a 4196g e a comparação entre a média do peso dos RN nos grupos COMP, SEMP e gOASIS não apresentou diferença estatística significativa ($3209,16\pm 476,32$ g; $3122,69\pm 476,17$ g; $3403,40\pm 460,16$ g; respectivamente; $p=0,318$). A circunferência cefálica do RN, duração do período expulsivo e posição materna durante o período expulsivo os grupos também foram semelhantes, sem diferença significativa.

A incidência de episiotomia no grupo gOASIS foi de 4 casos em 12, representando 33% do grupo.

Toda caracterização das pacientes alocadas nos três grupos está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização das pacientes

Características	COMP N= 25	SEMP N= 29	gOASIS N= 12	p
Cor n(%)				
Branca	13 (59)	12 (52)	5 (50)	0,748
Não branca	9 (41)	11 (48)	5 (50)	
	n = 22	N = 23	N= 10	
Média de idade (desvio padrão)	31,68 (\pm 4,77)	31,41 (\pm 4,85)	32,92 (\pm 2,47)	0,626
Ganho ponderal na gestação médio (DP) kg	11,44 (\pm 5,63) N=19	12,57 (\pm 6,39) N=23	14,73 (\pm 3,47) N=11	0,630
Sintomas disfunção AP pré gestacional N (%)				
sim	7 (32)	5 (20)	3 (27)	0,355
não	15 (68)	20 (80)	8 (73)	
	n = 22	n = 25	n = 11	
Ig no parto (mediana) dias	276	273	276	0,342
Analgesia peridural no TP N (%)				
sim	25 (100)	26 (90)	12 (100)	0,870
não	0 (0)	3 (10)	0 (0)	
Trabalho de Parto Induzido N (%)				
sim	10 (40)	10 (34)	3 (25)	0,540
não	15 (60)	19 (66)	9 (75)	
Peso do recém-nascido média (DP) g	3209,16 (\pm 476,32)	3122,69 (\pm 476,17)	3403,50 (\pm 460,16)	0,318
Circunferência cefálica média (DP) cm	34,49(\pm 1,27 N=21)	34,21(\pm 1,57)	34,23(\pm 1,84) N=11	0,808
Duração do Período expulsivo média (DP) min	61,85 (\pm 42,17). N=21	58,04 (\pm 41,39). N=25	72,17 (\pm 42,17). N=12	0,711
Posição no Período expulsivo N (%)				
litotomia/deitada	4 (18)	0 (0)	0 (0)	0,130
Assentada/semissentada/ verticalizada / de pé	18 (82)	27 (100)	12 (100)	
	N = 22	N = 27	N= 12	
Episiotomia				
sim N (%)	25 (100)	0 (0)	4 (33)	NA
não N (%)	0 (0)	29 (100)	8(67)	

COMP: Mulheres submetidas a parto vaginal **com** episiotomia mediolateral e sem lesão de esfíncter anal; **SEMP:** Mulheres submetidas a parto vaginal **sem** episiotomia e sem lesão de esfíncter anal; **gOASIS:** Mulheres submetidas a parto vaginal com ou sem episiotomia **com lesão de esfíncter anal** ocorrido durante o parto; **NA:** não aplicável.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Os sintomas foram avaliados em sua forma categórica (ordinais) e comparadas em número absoluto e frequência entre os 3 grupos.

Os sintomas urinários foram mais frequentes nos grupos COMP e SEMP que no grupo gOASIS, sendo a incontinência urinária observada em 32%, 8% e 0% respectivamente. Não foi observado diferença significativa entre os grupos ($p=0,246$) (Tabela 2).

Todos os sintomas colorretais-anais foram observados com frequência maior no grupo gOASIS, considerando neste grupo a incontinência anal para gases (3/12, 25%), para fezes (2/12, 17%), urgência fecal (2/12, 17%) e dor para evacuar (3/12, 25%). Entre os grupos COMP e SEMP o sintoma colorretais-anais mais observado foi a dor para evacuar (16% e 18%, respectivamente). Entretanto, não foi observado diferença significativa para sintomas colorretais-anais entre os três grupos (Tabela 2).

Considerando os sintomas locais e sexuais, foi observado ausência de retorno às atividades sexuais em 44% das pacientes do grupo COMP, 75% das pacientes do grupo SEMP e 83% das pacientes do grupo gOASIS. Entre as pacientes que já haviam retornado as atividades sexuais a frequências de dor na relação sexual foi de 9/14 no grupo COMP, 5/7 no grupo SEMP e 2/2 no Grupo gOASIS. As frequências de dor na relação sexual, nos três grupos, mostraram-se semelhantes estatisticamente. A dor vaginal e vulvar foi mais frequente no grupo COMP (36%) que nos grupos SEMP (21%) e gOASIS (25%), a intensidade maior que 7 pela EVA de dor também foi mais frequente no grupo COMP (8%) comparados com os grupos SEMP (4%) e gOASIS(0%). Não houve diferença significativa entre os três grupos para frequência da dor ($p=0,240$) ou para frequência de intensidade maior que 7 ($p=0,195$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Sintomas urinários, colorretais e locais relatados pelas pacientes, na 1ª avaliação após o parto

Sintomas	COMP N= 25	SEMP N= 28	gOASIS N=12	p
Incontinência Urinária N (%)				
sim	8 (32)	5 (8)	0 (0)	0,246
não	17 (68)	23 (82)	12 (100)	
Dificuldade para urinar N (%)				
sim	0 (0)	1 (4)	2 (17)	0,130
não	25 (100)	27 (96)	10 (83)	
Incontinência fecal para gases N (%)				
sim	4 (16)	3 (11)	3 (25)	0,565
não	21 (84)	25 (89)	9 (75)	
Incontinência fecal para fezes solidas ou pastosas N (%)				
sim	0 (0)	0 (0)	2 (17)	0,320
não	25 (100)	28 (100)	10 (83)	
Urgência para evacuar N (%)				
sim	2 (8)	0 (0)	2 (17)	0,225
não	23 (92)	28 (100)	10 (83)	
Dor para evacuar N (%)				
sim	4 (16)	5 (18)	3 (25)	0,150
não	21 (84)	23 (82)	9 (75)	
Dor vaginal ou vulvar N (%)				
sim	9 (36)	6 (21)	3 (25)	0,240
não	16 (64)	22 (79)	9 (75)	
Dor maior que 7 (escala analógica) N (%)				
sim	2 (8)	1 (4)	0 (0)	0,195
não	23 (92)	27 (96)	12 (100)	
Dor relação sexual N (%)				
sim	9 (36)	5 (18)	2 (17)	0,260
não	5 (20)	2 (7)	0 (0)	
sem relação sexual (NA)	11 (44)	21 (75)	10 (83)	

COMP: Mulheres submetidas a parto vaginal **com** episiotomia mediolateral e sem lesão de esfíncter anal; **SEMP:** Mulheres submetidas a parto vaginal **sem** episiotomia e sem lesão de esfíncter anal; **gOASIS:** Mulheres submetidas a parto vaginal com ou sem episiotomia **com lesão de esfíncter anal** ocorrido durante o parto. **NA:** não aplicável. **Fonte:** Elaborado pela autora, 2024.

A análise de qualidade de vida consistiu na comparação da pontuação do questionário PFIQ-7 e suas subescalas, UIQ-7, CRAIQ-7 e POPIQ-7, entre os 3 grupos, na 1ª avaliação pós-parto. A mediana da pontuação total do questionário PFIQ-7 mostrou-se próxima entre os três grupos COMP, SEMP e gOASIS ($19,02 \pm 78,34$; $14,27 \pm 38,06$ e $19,00 \pm 77,30$, respectivamente) sem diferença significativa. A subescala do questionário PFIQ-7 com maior impacto na pontuação foi a CRAIQ-7, com a mediana dos grupos COMP e gOASIS maiores ($14,46 \pm 26,17$ e $16,30 \pm 38,47$, respectivamente) e a do grupo SEMP mais baixa ($6,40 \pm 11,89$). As demais subescalas foram mais baixas e próximas entre os grupos (Tabela 3).

