

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PERCELA MOSCOSO TENCE MARKS

AVALIAÇÃO DA DOR PERINEAL, CICATRIZAÇÃO E SATISFAÇÃO DA
MULHER NO PÓS-PARTO COM O REPARO PERINEAL COM O USO DE
COLA CIRÚRGICA E FIO DE SUTURA: ESTUDO TRANSVERSAL

São Paulo
2018

PERCELA MOSCOSO TENCE MARKS

**AVALIAÇÃO DA DOR PERINEAL, CICATRIZAÇÃO E SATISFAÇÃO DA
MULHER NO PÓS-PARTO COM O REPARO PERINEAL COM O USO DE
COLA CIRÚRGICA E FIO DE SUTURA: ESTUDO TRANSVERSAL**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana de Souza Caroci

VERSÃO CORRIGIDA

A versão Original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo

São Paulo
2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Marks, Percela Moscoso Tence

Avaliação da dor perineal, cicatrização e satisfação da mulher no pós-parto com o reparo perineal com o uso de cola cirúrgica e fio de sutura: estudo transversal / Percela Moscoso Tence Marks. São Paulo, 2018.

118 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Souza Caroci

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem obstétrica. 2. Períneo. 3. Sutura. 4. Dor.
5. Cicatrização. I. Título.

Nome: Percela Moscoso Tence Marks

Título: Avaliação da dor perineal, cicatrização e satisfação da mulher no pós-parto com o reparo perineal com o uso de cola cirúrgica e fio de sutura: estudo transversal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências
Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana de Souza Caroci

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha família amada, que sempre me apoiou com muito amor.

AGRADECIMENTOS

Á **Deus** que é mantenedor de todas as coisas.

À minha querida orientadora, **Prof.^a Dra. Adriana de Souza Caroci**, por toda competência, empatia, respeito e carinho com que me orientou neste trabalho e a **Prof.^a Dra. Maria Luiza Gonzalez Riesco** que também me acolheu como a sua orientanda no início do meu projeto.

Às **Prof.^a Dra. Adriana Amorim, Prof.^a Dra Nathalie Leister** como também a **Prof.^a Dra. Maria Luiza Gonzalez Riesco** que contribuíram com o desenvolvimento do trabalho no meu exame de qualificação onde suas críticas e contribuições foram essências para o desenvolvimento do meu trabalho.

À toda a **Equipe do Ensaio Clinico Randomizado** que fizeram parte para que esse meu projeto pudesse ser desenvolvido.

À **Wesllany, Thais, Sheila, Marlise, Rafaela, Rebeca, Cintia e Edilaine** pelo apoio, incentivo aos momentos difíceis, carinho e respeito que muito contribuíram durante as disciplinas e durante a coleta de dados e desenvolvimento do meu trabalho meus sinceros agradecimentos.

A toda equipe da **EEUSP** pelo apoio durante minha trajetória no mestrado, em especial à equipe da biblioteca que contribuiu muito com os excelentes cursos ministrados.

A toda minha família, meu esposo **Eduardo**, meus filhos **Eduardo Jr, Priscilla e William** que muitas vezes fiquei ausente nas suas tarefas diárias. A todos meus queridos **amigos** que tornam minha caminhada mais tranquila e alegre e esperançosa.

A toda equipe de enfermagem em especial às enfermeiras Obstetras: **Michele, Nádia, Cristina** e a **Diretora Enfa. Patricia Egidio de Magalhaes** e a **equipe Médica do Pronto Socorro e Maternidade Zoraide Eva das Dores**, pela autorização, pelo acolhimento, apoio, companhia e contribuição com a coleta de dados.

A **todas as mulheres** incríveis que aceitaram participar e que participaram desta pesquisa, sem elas nada seria possível, meu eterno agradecimento.

EPÍGRAFE

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

Marks PMT. Avaliação da dor perineal, cicatrização e satisfação da mulher no pós-parto com o reparo perineal com o uso de cola cirúrgica e fio de sutura: estudo transversal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: A efetividade da cola cirúrgica no reparo perineal no parto normal deve ser estudada, visto que esse material é utilizado em várias áreas da saúde e pode trazer benefícios para a mulher. **Objetivos:** Comparar a intensidade da dor perineal, o processo de cicatrização e a satisfação da mulher com o reparo do trauma perineal no parto normal, com uso de cola cirúrgica ou fio de sutura. **Método:** Estudo transversal aninhado a um ensaio clínico. A amostra foi constituída por 110 mulheres sem parto vaginal anterior que tiveram parto normal no Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores, Itapeverica da Serra, São Paulo. Os dados foram coletados entre 10 e 20 dias após o parto, mediante a Escala Visual Numérica (EVN) para avaliar a intensidade da dor (escore 0= sem dor a escore 10= dor insuportável), a escala REEDA (escore 0= melhor resultado a escore 15= pior resultado) para avaliar o processo de cicatrização perineal e a escala tipo Likert de cinco pontos para verificar a satisfação da mulher com ao reparo perineal. Os desfechos foram analisados segundo a distribuição das mulheres no grupo experimental (GE: reparo perineal com cola cirúrgica Glubran 2[®]; n=55) e no grupo controle (GC: reparo perineal com fio Vicryl[®]; n=55). Foram feitas análise descritiva, com frequência, média e desvio-padrão (d.p.), e inferencial, com teste qui-quadrado (aproximado pelo teste de Monte Carlo) e ANOVA (ajustada para comparações múltiplas). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. **Resultados:** Em relação às características sociodemográficas e clínico-obstétricas das 110 mulheres avaliadas, GC e GE mostraram-se homogêneos, sem diferença estatística para as seguintes variáveis: idade materna, cor da pele, escolaridade, ocupação, situação conjugal, estado nutricional, idade gestacional e peso do recém-nascido. A intensidade da dor perineal avaliada pela EVN mostrou escore menor entre as mulheres do GE (média=0,2; d.p.=0,9) em comparação àquelas do GC (média 1,3; d.p.=2,1) ($p<0,001$). Em relação à intensidade da dor, classificada como sem dor, dor leve, moderada ou forte, os resultados foram favoráveis ao GE (94,6% sem dor; 1,8% dor leve; 3,6% dor moderada), em comparação ao GC (63,6% sem dor; 18,2% dor leve; 16,4% dor moderada; 1,8% dor forte) ($p<0,001$). Na análise de subgrupos, houve diferença estatisticamente significativa apenas entre as mulheres com laceração perineal de primeiro grau, com proporção maior de mulheres sem dor ou com dor leve entre aquelas do GE ($p=0,004$). Quanto à cicatrização perineal, na análise global da escala REEDA (hiperemia,

edema, equimose, secreção e coaptação das bordas), não houve diferença significativa em relação ao tipo de reparo. Na análise de subgrupos, o processo de cicatrização mostrou melhor resultado entre as mulheres com laceração de primeiro grau (média=0,3; d.p.=0,6), em comparação àquelas com laceração de segundo grau ou episiotomia (média=0,8; d.p.=0,9), independentemente do tipo de reparo ($p<0,001$). No entanto, a análise de subgrupos mostrou que entre as mulheres com laceração de segundo grau ou episiotomia, a cicatrização foi melhor quando a reparo foi com fio de sutura ($p=0,007$), em especial, a coaptação das bordas ($p<0,001$). Em relação à satisfação da mulher com o reparo perineal, a maioria no GE mostrou-se satisfeitas (54,5%) e nenhuma referiu estar insatisfeita ou muito insatisfeita. Por outro lado, entre as mulheres do GC, 9,1% referiram estar insatisfeitas ou muito insatisfeitas ($p=0,035$). A menor satisfação foi entre as mulheres com laceração de segundo grau ou episiotomia que tiveram o reparo perineal com fio de sutura ($p=0,022$). **Conclusão:** O reparo perineal com cola cirúrgica Glubran 2[®] mostrou que a dor foi menor do que com o uso do fio Vicryl[®]. O processo de cicatrização obteve bons resultados com ambos os métodos de reparo. A satisfação das mulheres foi maior quando o reparo foi feito com a cola cirúrgica. A cola cirúrgica pode ser uma alternativa à sutura do trauma perineal no parto normal.

Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Obstétrica. Períneo. Suturas. Dor. Cicatrização.

Marks PMT. Assessment of perineal pain, healing and satisfaction of the woman after delivery with perineal repair with the use of surgical glue and surgical thread: cross-sectional study [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: The effectiveness of surgical glue in perineal repair in natural childbirth should be studied, as this material is used in several health areas and may bring benefits to the woman. **Objectives:** To compare the intensity of perineal pain, the healing process and the satisfaction of the woman with the repair of perineal trauma during normal delivery, with the use of surgical glue or surgical thread. **Method:** This is a cross-sectional study coupled with a clinical trial. The sample was composed of 110 women without previous vaginal delivery who underwent natural childbirth in the Zoraide Eva das Dores Emergency Room and Municipal Maternity, located in Itapeccerica da Serra, São Paulo. The data were collected between 10 and 20 days after delivery, using the Visual Numerical Scale (VNS) to assess pain intensity (score 0 = no pain to score 10 = unbearable pain), and REEDA scale (score 0 = best result to score 15 = worst result) to assess the perineal healing process, besides the five-point Likert-type scale to check the woman's satisfaction with perineal repair. The outcomes were analyzed in line with the distribution of the women in the experimental group (EG: perineal repair with Glubran 2® surgical glue, n=55) and in the control group (CG: Vicryl® thread perineal repair; n=55). We performed descriptive analysis with frequency, mean and standard deviation (s.d.), and inferential, with chi-square test (approximated by the Monte Carlo test) and ANOVA (adjusted for multiple comparisons). This study was approved by the Research Ethics Committee of the School of Nursing of the University of São Paulo. **Results:** Regarding the sociodemographic and clinical-obstetric characteristics of the 110 assessed women, CG and EG were homogeneous, with no statistical difference for the following variables: maternal age, skin color, educational level, occupation, marital status, nutritional status, gestational age and newborn's weight. The intensity of the perineal pain assessed by VNS showed a lower score among the women of EG (mean=0.2; s.d. =0.9) compared to those of CG (mean=1.3; s.d.=2.1) ($p<0.001$). Regarding pain intensity, classified as without pain, mild, moderate or severe pain, the results were favorable to EG (94.6% without pain, 1.8% mild pain, 3.6% moderate pain) compared to CG (63.6% without pain, 18.2% mild pain, 16.4% moderate pain, 1.8% severe pain) ($p<0.001$). When analyzing the subgroups, there was a statistically significant difference only among women with first-degree perineal laceration, with a higher proportion of women without pain or with mild pain among those of EG ($p=0.004$). As for perineal healing, when performing the overall analysis of REEDA scale (redness, oedema, ecchymosis, discharge, approximation of the wound edges (coaptation), there was no significant difference regarding the type of repair. When analyzing the subgroups, the healing process showed a better result among women with first-degree laceration (mean=0.3; s.d.=0.6) compared to those with second-degree laceration or episiotomy (mean=0.8; s.d.=0.9), regardless of the type of repair ($p<0.001$). Nevertheless, the analysis of subgroups showed that, among women with second-degree laceration or episiotomy, the healing was better when the repair was conducted with surgical thread ($p=0.007$), especially the edge coaptation ($p <0.001$). Regarding the satisfaction of the woman with perineal repair, most in EG showed to be satisfied (54.5%) and none reported being dissatisfied or very dissatisfied. On the other hand, among the women of CG, 9.1% reported being dissatisfied or very dissatisfied ($p= 0.035$). The lowest satisfaction was among women with second-degree laceration or episiotomy who underwent perineal repair with surgical thread ($p=0.022$). **Conclusion:** The perineal repair with Glubran 2® surgical glue showed that the pain was

lower than with the use of Vicryl[®] thread. The healing process has obtained good results with both repair methods. The satisfaction of the women was higher when the repair was conducted with surgical glue. Surgical glue can be an alternative to suturing perineal trauma in natural childbirth.

Study funded by the Foundation for Research Support of the State of São Paulo (FAPESP) and the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq).

KEYWORDS: Obstetric Nursing. Perineum. Sutures. Pain. Healing.

Marks PMT. Evaluación del dolor perineal, cicatrización y satisfacción de la mujer en el posparto con la reparación perineal con uso de cola quirúrgica y hilo de sutura: estudio transversal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMEN

Introducción: La efectividad de la cola quirúrgica en la reparación perineal en el parto normal debe ser estudiada, ya que este material se utiliza en varias áreas de la salud y puede traer beneficios para la mujer. **Objetivos:** Comparar la intensidad del dolor perineal, el proceso de cicatrización y la satisfacción de la mujer con la reparación del trauma perineal en el parto normal, con uso de cola quirúrgica o hilo de sutura. **Método:** Estudio transversal anidado a un ensayo clínico. La muestra fue constituida por 110 mujeres sin parto vaginal anterior que tuvieron parto normal en el Pronto Socorro y Maternidad Municipal Zoraide Eva das Dolores, Itapeverica da Serra, São Paulo. Los datos fueron recolectados entre 10 y 20 días después del parto, mediante la Escala Visual Numérica (EVN) para evaluar la intensidad del dolor (puntuación 0= sin dolor a la puntuación 10= dolor insoportable), la escala REEDA (puntuación 0= mejor resultado a la puntuación 15= peor resultado) para evaluar el proceso de cicatrización perineal y la escala tipo Likert de cinco puntos para verificar la satisfacción de la mujer con la reparación perineal. Los resultados fueron analizados según la distribución de las mujeres en el grupo experimental (GE: reparación perineal con cola quirúrgica Glubran 2[®], n=55) y en el grupo control (GC: reparación perineal con hilo Vicryl[®]; n=55). Se realizaron análisis descriptivos, con frecuencia, media y desviación estándar (d.e.), e inferencial, con prueba qui-cuadrada (aproximada por la prueba de Monte Carlo) y ANOVA (ajustada para comparaciones múltiples). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo. **Resultados:** En relación a las características sociodemográficas y clínico-obstétricas de las 110 mujeres evaluadas, GC y GE se mostraron homogéneos, sin diferencia estadística para las siguientes variables: edad materna, color de la piel, escolaridad, ocupación, situación conyugal, estado nutricional, edad gestacional y peso del recién nacido. La intensidad del dolor perineal evaluada por la EVN mostró una puntuación menor entre las mujeres del GE (promedio=0,2; d.e.=0,9) en comparación con las del GC (promedio 1,3; d.e.=2,1) ($p<0,001$). En cuanto a la intensidad del dolor, clasificada como sin dolor, dolor leve, moderado o fuerte, los resultados fueron favorables al GE (94,6% sin dolor; 1,8% dolor leve; 3,6% dolor moderado), en comparación al GC (63,6% sin dolor; 18,2% dolor leve; 16,4% dolor moderado; 1,8% dolor fuerte) ($p<0,001$). En el análisis de subgrupos, hubo diferencia estadísticamente significativa sólo entre las mujeres con laceración perineal de primer grado, con proporción mayor de mujeres sin dolor o con dolor leve entre aquellas del GE ($p=0,004$). En cuanto a la cicatrización perineal, en el análisis global de la escala REEDA (hiperemia, edema, equimosis, secreción y coaptación de los bordes), no hubo diferencia significativa en relación al tipo de reparación. En el análisis de subgrupos, el proceso de cicatrización mostró un mejor resultado entre las mujeres con laceración de primer grado (promedio=0,3; d.e.=0,6), en comparación con aquellas con laceración de segundo grado o episiotomía (promedio=0,8; d.e.=0,9), independientemente del tipo de reparación ($p <0,001$). Sin embargo, el análisis de subgrupos mostró que entre las mujeres con laceración de segundo grado o episiotomía, la cicatrización fue mejor cuando la reparación fue con hilo de sutura ($p=0,007$), en especial, la coaptación de los bordes ($p<0,001$). En cuanto a la satisfacción de la mujer con la reparación perineal, la mayoría en el GE se mostró satisfecha (54,5%) y ninguna mencionó estar insatisfecha o muy insatisfecha. Por otro lado, entre las mujeres del GC, el 9,1% dijo estar insatisfecha o muy

insatisfecha ($p=0,035$). La menor satisfacción fue entre las mujeres con laceración de segundo grado o episiotomía que tuvieron la reparación perineal con hilo de sutura ($p=0,022$). **Conclusión:** La reparación perineal con cola quirúrgica Glubran 2[®] mostró que el dolor fue menor que con el uso del hilo Vicryl[®]. El proceso de cicatrización obtuvo buenos resultados con ambos métodos de reparación. La satisfacción de las mujeres fue mayor cuando la reparación fue hecha con la cola quirúrgica. El pegamento quirúrgico puede ser una alternativa a la sutura del trauma perineal en el parto normal.