Considerando a distribuição não-paramétrica, o teste de comparação de medianas utilizado (Kruskal-Wallis) também não evidenciou diferença entre os 3 grupos quanto a pontuação das 3 subescalas (Tabela 3).

Tabela 3 – Pontuação do Questionário PFIQ-7 total e as três subescalas, para avaliação de Impacto de sintomas do assoalho pélvico, na 1ª avaliação pós-parto.

	COMP (n=25)	SEMP (N=29)	gOASIS (N=12)	p*
PFIQ-7	$19,02 \pm 78,34$	$14,27 \pm 38,06$	$19,00 \pm 77,30$	0,612
UIQ -7	$10,07 \pm 9,51$	$7,22 \pm 9,52$	$9,12 \pm 20,22$	0,660
CRAIQ - 7	$14,46 \pm 26,17$	$6,40 \pm 11,89$	$16,30 \pm 38,47$	0,326
POPIQ - 7	$9,51 \pm 21,41$	$4,76 \pm 21,41$	$4,76 \pm 26,16$	0,921

COMP: Mulheres submetidas a parto vaginal **com** episiotomia mediolateral e sem lesão de esfíncter anal; **SEMP:** Mulheres submetidas a parto vaginal **sem** episiotomia e sem lesão de esfíncter anal; **gOASIS:** Mulheres submetidas a parto vaginal com ou sem episiotomia **com lesão de esfíncter anal** ocorrido durante o parto. **PFIQ-7:** Pelvic Floor Impact Questionnaire, **UIQ - 7:** Urinary Impact Questionnaire-7; **CRAIQ-7:** Colorectal Anal impact questionnaire-7; **POPIQ-7:** Prolapse Organ Pelvic Impact Questionnaire-7.

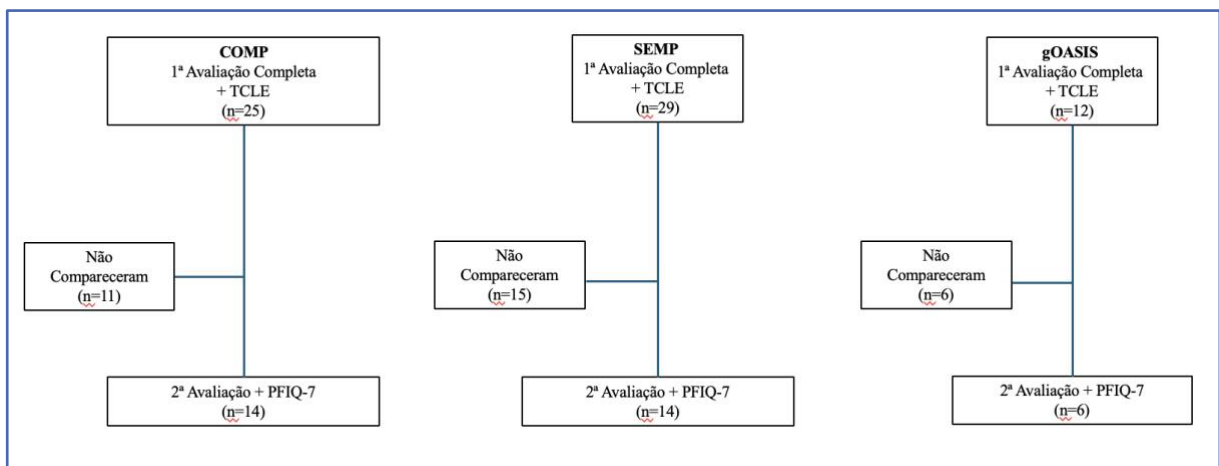
* Teste de Kruskal-Wallis; valores expressos em mediana \pm intervalo interquartil

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Trinta e quatro pacientes, que realizaram a primeira avaliação, retornaram para uma 2ª avaliação, sendo 14 no grupo COMP, 14 no Grupo SEMP e 6 no grupo gOASIS (Quadro 3).

A 2ª avaliação foi realizada sempre com mais de 90 dias após o parto e o tempo entre a 1ª e a 2ª avaliação foi sempre superior a 60 dias e variou de 63 a 427 dias no grupo COMP, 63 a 209 dias no grupo SEMP e 63 a 343 dias no grupo gOASIS.

Quadro 3 – Fluxo das pacientes após 1ª Avaliação



COMP: Mulheres submetidas a parto vaginal **com** episiotomia mediolateral e sem lesão de esfíncter anal; **SEMP:** Mulheres submetidas a parto vaginal **sem** episiotomia e sem lesão de esfíncter anal; **gOASIS:** Mulheres submetidas a parto vaginal com ou sem episiotomia **com lesão de esfíncter anal** ocorrido durante o parto

PFIQ-7: *Pelvic Floor Impact Questionnaire*

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

O tempo médio entre o parto e a 2ª avaliação foi 172,00 (\pm 42,70) dias para o grupo COMP, 182,50 (\pm 44,30) dias para o grupo SEMP e 184,50 (\pm 46,80) dias para o grupo gOASIS, de acordo com teste *Kruskall-Wallis* não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,302$).

A pontuação total do PFIQ-7 na 2ª avaliação foi maior no grupo gOASIS (mediana 23,78±22,4) que nos grupos COMP (mediana 9,51 ± 42,5) e SEMP (mediana 4,76±28,55). Diferente da pontuação observada na 1ª avaliação, a subsescala com maiores pontuação na 2ª avaliação, principalmente nos grupos COMP e gOASIS, foi a POPIQ-7, 4,76±14,27 e 7,135±22,04, respectivamente. De forma semelhante à análise anterior, nova análise performada entre os 3 grupos no segundo momento de avaliação pós-parto, demonstrou não haver diferença entre o teste completo (PFIQ-7) ou as subsescalas separadas (UIQ-7, CRAIQ-7, POPIQ-7) (Tabela 4).

Tabela 4 – Pontuação do Questionário PFIQ-7 total e as três subsescalas, para avaliação de Impacto de sintomas do assoalho pélvico, na 2ª avaliação pós-parto.

	COMP (n=14)	SEMP (N=14)	gOASIS (N=6)	P*
PFIQ-7	9,51 ± 42,5	4,76±28,55	23,78±22,4	0,142
UIQ-7	0,00±11,07	0,00±14,04	0,00±14,62	0,750
CRAIQ-7	0,00±8,51	0,00±11,71	0,00±24,72	0,414
POPIQ-7	4,76±14,27	0,00±14,12	7,135±22,04	0,210

COMP: Mulheres submetidas a parto vaginal **com** episiotomia mediolateral e sem lesão de esfíncter anal; **SEMP:** Mulheres submetidas a parto vaginal **sem** episiotomia e sem lesão de esfíncter anal; **gOASIS:** Mulheres submetidas a parto vaginal com ou sem episiotomia **com lesão de esfíncter anal** ocorrido durante o parto

PFIQ-7: *Pelvic Floor Impact Questionnaire*, **UIQ-7:** *Urinary Impact Questionnaire-7*; **CRAIQ-7:** *Colorectal Anal impact questionnaire-7*; **POPIQ-7:** *Prolapse Organ Pelvic Impact Questionnaire-7*.

* *Teste de Kruskal-Wallis; valores expressos em mediana ± intervalo interquartil*

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Foi realizado análise comparativa entre as pontuações do PFIQ-7 encontradas em momentos diferentes (1ª avaliação pós-parto x 2ª avaliação pós-parto), do mesmo grupo, entre as pacientes que retornaram para a 2ª avaliação. Utilizou-se para tal análise o teste *Wilcoxon* para amostras repetidas. Foi observado queda na mediana das pontuações do PFIQ-7 total nos grupos COMP e SEMP, 19,02 (± 53,20) para 9,51(± 42,5) e 14,27(± 23,2) para 4,76 (± 28,44). O grupo gOASIS apresentou aumento da mediana do PFIQ-7, 11,89(± 46,6) para 23,78 (± 22,4), as custas da subsescala POPIQ-7. Não foram encontradas diferenças significativas no teste completo (PFIQ-7) ou suas subsescalas (UIQ-7, CRAIQ-7, POPIQ-7) dentro do mesmo grupo entre os dois momentos de avaliação (Tabela 5)

Tabela 5 – Pontuações do Questionário PFIQ-7 total e as três subescalas, para avaliação de Impacto de sintomas do assoalho pélvico, na 1ª e 2ª avaliação pós-parto.

	1ª avaliação	2ª avaliação	p**
COMP (N=14)			
PFIQ-7	19,02 ± 53,20	9,51 ± 42,5	0,342
UIQ-7	4,76±25,82	0,00±11,07	0,601
CRAIQ-7	0,00±7,71	0,00±8,51	0,293
POPIQ-7	9,51±14,27	4,76±14,27	0,187
SEMP (N=14)			
PFIQ-7	14,27±23,2	4,76±28,55	0,272
UIQ-7	0,00±11,23	0,00±14,04	0,576
CRAIQ-7	2,38±11,42	0,00±11,71	0,121
POPIQ-7	7,14±12,17	0,00±14,12	0,164
gOASIS (N=6)			
PFIQ-7	11,89±46,6	23,78±22,4	0,315
UIQ-7	4,75±8,53	0,00±14,62	0,815
CRAIQ-7	4,75±11,89	0,00±24,72	0,234
POPIQ-7	2,38±14,03	7,135±22,04	0,124

COMP: Mulheres submetidas a parto vaginal **com** episiotomia mediolateral e sem lesão de esfíncter anal; **SEMP:** Mulheres submetidas a parto vaginal **sem** episiotomia e sem lesão de esfíncter anal; **gOASIS:** Mulheres submetidas a parto vaginal com ou sem episiotomia **com lesão de esfíncter anal** ocorrido durante o parto. **PFIQ-7:** *Pelvic Floor Impact Questionnaire*, **UIQ-7:** *Urinary Impact Questionnaire-7*; **CRAIQ-7:** *Colorectal Anal impact questionnaire-7*; **POPIQ-7:** *Prolapse Organ Pelvic Impact Questionnaire-7*.

** Teste de Wilcoxon; valores expressos em mediana ± intervalo interquartil

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

6 DISCUSSÃO

O estudo apresenta uma metodologia sistemática. As participantes foram selecionadas por conveniência, com base em critérios claros de inclusão e exclusão, além de uma avaliação detalhada dos sintomas do assoalho pélvico e da qualidade de vida.

A falta de consenso internacional sobre a avaliação, manejo e notificação dos diferentes tipos de trauma do assoalho pélvico no parto é uma questão crítica na assistência obstétrica. Diversos ensaios clínicos randomizados sobre trauma do assoalho pélvico apresentam uma ampla gama de resultados e utilizam diferentes medidas de desfecho, o que dificulta a síntese eficaz dos dados e, conseqüentemente, a aplicação dos resultados na prática clínica. Na tentativa de reduzir viés, o presente estudo optou por usar instrumentos de desfecho validados e normatizados anteriormente.

Os instrumentos para medidas de desfecho são robustos de acordo com publicações anteriores. Os sintomas de disfunção do assoalho pélvico foram considerados por autorrelato das pacientes, o que pode gerar vieses de informação. No entanto, em acordo com as normatizações internacionais da ICS/IUGA, a resposta direta tem valor para considerar a disfunção correspondente (Doumouchsis *et al.*, 2023). O questionário PFIQ-7 utilizado para avaliação de QV é válido e confiável e específico para as disfunções de assoalho pélvico equivalentes a sintomas urinários, intestinais e vaginais, sendo amplamente utilizado tanto em pesquisa quanto em prática clínica (Arouca *et al.*, 2016).

Figueiredo VB e colaboradores estudaram a responsividade do Questionário PFIQ-7 e do questionário de sintomas *Pelvic Floor Distress Inventory* (PFDI-20). Os resultados indicam uma redução significativa nas pontuações totais no PFDI-20 e no PFIQ-7 após o retreinamento de músculo do assoalho pélvico e melhora de sintomas, demonstrando uma responsividade moderada desses questionários. A responsividade foi maior para os sintomas urinários. Em contraste, as subescalas relacionadas ao prolapso de órgãos pélvicos e ao impacto colorretal-anal mostraram uma responsividade menor, possivelmente devido à menor prevalência desses sintomas entre as participantes (Figueiredo *et al.*, 2020).

Um estudo qualitativo realizado na China com 77 mulheres, 2 e 6 semanas após o parto, explorou a experiência das mulheres com episiotomia através de um questionário promotor de

saúde. Os resultados não mostraram diferenças significativas nos comportamentos relacionados à saúde entre mulheres com diferentes vias de parto. No entanto, foi identificado um efeito da episiotomia descrito como uma “sombra psicológica”, interferindo nas atividades cotidianas e gerando medo para futuros partos, embora os autores não tenham conseguido avaliar mudanças nas percepções das mulheres ao longo do tempo (Govahi *et al.*, 2024). Em outro estudo, He e cols descobriram que a dor causada pela episiotomia afetou negativamente o cotidiano pós-parto de um pequeno número de mulheres, mencionando problemas de amamentação e defecação. Muitas mulheres relataram dificuldade em amamentar sentadas devido à dor (He *et al.*, 2020).

Os dados do presente estudo divergiram dos achados anteriores, visto que, apesar da dor vaginal e vulvar ser um sintoma mais frequente no grupo das mulheres com EML do que naquelas sem episiotomia (36% vs 21%), a dor maior que 7 na EVA acometeu apenas 8% e 4%, respectivamente. Considerando a subescala de POPIQ-7, que considera a dor, referente a sintomas vaginais/locais, também não houve impacto diferente entre as mulheres com e sem episiotomia.

Uma limitação evidente do nosso estudo é o número baixo de puérperas, com apenas 79 participantes recrutadas, por conveniência, visto que o retorno foi condicionado ao desejo e disponibilidade das pacientes em realizar controle em um ambulatório especializado no acompanhamento da função perineal pós parto, 13 pacientes foram excluídas por não assinar o TCLE. Assim, é prudente considerar que devido a perda de um grande número de pacientes observou-se um número pequeno de pacientes com sintomas ou com pontuação elevada no PFIQ-7. No entanto, publicações anteriores, não apresentam grande número de casos, provavelmente por perdas após o recrutamento inicial, semelhante ao que aconteceu no presente estudo.

Havia a previsão de obtenção de um número maior de pacientes, mesmo cientes das dificuldades que as puérperas enfrentam para retornar ao hospital nos primeiros meses, devido aos cuidados com o recém-nascido, que limita sua disponibilidade para consultas médicas eletivas. Todavia, durante o período da pesquisa, de fevereiro de 2020 a setembro de 2023, todo o serviço de saúde pública e suplementar foi significativamente impactado pela pandemia de COVID-19 entre março de 2020 a maio de 2023. Assim, 39 dos 44 meses do estudo coincidiram com as restrições impostas pela pandemia, comprometendo ainda mais o retorno das pacientes

para avaliações puerperais e resultando em uma grande perda no número inicialmente previsto de puérperas elegíveis. É válido lembrar que, neste período pandêmico toda população foi orientada a confinamento e o uso de serviços de saúde foi priorizado para urgências e rotinas específicas.

Esse fato destaca a necessidade de continuar com estudos que envolvam um período maior e outros centros. Nesse contexto, a heterogeneidade de condutas e técnicas de reparo deverá ser considerada para uma correta avaliação dos resultados futuros.