Estudio financiado por la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de São Paulo (FAPESP) y por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq)

PALABRAS CLAVE: Enfermería Obstétrica. Perineo. Suturas. Dolor. Cicatrización de Heridas.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos utilizando colas adesivas cirúrgicas no reparo de traumas perineais..... 33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Cola cirúrgica Glubran 2 [®]	42
Figura 2 - Fio de sutura Vicryl [®]	43
Figura 3 - Ordinograma do método utilizado no estudo transversal. Itapecerica da Serra, SP - 2018.	47
Figura 4 - Ordinograma das etapas do estudo do Ensaio Clínico Randomizado e do Estudo Transversal. Itapecerica da Serra, SP - 2018.	48
Figura 5 - Escala Visual Numérica para dor perineal com 11 pontos.	49
Figura 6 - Escala REEDA de avaliação do processo de cicatrização do períneo.	50
Figura 7 - Régua Peri-Rule	50
Figura 8 - Escala de satisfação de Likert.	51
Figura 9 - Localização das regiões em que foram realizadas as visitas domiciliares, Itapecerica da Serra, SP- 2018	55
Figura 10 - Fluxograma das participantes do estudo, Itapecerica da Serra, SP- 2018	56
Figura 11 - Processo de cicatrização entre 10 a 20 dias após o parto com o reparo com fio de sutura Vicryl [®] Rapide [®] , Itapecerica da Serra, SP- 2018	75
Figura 12 - Processo de cicatrização em fúrcula entre 10 a 20 dias após o parto com o reparo com cola Glubran 2 [®] . Itapecerica da Serra, SP- 2018	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características das mulheres dos grupos controle (GC) e experimental (GE), segundo variáveis categóricas e valor de p, Itapecerica da Serra, SP- 2018	59
Tabela 2 - Características das mulheres dos grupos controle (GC) e experimental (GE), segundo variáveis numéricas e valor de p, Itapecerica da Serra, SP- 2018.....	62
Tabela 3 - Estatística descritiva sobre a intensidade de dor perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	64
Tabela 4 - Estatística categórica sobre a intensidade de dor perineal entre 10 a 20 dias pós-parto, segundo o tipo de reparo perineal, Itapecerica da Serra, SP- 2018.....	65
Tabela 5 - Estatística categórica sobre a intensidade de dor perineal entre 10 a 20 dias pós-parto em relação ao tipo de reparo perineal e ao grau de laceração. Itapecerica da Serra, SP – 2018	66
Tabela 6 - Estatística categórica sobre a intensidade da dor perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	66
Tabela 7 - Estatística descritiva sobre o processo de cicatrização perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo perineal e grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	67
Tabela 8 - Estatística categórica sobre o processo de cicatrização perineal entre 10 a 20 dias após o parto, comparando a escala REEDA com o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	68
Tabela 9 - Estatística categórica sobre o processo de cicatrização perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao tipo de reparo perineal e ao grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	68
Tabela 10 - Estatística descritiva sobre a hiperemia perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP, - 2018	69
Tabela 11 - Estatística categórica sobre a hiperemia perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	69
Tabela 12 - Estatística categórica sobre a hiperemia perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018.....	70
Tabela 13 - Estatística categórica sobre a hiperemia perineal entre 10 a 20 dias segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	70
Tabela 14 - Estatística descritiva sobre a secreção perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	70

Tabela 15 - Estatística categórica sobre a secreção perineal entre 10 a 20 dias pós-parto, segundo o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	71
Tabela 16 - Estatística categórica sobre a secreção perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	71
Tabela 17 - Estatística categórica sobre a secreção perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	71
Tabela 18 - Estatística descritiva sobre a equimose perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração. Itapecerica da Serra, SP- 2018	72
Tabela 19 - Estatística categórica sobre a equimose perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	72
Tabela 20 - Estatística descritiva sobre a coaptação perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	73
Tabela 21 - Estatística categórica sobre a coaptação perineal entre 10 a 20 dias após o parto, segundo o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	73
Tabela 22 - Estatística categórica sobre a coaptação perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	74
Tabela 23 - Estatística categórica sobre a coaptação perineal entre 10 a 20 dias depois do parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018	74
Tabela 24 - Estatística categórica sobre a satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP - 2018.....	76
Tabela 24 - Estatística categórica da satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração	77
Tabela 25 - Estatística categórica sobre a satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP - 2018	78

LISTA DE SIGLAS

AC	Alojamento conjunto
cm	Centímetros
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade da USP
EC	Ensaio Clínico
EMLD	Epísio Médio Lateral Direito
ET	Estudo Transversal
EVA	Escala Visual Analógica
EVN	Escala Visual Numérica
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
FDA	Food and Drug Administration
FMAP	Força Muscular do Assoalho Pélvico
IA	Incontinência Anal
IASP	International Association for Study of Pain
IU	Incontinência Urinária
JBI	Joanna Briggs Institute
LBI	Laser de baixa Intensidade
ml	Milímetros
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAT	Perineal Assesment Tool
REEDA	Redness, Eodemma, Echymosis, Discharge, Approximation
PSMMZED	Pronto Socorro Municipal e Maternidade Zoraide Eva das Dores
RN	Recém-nascido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Dor perineal no pós-parto	22
1.2 O processo de cicatrização perineal no pós-parto	24
1.3 Técnicas de reparo perineal utilizadas no parto normal	28
1.4 Satisfação da mulher com o reparo perineal no pós-parto.....	31
1.5 Justificativa.....	34
2. HIPÓTESE	35
3. OBJETIVOS.....	37
3.1 Geral.....	38
3.2 Específicos	38
4. MÉTODO	39
4.1 Tipo de Estudo.....	40
4.2 Local de coleta de dados do ensaio clínico.....	40
4.3 População e amostra do ensaio clínico	41
4.3.1 Critério de inclusão do ensaio clínico	41
4.3.2 Critério de exclusão do ensaio clínico	41
4.4 Coleta de dados do ensaio clínico.....	41
4.5 Materiais utilizados no ensaio clínico	42
4.5.1 Características da cola cirúrgica Glubran 2 [®] à base de N-Butil-2 cianoacrilato.....	42
4.5.2 Características do fio de sutura Vicryl [®] de rápida absorção	43
4.6 Exposição e desfecho do ensaio clínico	44
4.6 Procedimentos para aplicação da cola cirúrgica <i>GLUBRAN-2[®]</i> , utilizados no ECR....	44
4.6.1 Procedimentos para utilização do fio de sutura, utilizados no ECR.....	45
4.7 Local da coleta de dados do estudo transversal	45
4.8 População e amostra do estudo transversal	45
4.8.1 Critério de inclusão do Estudo transversal	45
4.9 Coleta de dados do estudo transversal	46
4.10 Exposição e desfechos do estudo transversal	49
4.11 Avaliação dos desfechos do estudo transversal.....	49
4.11.1 Ocorrência e intensidade da dor perineal	49
4.11.2 Avaliação do processo de cicatrização do períneo	49
4.11.3 Nível de satisfação da mulher com o tipo de reparo perineal.....	51
4.12 Variáveis do estudo transversal	51
4.12.1 Independentes	51
4.12.2 Dependentes.....	51
4.12.3 Variáveis de caracterização	52

4.13 Tratamento e análise dos dados do estudo transversal	52
4.14 Aspectos éticos do estudo transversal	53
5. RESULTADOS	54
5.1 Caracterização da amostra	57
5.2 Análise da intensidade da dor perineal	64
5.3 Análise do processo de cicatrização	67
5.4 Análise da satisfação da mulher com o reparo perineal	76
6. DISCUSSÃO	79
6.1 Desenvolvimento do estudo	80
6.2 Avaliação da intensidade de dor perineal	82
6.3 Avaliação do processo de cicatrização	84
6.4 Avaliação da satisfação da mulher com o reparo perineal	88
6.5 Limitações e fortalezas	90
6.6 Implicações para pesquisa e prática.....	90
7. CONCLUSÃO.....	92
8. FINANCIAMENTO.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
APÊNDICE A.....	105
ANEXO B.....	109
APÊNDICE C.....	112
APÊNDICE D.....	114
APÊNDICE E.....	116
ANEXO F.....	118

1 INTRODUÇÃO

O trauma perineal ocorre com frequência no parto normal e está fortemente relacionado com morbidades a curto ou a longo prazo. São comuns as complicações que ocorrem durante o processo de cicatrização do períneo desde as primeiras horas após o parto até meses ou anos depois; são elas: dor, edema, hiperemia, equimose, sangramento vaginal, infecção, deiscência além de outras morbidades como dispareunia, incontinência urinária (IU), incontinência anal (IA) e diminuição da força muscular do assoalho pélvico (FMAP) (Aasheim et al., 2011; Francisco et al., 2011, Carroli, Mignini, 2012; Soares et al., 2013; Alvarenga et al., 2015, Naidu, Sultan, Thakar, 2016; Paiva et al., 2016).

As lacerações perineais espontâneas ou episiotomias são tipos de trauma perineal que podem ocorrer no parto normal. As lacerações espontâneas classificam-se em primeiro grau, quando atingem a pele e a mucosa; em segundo grau, quando estendem-se até os músculos perineais, exceto os músculos do esfíncter anal; em terceiro grau, quando atingem os músculos do esfíncter anal e quarto grau quando envolvem o esfíncter anal externo e interno e o epitélio interno do ânus. No caso da episiotomia, além da pele e da mucosa, são habitualmente seccionados os músculos transversos do períneo e o bulbo-carvernoso (Kettle, 2005).

A morbidade materna relacionada ao trauma perineal é ainda uma preocupação atual já que índices indicam que mais de 85% das mulheres no Reino Unido e nos Estados Unidos sofrem algum tipo de trauma perineal durante o parto vaginal, causando não só danos físicos, mas também psicológicos (Kettle, Tohill, 2011).

Uma publicação do Ministério da Saúde (MS) do Brasil apresenta que 71,6% das mulheres são submetidas a episiotomia durante a condução do parto normal (Brasil, 2009). O inquérito nacional sobre o parto e nascimento relata que 89,6% das mulheres tiveram parto normal com intervenção como o uso de ocitocina e amniotomia em 40%, manobra de Kristeller em 37%, episiotomias em 53,5% e 92% tiveram parto na posição ginecológica (Leal et al., 2014).

Estudo retrospectivo em uma maternidade do município de Itapeceira da Serra, São Paulo, com 6.365 mulheres submetidas a partos normais ocorridos entre 1999 a 2001, apresentou os seguintes resultados: 28,6% mantiveram a integridade do períneo preservada, sendo que 25,9% foram submetidas à episiotomia e 45,5% tiveram laceração perineal espontânea de primeiro e segundo graus. As autoras concluíram que o desfecho perineal está

relacionado com a paridade, prematuridade, peso e vitalidade do recém-nascido (RN) (Riesco et al., 2011).

Tanto na ocorrência de episiotomias como nas lacerações perineais espontâneas podem ocorrer complicações durante o processo de cicatrização no período puerperal como: dor perineal, edema, equimose, hiperemia, secreção e coaptação das bordas da incisão desde as primeiras horas após o parto e podem persistir além do período de hospitalização (Davidson, 1974; Declercq et al., 2014; Alvarenga et al., 2015).

1.1 Dor perineal no pós-parto

A dor é definida segundo a *International Association for Study of Pain (IASP)* como uma experiência subjetiva desagradável, sensitiva e emocional, associada à lesão tecidual, sendo vivenciada por quase todas as pessoas, envolvendo os aspectos emocionais, culturais e sensitivos de cada indivíduo (IASP, 2011).

Independentemente das características sociodemográficas, a puérpera está sujeita a diversas morbidades dentre as quais se inclui a dor perineal, que pode persistir por meses após o parto. As primíparas estão mais sujeitas a uma elevada frequência de trauma perineal sobretudo serem submetidas à episiotomia. A dor perineal é uma das morbidades mais comuns que ocorre no período puerperal e afeta cerca de um terço das primíparas após o parto normal e está associada ao tempo de pós-parto e à presença de traumas perineais. A chance de uma primípara com traumas na região perineal ter dor é cerca de três vezes mais do que aquelas com períneo íntegro (Francisco et al., 2014).

Um inquérito realizado com 2.400 mulheres que deram à luz em hospitais nos Estados Unidos, entre julho de 2011 e junho de 2012, identificou que 41% daquelas que tiveram parto vaginal relataram dor no períneo em até dois meses após o parto e 7% reportaram o mesmo problema após seis meses. A dor perineal estava fortemente relacionada à episiotomia (18%) ou não (9%) ($p < 0,01$) (Declercq et al., 2014).

Estudo transversal que objetivou estabelecer a prevalência de dor perineal, seus efeitos no pós parto e o uso de analgesia realizado com 215 mulheres na Austrália, verificou que 90,0% relataram dor perineal após 72 horas pós-parto, 53,0% classificaram a dor como leve, 33,0% como moderada e 3,7% como intensa (East et al, 2012).

Uma revisão sistemática que teve como objetivo avaliar o impacto da gravidez, a via de parto, o tipo de trauma perineal, as disfunções sexuais e os desconfortos no puerpério

identificou que a dor perineal persistiu por dois meses em 92,0% das mulheres e foi associada à episiotomia, à lesão de esfíncter anal e ao parto instrumental (Yeniél, Petri, 2014).

No Brasil, estudo realizado em um hospital público da cidade de São Paulo com 100 puérperas encontrou elevada porcentagem de dor, sendo que 96% referiram dor entre 20 e 24 horas, 98% entre 56 e 60 horas e 93% com dez dias após o parto vaginal. A dor no períneo foi a morbidade mais citada entre 20 e 24 horas com 32,9%, seguida pela dor abdominal de 31,7% e pela dor nas mamas de 25,3%. Entre 56 e 60 horas, a principal queixa foi a dor nas mamas (39,6%), seguida pela dor perineal (26,3%) e depois abdominal (22,6%). No décimo dia após o parto, a maior queixa foi a dor nas mamas (40,2%), em segundo lugar a dor perineal (28,1%) e por último a dor lombar (12,1%) (Alexandre, 2002).