Para garantir uniformidade nas indicações de episiotomia e nas técnicas de reparo de lacerações perineais, os casos foram coletados em uma única instituição, com todos os partos realizados pela mesma equipe de 59 obstetras, os quais receberam capacitação específica para essas técnicas.

Nos hospitais onde os casos foram recrutados, a política de uso da episiotomia é restritiva. Entre as primíparas elegíveis para o estudo, o percentual de episiotomia foi de 36,9% (421 casos), e neste grupo, a taxa de trauma perineal obstétrico grave (OASIS) foi de 4,3% (66 casos), taxas comparáveis a outros estudos (Quadro 2). Após o treinamento da equipe de obstetras em 2019, as taxas gerais de episiotomia reduziram consideravelmente, de 44% em 2020 para 21% em 2022, e as taxas gerais de OASIS, considerando primíparas e múltíparas, diminuíram de 4,1% para 2,7% (Rede Mater Dei de Saúde, 2023).

A redução das taxas de episiotomia pode estar associada ao aumento dos índices de OASIS, conforme verificado em um estudo retrospectivo que utilizou dados dos registros nacionais de nascimentos de 2004 a 2010. Foram analisados 574.175 partos vaginais na Escandinávia e Finlândia, comparando as taxas de OASIS ao longo do tempo e entre diferentes unidades de parto. A política restritiva de episiotomia na Noruega e a implementação de programas de proteção perineal foram associadas a uma redução significativa na taxa de OASIS de 4,1% para 2,3%. No mesmo período, na Finlândia e Dinamarca, apesar da redução na taxa de episiotomia (de 32% e 9,8% para 24% e 5%, respectivamente), as taxas de OASIS aumentaram de 0,7% para 1% e de 3,6% para 4,2%. Concluiu-se que hospitais que adotaram programas estruturados de proteção perineal apresentaram as menores taxas de OASIS. Na Dinamarca e Finlândia, apesar da redução na taxa de episiotomia, a taxa de OASIS aumentou, sugerindo que uma taxa

muito baixa de episiotomia pode não ser benéfica na prevenção de OASIS (Laine; Rotvold; Staff, 2013).

Os casos analisados no nosso estudo foram realizados exclusivamente com a técnica de episiotomia mediolateral com ângulo maior que 60°, 106 primíparas submetidas a outros tipos de episiotomia não foram consideradas elegíveis, pois poderiam imputar fatores de confusão nos resultados. Publicações anteriores verificaram grande heterogeneidade quanto aos tipos de episiotomia e às técnicas específicas utilizadas, dificultando uma análise adequada de desfechos relacionados a sintomas de DAP. Na 1ª revisão da Cochrane, demonstraram que a episiotomia mediana está associada a uma incidência significativamente maior de lesões do esfíncter anal e, conseqüentemente, a um risco maior de incontinência anal ou fecal e dispareunia. Um ângulo de incisão da episiotomia mediolateral de 60° resultou em baixa incidência de ruptura do esfíncter anal, incontinência anal e dor perineal. Handa *et al.* (2012) investigaram se a episiotomia mediolateral, a laceração perineal e o parto instrumental estavam associados a distúrbios do assoalho pélvico e concluíram que a episiotomia mediolateral não foi responsável por complicações a longo prazo (Carroli; Belizan, 2000; Handa *et al.*, 2012)

Os sintomas como incontinência anal e dor para evacuar tiveram maiores percentuais no grupo gOASIS e maior pontuação do PFIQ-7, principalmente devido à subescala colorretal-anal (CRAIQ-7), com valores de $16,30 \pm 38,47$, seguidos pelos grupos COMP ($14,46 \pm 26,17$) e SEMP ($6,40 \pm 11,89$), em concordância com outros estudos. Entretanto, os resultados do presente estudo, sugerem que a episiotomia mediolateral com ângulo maior que 60° não influenciou na QV das mulheres no pós-parto, visto que a pontuação total no PFIQ-7 foi semelhante à das mulheres sem episiotomia. É importante notar que, em nosso estudo, o grupo gOASIS era menor que os demais, resultando em um número absoluto de pacientes com sintomas significativamente reduzido. Os sintomas incontinência urinária e dor forte (EVA maior que 7) não foram relatados por nenhuma paciente deste grupo, o que diminui ou invalida o impacto estatístico em comparação com as pacientes com EML e sem episiotomia. Estudo específico dos casos de OASIS em pacientes sem episiotomia pode ser necessário para identificar fatores anatômicos específicos da gestante, condições da musculatura perineal ou outras variáveis ambientais que possam representar risco do trauma perineal grave independente da realização de episiotomia.

O sintoma de incontinência urinária (IU) neste estudo foi mais frequente no grupo COMP que no grupo SEMP (32% vs 8%) o que representou maior impacto na pontuação da subescala UIQ-7 ($10,07 \pm 9,51$ vs $7,22 \pm 9,52$), entretanto não se mostraram diferentes estatisticamente e estão alinhados com a revisão Cochrane de 2000 e uma outra revisão sistemática realizada por Hartmann e cols 2005 que concluíram que a episiotomia não protege contra a IU. Outro ensaio clínico realizado por Bo K e cols em 2017 analisou a força dos músculos do assoalho pélvico e presença de IU, 6 meses pós-parto comparando mulheres com episiotomia e sem episiotomia, verificou que a prevalência de IU foi de 37.5% no grupo com episiotomia e 46.6% no grupo sem episiotomia; diferença não significativa, $p=0.247$. A força média dos MAP foi de 14.6 cm H₂O no grupo com episiotomia e 16.0 cm H₂O no grupo sem episiotomia; também sem significância ($p=0.422$). (Carroli; Belizan, 2000; Hartmann *et al.*, 2005; BØ *et al.*, 2017)

Uma revisão sistemática foi conduzida por Frigerio e cols, incluindo 24 estudos com seguimento médio maior que 5 anos, verificaram que a prevalência de incontinência urinária foi maior no grupo de episiotomia em apenas 3 estudos e então concluíram que não há evidências de malefícios ou benefícios, a longo prazo, da episiotomia na prevenção de sintomas de incontinência urinária e na necessidade de cirurgia anti-incontinência. No entanto, neste mesmo estudo verificaram que a episiotomia pode ser protetora quanto à gravidade e prevalência do prolapso de órgãos pélvicos, sem afetar a taxa de cirurgias corretivas (Frigerio *et al.*, 2019).

O tempo de seguimento é um outro fator a ser considerado, a 1ª avaliação de todos os grupos aconteceu entre 25 e 160 dias, com este tempo de seguimento os efeitos de longo prazo da episiotomia mediolateral na QV e função do assoalho pélvico podem estar subestimados ou não ser capturados de forma fidedigna. Alguns estudos referem o desaparecimento de sintomas como incontinência urinária após o 1º ano pós-parto vaginal e outros relatam piora de vida sexual. No entanto, considerando alguns estudos de incidência de sintomas de DAP no pós parto com seguimento variando de 24 horas pós-parto até 4 anos, aqueles com maior tempo de seguimento, 6 meses e 4 anos não verificaram diferenças significantes para quaisquer sintomas de DAP (Fenner *et al.*, 2003; Sartore *et al.*, 2004; Fritel *et al.*, 2008, Karbanova *et al.*, 2014; Necesalova *et al.*, 2016; Rusavy; Karbanova; kalis, 2016; Speksnijder *et al.*, 2019).

Um número significativo de mulheres em todos os grupos não havia retornado as atividades sexuais, quando realizaram a 1ª avaliação, sendo 44% no grupo COMP, 75% no grupo SEMP

e 83% no grupo gOASIS. Sendo assim, o número de pacientes com atividade sexuais já retomadas após o parto foi muito pequeno e pode ser um viés de análise considerando que a função sexual é um dos fatores cruciais nas análises de QV em mulheres. Jamali e cols conduziu um estudo transversal para entender a relação entre função sexual e QV em 459 mulheres iranianas através do questionário WHOQOL-Bref 26 e o Índice de Função Sexual Feminina (IFSF). Os autores concluíram que as mulheres com função sexual prejudicada apresentaram escores médios de QV mais baixos em todos os domínios, físico, psicológico, ambiental e social (Jamali *et al.*, 2018).