Na Tailândia, em estudo de coorte formado por 243 puérperas, conclui-se que a intensidade da dor entre a primeira e segunda semana pós-parto é maior em mulheres que foram submetidas à episiotomia do que em mulheres que tiveram lacerações perineais espontâneas (Chang et al., 2011).

A partir desses estudos citados é possível observar que a dor perineal é uma causa significativa de morbidade entre as mulheres que tiveram parto vaginal. Para verificar sobre a experiência da dor de uma mulher, é fundamental que os profissionais da saúde avaliem a intensidade e a qualidade da dor para uma melhor compreensão. A dor é uma experiência pessoal e cada indivíduo a percebe e reage de forma diferente, não podendo ser facilmente quantificada. A qualidade da dor pode ser mensurada através de descrição das respostas próprias das mulheres do primeiro até o quinto dia pós-parto, analisadas como descritores da dor perineal, sob o tema sensitivo, afetivo, avaliativo conforme descrito na escala de dor de McGill (Steen, 2007).

Para Strong et al. (2002) o indivíduo que vivencia a dor é o mesmo que a referencia, e, para isso, é preciso que as mulheres estejam em condições de responder às perguntas necessárias. O autorrelato da dor é considerado como indicador confiável da experiência algica por ser conceituada como “o que a paciente diz ser e existe quando ele diz existir”. No entanto, considerando que a avaliação da dor é complexa uma vez que a sua natureza é subjetiva e multidimensional, não existe uma única abordagem de avaliação da dor que seja adequada para todos os indivíduos (McCaffery, 1980).

A avaliação da dor pode ser realizada por escalas e questionários de fácil compreensão, os quais são validados e amplamente utilizados como a Escala Visual Numérica (EVN), a Escala Visual Analógica (EVA) e o questionário de McGill. É recomendado que a

dor seja avaliada antes, durante e depois de um procedimento, intervenção ou tratamento. A avaliação da dor refere-se à sua localização, intensidade e sensação (Strong et al., 2002).

A EVA consiste em uma linha vertical ou horizontal com ponto inicial que indica a ausência de dor e o ponto final equivalente a dor insuportável. Para obter o escore da intensidade da dor, deve-se assinalar em um ponto da reta e após medir a distância entre as extremidades dos pontos e o ponto da reta assinalada. Esse é um meio eficaz de mensuração por ser vantajoso nas barreiras de linguagem, mas, cerca de 10% dos adultos ficam confusos com esse teste. Contudo a EVN é a mais eficaz por apresentar marcações de 0 a 10 em que a intensidade da dor aumenta conforme a numeração, sendo zero a ausência de dor e 10 a pior possível. Esse, também, é um instrumento muito utilizado para adultos (Twaddle, Cooke, 2011).

1.2 O processo de cicatrização perineal no pós-parto

As lacerações perineais e as episiotomias podem ser classificadas como as feridas agudas, as quais cicatrizam em um tempo curto sem muitas intercorrências e consequências. A cicatrização pode ser alterada por vários fatores como idade da mãe, tipo de dieta, estresse, obesidade, ansiedade, infecção, tabagismo e uso de algumas drogas (Steen, 2007). O processo de cicatrização inicia-se dentre as primeiras 24 horas da lesão inicial e representa uma perfeita e coordenada cadeia de eventos celulares, moleculares e bioquímicos que interagem para que ocorra a reconstituição tecidual. Os mecanismos da cicatrização, em sequência ordenada de eventos, foram inicialmente divididos em cinco elementos principais: inflamação, proliferação celular, formação do tecido de granulação, contração e remodelamento da ferida (Carell, 1910). Atualmente esse processo é classificado em três fases: fase inflamatória, fase de proliferação ou de granulação e fase de remodelamento ou de maturação (Campos, Borges-Branco, Groth, 2007).

A fase inflamatória inicia-se, imediatamente, após a lesão, com a liberação de substâncias vasoconstritoras pelas membranas celulares. O endotélio lesado e a formação do tampão plaquetário estimulam a cascata de coagulação que atrai à ferida os neutrófilos que irão produzir radicais livres para auxiliar na destruição bacteriana. Os neutrófilos são gradativamente substituídos por macrófagos entre 48 e 96 horas da lesão tecidual com a função de secretar as citocinas, fatores de crescimento que contribuem para a angiogênese, fibroplasia e síntese de matriz extracelular, fundamentais para a transição proliferativa (Balbino, Pereira, Curi; 2005; Campos, Borges-Branco, Groth, 2007).

A fase proliferativa é formada por epitelização, angiogênese, formação de tecido de granulação e deposição de colágeno. Seu início ocorre, aproximadamente, no quarto dia após a lesão tecidual e se estende até a segunda semana. Nesse período os fibroblastos, células musculares lisas, células endoteliais e células epiteliais iniciam a cobertura da ferida (Orgill, 1988; Clark, 2005; Broughton et al., 2006; Campos, Borges, Branco, Groth, 2007).

O último fenômeno de cicatrização é a fase de remodelamento ou de maturação. Iniciada logo após a primeira semana de lesão tecidual, essa fase perdura entre 12 e 18 meses. Nessa fase ocorre a deposição de colágeno que, inicialmente, apresenta-se mais fino do que o colágeno de uma pele não lesionada. Ao decorrer do tempo, esse colágeno é reabsorvido e substituído por outro mais espesso que atingirá a força tênsil de 80% aos três meses. Esse processo pode demorar até um ano em feridas fechadas e um pouco mais nas abertas. O remodelamento do reparo inicia-se cerca de 21 dias após o trauma e continua por até dois anos. Durante essa fase, pode ocorrer contração da cicatriz a qual, dependendo do local, pode causar desconforto e restringir os movimentos (Flanagan 1996; Boyle, 2006; Steen, 2007; Leite 2012; Campos, Borges-Branco, Groth, 2007).

A cicatrização pode ser classificada por primeira intenção quando ocorre a união imediata das bordas da ferida, a evolução asséptica e a cicatrização linear. As condições requeridas são a coaptação das bordas e dos planos anatômicos, evoluindo entre quatro a dez dias. Esse tipo de cicatrização ocorre, principalmente, quando as bordas da ferida são aproximadas por algum tipo de reparo como o fio de sutura ou a cola. Nesse caso, a intenção é a de que toda a extensão das bordas se aproxime e não seja criado tecido de granulação.

A cicatrização por segunda intenção ocorre quando as bordas da ferida não se aproximam entre si, por perda tecidual. Nesse caso, o espaço é preenchido por tecido de granulação, em cuja superfície ocorrerá a epitelização. A cicatrização por terceira intenção é quando ocorre o processo e a formação de tecido de granulação saudável para posterior coaptação das bordas da lesão. Isso envolve a drenagem da ferida, limpeza, debridamento, ou seja, quando a ferida é deixada aberta para permitir que o edema ou exsudado drene antes do reparo primário (Boyle, 2006; Steen, 2007).

No trauma perineal decorrente de um parto vaginal, o processo de cicatrização perineal pode durar entre cinco e sete dias ou se tornar prolongado na presença de material de sutura ou infecção. Em geral, o processo de cicatrização por primeira intenção em traumas perineais se completa entre dez e quatorze dias embora mais tempo seja necessário para que os tecidos recuperem a resistência à tração (Boyle, 2006; Steen 2007).

No processo de cicatrização, algumas morbidades podem ser ocasionadas pela presença de hiperemia, edema, equimose, secreção e não coaptação da ferida. A presença desses fatores pode limitar a mulher em suas atividades diárias como: sentar, andar, cuidar do recém-nascido e amamentar (Alvarenga et al., 2015).

Um estudo prospectivo que teve como objetivo avaliar o impacto da profilaxia antibiótica no processo de cicatrização e na prevenção de complicações infecciosas envolveu 170 puérperas que tiveram lacerações perineais de primeiro e segundo graus. Essas mulheres foram divididas em dois grupos. Um deles fez uso de placebo após o reparo e o outro fez uso de antibiótico profilático. Em ambos os grupos, foram avaliados a dor, o edema, a hiperemia, a equimose, a secreção e a coaptação. A dor foi a queixa principal nas primeiras 24 horas pós-parto e o edema, a hiperemia, a equimose em 48 horas pós-parto. Não houve sinais de infecção como secreção, e houve a coaptação das bordas da incisão dos reparos perineais na avaliação de nove dias pós-parto em ambos os grupos. Não houve diferença, estatisticamente, significativa entre os grupos em relação à dor ou à cicatrização. Os autores concluíram não haver necessidade de antibioticoprofilaxia como protocolo para manejo de traumas perineais (Fouelifack et al., 2017).

No período puerperal, a falta de ferramentas para avaliar as condições perineais dificulta a detecção desses problemas relacionados à cicatrização. Instrumentos de análise como a Perineal Assessment Tool (PAT) e a escala REEDA (*redness, oedema, ecchymosis, discharge, approximation*) são utilizados para a avaliação da cicatrização perineal no pós-parto. Essas escalas utilizam categorias e descritores semelhantes, porém existem diferentes definições operacionais na PAT que é menos objetivas que na REEDA, a qual foi desenvolvida por Davidson em 1970 e, posteriormente revisada por Carey em 1971 e Bolles em 1972 (Hill, 1990).

Trata-se de uma escala que contempla cinco itens relacionados ao processo de cicatrização, como: hiperemia, edema, equimose, secreção e coaptação das bordas da incisão. Essa escala pode ser usada na avaliação e classificação de vários tipos de trauma perineal no pós-parto, representando boa opção para avaliação da cicatrização de trauma perineal ao sistematizar um processo subjetivo (Davidson, 1974; Alvarenga, 2015).

Estudo observacional realizado com 54 puérperas após parto normal com episiotomia o qual avaliou a confiabilidade da escala REEDA como ferramenta para avaliação clínica do processo de cicatrização perineal após episiotomia. Nesse estudo, a cicatrização foi avaliada em quatro momentos, sendo o primeiro entre seis e dez horas após o parto, o segundo entre 20 e 24 horas, o terceiro entre 40 e 48 horas e o quarto momento entre sete e 10 dias.

Concluíram que dos cinco itens da escala REEDA, a hiperemia, a secreção e a coaptação foram os itens que permitiram avaliações mais precisas, e que essa escala permite melhor avaliação perineal quando aplicadas entre sete e dez dias após o parto, necessitando de melhorias nos critérios de avaliação (Alvarenga et al., 2015).

Um ensaio randomizado controlado analisou o processo de cicatrização perineal em 61 mulheres com episiotomia ou laceração perineal de segundo grau. Dentre todas essas mulheres, 31 foram submetidas ao reparo perineal com sutura contínua e 30, com sutura intermitente, identificando-se que o edema ocorreu em 42,6% das participantes com uma hora após o reparo. Durante a internação, o edema ocorreu em 26,2%, a hiperemia em 6,6% e a equimose em 3,3%. No quarto dia após o parto, a ocorrência de edema foi de 11,6% de hiperemia foi de 4,9% e de equimose foi de 8,2%. Não houve diferença, estatisticamente, significativa para a ocorrência dessas morbidades em ambos os grupos, exceto na dor perineal à palpação, com quatro dias de pós-parto, que foi mais frequente entre as mulheres com sutura intermitente (Almeida, Riesco, 2008). Num estudo retrospectivo em 48 mulheres com episiotomia verificou-se que elas apresentaram hematoma e que foram submetidas à colocação de dreno de *penrose* e novo reparo. Para a avaliação do processo de cicatrização, foi utilizada a escala REEDA. A pontuação entre 0 e 1 foi referida por 87,5% das participantes com seis a dez horas pós-parto (etapa 1), 70,8% entre 20 e 24 horas (etapa 2), 79,2% entre 40 e 48 horas (etapa 3) e 93,7% entre sete e dez dias pós-parto (etapa 4). Em relação à pontuação entre 1 e 2 na escala REEDA, ocorreu em 58,3%, 62,5%, 50,0% e 4,6%, respectivamente nas etapas 1, 2, 3 e 4. A pontuação maior que 3 ocorreu em 10,4% na etapa 1, em 12,5% na etapa 2, em 8,3% na etapa 3 e em 4,2% na etapa 4. Concluiu-se que o reconhecimento prévio de episiotomia com hematoma é uma prioridade na questão de segurança com a puérpera. O uso de dreno de *penrose* antes do fechamento da episiotomia auxilia na drenagem do sangue e reduz a incidência de um novo reparo, diminui a dor e a infecção, melhorando o processo de cicatrização (Devendra, Seema, Kammappa, 2015).

A recuperação perineal e a boa cicatrização dependem, em parte, dos cuidados e das técnicas de reparo, como: a técnica asséptica e a aproximação adequada dos planos teciduais, além da escolha do material. Embora o fio mais utilizado no parto normal seja o *catgut*, de origem bovina, estudos indicam que o fio sintético composto por ácido poliglicólico tem melhores resultados (Kettle, Dowsell, Ismail, 2011).

Para a avaliação e descrição mais objetiva do trauma perineal e para avaliação do processo de recuperação desse trauma, foi desenvolvida uma ferramenta pelo *Birmingham Perineal Research Evaluation Group*. Esse material é denominado *PeriRule™*, que tem o

formato de uma régua de borracha maleável, graduada em milímetros. Essa régua é indicada para mensurar a profundidade e a extensão do trauma perineal (Metcalf, Tohill, 2005).

1.3 Técnicas de reparo perineal utilizadas no parto normal

Para o reparo dos traumas perineais são utilizados vários tipos de técnicas de suturas como: suturas contínuas e interrompidas com fio e também a opção de não suturar. Estudos sobre técnicas de reparo são realizados com o objetivo de comparar técnicas de sutura e aproximação, tipos de fios de sutura, processo de cicatrização entre as técnicas, conforto e satisfação da mulher e complicações relacionadas às diferentes técnicas (Kettle, Tohill, 2011).

Evidências atuais recomendam o uso de técnica de sutura contínua ao invés de sutura interrompida para o reparo perineal, pois os resultados mostraram que houve diminuição da dor e do desconforto na região perineal, menos uso de anestésico durante o reparo perineal e melhora da cicatrização com dez dias após o parto (Kettle et al., 2007). Outras publicações, também, apresentaram relação entre o uso de sutura perineal contínua no reparo de tecidos perineais à diminuição da dor e ao aumento da satisfação da mulher (Brasil, 2016). Além desses fatores, a técnica cirúrgica e o material empregado no reparo perineal podem interferir no processo de cicatrização e na intensidade da dor perineal (Silva et al., 2013).

Alguns autores consideram que o fio de sutura Vicryl[®] de rápida absorção deveria ser a principal escolha para a sutura do períneo, sendo utilizado em duas técnicas: sutura interrompida e sutura contínua (Kettle et al., 2011; Silva et al., 2013). Esse fio é composto pela combinação de dois polímeros: ácido láctico e ácido glicólico, revestidos por poliglactina 370 e estearato de cálcio. Ele apresenta como principais vantagens a preservação da força de tensão por 10 a 42 dias e ação bactericida nos *Staphylococcus aureus* e *epidermidis* (Barros et al., 2011; Kettle, Tohill, 2011).

Em estudo prospectivo em um hospital da Índia, na cidade de Chennai, com 200 mulheres, comparando o uso do fio Vicryl[®] de rápida absorção com o Catgut no reparo perineal, verificou-se que as mulheres submetidas ao uso do fio Vicryl[®] apresentaram menor dor perineal, melhor cicatrização e maior satisfação da mulher com o reparo (Perumal et al., 2017).

Estudo controlado e aleatorizado, realizado no CPN do Hospital Geral de Itapecerica da Serra, São Paulo, envolveu 61 mulheres que foram submetidas ao reparo perineal com fio de sutura com poliglactina 910, de origem sintética, conhecido como Vicryl[®]. Em 31

puérperas foi utilizada a técnica de sutura com pontos contínuos e em 30 a técnica de sutura com pontos separados. Conclui-se que a sutura contínua esteve menos relacionada com a dor à palpação do períneo quatro dias após o parto, bem como às atividades de sentar, andar, urinar e evacuar durante o puerpério. A cicatrização foi por primeira intenção em todos os casos nas duas técnicas de sutura (Almeida, Riesco, 2008).

Nesse sentido, os avanços tecnológicos dos materiais de sutura utilizados no reparo do períneo são voltados para os fios de sutura que garantem melhor resultado estético, maior conforto através da absorção do fio, menor crescimento bacteriológico e menos reações inflamatórias (Greenberg, Clark, 2009).

Outro material que tem sido estudado e é menos invasivo para o reparo de incisão cirúrgica ou trauma tecidual é a cola cirúrgica.

Rogerson, Mason e Roberts (2000), realizaram experiência preliminar com 20 mulheres no Reino Unido e o uso da cola adesiva cirúrgica Indermil® (n-butil-2-cianoacrilato) no reparo da pele em lacerações perineais de segundo grau e episiotomias. No reparo de músculos e mucosas foi utilizada a sutura com fio Vicryl®, sendo que dez mulheres estavam no pós-parto normal, seis no pós-parto à vácuo-extrator e quatro pós-parto fórceps. Quatro apresentaram lacerações de segundo grau e 16 apresentaram episiotomias. Os resultados mostram que duas mulheres referiram sensação de ardência durante a aplicação da cola, 13 não apresentaram intercorrências, duas relataram sentir como se fosse a ponta afiada da cola, duas não apresentaram boa coaptação e uma teve a cola completamente solta, mas não houve necessidade de ressutura. Esses autores consideram que a técnica de reparo perineal com cola adesiva cirúrgica é muito promissora, apresentando uma cicatrização rápida e indolor da pele. Esses autores sugerem que sejam realizados ensaios clínicos randomizados com o uso da cola cirúrgica no reparo perineal.

Desde 1998, a Food and Drug Administration (FDA), que é um órgão governamental dos Estados Unidos, aprovou a primeira cola cirúrgica adesiva que contém o ácido cianoacrilato, conhecida como Dermabond, que é utilizada para aproximar a pele. A FDA, também, aprovou o uso da cola cirúrgica contendo o ácido histoacril. Estudos recentes têm demonstrado que as colas adesivas podem ser aplicadas com sucesso em diferentes tipos de pele e mucosas tais como: ferida labial, úlceras aftosas, ferimentos faciais, após cirurgia de *mohs* e lesões da pele ungueal (Strauss et al., 2008).

Outros estudos têm demonstrado a eficácia do uso da cola cirúrgica em obstetrícia e ginecologia, como por exemplo, no fechamento da pele em caso de incisão *phannenstiel* e na cesariana (Berger et al., 2013). A cola apresenta grande potencial para a mudança das técnicas

cirúrgicas, pois possui um elevado grau de resistência e facilita o procedimento cirúrgico (Dehne et al., 2012).

Um estudo prospectivo controlado envolvendo 62 mulheres (30 para grupo de controle e 32 para grupo experimental), comparando o uso da cola cirúrgica de embucrilato (ou butilcianoacrilato) com a sutura subcuticular, utilizando o fio de ácido poliglicólico no reparo de episiotomia. Os resultados mostraram que o grupo de mulheres que foram submetidas ao reparo da episiotomia com a cola cirúrgica teve menos dor pós-parto durante as caminhadas e tiveram menos dispareunia em comparação ao grupo submetido à sutura com fio. O estudo concluiu que o reparo com cola é melhor que ao da sutura com fio e que esse estudo pode servir de base para novos estudos abrangentes sobre colas cirúrgicas (Bowen e Selinger, 2002).

Feigenberg et al. (2014) realizaram um estudo sobre o uso da cola cirúrgica octil-2-cianocrilato para reparos perineais de primeiro grau, comparando-a ao uso de sutura com fio Vicryl® de rápida absorção em 102 mulheres, sendo que em 28 o reparo utilizado foi a sutura com fio Vicryl® de rápida absorção e 74 com cola. A cola octil-2-cianocrilato não é indicada para lacerações de maior grau. Nesses casos o autor optou por realizar sutura com Vicryl® de rápida absorção nas camadas mais profundas e depois finalizar com a cola. As mulheres desse estudo foram acompanhadas num período de seis semanas, a fim de ser avaliado o resultado do reparo da cola comparado ao reparo com a sutura. Concluiu-se que o uso da cola apresentou resultados estéticos e funcionais similares ao da sutura com fio e apresentou vantagens como redução no tempo de reparo perineal, diminuição da dor, isenção de necessidade de anestesia local e maior satisfação da mulher. Os autores, também, consideraram que o reparo perineal deve ser rápido, indolor, de fácil execução, que reduza a dor perineal e a dispareunia no pós-parto.

Um ensaio clínico controlado e randomizado, realizado em um hospital na Índia comparou o reparo da pele na incisão de episiotomia com fio de sutura Vicryl® de rápida absorção com a cola adesiva cirúrgica Dermabond®. Foi analisado o reparo realizado em 100 primigestas, 50 em cada grupo. O estudo concluiu que o uso da cola adesiva cirúrgica é eficaz e segura para o fechamento da pele em episiotomias, além do fato de a cola proporcionar menor tempo de reparo, menor dor durante e após o procedimento. Além disso, o processo de cicatrização durou quatro dias no grupo que utilizou a cola e oito dias no grupo que o utilizou o fio, contudo a cosmética/estética, a cicatrização foi similar em ambos os grupos (Chamariya, Prasad, Chauhan, 2016).

Estudo que comparou a técnica de sutura com fio e o uso de cola cirúrgica em lacerações na mão constatou que o procedimento realizado com cola é, significativamente, mais rápido e apresenta resultados estéticos e funcionais similares ao procedimento de sutura com fio (Strauss et al., 2008). Para Spauwen, Laart e Hartman (2006), que realizaram a comparação de sutura com fio monocryl 6-0 ao uso da cola cirúrgica em sutura de lábios leporinos, a cola apresentou melhores resultados estéticos.

Esses resultados são similares aos apresentados por Duarte et al., 2012, pois em seu estudo com o uso da cola cirúrgica, a aderência apareceu tenaz, instantaneamente, após a aplicação da cola Glubran[®] 2, a qual é também largamente utilizada em cirurgia laparoscópica, sendo utilizada na pele, eliminando a necessidade de sutura e proporcionando bons resultados estéticos. As aplicações, *in vivo*, de Glubran[®] 2 evidenciaram boas propriedades hemostáticas e adesivas. Todos os testes realizados mostraram a força elástica intrínseca de Glubran[®] 2 polimerizada e sua capacidade de promover uma maior resistência da ligação entre os tecidos biológicos em comparação à cola de fibrina, oferecendo forte indicação de sua utilidade na prática cirúrgica e endoscópica, especialmente, em um ambiente úmido. Essa cola cirúrgica, também, foi avaliada em relação à citotoxicidade, compatibilidade e atividade antimicrobiana e mostrou bons resultados.

Um estudo comparou as propriedades da cola Glubran[®] 2 à cola Tissucol-Baxter conforme as normas americanas e européias padronizadas para testes realizados em tecidos de origem animal. Os resultados do estudo comprovaram maior facilidade de distribuição uniforme nas superfícies com o uso da cola Glubran[®] 2 do que a Tissucol-Baxter devido à consistência e tempo de polimerização daquela cola. Testes em tecidos biológicos mostraram maior força de adesão utilizando a cola Glubran[®] 2 devido à maior capacidade de penetração no tecido a ser colado, preservando muito mais a elasticidade natural do tecido, além de possuir boa capacidade adesiva em tecidos biológicos e em meios úmidos, sendo útil em procedimentos endoscópicos e cirúrgicos (Kull et al., 2009).

1.4 Satisfação da mulher com o reparo perineal no pós-parto

Estudo de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, segundo a metodologia de implementação de evidências científicas na prática clínica do Instituto Joanna Briggs (JBI), foi realizado em uma maternidade no Município de São Paulo. Os resultados da análise das práticas e desfechos maternos identificados em 102 prontuários e em entrevistas com 50

puérperas entre um a dois dias de pós-parto em relação à satisfação com o reparo perineal, não apresentaram diferença estatística significativa entre o antes e o depois das intervenções. No entanto considerou-se que a satisfação das puérperas com o períneo obteve melhores impactos na auditoria pós-intervenção, sobretudo entre as que ficaram muito satisfeitas (aumento de 5,3% para 11,1%) e pouco satisfeitas (redução de 21% para 11,1%) (Cortes et al., 2015).

Em estudo sobre o uso da cola cirúrgica Octil-2-cianocrilato para reparos perineais de primeiro grau, comparando-a com fio de sutura Vicryl[®] de rápida absorção em 102 mulheres acompanhadas num período de seis semanas, os autores relataram não encontrar diferença estatística em relação à avaliação da satisfação da mulher com o reparo perineal, pois ambos os grupos apresentaram uma alta satisfação porém, quando perguntaram para as mulheres que tiveram, no parto anterior, os reparos perineais feitos com o fio de sutura, 89,2% opinaram a preferência da cola cirúrgica para o próximo parto (Feigenberg et al., 2014).

Em estudo que objetivou avaliar o uso da cola cirúrgica Dermabond (2-Octyl-cianocrilato) *versus* o fio de sutura monocril 6.0 para o reparo de lábios leporinos em bebês com cinco a seis meses de idade, os resultados mostraram que tanto a cola como o fio não apresentaram diferenças significativas em relação à satisfação por parte dos pais e da equipe médica; no entanto os pais estavam, significativamente, mais positivos sobre os resultados estéticos com o uso da cola do que estavam os profissionais da saúde (Spauwen et al., 2006).

Em estudo piloto, randomizado e controlado em uma maternidade do Município de São Paulo, tendo como objetivo avaliar o uso de cola cirúrgica no reparo de lacerações perineais de primeiro grau em comparação ao uso do fio Vicryl[®], dez mulheres foram submetidas ao reparo com a cola cirúrgica Epiglu[®] (GE) e dez mulheres com o fio de sutura Vicryl[®] de rápida absorção (poliglactina 910) (GC). A satisfação das mulheres com o reparo perineal foi, significativamente, superior no GE, pois todas referiram que estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com esse reparo perineal em comparação com o GC, em que 10% a 20% estavam insatisfeitas ou muito insatisfeitas (Teixeira, 2018).

A seguir, os dados do Quadro 1 sumarizam os principais estudos referidos na Introdução.

Quadro 1 - Estudos utilizando colas adesivas cirúrgicas no reparo de traumas perineais

Autor	Objetivos	Método Desenho/Amostra/Intervenção	Principais resultados
Teixeira, 2018	Determinar a viabilidade de um ensaio clínico controlado e aleatorizado sobre o uso da cola adesiva cirúrgica no reparo de lacerações perineais de primeiro grau durante o parto normal.	Estudo piloto paralelo, controlado e aleatorizado realizado com 20 mulheres, comparando a cola adesiva cirúrgica Epiglu® (etil-2-cianoacrilato) com o fio Vicryl® Rapide® (poliglactina 910) no reparo perineal.	A média da intensidade de dor e a satisfação da mulher com o reparo foi superior no grupo submetido ao reparo com cola. Não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos em relação à cicatrização perineal
Chamariya, Prasad, Chauhan, 2016	Comparar o reparo da pele em episiotomias utilizando a cola Dermabond® e fio Vicryl® Rapide®.	Estudo prospectivo controlado e randomizado com 100 primigestas, sendo 50 submetidas ao reparo com cola cirúrgica Dermabond® (grupo experimental) e 50 submetidas ao reparo com fio Vicryl® Rapide® (grupo controle).	O grupo submetido à cola adesiva, à base de cianoacrilato, apresentou menor tempo de reparo, menos dor durante e após o procedimento. A cicatrização foi similar em ambos os grupos.
Feigenberg et al., 2014	Avaliar a eficácia da cola adesiva cirúrgica no reparo de lacerações de primeiro grau.	Ensaio clínico controlado e randomizado sobre o uso da cola adesiva cirúrgica Dermabond® e fio de sutura Vicryl® Rapide® no reparo de lacerações de primeiro grau. Realizado com 102 mulheres (28 no grupo controle e 74 no grupo intervenção).	A cola foi associada ao menor tempo de procedimento, menor utilização de anestésico local, menor dor e maior satisfação. Em relação ao resultado cosmético /estético e funcional, ambas as técnicas foram similares.
Mota et al., 2009	Comparar o reparo da pele em episiotomias com cola adesiva cirúrgica e fio de sutura, em relação a dor e complicações na ferida.	Ensaio clínico controlado e randomizado, utilizando a cola adesiva cirúrgica octyl-2-cianoacrilato e o fio de sutura poliglactina 910 de rápida absorção. Realizado com 100 mulheres sendo, 48 alocadas no grupo experimental e 53 no grupo controle.	Menor tempo de reparo ao utilizar a cola adesiva cirúrgica. A dor e a cicatrização tiveram resultados similares nos dois grupos.
Bowen e Selinger, 2002	Avaliar e comparar o reparo da pele em episiotomias com fio de sutura de ácido poliglicólico e cola cirúrgica à base de embucrilato.	Ensaio clínico controlado, realizado com 62 mulheres, 30 no grupo controle (fio de sutura) e 32 no grupo experimental (cola cirúrgica).	O grupo experimental, apresentou menor dor pós-parto nas atividades diárias como caminhar e sentar, e menos dispareunia.

Os traumas perineais e seus reparos podem causar morbidades durante o período pós-parto como a dor perineal e problemas no processo de cicatrização. Objetivando diminuir essas morbidades, novos materiais e técnicas são necessários para um melhor reparo perineal, possibilitando melhor cicatrização perineal e maior satisfação da mulher. Levando isso em consideração, surgem vários questionamentos tais como: O reparo perineal, no parto normal, com a cola cirúrgica pode diminuir a intensidade da dor perineal, melhorar o processo de cicatrização e oferecer maior satisfação à mulher entre 10 e 20 dias após o parto?