Embora o questionário PFIQ-7 não mencione especificamente a atividade sexual, ele infere sobre o estado emocional e a frustração em relação aos sintomas vaginais (itens 6 e 7 – Anexo 2). Portanto, é prudente considerar acompanhamento maior das puérperas do nosso estudo até que retomem suas atividades sexuais, para então relatarem com mais fidedignidade os sintomas relacionados a satisfação sexual e o seu impacto na QV. Uma revisão sistemática, publicada em 2023, avaliou o impacto da via de parto, parto operatório e da episiotomia na função sexual no médio prazo (6 a 12 meses pós-parto) e no longo prazo (≥ 12 meses). A revisão incluiu 31 estudos com um total de 11.423 mulheres. Entre os principais achados foi descrito que em médio prazo, o parto vaginal operatório e o parto vaginal com episiotomia foram associados a pior função sexual em comparação com a cesariana. A episiotomia mediolateral está associada a um aumento significativo na disfunção sexual, particularmente nos domínios de excitação, lubrificação, orgasmo e dor, até 12 meses após o parto (Fanshawe *et al.*, 2023).

Enfim, o presente não evidenciou pontuações mais baixas no questionário PFIQ-7 das pacientes submetidas a episiotomia mediolateral em relação a pacientes sem episiotomia.

No entanto, devido às limitações do estudo, incluindo o tamanho da amostra e o período de seguimento, são necessárias investigações futuras para confirmar esses resultados e estabelecer diretrizes clínicas mais precisas, no curto prazo. Portanto, a prática de episiotomia mediolateral deve ser cuidadosamente avaliada, considerando que não proporciona benefícios claros em termos de prevenção das disfunções do assoalho pélvico.

7 CONCLUSÃO

Ao comparar a pontuação dos questionários de QV específico para sintomas do assoalho pélvico (PFIQ-7) entre puérperas com episiotomia mediolateral, sem episiotomia e com OASIS, não foi observado diferenças significantes. Os grupos com episiotomia mediolateral (COMP) e com lesão de esfíncter anal (gOASIS) apresentaram impacto maior na subescala relacionada a sintomas Colorretal-anal (CRAIQ-7), sem diferença entre os grupos.

Quando a puérperas foram avaliadas em dois momentos distintos a pontuação do PFIQ-7 total foi semelhante. Na 2ª avaliação o impacto na subescala de sintomas locais foi maior, mas sem significado estatístico.

Em conclusão, nosso estudo sugere que a episiotomia mediolateral com ângulo maior que 60° não impacta negativamente a qualidade de vida no pós-parto.

REFERÊNCIAS

- ALPERIN, M. *et al.* Pregnancy-induced adaptations in the intrinsic structure of rat pelvic floor muscles. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 213, n. 2, p. 191.e1-191.e7, aug. 2015.
- REDE MATER DEI DE SAÚDE (org.). **Anuário de excelência clínica** [Recurso Digital]. Belo Horizonte: Rede Mater Dei de Saúde, 2023. DOI: 10.29327/5308143. ISBN: 978-65-5941-974-6. Disponível em: <https://www.materdei.com.br/blog/anuario-de-excelencia-clinica-da-rede-mater-dei-2023>. Acesso em: 05 maio 2024.
- AROUCA, M. A. F. *et al.* Validation and cultural translation for Brazilian Portuguese version of the pelvic floor impact questionnaire (PFIQ-7) and pelvic floor distress inventory (PFDI-20). **International Urogynecology Journal**, London, v. 27, n. 7, p. 1097-1106, jan. 2016.
- BARBER, M. D.; WALTERS, M. D.; BUMP, R. C. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 193, n. 1, p. 103–113, jul. 2005.
- BØ, K. *et al.* Does episiotomy influence vaginal resting pressure, pelvic floor muscle strength and endurance, and prevalence of urinary incontinence 6 weeks postpartum? **Neurourol Urodyn**, v. 36, n. 3, p. 683-6, 2017.
- BOHREN, M. A. *et al.* Facilitators and barriers to facility-based delivery in low-and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. **Reproductive Health**, London, v. 11, n.1, p. 1-17, sep. 2014.
- BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**. Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health, 2010. v. 3.
- CARROLI, G.; BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford [U.K.], n. 2, CD000081, 2000. DOI: 10.1002/14651858.CD000081. PMID: 10796120.
- CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford [U.K.], n. 1, CD000081, jan. 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Feb 08;2. PMID: 19160176; PMCID: PMC4175536.
- CASSADÓ, J. *et al.* Prevalence of levator ani avulsion in a multicenter study (PAMELA study). **Archives of Gynecology and Obstetrics**, Berlin, v. 302, n. 1, p. 273-280, may 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05585-4>. Acesso em: 05 maio 2024.
- CHALMERS, B. WHO appropriate technology for birth revisited. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, London, v. 99, n. 9, p. 709-710, sep. 1992.
- CICONELLI, R. M. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health**

Survey (SF-36)". 1997. 148 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CORTON, M. M. *et al.* A randomized trial of birthing with and without stirrups. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 207, n. 2, p. 133.e1-133.e5, aug. 2012.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, New York, v. 75, suppl. 1, p. S5-S23, nov. 2001.

DELANCEY, J. O. L. *et al.* Pelvic floor injury during vaginal birth is life-altering and preventable: what can we do about it? **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 230, n. 3, p. 279-294.e2, mar. 2024.

DELANCEY, J. O. *et al.* A. Graphic integration of causal factors of pelvic floor disorders: an integrated life span model. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 199, n. 6, p. 610.e1-610.e5, jun. 2008.

DOUMOCHTSIS, S. K. *et al.* An International Continence Society (ICS)/ International Urogynecological Association (IUGA) joint report on the terminology for the assessment and management of obstetric pelvic floor disorders. **International Urogynecology Journal**, London, v. 34, p. 1-42, jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-022-05397-x>. Acesso em: 05 maio 2024.

FANSHAW, A.-M. *et al.* The Impact of Mode of Birth, and Episiotomy, on Postpartum Sexual Function in the Medium- and Longer-Term: An Integrative Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 20, n. 7, p. 5252, mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20075252>. Acesso em: 05 maio 2024.

FENNER, D. E. 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**, New York, v. 189, n. 6, p. 1543-1549, dec. 2003.

FIGUEIREDO, V. B. *et al.* Responsiveness of Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) after pelvic floor muscle training in women with stress and mixed urinary incontinence. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v. 255, p. 129-133, oct. 2020.

FLECK, M. P. A. *et al.* Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, mar. 1999.

FODSTAD, K.; LAINE, K.; STAFF, A. C. Different episiotomy techniques, postpartum perineal pain, and blood loss: an observational study. **International Urogynecology Journal**, London, v. 24, n. 5, p. 865-872, may 2013.

FRIGERIO, M. *et al.* Long-term effects of episiotomy on urinary incontinence and pelvic organ prolapse: a systematic review. **Archives of Gynecology and Obstetrics**, München, v. 299, p. 317-325, feb. 2019.

FRITEL, X. *et al.* Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. **BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Oxford, v. 115, n. 2, p. 247-252, feb. 2008.

GOVAHI, M. *et al.* Health-promoting lifestyle in mothers with vaginal childbirth and cesarean section in the postpartum period. **BMC Women's Health**, London, v. 24, n. 1, p. 146, feb. 2024.

HANDA, V. L. *et al.* Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 119, n. 2, Part 1, p. 233-9, feb. 2012.

HARTMANN, K. *et al.* Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. **JAMA**, Chicago, v. 293, n. 17, p. 2141-2148, may. 2005.

HAYLEN, B. T. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. **International Urogynecology Journal**, v. 21, n.1, p. 5–26, nov. 2010.