1.5 Justificativa

De acordo com a literatura existente é necessário verificar os desfechos perineais de uma cola cirúrgica em relação ao reparo perineal uma vez que foram identificados vários desfechos positivos em diversos aspectos; portanto espera-se evidenciar que a cola cirúrgica Glubran® 2, comparando com o fio Vicryl® Rapide (de rápida absorção) apresente melhores resultados na avaliação da intensidade da dor, no processo de cicatrização e na satisfação em relação ao reparo perineal entre 10 a 20 dias pós-parto normal, objetivando a redução de morbidades relacionadas ao trauma perineal.

2 HIPÓTESE CONCEITUAL

- ✓ O uso da cola cirúrgica à base de N-Butil 2 cianocrilato (Glubran 2[®]) no reparo da episiotomias e lacerações perineais de primeiro e segundo grau pode ter melhores resultados quando comparado ao uso do fio Vicryl[®] de rápida absorção, como diminuição da intensidade da dor perineal, melhora na cicatrização do reparo perineal e maior satisfação da mulher quanto ao reparo perineal entre 10 a 20 dias pós-parto normal.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Verificar a associação entre a intensidade da dor perineal, a cicatrização perineal e a satisfação das puérperas submetidas ao reparo perineal com cola Glubran 2[®] ou com o fio de sutura Vicryl[®] de rápida absorção após lacerações de primeiro e segundo grau e episiotomia, entre 10 a 20 dias após o parto normal

3.2 ESPECÍFICOS

- Comparar a intensidade da dor perineal em puérperas entre 10 a 20 dias após o parto normal submetidas ao reparo com cola Glubran 2[®] ou com o fio de sutura Vicryl[®] de rápida absorção após lacerações de primeiro e segundo grau e episiotomia.
- Comparar o processo de cicatrização perineal em puérperas entre 10 a 20 dias após o parto normal submetidas ao reparo com cola Glubran 2[®] ou com o fio de sutura Vicryl[®] de rápida absorção após lacerações de primeiro e segundo grau e episiotomia.
- Comparar a satisfação das puérperas entre 10 a 20 dias após o parto normal submetidas ao reparo com cola Glubran 2[®] ou com o fio de sutura Vicryl[®] de rápida absorção após lacerações de primeiro e segundo grau e episiotomia.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um Estudo Transversal (ET) sobre a intensidade da dor, a cicatrização perineal e a satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 a 20 dias pós-parto normal. O ET é aninhado a um Ensaio Clínico Randomizado (ECR), controlado e randomizado que utilizou a cola cirúrgica Glubran 2[®] e o fio Vicryl[®] de rápida absorção no reparo perineal de mulheres que tiveram parto normal com lacerações perineais de primeiro e segundo graus ou episiotomia, tendo por título: “Ensaio clínico sobre o uso da cola cirúrgica no reparo de episiotomias e lacerações perineais” e por objetivo: “Avaliar a eficácia da cola cirúrgica Glubran 2[®] no reparo das episiotomias e lacerações perineais de primeiro e segundo graus no parto normal”.

A seguir, será descrito, primeiramente, como ocorreu o ECR e depois o ET.

4.2 Local de coleta de dados do ensaio clínico

A coleta de dados foi realizada no Centro do Parto Normal (CPN) do Pronto Socorro e Maternidade Municipal Zoraide Eva das Dores (PSMMZED), que é referência para gestantes com risco habitual, estando localizado no município de Itapequerica da Serra, São Paulo. Tomando como referência o ano de 2017, o CPN atendeu uma demanda de, aproximadamente, 140 partos por mês, sendo que 73% foram partos normais e 27% cesarianas. Em relação às condições perineais, verificou-se que dentre as que tiveram partos normais, 43,7% apresentaram períneo íntegro, 4,5% foram submetidas a episiotomia e 51,8% tiveram lacerações perineais. Dentre as mulheres que tiveram lacerações perineais, 65,7% tiveram lacerações de primeiro grau, 33,6% tiveram lacerações de segundo grau, 0,7% apresentaram lacerações de terceiro grau, não havendo caso de laceração de quarto grau 1.

Os profissionais responsáveis por assistirem aos partos normais são as enfermeiras obstétricas, sendo que os médicos obstetras são chamados caso haja alguma distócia ou intercorrência. O PSMMZED dispõe de sete leitos de pré-parto, dois para observação e quinze de alojamento conjunto (AC). Os protocolos do serviço recomendam que seja realizado o mínimo de intervenção possível durante a assistência ao parto, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO,2018; Brasil, 2016). Todas as puérperas que não têm intercorrências, recebem alta hospitalar a partir de 50 horas pós-parto.

4.3 População e amostra do ensaio clínico

Fizeram parte dessa população as mulheres que tiveram reparo perineal e foram alocadas em quatro grupos:

Grupo Experimental 1 (**GE1**) – formado por parturientes com laceração de primeiro grau submetidas ao reparo perineal com cola Glubran 2[®]; Grupo Experimental 2 (**GE2**) – formado por parturientes com laceração de segundo grau ou episiotomia submetidas ao reparo perineal com cola Glubran 2[®] Grupo Controle 1 (**GC1**) – formado por parturientes com laceração de primeiro grau submetidas ao reparo perineal com fio Vicryl[®] de rápida absorção; Grupo Controle (**GC2**) – formado por parturientes com laceração de segundo grau ou episiotomia submetidas à sutura contínua com fio Vicryl[®] de rápida absorção.

A amostra foi constituída de forma a detectar uma diferença mínima significativa de dois pontos no escore de dor entre os dois métodos de reparo perineal, e isso resultou em uma amostra mínima de 140 parturientes, sendo 35 em cada grupo.

4.3.1 Critério de inclusão do ensaio clínico

- ✓ Estar em trabalho de parto;
- ✓ Não ter parto vaginal anterior.

4.3.2 Critério de exclusão do ensaio clínico

- ✓ Ter parto vaginal com períneo íntegro ou com lacerações perineais espontâneas de terceiro ou quarto graus;
- ✓ Ter cesariana;

4.4 Coleta de dados do ensaio clínico

O EC foi conduzido em três etapas:

- ✓ Etapa 1: realizada durante o trabalho de parto e parto, consistindo no reparo perineal;
- ✓ Etapa 2: entre 12 e 24 horas após o parto;
- ✓ Etapa 3: entre 36 e 48 horas pós-parto.

✓ Em todas as etapas foram realizadas a avaliação perineal, a entrevista com a participante e a consulta ao prontuário.

4.5 Materiais utilizados no ensaio clínico

4.5.1 Características da cola cirúrgica Glubran 2[®] à base de N-Butil-2 cianoacrilato

Figura 1 - Cola cirúrgica Glubran 2[®]



Fonte: Pesquisadora

A cola cirúrgica Glubran 2[®] é um produto médico-cirúrgico de classe III, que pode ser utilizada interna e externamente à pele, conforme os requisitos da Diretiva Europeia 93/42/CEE (Figura 1). É uma cola cirúrgica sintética, de base cianoacrílica, modificada pela adição de um monômero sintetizado pelo próprio fabricante, o GEM S.r.l., na Itália. Ela desempenha ação adesiva, hemostática e selante nos tecidos, sendo utilizada em cirurgias tradicionais, laparoscópicas e nos tratamentos por endoscopia digestiva, radiologia intervencionista e neurorradiologia. Essa cola cirúrgica pode ser aplicada sozinha ou em combinação com pontos de sutura, mesmo em pacientes tratados com heparina e com hipotermia, além de ter altas propriedades hemostáticas e adesivas. Uma vez solidificada, a cola produz uma barreira antisséptica eficaz contra os agentes infecciosos ou patogênicos mais frequentes nas intervenções cirúrgicas.

A sua apresentação é de um mililitro (ml), 0,5ml e 0,25ml, armazenada entre 0°C e 4°C, podendo ficar a uma temperatura ambiente de até 20°C por 48 horas, acondicionada em frasco e embalagem estéril com líquido viscoso e transparente. Ao entrar em contato com sangue ou outros materiais biológicos, polimeriza-se rapidamente, entre 60 e 90 segundos,

formando uma película flexível e elástica de alta resistência e com propriedade bactericida, hemostática e adesiva.

As indicações para o uso da cola incluem o auxílio em sutura e hemostasia vasculares, tratamento de fístulas vasculares, osteocutâneas, respiratórias e digestivas, vedante dural para prevenção de fístulas líquóricas, hemostasia de superfícies cruentas da cavidade orofaríngea, hemostasia de cotos de osteotomias, hemostasia de secções hepáticas, selagem de anastomoses biliares e pancreáticas, hemostasia do leito colecístico, selagem do coto apendicular, fechamento e reforço da sutura em ressecções pulmonares, adesivo e hemostático em plásticas ou traumatismos vaginais, perineais ou uterinos, selagem de suturas urológicas, embolização de má-formações arteriovenosas e tumores, tratamento de úlceras gastroduodenais, tratamento endoscópico de varizes esofagogástricas, entre outras.

4.5.2 Características do fio de sutura Vicryl® de rápida absorção

Figura 2 - Fio de sutura Vicryl®



Fonte: Pesquisadora

O fio de sutura Vicryl® de rápida absorção com poliglactina 910 é um fio cirúrgico sintético, estéril, absorvível, composto de um copolímero obtido a partir de 90% de glicolida e 10% de Lactida, da marca Ethicon – Johnson & Johnson Produtos Profissionais Ltda (Figura 2). É um fio sintético, absorvível, indicado para o fechamento da pele e mucosa, começando normalmente a cair de sete a dez dias após o reparo. A perda progressiva da força tênsil e eventual absorção do fio de sutura Vicryl® de rápida absorção ocorrem por meio de hidrólise. A absorção se inicia com uma perda de força tênsil seguida por perda de massa. Sua resistência tênsil é 100% no primeiro dia, 81% no terceiro, 57% no quinto, 53% no sétimo e 0% após 14 dias; a absorção completa ocorre em aproximadamente 35 dias. Esse fio de sutura perde a resistência de forma linear e previsível, caindo a zero após 22 dias do seu emprego, além de causar mínima reação inflamatória. Para a utilização em reparo perineal, existe

disponível um *kit* constituído por três fios calibre 0 com 70 centímetros de comprimento, e agulhas nas seguintes especificações: 3/8 circular., 3.0 centímetros (cm), corte reverso; 1/2 circular, 4.0 cm, taper point; 1/2 circ., 5.0 cm, *taper point*.

4.6 Procedimentos para aplicação da cola cirúrgica *GLUBRAN-2*[®], utilizados no ECR

1. Colocar a mulher na posição ginecológica, com a região genital desnuda;
2. Calçar luvas estéreis;
3. Avaliar as condições do períneo e classificar as lacerações perineais;
4. Introduzir um chumaço de gazes no introito vaginal para impedir a saída de sangue e manter a região do trauma perineal mais seca, se necessário;
5. Fazer antissepsia com soro fisiológico a 0,9% no local onde será feito o reparo perineal;
6. Secar com gazes a região onde será feito o reparo perineal;
7. Deixar defluir o produto presente do pescoço da ampola ao fundo desta última;
8. Verificar o estado de fluidez e transparência da cola. Se o produto apresentar um aspecto pouco fluído e/ou turvo, não poderá ser utilizado;
8. Remover o tampo da ampola, girando-o;
9. Inverter a ampola e, com uma pressão ligeira, deixar defluir a cola até impregnar a extremidade da ampola;
10. Exercer uma ligeira pressão no corpo da ampola, aplicar a cola cirúrgica diretamente no tecido subcutâneo, músculos, pele e mucosa vaginal, gota a gota, sendo aproximadamente uma gota por cm²;
11. Aproximar os tecidos, com os dedos das mãos, obedecendo a anatomia perineal, sustentando as bordas com dois dedos por 90 segundos, pois é quando a cola completa a sua reação;
12. Verificar se o reparo perineal está adequado, ou seja, de acordo com a anatomia perineal e caso não esteja adequado, irá se desfazer a colagem com uma lâmina de bisturi e tentar-se-á uma nova colagem e caso não seja possível a colagem, será suturada com o fio Vicryl[®] de rápida absorção utilizado no outro grupo;
13. Fotografar a região de reparo perineal;
14. Deixar a mulher em uma posição confortável e coberta.

Observação: Caso haja falha no reparo perineal com o uso da cola, realizar a sutura convencional com fio de sutura.

4.6.1 Procedimentos para utilização do fio de sutura, utilizados no ECR

1. Colocar a mulher na posição ginecológica, com a região genital desnuda;
2. Calçar luvas estéreis;
3. Avaliar as condições do períneo e classificar as lacerações perineais;
4. Introduzir um chumaço de gazes no introito vaginal para impedir a saída de sangue e manter a região do trauma perineal mais seca, se necessário;
5. Fazer antissepsia com soro fisiológico a 0,9% no local onde será feito o reparo perineal;
6. Secar com gazes a região onde será feito o reparo perineal;
7. Realizar anestesia local com lidocaína 2% sem vasoconstritor;
8. Secar, com gazes, a região onde será feito o reparo perineal;
9. Realizar a sutura na técnica contínua, por planos, com fio Vicryl[®] de rápida absorção;
8. Verificar se o reparo perineal está adequado;
9. Fotografar a região de reparo perineal;
10. Deixar a mulher em uma posição confortável e coberta.

4.7 Exposição e desfecho do ensaio clínico

Considerou-se como exposição o reparo perineal com cola cirúrgica ou com fio de sutura. Os desfechos considerados foram a intensidade da dor, a cicatrização perineal e a satisfação da mulher com o reparo perineal até 48 horas pós-parto.

A seguir, será descrito como ocorreu o Estudo Transversal.

4.8 Local da coleta de dados do estudo transversal

A coleta de dados do ET foi realizada no mesmo local do EC, porém quando a participante da pesquisa não pode retornar ao serviço por qualquer dificuldade ou por sua preferência, a pesquisadora realizou a coleta de dados em seu domicílio.

4.9 População e amostra do estudo transversal

Todas as puérperas que participaram do ECR e que retornaram entre 10 a 20 dias após o parto.

4.8.1 Critério de inclusão do Estudo transversal

- ✓ Ter participado do EC;

- ✓ Ser avaliada entre 10 e 20 dias pós-parto.