HE, S. *et al.* Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. **BMJ Open**, London, v. 10, n. 7, p. e033354, jul. 2020.

JAMALI, S. *et al.* The Relationship between Sexual Function and Quality of Life in Reproductive-agegrouped Women in Iran: A Cross-Sectional Study. **Ambient Science** [s. l.], v. 05, sp1, p. 20-23, 2018. DOI:10.21276/ambi.2018.05.sp1.ta02. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327015374_The_Relationship_between_Sexual_Function_and_Quality_of_Life_in_Reproductive_-age_grouped_Women_in_Iran_A_Cross-Sectional_Study. Acesso em: 05 maio 2024.

JIANG, H. *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, n. 2, CD000081, feb. 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub3. Acesso em: 05 maio 2024.

KARBANOVA, J. *et al.* Clinical evaluation of early postpartum pain and healing outcomes after mediolateral versus lateral episiotomy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, New York, v. 127, n. 2, p. 152-156, nov. 2014.

LAINE, K.; ROTVOLD, W.; STAFF, A. C. Are obstetric anal sphincter ruptures preventable? – Large and consistent rupture rate variations between the Nordic countries and between delivery units in Norway. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 92, n.1, p. 94-100, jan. 2013.

LEE, M. K.; OH, J. Health-related quality of life in older adults: Its association with health literacy, self-efficacy, social support, and health-promoting behavior. **Healthcare**, Basel, v. 8, n. 4, oct. 2020.

LEIJONHUFVUD, Å. *et al.* Risks of stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse surgery in relation to mode of childbirth. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 204, n. 1, p. 70.e1-70.e7, jan. 2011.

- LIEN, K. C. *et al.* Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. **Obstetrics and gynecology**, v. 103, n. 1, p. 31–40, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000109207.22354>. Acesso em: 04 abril 2024.
- LORETO, T. M. *et al.* Understanding the opinion of doctors on obstetric violence in Brazil to improve women's care. **Midwifery**, Edinburgh, v. 109, p. 103294, jun. 2022.
- MENA-TUDELA, D. *et al.* Design and validation of the PercOV-S questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 21, p. 8022, oct. 2020.
- MOGOS, M. F. *et al.* A systematic review of quality-of-life measures in pregnant and postpartum mothers. **Applied Research in Quality of Life**, Dordrecht, v. 8, p. 219-250, jun. 2013.
- NASSAR, A. H. *et al.* FIGO Statement: restrictive use rather than routine use of episiotomy. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, New York, v. 146, n. 1, p. 17-9, jul. 2019.
- NECESALOVA, P. *et al.* Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate 3 and 6 months postpartum. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Amsterdam, v. 8, p. 25-30, feb. 2016.
- NUGENT, F. B. *et al.* The primiparous perineum after forceps delivery: A follow-up comparison of results with and without episiotomy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 30, n. 2, p. 249-256, aug. 1935.
- OULD, F. **A treatise of midwifery**: in three parts. London: Sold by M. Thrush, at the King's-Arms, Salisbury-Court, Fleet-street, 1767.
- ROGERS, R. G. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for the assessment of sexual health of women with pelvic floor dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, New York, v. 37, n. 4, p. 1220–1240, apr. 2018.
- RÔLA, C.V. S. *et al.* Instrumentos de avaliação da qualidade de vida de pessoas jovens e idosas: um estudo de revisão sistemática. **ID on line. Revista de Psicologia**, Jaboaão dos Guararapes, v. 12, n. 42, p. 111-120, out. 2018.
- ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS & GYNAECOLOGISTS. The Management of Third-and Fourth-Degree Perineal Tears. **Green-top Guideline**, n. 29, p. 1-19, jun. 2015.
- RUSAVY, Z.; KARBANOVA, J.; KALIS, V. Timing of episiotomy and outcome of a non-instrumental vaginal delivery. **Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 95, n. 2, p. 190–196, feb. 2016.
- SARTORE, A. *et al.* The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. **Obstetrics & Gynecology**, New York, v. 103, n. 4, p. 669-673, abr. 2004.

SCHWERTNER-TIEPELMANN, N. *et al.* Obstetric levator ani muscle injuries: current status. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, Chichester, v. 39, p. 372-383, apr. 2012.

SERATI, M.; SALVATORE, S.; RIZK, D. Episiotomy in modern clinical practice: friend or foe? **International Urogynecology Journal**, London, v. 30, n. 5, p. 669-671, may. 2019.

SMITH, L. A. *et al.* Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, London, v. 13, p. 59, mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-59>. Acesso em: 1 jun. 2024.

SPEKSNIJDER, L. *et al.* Association of levator injury and urogynecological complaints in women after their first vaginal birth with and without mediolateral episiotomy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, New York, v. 220, n. 1, p. 93.e1-93.e9, jan. 2019.

STEDENFELDT, M. *et al.* Episiotomy characteristics and risks for obstetric anal sphincter injuries: A case-control study. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Oxford, v. 119, p. 724-730, may. 2012.

SULTAN, A. H. *et al.* An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female anorectal dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, New York, v. 36, p. 10-34, feb. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nau.23055>. Acesso em: 05 maio 2024.

SULTAN, A. H. *et al.* Primary repair of obstetric anal sphincter rupture using the overlap technique. **BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Oxford, v. 106, n. 4, p. 318-323, apr. 1999.

TRACY, P. V. *et al.* A constitutive model description of the in vivo material properties of lower birth canal tissue during the first stage of labor. **Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials**, Amsterdam, v. 79, p. 213-218, mar. 2018.

VAN DER PIJL, M. *et al.* The ethics of consent during labour and birth: episiotomies. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 49, n. 9, p. 611-617, sep. 2023.

VERGHESE, T. S. *et al.* Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: Systematic review and meta-analysis. **International Urogynecology Journal**, London, v. 27, p. 1459-1467, feb. 2016.

VIGNOLI, GIANCARLO. Clinical Approach to the Evaluation of Pelvic Floor Dysfunctions. In: **Childbirth-Related Pelvic Floor Dysfunction: Risk Factors, Prevention, Evaluation, and Treatment**. Cham: Springer International Publishing, 2015. p. 41-50.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Titulo do Projeto de Pesquisa: “O efeito da episiotomia mediolateral no desenvolvimento de sintomas relacionados a função do assoalho pélvico e qualidade de vida pós parto”

INVESTIGADORES DO ESTUDO:

Cláudia Lourdes Soares Laranjeira
Augusto Henriques Fulgencio Brandao
Carlos Henrique Mascarenhas Silva
Henrique Vitor Leite

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Você, _____ está sendo convidada do(a) a participar do estudo “**O efeito da episiotomia mediolateral no desenvolvimento de sintomas relacionados a função do assoalho pélvico e qualidade de vida pós parto**”. Este estudo está sendo realizado em na Rede Mater Dei de Saúde em Belo Horizonte Minas Gerais, sendo coordenado pelo próprio Centro.

Este Termo de Consentimento explica porque este estudo está sendo realizado e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também descreve os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar. Após analisar as informações com a pessoa que explica este Termo de Consentimento, e esclarecer suas dúvidas, você deverá ter o conhecimento necessário para tomar uma decisão esclarecida sobre sua participação ou não neste estudo.

JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO: É Importante você saber que:

- 1- O parto vaginal ao qual a senhora foi submetida é uma via para o nascimento que traz muitos benefícios a mãe e seu filho. Entretanto a passagem do recém nascido pela pelve da mãe pode levar a um estiramento excessivo dos músculos do períneo (região que envolve a vagina e o anus).
- 2- Esse estiramento excessivo pode causar um rompimento das fibras e conseqüentemente alguns sintomas podem surgir logo após o parto ou até mesmo muitos anos depois, como perda de urina ou fezes sem querer e peso vaginal causada pelo excessivo relaxamento da vagina.
- 3- A episiotomia é um corte realizada no períneo com objetivo de melhorar o trajeto de passagem do bebe pela pelve e reduzir o estiramento dos músculos e reduzir o tempo do período expulsivo do parto.
- 4- Preferencialmente durante o parto vaginal deve-se optar pela não realização da episiotomia, no entanto algumas mulheres precisam desta incisão, para melhorar as condições do parto e evitar prolongamento excessivo desta etapa do parto e também evitar outras complicações maiores.
- 5- Após o parto vaginal é necessário manter a observação das mulheres submetidas ou não a episiotomia quanto ao sintomas relacionados a função destes músculos do períneo (como perda de urina ou fezes sem querer, dor no períneo ou durante a relação sexual e sensação de peso vaginal) e avaliação do impacto destes sintomas na vida cotidiana das mulheres.

Serão incluídos neste estudo 136 mulheres e cada mulher permanecerá no estudo de 120 a 240 dias.

Rúbricas Participantes de pesquisa / Responsável:
 Testemunha imparcial:
 Aplicador do TCLE:

OBJETIVO DO ESTUDO: Considerando todas os itens acima este estudo tem como objetivo acompanhar você e entrevistá-la em dois momentos após o parto para avaliar os sintomas e o impacto deste sintomas na sua qualidade de vida.

PROCEDIMENTOS: A partir do momento que a senhora iniciar a participação no estudo serão realizadas duas consultas no período pós parto, estas consultas já fazem parte da rotina na Rede Mater Dei de Saúde, independente do estudo. Nestas consultas o médico fará uma entrevista sobre sintomas relacionados sua função urinária e intestinal de dor nesta região. Você também responderá um questionário de 7(sete) perguntas sobre o impacto destes sintomas no seu dia-a-dia. Durante a consulta será realizado apenas o exame físico ginecológico de rotina com avaliação da vagina e região perineal, não será coletado nenhum material biológico seu. A primeira consulta ocorrerá entre 45 e 60 dias após o parto e a 2ª consulta ocorrerá entre 120 e 180 dias após o parto. Você não correrá riscos ao fazer estas consultas pois elas já são parte do seu acompanhamento no período pós parto. A senhora será acompanhada pela equipe, orientada e tratada adequadamente quanto aos sintomas que apresentar e também será acompanhada pela equipe de fisioterapia da Rede Mater Dei de Saúde.

RISCOS E DESCONFORTOS PARA OS PARTICIPANTES: Não há risco de ocorrer lesão ao seu corpo durante os exames realizados nas duas consultas, pode ocorrer o desconforto habitual de uma exame ginecológico na vagina e região perineal, sem causar dor.

BENEFÍCIOS ESPERADOS: Durante o estudo poderá ser identificado disfunções urinária, intestinal e as mesmas serão devidamente acompanhadas pela equipe. É possível que este estudo não traga benefícios diretos a você. Mas ao final deste estudo, as informações que ele gerar, poderão trazer benefícios a outros pacientes mas através deste estudo o acompanhamento das mulheres submetidas ao parto vaginal poderá ser aprimorado e a equipe poderá estabelecer melhores formas de prevenção de lesões do períneo durante o parto vaginal assim como melhorar o seguimento pós parto.

PROCEDIMENTOS OU TRATAMENTOS ALTERNATIVOS: Se você optar por não participar do estudo você pode manter seu acompanhamento pós parto com o médico responsável pela sua assistência obstétrica na Rede Mater Dei ou outro da sua escolha.

INTERRUPÇÃO DO ESTUDO: Este estudo poderá ser encerrado antes do prazo por questões relativas à sua segurança ou por razões administrativas.

LIBERDADE DE RECUSA: A sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento. Isto não tirará nenhum direito do seu tratamento e assistência neste hospital. Você também poderá pedir a qualquer momento que as suas informações sejam excluídas completamente deste estudo e que elas não sejam usadas para outros fins.

GARANTIA DE SIGILO: O pesquisador tomará todas as medidas para manter suas informações pessoais (como nome, endereço e outras) em sigilo. Durante todo o estudo e mesmo depois de sua conclusão, quando os resultados deste estudo forem publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos ou reuniões, a sua identidade será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação a seu respeito que possa identificar você publicamente. Contudo, durante o estudo, as pessoas envolvidas diretamente na pesquisa poderão ter acesso aos seus dados. Mesmo assim, os seus dados serão preservados e não serão divulgados publicamente.

Rúbricas Participantes de pesquisa / Responsável:
 Testemunha imparcial:
 Aplicador do TCLE:

CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO: A participação neste estudo não terá custos adicionais para você. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Ao assinar este Termo de Consentimento, você não perderá nenhum direito, inclusive o de obter indenização por dano a sua saúde se isto acontecer.

ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES: Você poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com o pesquisador Claudia Lourdes Soares Laranjeira, no telefone (31) 33357733. Você também poderá entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mater Dei, Roberto Zambelli de Almeida Pinto, localizado na Rua Mato Grosso, 1100, telefone (31)3339-9563, e-mail cpesquisa@materdei.com.br.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

Entendi o estudo, tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém o leu para mim. Tive a oportunidade de pensar, fazer perguntas e falar a respeito do documento com outras pessoas quando precisei. Autorizo a minha inclusão neste estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento, não renuncio a nenhum dos meus direitos igais. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma ficará comigo e outra com o pesquisador.

Nome por extenso do participante de pesquisa ou do representante legal	Data	Assinatura
_____	_____	_____
Nome por extenso do responsável que explicou e obteve o Termo de Consentimento	Data	Assinatura
_____	_____	_____
Nome por extenso da testemunha imparcial (para casos de analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)	Data	Assinatura
_____	_____	_____

APÊNDICE B - Ficha de avaliação sintomas pós-parto

DADOS GERAIS

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____ Idade _____

Cor da pele (1)Branca (2)amarela (3) indígena (4) Parda (5) Preta

Estado matrimonial (1)Solteira (2)Casada (3)união estável (4)separada (5)viúva

Escolaridade (1)analfabeto (2) sabe escrever o nome Anos estudo _____

TCLE preenchido e assinado () Sim () Não () Não aplicável

HISTÓRIA DA GESTAÇÃO

G ___ PV ___ PC ___ Aumento de peso ponderal gestacional _____ Kg

Queixa de disfunção do assoalho pélvico antes da gestação:

(0) nao (1) perda involuntária de urina (2) perda involuntária de fezes ou gases (3) peso vaginal (bola na vagina)

(4) dor pélvica crônica (5) dor na relação sexual (7) constipação intestinal

Atividade física durante a gestação () Sim () Não

Realizou acompanhamento fisioterapêutico do assoalho pélvico na gestação

() Sim () Esporádico () Não

HISTÓRIA DO PARTO

Data do parto: _____ IG no parto _____ semanas e _____ dias

Peso RN _____ g

Circunferência cefálica _____ cm

Analgesia () Não () sim

Parto induzido () Não () sim

Episiotomia () Não () Mediana () Mediolateral com ângulo > 60°

() Mediolateral com ângulo < 60°

Tempo de duração do 2o estágio de TP _____ min

Posição 2º estágio TP _____

Laceração Perineal: () Não () 1 () 2 () 3A () 3B () 3C () 4

Se lesão de esfíncter anal, a sutura esfíncter anal foi realizada imediatamente

() Sim () Não () ≤ 12 horas () >12 horas

PÓS-PARTO

Tempo de pós parto _____ dias () Entre 45 e 60 dias () Entre 120 e 160 dias

Peso _____Kg Altura _____cm IMC_____

Sintomas urinários

Perda involuntária de urina () Sim () Não

Dificuldade/dor para urinar () Sim () Não

Sintomas intestinais

Perda involuntária de gases () Sim () Não

Perda involuntárias de fezes () Sim () Não

Urgência para evacuar () Sim () Não

Dor para evacuar () Sim () Não

Sintomas Vaginais/locais

Dor vaginal ou vulvar () Sim () Não

Escala visual analógica de dor 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