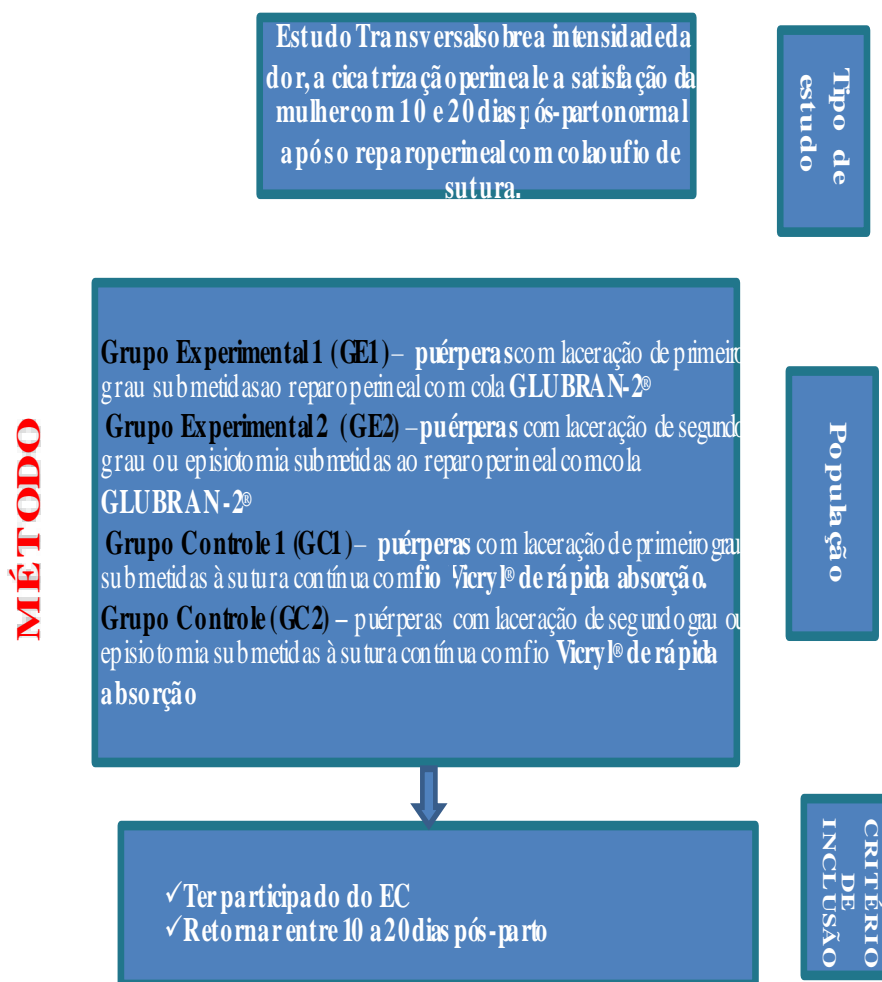
4.9 Coleta de dados do estudo transversal

A coleta de dados do ET ocorreu aninhada ao EC, pois na Etapa 3 do EC, a puérpera foi informada sobre o ET e marcada a data de retorno entre 10 e 20 dias pós-parto, correspondendo à Etapa 4.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora mediante instrumento elaborado para o estudo (APÊNDICE A). A pesquisadora é membro da equipe do EC e recebeu treinamento para realizar o reparo perineal e avaliação dos desfechos perineais.

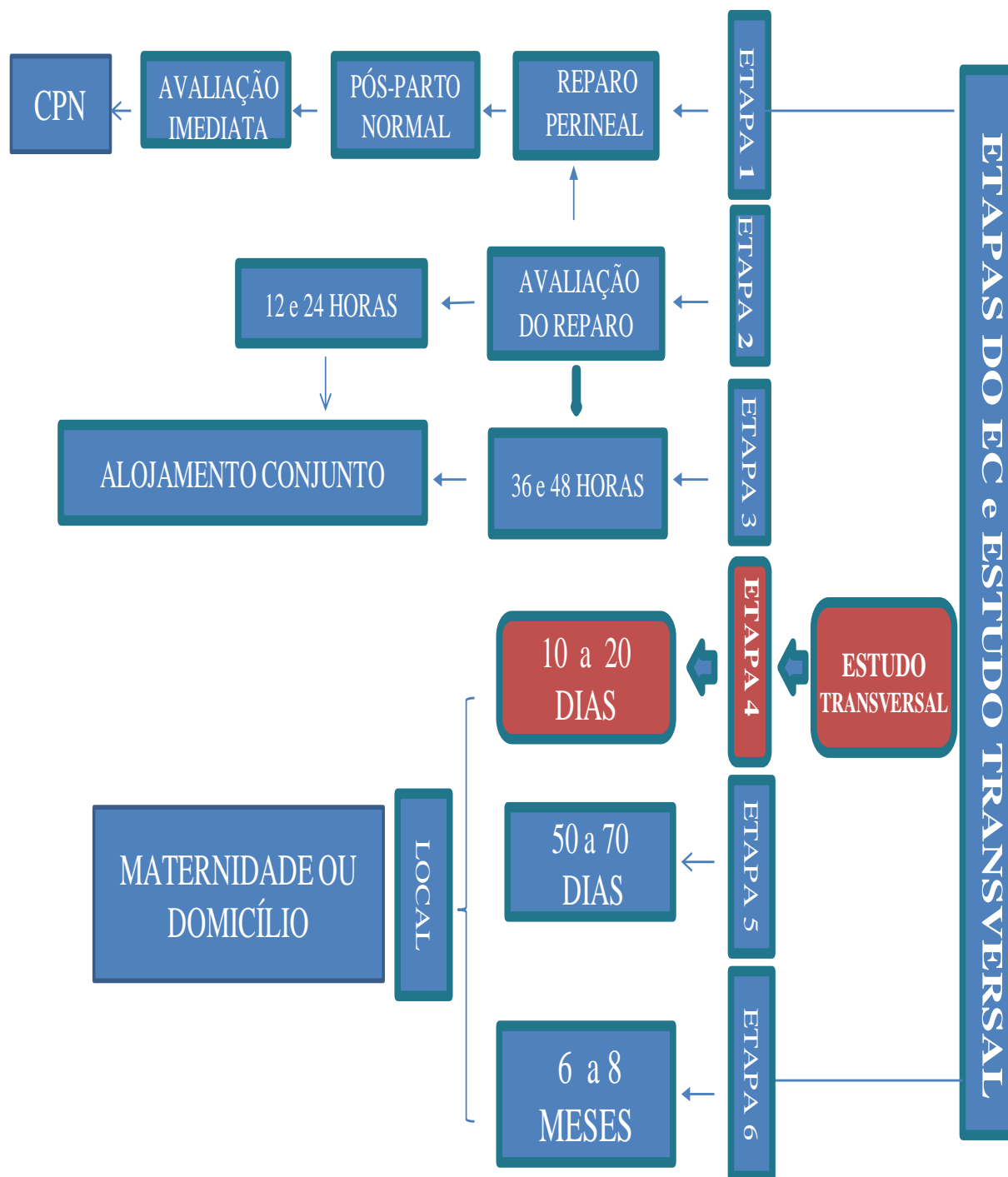
Entre um e dois dias antes da data marcada para o retorno com 10 a 20 dias pós-parto, a pesquisadora realizou contato por telefone a fim de lembrar à puérpera sobre o comparecimento no local de estudo para a avaliação do reparo perineal.

Figura 3 - Ordinograma do método utilizado no estudo transversal. Itapecerica da Serra, SP - 2018.



Fonte: A pesquisadora

Figura 4 - Ordinograma das etapas do estudo do Ensaio Clínico Randomizado e do Estudo Transversal. Itapeperica da Serra, SP - 2018.



Fonte: Pesquisadora

4.10 Exposição e desfechos do estudo transversal

Considerou-se como exposição o reparo perineal com cola cirúrgica ou com fio de sutura, que foram realizados no EC. Como desfechos considerou-se a intensidade da dor, a cicatrização perineal e a satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 e 20 dias depois do parto.

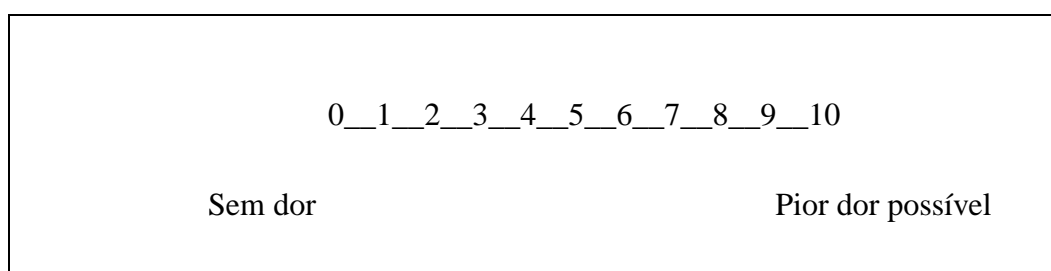
No ECR, dada a natureza das exposições e dos desfechos, não houve possibilidade de realizar o cegamento, pois tanto as mulheres como as pesquisadoras tinham ciência do tipo de reparo perineal e durante a avaliação do processo de cicatrização foi possível verificar que houve reparo com cola ou fio de sutura, mesmo entre 10 e 20 dias depois do parto, sendo possível visualizar a cola ou o fio de sutura.

4.11 Avaliação dos desfechos do estudo transversal

4.11.1 Ocorrência e intensidade da dor perineal

A intensidade da dor perineal foi avaliada mediante a Escala Visual Numérica (Figura 5) entre 10 a 20 dias após o parto.

Figura 5 - Escala Visual Numérica para dor perineal com 11 pontos.



Fonte: McCaffery, Beebe, 1989

Para fins de análise estatística, a dor foi categorizada como: sem dor (0), dor leve (1-3), moderada (4-6), intensa (7-9) e insuportável (10) (Francisco et al., 2011 Silva et al., 2013).

4.11.2 Avaliação do processo de cicatrização do períneo

A avaliação do processo de cicatrização do períneo foi realizada utilizando-se a Escala REEDA (Figura 6), elaborada para verificar o processo de recuperação tecidual pós-trauma perineal através de cinco itens da cicatrização: *redness*, *edema*, *ecchymosis*, *discharge*, *approximation* e em português: hiperemia, edema, equimose, secreção e aproximação das bordas da ferida (coaptação) (Davidson, 1974; Hill, 1990). Para cada item avaliado foi atribuído pontuação de zero a três. A pontuação máxima de 15 corresponde ao pior resultado da cicatrização do períneo (Davinson, 1974).

Figura 6 - Escala REEDA de avaliação do processo de cicatrização do períneo.

Pontos	Hiperemia	Edema	Equimose	Secreção	Coaptação
0	Nenhuma	Nenhum	Nenhuma	Nenhuma	Fechada
1	Até 0,25 cm da incisão bilateralmente	Perineal a menos de 1 cm a partir da incisão	Até 0,25 cm da incisão bilateralmente ou 0,5 cm unilateralmente	Serosa	Pele separada 3 mm ou menos
2	Até 0,5 cm da incisão bilateralmente	Perineal ou vulvar de 1-2 cm da incisão	Entre 0,25 cm e 1 cm bilateralmente ou entre 0,5-2 cm unilateralmente	Serosanguínea	Pele e subcutâneo separados
3	Além de 0,5 cm da incisão bilateralmente	Perineal ou vulvar além de 2 cm da incisão	Além de 1 cm bilateralmente ou 2 cm unilateralmente	Sanguinolenta, purulenta	Pele, subcutâneo e músculo separados
Score					
				Total	

Fonte: Davidson, 1974; Hill, 1990

Para mensurar a hiperemia, o edema, a equimose e a coaptação das bordas, foi utilizado **Régua Peri-Ruletm** (Figura 7), que é um instrumento desenvolvido por pesquisadoras inglesas com esse objetivo. Essa régua foi envolvida em uma camada de filme PVC e reutilizada após higienização com água e sabão, seguida por antissepsia com álcool à 70% (Metcalf, Tohill, 2005).

Figura 7 - Régua Peri-Ruletm



Fonte: A pesquisadora

4.11.3 Nível de satisfação da mulher com o tipo de reparo perineal

Foi utilizada a escala de Likert (Figura 8) para verificar a satisfação da mulher quanto ao reparo perineal. Essa escala possui respostas classificadas em cinco pontos, correspondendo a: 1- muito insatisfeita, 2- insatisfeita, 3- indiferente, 4- satisfeita e 5-muito satisfeita (Martins, 1998).

Figura 8 - Escala de satisfação de Likert.

Qual seu nível de satisfação com o reparo perineal?				
Muito insatisfeita	Insatisfeita	Indiferente	Satisfeita	Muito satisfeita

Fonte: Martins, 1998.

4.12 Variáveis do estudo transversal

4.12.1 Independentes

Material utilizado para o reparo perineal realizado no EC.

Reparo realizado com fio de sutura: fio Vicryl[®] de rápida absorção com técnica de sutura contínua com pontos não ancorados.

Reparo realizado com cola: cola cirúrgica Glubran 2[®]

4.12.2 Dependentes

Dor perineal: foi perguntado à puérpera se ela sente dor no reparo perineal e solicitado que classifique a sua dor através da escala visual numérica de 0 a 10, conforme Figura 5.

Avaliação da cicatrização: foi avaliado o processo de recuperação tecidual do reparo perineal através da escala REEDA, no retorno da puérpera, entre 10 e 20 dias após o parto, conforme Figura 6.

Satisfação da mulher com o reparo perineal: Através da escala tipo Likert, foi perguntado à puérpera se ela estava muito insatisfeita, insatisfeita, indiferente, satisfeita, ou

muito satisfeita em relação ao reparo perineal entre 10 e 20 dias após o parto, conforme Figura 8, sendo oferecido um espelho para que a mesma possa visualizar o seu períneo.

4.12.3 Variáveis de caracterização

Idade materna: em anos completos;

Cor da pele: preta, amarela de origem oriental, parda, branca, indígena ou outra cor autorreferida;

Escolaridade: nenhuma, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto; ensino superior completo; pós-graduação incompleta; pós-graduação completa;

Ocupação: do lar, estudante ou trabalho remunerado;

Situação conjugal: com parceiro, sem parceiro; vive com parceiro; não vive com parceiro;

Estado nutricional: classificado de acordo com o IMC e a idade gestacional no momento do parto em: baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade (Atalah et al., 1997).

Idade gestacional: em semanas completas, considerando a data da última menstruação ou ultrassonografia de primeiro trimestre;

Peso do recém-nascido: em gramas;

4.13 Tratamento e análise dos dados do estudo transversal

Os dados foram registrados em um formulário impresso e, posteriormente, digitados, conferidos e armazenados na planilha microsoft Excel. Analisaram-se os resultados através dos testes descritos a seguir:

- Para a análise descritiva das variáveis quantitativas contínuas, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) a fim de serem analisadas as diferenças entre as médias dos grupos, e efetuar-se o cálculo das medidas de tendência central e dispersão (média, mediana, desvio-padrão e valores máximo e mínimo) (Doria Filho, 1999).
- Para as variáveis categóricas, utilizaram-se as tabelas de contingência nas quais foram empregados o teste de Qui-quadrado de Pearson. Esse teste é usado para verificar se há independência ou alguma relação entre as variáveis que compõem a tabela e baseia-se na comparação das diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não. Por exemplo,

quando se têm duas variáveis categóricas e deseja-se verificar se as duas estão relacionadas ou não, esse teste apenas verifica a independência entre as duas variáveis e mostra a diferença entre as variáveis analisadas, porém ele não é capaz de mostrar onde está essa diferença e para isso foi utilizado o teste de resíduo que é o valor do escore Z (Dawson, Trapp, 2004).

- Na tabulação cruzada da análise categórica foi utilizado o teste Qui-quadrado aproximado na simulação de Monte Carlo.
- O nível de significância adotado foi valor de $p < 0,05$. Em situações nas quais percebeu-se significância foi aplicado um teste de resíduos de Qui-quadrado no qual obtiveram-se escores de z para cada combinação da tabela de contingência, sendo considerados significativos os escores maiores que dois (2) ou menores que dois (-2). Isso significa que há diferença entre o observado e o esperado (Siegel, Castellan Jr, 2006).
- Para as comparações de pares quando significativos, foi realizado o teste de ajustamento para comparações de médias múltiplas de Sidak, que realiza essa análise com capacidade de reduzir tanto o erro tipo I quanto o tipo II nos grupos envolvidos (Der, Everitt 2009; Field, 2009).

4.14 Aspectos éticos do estudo transversal

O ET foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE 79482917.0000.5391) (ANEXO B) e seguiu todas as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assegurando que os direitos humanos dos envolvidos, na pesquisa, sejam protegidos (CNS, 2012).

Quando a participante concordou em participar do EC e do ET, após orientações e esclarecimentos do projeto, foi solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e, quando necessário, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (responsável legal) (APÊNDICE D) e Termo de Assentimento (APÊNDICE E).

Cumprе salientar que os pesquisadores não têm nenhum tipo de vínculo com os fabricantes ou distribuidores dos materiais utilizados neste estudo.

A pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa do EC autorizou a utilização dos registros contidos no banco de dados para o Estudo Transversal (ANEXO F).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

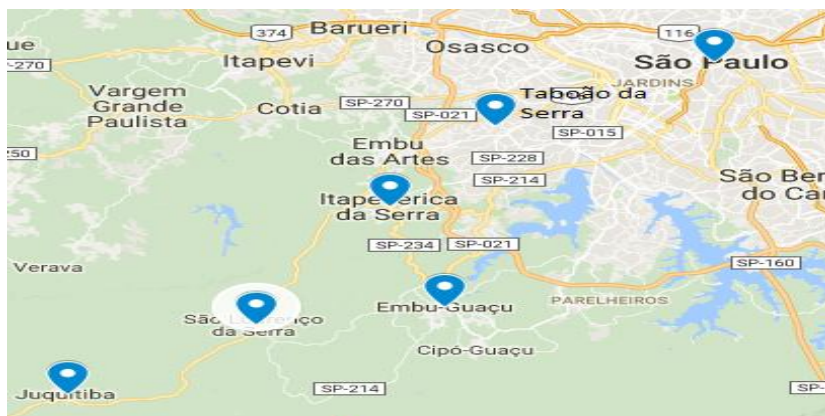
A inclusão de 140 mulheres no EC ocorreu entre fevereiro de 2017 e abril de 2018. Para esse estudo, 110 mulheres foram incluídas no período entre março de 2017 e maio de 2018. O retorno, como já explicado na metodologia, foi realizado no CPN do PSMMZED entre 10 e 20 dias após o parto, conforme o dia e o horário disponíveis pela participante. Durante esse período, 93 mulheres (66,4%) retornaram ao PSMMZED para as consultas, 17 (12,2%) foram avaliadas em visita domiciliar e 30 (21,4%) foram consideradas como perdas.

Ao ser verificado o motivo pelo qual as mulheres não retornaram para a quarta consulta e não aceitaram visitas domiciliares, 10 (33,4%) referiram estarem bem não necessitando de avaliação; seis (20,0%) não deram explicações, apenas relataram não poder participar; quatro (13,3%) não atenderam as ligações; quatro (13,3%) retornaram após o período estabelecido para esse estudo e por isso não foram incluídas; três (10%) aceitaram visita domiciliar que não foi realizada devido à sua residência estar localizada em região com altos índices de violência e três (10,0%) mudaram de endereço para locais muito distantes (dados não apresentados em tabelas).

Para o atendimento no PSMMZED era necessário que a puérpera abrisse uma ficha de atendimento na recepção para que a consulta fosse devidamente documentada, seguindo as recomendações e exigências do local. Quando o atendimento era em domicílio, as pesquisadoras se direcionavam à residência com o material necessário para a avaliação. As visitas domiciliares foram realizadas nos municípios de Embu Guaçu, Itapeçerica da Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra e São Paulo capital (Figura 9).

Figura 9 - Localização das regiões em que foram realizadas as visitas domiciliares,

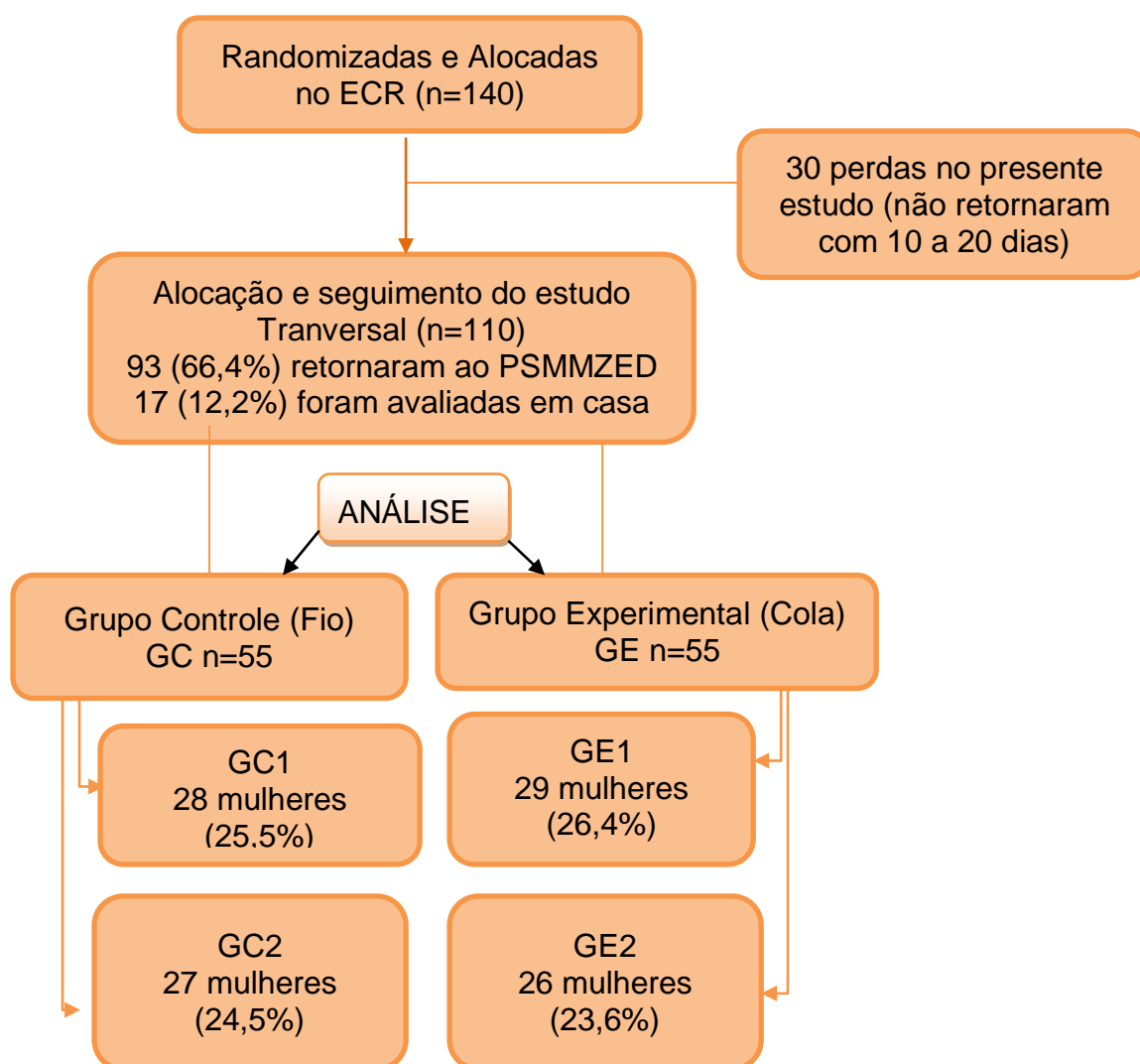
Itapeçerica da Serra, SP- 2018



Fonte: google maps

Foram incluídas no ECR 140 mulheres, sendo que 30 não retornaram para avaliação entre 10 e 20 dias pós-parto, portanto 110 mulheres foram incluídas nessa pesquisa, 93 (66,4%) foram avaliadas no PSMMZED e 17 (12,2%) foram avaliadas em casa, 55 mulheres (50,0%) pertenciam ao GC e 55 mulheres ao GE (50,0%). Ao verificar o tipo de laceração perineal o perineal realizado, 28 mulheres (25,5%) pertenciam ao GC1, 27 mulheres ao GC2 (24,5%), 29 mulheres ao GE1 (26,4%) e 26 mulheres (23,6%) ao GE2. O seguimento das participantes está descrito abaixo (Figura 10).

Figura 10 - Fluxograma das participantes do estudo, Itapecerica da Serra, SP- 2018



Fonte: A pesquisadora

A seguir os resultados serão apresentados considerando os seguintes itens: **5.1 Caracterização da amostra** (Tabela 1 e 2); **5.2 Análise da intensidade da dor perineal** (Tabelas 3 a 6); **5.3 Análise do processo de cicatrização** (Tabelas 7 a 24 e Figuras 11 a 12); **5.4. Análise da satisfação da mulher com o reparo perineal** (Tabelas 25 a 27).

5.1 Caracterização da amostra

A caracterização das mulheres do estudo está apresentada nas Tabelas 1 e 2. Foram avaliadas as seguintes características: cor da pele, escolaridade, ocupação, situação conjugal, estado nutricional, idade da mulher, idade gestacional no dia do parto e IMC. Não foi observado diferença estatística entre os grupos controle e experimental, assim como em seus subgrupos (GC1, GC2, GE1 e GE2).

Em relação à cor da pele auto referida, no GC 25 (45,4%) mulheres referiram ser pardas, 15 (27,3%) brancas, 14 (25,5%) pretas e uma (1,8%) amarela. No GE, foram observadas 32 (58,2%) mulheres de cor parda, 17 (30,9%) de cor branca, cinco (9,1 %) de cor preta e uma (1,8%) de cor amarela. Ao verificar a cor da pele referida pelas participantes distribuídas segundo os tipos de reparo perineal e o grau de laceração perineal, foi observado que no GC1, 11 (39,3%) referiram ser de cor branca contra sete (24,1%) no GE1; dez (35,7%) referiram ser de cor parda/mulata no GC1 *versus* (vs)18 (62%) no GE1; seis (21,4%) referiram ser de cor preta no GC1 contra três (10,4%) no GE1 e a cor amarela foi referida por uma (3,6%) participante no GC1 e no GE1. No GC2 foi referida a cor parda por 15 mulheres (55,6%), branca em quatro (14,8%) e preta em oito (29,6%). Já no GE2, 14 (53,8%) mulheres referiram ser de cor parda, duas (7,7%) de cor preta e dez (38,5%) de cor branca. Nos GC2 e GE2 nenhuma mulher referiu ser de cor amarela.

Quanto à escolaridade, em ambos os grupos predominaram as mulheres que tinham o ensino médio completo: 29 (52,7%) mulheres no GC vs 32 (58,1%) mulheres no GE; 13 (46,5%) mulheres no GC1 vs 17 (58,6%) no GE1; 16 (59,3%) mulheres no GC2 vs 15 (57,7%) no GE2. Ao analisar a ocupação das mulheres, prevaleceu as que eram do lar, 26 (47,3%) das mulheres no GC e 30 (54,5%) no GE. O trabalho remunerado foi referido por 20 (36,4%) mulheres no GC e 18 (32,8%) no GE. Em relação à situação conjugal, as que tinham parceiro e que viviam com ele tiveram maior representatividade. No GC, 50 (90,9%) mulheres tinham parceiro e 44 (80,0%) viviam com eles. No GE, 43 (78,2%) participantes tinham parceiro e 40 (72,7%) viviam com ele.

O estado nutricional esteve distribuído entre baixo peso, 14 (26,9%) no GC vs 14 (25,9%) no GE, peso adequado em 19 (36,6%) no GC vs 25 (46,3%) no GE, sobrepeso em 10 (19,2%) no GC vs 10(18,5%) no GE e obesidade em 9 (17,3%) no GC vs cinco (9,3%) no GE.

Em relação à idade das participantes, não houve diferença estatística quando observados os grupos controle e experimental ($p=0,410$), o grau da laceração perineal ($p=0,285$) e tipo de reparo perineal vs grau da laceração perineal ($p=0,672$). A média de idade das participantes foi de 22,3 (d.p.= 4,57) no GC e 21,3 (d.p.= 4,15) no GE. A média da idade gestacional foi de 37,6 semanas (d.p.= 7,47) no GC e 39,3 semanas (d.p.= 1,05) no GE. A média do IMC foi de 28,0 (d.p.= 4,43) e 27, 2 (d.p.=4,22) no GC e GE, respectivamente. Em relação ao peso do recém-nascido, a média encontrada foi de 3.300,4 (d.p.= 408,14) gramas no GC e 3221,3 (d.p.=370,84) gramas no GE (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Características das mulheres dos grupos controle (GC) e experimental (GE), segundo variáveis categóricas e valor de p, Itapecerica da Serra, SP- 2018

Características das mulheres	GC						GE						Valor de p		
	n	GC1 (%)	n	GC2 (%)	Total GC (%)	n	GE1 (%)	n	GE2 (%)	Total GE (%)	Total n	Total (%)			
Cor da pele															
Branca	11	39,3	4	14,8	15	27,3	7	24,1	10	38,5	17	30,9	32	29,1	
Parda/ mulata	10	35,7	15	55,6	25	45,4	18	62,0	14	53,8	32	58,2	57	51,8	0,143* ^A
Preta	6	21,4	8	29,6	14	25,5	3	10,4	2	7,7	5	9,1	19	17,3	0,592* ^B
Amarela	1	3,6	-	-	1	1,8	1	3,5	-	-	1	1,8	2	1,8	0,162* ^C
Total	28	100	27	100	55	100	29	100	26	100	55	100	110	100	
Escolaridade															
Ensino fundamental incompleto	-	-	2	7,4	2	3,6	2	6,9	1	3,8	3	5,5	5	4,5	
Ensino fundamental Completo	1	3,6	4	14,8	5	9,1	1	3,4	2	7,7	3	5,5	8	7,3	0,898* ^A
Ensino médio incompleto	10	35,7	2	7,4	12	21,8	6	20,7	5	19,3	11	20,0	23	20,9	0,347* ^B
Ensino médio completo	13	46,5	16	59,3	29	52,7	17	58,6	15	57,7	32	58,1	61	55,5	0,677* ^C
Ensino superior incompleto	2	7,1	1	3,7	3	5,5	2	6,9	2	7,7	4	7,3	7	6,4	
Ensino superior completo	2	7,1	2	7,4	4	7,3	1	3,5	1	3,8	2	3,6	6	5,4	
Total	28	100	27	100	55	100	29	100	26	100	55	100	110	100	

Tabela 1 - Características das mulheres dos grupos controle (GC) e experimental (GE), segundo variáveis categóricas e valor de p, Itapeperica da Serra SP- 2018 (continuação)