Dor durante relação sexual () Sim () Não () Não aplicável

Questionário de Impacto das disfunções do Assoalho pélvico preenchido

() sim () Não Valor: _____

AVALIAÇÃO FÍSICA

Aspecto da sutura da episiotomia:

Deiscência. () Sim () Não () Não aplicável

Abaulamentos (). Sim () Não Granulomas (). Sim () Não

Retração de pele () Sim () Não Fístulas: () Sim () Não

Outras Lesões perineais () Sim () Não

Avaliação de prolapso - POP-Q: _____

Aa (+3 – 3) cm	Ba (+3 – 3) cm	C cm
Hiato Genital cm.	Corpo perineal cm	Comprimento total da vagina cm
Ap (+3 – 3) cm	Bp (+3 – 3) cm	D cm

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL MATER DEI - MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeito da episiotomia mediolateral no desenvolvimento de sintomas relacionados a função do assoalho pélvico e qualidade de vida pós parto

Pesquisador: CLAUDIA LOURDES SOARES LARANJEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24474619.7.0000.5128

Instituição Proponente: Hospital Mater Dei S/A

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.826.072

Apresentação do Projeto:

As práticas obstétricas durante a assistência ao parto vaginal devem ser constantemente reavaliadas e estudadas no intuito de promover assistência oportuna e efetiva com diminuição do efeito deletério de intervenções sem efeito benéfico comprovado com significativo impacto iatrogênico. A episiotomia mediolateral (EML) é uma técnica muito utilizada por obstetras no período expulsivo do trabalho de parto e seus efeitos protetores são questionados e, muitas vezes, não baseados em estudos adequados de prognóstico da mulher. As consequências de lesões perineais graves, como lacerações esfinterianas anal, também não foram estudadas sob o ponto de vista do impacto na qualidade de vida da paciente no pós-parto. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é avaliar o impacto na qualidade de vida de pacientes submetidas à EML ou que tiveram lesões perineais graves durante o parto vaginal, através do uso de questionário validado de impacto na qualidade de vida, de forma prospectiva. Os resultados poderão demonstrar ou não o efeito protetor da EML, assim como evidenciar as consequências de lacerações esfinterianas anal. Para tanto, serão avaliadas 126 mulheres primíparas submetidas parto vaginal na Rede Mater Dei de Saúde com ou sem episiotomia médio lateral. As pacientes serão alocadas em um dos 3 grupos segundo critérios supracitados.

Desenho de estudo: Trata-se de estudo prospectivo não intervencionista que consiste de análise de 126 pacientes submetidas a parto vaginal distribuídas em 3 grupos para análise: 1. Mulheres submetidas a episiotomia mediolateral, 2. Mulheres sem episiotomia e sem lesão de esfínter

Endereço: Rua Mato Grosso, 1.100 , 2º andar bloco II

Bairro: Santo Agostinho

CEP: 30.190-081

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3339-9563

Fax: (31)3339-9286

E-mail: cpesquisa@materdei.com.br

Continuação do Parecer: 3.826.072

anale 3. Mulheres com ou sem episiotomia com lesão de esfíncter anal ocorrido durante o parto. Os três grupos serão avaliadas no período pós parto em dois momentos: a 1ª avaliação entre 45 e 60 dias e a 2ª avaliação entre 120 e 180 dias após o parto.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar diferenças entre o resultado do questionário de qualidade de vida Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) em mulheres após parto vaginal submetidas ou não a episiotomia com ou sem lesão esfíncteriana anal. Será também avaliado a frequência dos sintomas intestinais, urinários e vaginais em mulheres após parto vaginal submetidas ou não a episiotomia com ou sem lesão esfíncteriana anal. Avaliar a variação do resultado do questionário Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ-7) em dois tempos distintos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Trata-se de pesquisa de estudo de aspectos maternos após a gestação sem, contudo, ser invasiva. A seleção das pacientes e obtenção do material para pesquisa não interfere no prognóstico pós parto. Portanto, a pesquisa propriamente dita não incorrerá em hipótese alguma, risco adicional significativo para a puérpera e seu concepto. O recrutamento e entrevista com a paciente serão realizados em lugar privado, no intuito de reduzir possível constrangimento causado a mesma.

Benefícios:

Além do que, a realização desse estudo proporcionará melhor entendimento sobre a fisiopatologia do 2º estágio do trabalho de parto (período expulsivo) e diagnóstico adequado de disfunções, relacionadas ao assoalho pélvico, que impactam na vida da mulher no período puerperal imediato e tardio.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante com potencial de contribuição para a literatura médica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de rosto: Em conformidade
- 2) Projeto de pesquisa em português: Em conformidade
- 3) Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador: Em conformidade
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Em conformidade
- 5) Curriculum Vitae do pesquisador principal e demais pesquisadores: Em conformidade
- 6) Termo de compromisso do pesquisador responsável e da instituição, no sentido de cumprir os termos da Resolução 466/12: Em conformidade

Endereço: Rua Mato Grosso, 1.100 , 2º andar bloco II

Bairro: Santo Agostinho **CEP:** 30.190-081

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3339-9563 **Fax:** (31)3339-9286 **E-mail:** cpesquisa@materdei.com.br

Continuação do Parecer: 3.826.072

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1457824.pdf	26/01/2020 12:05:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Sem_Coleta_Material_Efeito_Episiotomia_CLSL.pdf	26/01/2020 12:04:50	CLAUDIA LOURDES SOARES LARANJEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Detalhamento_Pesquisa_episiotomia_CLSL.pdf	28/10/2019 15:00:07	CLAUDIA LOURDES SOARES LARANJEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_estudo_Episiotomia_ass_CLSL.pdf	28/10/2019 14:53:01	CLAUDIA LOURDES SOARES LARANJEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_ass_CLSL.pdf	28/10/2019 14:50:44	CLAUDIA LOURDES SOARES LARANJEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CLSL_2019.pdf	28/10/2019 14:38:45	CLAUDIA LOURDES SOARES LARANJEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 06 de Fevereiro de 2020

Assinado por:

Roberto Zambelli de Almeida Pinto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Mato Grosso, 1.100, 2º andar bloco II

Bairro: Santo Agostinho

CEP: 30.190-081

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3339-9563

Fax: (31)3339-9286

E-mail: cpesquisa@materdei.com.br

ANEXO B - Questionário de Impacto no Assoalho Pélvico

Pelvic Floor Impact Questionnaire) - PFIQ-

Questionário de Impacto no Assoalho Pélvico (*Pelvic Floor Impact Questionnaire) - PFIQ-7*

Instruções: 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 vagina, nos últimos 3 meses.

Favor certificar-se de marcar uma resposta para cada pergunta nas 3 colunas

Como os sintomas ou condições listadas ao lado:	Bexiga	Intestino	Vagina/pelve
1. Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades domésticas (ex: cozinhar, arrumar a casa, lavar roupas)?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
2. Geralmente afetam sua habilidade de realizar atividades físicas com caminhar, nadar ou outro tipo de exercício?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
3. Geralmente afetam atividades de entretenimento, como ir ao cinema ou a um show?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
4. Geralmente afetam sua habilidade de viajar de carro ou ônibus por uma distância maior do que 30 minutos da sua casa?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
5. Geralmente afetam sua participação em atividades sociais fora de casa?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
6. Geralmente afetam sua saúde emocional (ex: nervosismo, depressão)?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
7. Fazem você se sentir frustrada?	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Nem um pouco <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Bastante
Soma			

Pontuação para cada marcação:

Nem um pouco 0

um pouco..... 1

moderadamente..... 2

Bastante..... 3

O valor para cada subescala (cada coluna) é calculado pela média da pontuação (soma dos 7 itens/7) multiplicado por 33,3.

* Pontuação PSIQ-7 Total final é calculada pela soma das três subescalas varia de 0 a 300.