Características das mulheres	GC						GE						Valor de p		
	GC1		GC2		Total		GE1		GE2		Total			Total	
	n	(%)	n	(%)	GC	(%)	n	(%)	n	(%)	GE	(%)		n	(%)
Ocupação															
Do lar	14	50,0	12	44,4	26	47,3	17	58,6	13	50,0	30	54,5	56	50,9	
Trabalho remunerado	10	35,7	10	37,0	20	36,4	8	27,6	10	38,5	18	32,8	38	34,5	0,726** ^A
Estudante	4	14,3	5	18,5	9	16,3	4	13,8	3	11,5	7	12,7	16	14,6	0,748** ^B
Total	28	100	27	100	55	100	29	100	26	100	55	100	110	100	0,951** ^C
Situação conjugal															
Tem parceiro	24	85,7	26	96,3	50	90,9	23	79,3	20	76,9	43	78,2	93	84,5	0,112** ^A
Não tem parceiro	4	14,3	1	3,7	5	9,1	6	20,7	6	23,1	12	21,8	17	15,5	0,604** ^B
Total	28	100	27	100	55	100,0	29	100	26	100	55	100	110	100	0,200** ^C
Vive com parceiro	23	82,1	21	77,8	44	80,0	20	69,0	20	76,9	40	72,7	84	76,4	0,501** ^A
Não vive com parceiro	5	17,9	6	22,2	11	20,0	9	31,0	6	23,1	15	27,3	26	23,6	0,827** ^B
Total	28	100	27	100	55	100	29	100	26	100	55	100	110	100	0,698**
Estado Nutricional															
Baixo peso	8	30,8	6	23,0	14	26,9	10	34,5	4	16,0	14	25,9	28	26,4	0,588** ^A
Peso adequado	8	30,8	11	42,4	19	36,6	11	38,0	14	56,0	25	46,3	44	41,5	0,366** ^B
Sobrepeso	6	23,0	4	15,4	10	19,2	5	17,2	5	20,0	10	18,5	20	18,9	0,749** ^C

Tabela 1 - Características das mulheres dos grupos controle (GC) e experimental (GE), segundo variáveis categóricas e valor de p, Itapeçerica da Serra, SP- 2018 (continuação)

Características das mulheres	GC						GE						Valor de P		
	GC1		GC2		Total		GE1		GE2		Total			Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)		n	(%)
Obesidade	4	15,4	5	19,2	9	17,3	3	10,3	2	8,0	5	9,3	14	13,2	
Total	26	100	26	100	52	100	29	100	25	100	54	100	106	100	

* Teste Monte Carlo

** Teste Qui-quadrado de Pearson

A: valor de p quanto à característica da mulher com tipo de reparo perineal; B: valor de p quanto à característica da mulher com grau de laceração perineal; e C: valor de p quanto à característica da mulher com tipo de reparo vs grau de laceração perineal.

Fonte: A pesquisadora

Tabela 2 - Características das mulheres dos grupos controle (GC) e experimental (GE), segundo variáveis numéricas e valor de p, Itapecerica da Serra, SP- 2018

Características das mulheres	Grupo	n	%	Média	d.p	Mediana	Min	Máx	Valor de p
Idade materna (anos)									
	GC1	27	49,1	21,40	4,08	21	16	30	Tipo de reparo perineal: 0,410* Grau de laceração perineal: 0,285*
	GC2	28	50,9	22,66	5,00	22	15	33	
	Total	55	100,0	22,03	4,57	20	15	33	Tipo de reparo vs grau de laceração perineal: 0,672*
	GE1	29	52,7	21,06	4,30	21	14	33	
	GE2	26	47,3	21,61	4,06	21	15	31	
	Total	55	100,0	21,32	4,15	21	14	31	
Total	GC e GE	110	100,0	21,67	4,36	21	14	33	
Idade gestacional no parto									
	GC1	28	50,9	36,32	10,31	39,7	37,0	41,4	Tipo de reparo perineal: 0,372* Grau de laceração perineal: 0,467*
	GC2	27	49,1	39,11	1,21	39,6	36,5	41,1	
	Total	55	100,0	37,69	7,47	39,8	36,5	41,4	Tipo de reparo vs grau de laceração perineal: 0,181*
	GE1	29	52,7	39,27	1,09	39,7	37,0	41,0	
	GE2	26	47,3	39,34	1,01	39,4	38,0	41,5	
	Total	55	100,0	39,30	1,05	39,3	37,0	41,5	
Total	GE e GC	110	100	38,50	5,37	39,7	36,5	41,5	
IMC (última aferição antes no parto)									
	GC1	28	50,9	28,07	4,29	27,6	21,5	38,1	Tipo de reparo perineal: 0,117* Grau de laceração: 0,160*
	GC2	27	49,1	28,06	4,64	28,0	19,6	36,5	
	Total	55	100,0	28,07	4,43	27,8	19,6	38,1	Tipo de reparo vs grau de laceração perineal: 0,464*
	GE1	29	52,7	26,69	4,41	27,1	19,6	39,4	
	GE2	26	47,3	27,93	3,97	27,3	19,9	37,6	
	Total	55	100,0	27,26	4,22	27,5	19,6	39,4	
Total	GE e GC	110	100,0	27,66	4,32	27,6	19,6	39,4	

Tabela 2 - Características das mulheres dos grupos controle (GC) e experimental (GE), segundo variáveis numéricas e valor de p, Itapecerica da Serra, SP - 2018 (Continuação)

Características das mulheres	Grupo	n	%	Média	d.p	Mediana	Min	Máx	Valor de p
Peso do RN									
	GC1	28	50,9	3323,7	420,08	3235,0	2200,0	4170,0	Tipo de reparo perineal: 0,331* Grau de laceração perineal: 0,481* Tipo de reparo vs grau de laceração perineal: 0,183*
	GC2	27	49,1	3276,3	401,90	3242,5	2200,0	3950,0	
	Total	55	100,0	3304,5	408,14	3340,0	2200,0	4170,0	
	GE1	29	52,7	3150,5	337,63	3142,5	2415,0	3700,0	
	GE2	26	47,3	3303,6	396,99	3352,5	2280,0	4000,0	
	Total	55	100,0	3221,4	370,84	3235,0	2415,0	4000,0	
Total	GC e GE	110	100,0	3261,1	390,33	3235,0	2200,0	4170,0	

*ANOVA

Fonte: A pesquisadora

5.2 Análise da intensidade da dor perineal

Na avaliação da intensidade da dor perineal referida pela mulher, houve diferença estatística ao se comparar o GC com o GE. Na análise descritiva, as mulheres do GE apresentaram menor intensidade de dor perineal do que as mulheres do GC ($p=0,001$). Não houve significância quando comparada a dor perineal com o grau de laceração perineal ($p=0,905$) e em relação à análise do tipo de reparo perineal vs o grau de laceração perineal ($p=0,364$). Nos subgrupos, foi verificado diferença de médias de 1,36 pontos ao comparar o GC1 (1,46 d.p.= 2,00) com o GE1 (0,10 d.p.= 0,55) e de 0,8 pontos entre o GC2 (1,14 d.p.= 2,12) e GE2 (0,34 d.p.= 1,23) (Tabela 3).

Tabela 3 - Estatística descritiva sobre a intensidade de dor perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Intensidade de dor perineal						Valor de p		
GC	n (%)	Média (d.p)	GE	n (%)	Média (d.p)	Tipo de reparo perineal	Grau de laceração perineal	Tipo de reparo vs grau de laceração
GC1	28 (50,9)	1,46 (2,00)	GE1	29 (52,7)	0,10 (0,55)	0,001*	0,905**	0,364**
GC2	27 (49,1)	1,14 (2,12)	GE2	26, (47,3)	0,34 (1,23)			
Total	55 (100,0)	1,30 (2,05)	Total	55 (100,0)	0,21 (0,93)			

* ANOVA confirmado por Ajustamento para comparações múltiplas: Sidak.

Fonte: A pesquisadora

Na análise categórica sobre a dor perineal, também foi verificado significância entre o GC e GE ($p=0,0001$), demonstrando que o GE apresentou menor intensidade de dor perineal quando comparado ao GC. Ao categorizar a intensidade da dor perineal, foi verificado que 35 (63,6%) mulheres referiram estar sem dor perineal no GC contra 52 (94,6%) no GE, 10 (18,2%) mulheres afirmaram estar com dor leve no GC e uma (1,8%) no GE, nove (16,4%) mulheres disseram estar com dor moderada no GC e duas (3,6%) no GE e apenas uma (1,8%) mulher do GC referiu dor forte e nenhuma afirmou sentir dor forte no GE (Tabela 4).

Tabela 4 - Estatística categórica sobre a intensidade de dor perineal entre 10 a 20 dias pós-parto, segundo o tipo de reparo perineal, Itapecerica da Serra, SP- 2018

Intensidade de dor perineal	Tipo de reparo perineal	Total		Valor de p		
		GC n (%)	GE n (%)		n (%)	
Score	Sem dor	Contagem	35 ^a (63,6)	52 ^b (94,6)	87 (79,0)	0,0001*
		Contagem esperada	43,5	43,5	87,0	
		Residual ajustado	-4,0	4,0	-	
	Dor leve	Contagem	10 ^b (18,2)	1,0 ^a (1,8)	11 (10,0)	
		Contagem esperada	5,5	5,5	11,0	
		Residual ajustado	2,9	-2,9	-	
	Dor moderada	Contagem	9 ^b (16,4)	2 ^a (3,6)	11 (10,0)	
		Contagem esperada	5,5	5,5	11,0	
		Residual ajustado	2,2	-2,2	-	
	Dor forte	Contagem	1 (1,8)	-	1 (1,0)	
		Contagem esperada	0,5	0,5	1,0	
		Residual ajustado	1,0	-1,0	-	
Total	Contagem	55 (100,0)	55(100,0)	110 (100,0)		

a: menor do que o valor esperado; b: maior do que o valor esperado

*Teste Qui-quadrado aproximado por teste Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

Em relação aos subgrupos, a análise estatística categórica entre o tipo de reparo vs o grau de laceração perineal demonstrou significância ($p=0,004$). Para avaliar em qual fator ocorreu a significância, foi observado o escore de Z, que é verificado pela diferença do valor de dor esperado e do valor obtido em cada grupo de análise. Houve significância quando o valor dessa diferença foi menor do que -2 e maior do que 2. Sendo assim, foi verificado significância entre o GC1 e o GE1 ($p < 0,05$), ou seja, as mulheres do grupo GE1 apresentaram menor intensidade de dor perineal quando comparado ao grupo GC1. A comparação da intensidade da dor do GC2 e GE2 não demonstrou diferença significativa pelo escore Z ($p > 0,05$). Ao comparar a intensidade da dor perineal em relação ao grau de laceração perineal, também, não houve significância entre as lacerações de primeiro e segundo graus (valor de $p = 0,768$) (Tabelas 5 e 6).

Tabela 5 - Estatística categórica sobre a intensidade de dor perineal entre 10 a 20 dias pós-parto em relação ao tipo de reparo perineal e ao grau de laceração. Itapecerica da Serra, SP – 2018

Intensidade de dor perineal		Tipo de reparo perineal x grau de laceração perineal				Total n (%)	Valor de p
		GC1 n (%)	GC2 n (%)	GE1 n (%)	GE2 n (%)		
Sem dor	Contagem	16 ^a (57,2)	19 (70,4)	28 ^b (96,5)	24 (92,3)	87 (79,0)	
	Contagem esperada	22,1	21,4	22,9	20,6	87,0	
	Residual ajustado	-3,3	-1,3	2,7	1,9	-	
Dor leve	Contagem	6 ^b (21,4)	4 (14,8)	1 (3,5)	-	11 (10,0)	0,004*
	Contagem esperada	2,8	2,7	2,9	2,6	11,0	
	Residual ajustado	2,3	1,0	-1,4	-1,9	-	
Dor moderada	Contagem	6 ^b (21,4)	3 (11,1)	- ^a	2 (7,7)	11 (10,0)	
	Contagem esperada	2,8	2,7	2,9	2,6	11,0	
	Residual ajustado	2,3	0,2	-2,1	-0,4	-	
Dor forte	Contagem	-	1 (3,7)	-	-	1 (1,0)	
	Contagem esperada	0,3	0,2	0,3	0,2	1,0	
	Residual ajustado	-0,6	1,8	-0,6	-0,6	-	
Total	Contagem	28 (100,0)	27 (100,0)	29 (100,0)	26 (100,0)	110 (100,0)	

a: menor do que o valor esperado; b: maior do que o valor esperado

*Teste Qui-Quadrado aproximado por teste Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

Tabela 6 - Estatística categórica sobre a intensidade da dor perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Intensidade de dor perineal	Grau de laceração perineal		Total n (%)	Valor de p
	Primeiro grau n (%)	Segundo grau n (%)		
Sem dor	44 (77,2)	43 (81,1)	87 (79,1)	0,768*
Dor leve	7 (12,3)	4 (7,6)	11 (10,0)	
Dor moderada	6 (10,5)	5 (9,4)	11 (10,0)	
Dor forte	-	1 (1,9)	1 (0,9)	
Total	57 (100,0)	53 (100,0)	110 (100,0)	

*Teste Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

5.3 Análise do processo de cicatrização

A avaliação do processo de cicatrização foi realizada analisando-se o escore total da escala REEDA em cada grupo e, separadamente, para cada um dos itens que compõem a escala como: a hiperemia, o edema, a secreção, a equimose e a coaptação.

A análise descritiva do escore da escala REEDA não demonstrou diferença estatística ao se comparar a escala REEDA com o tipo de reparo perineal ($p=0,267$), e na comparação da escala REEDA com o grupo de reparo perineal e o grau de laceração perineal ($p=0,673$). No entanto a análise apresentou significância ao se combinar o escore da escala REEDA com o grau de laceração perineal ($p=0,000$), ou seja, ao ser observado o escore da escala REEDA percebeu-se que as mulheres com laceração de primeiro grau, independentemente do reparo perineal realizado, apresentaram melhores resultados do que as mulheres que tiveram laceração de segundo grau (Tabela 7).

A análise categórica sobre o processo de cicatrização perineal não demonstrou significância ao se comparar os escores da escala REEDA ao tipo de reparo perineal realizado ($p=0,281$) (Tabela 8). No entanto, houve diferença estatística ao se comparar o tipo de reparo perineal com o grau de laceração perineal ($p=0,007$) (Tabela 9). Para verificar onde se encontrava a significância estatística dessa análise, foi utilizado o escore Z. Dessa forma foi possível verificar que comparando as mulheres que tiveram lacerações de segundo grau e que foram submetidas ao reparo perineal com fio de sutura às que foram submetidas ao reparo perineal com Glubran 2[®], estas apresentaram melhores resultados no processo de cicatrização perineal ($p<0,05$) (Tabela 9).

Tabela 7 - Estatística descritiva sobre o processo de cicatrização perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo perineal e grau de laceração perineal. Itapeçerica da Serra, SP- 2018

Processo de cicatrização (REEDA)						Valor de p		
GC	n (%)	Média (d.p)	GE	n (%)	Média (d.p)	Tipo de reparo perineal	Grau de laceração perineal	Tipo de reparo perineal vs grau de laceração perineal
GC1	28 (50,9)	0,17 (0,47)	GE1	29 (52,7)	0,27 (0,59)	0,267*	<0,001**	0,673*
GC2	27 (49,1)	0,62 (0,88)	GE2	26 (47,3)	0,84 (0,92)			
Total	55 (100,0)	0,40 (0,73)	Total	55 (100)	0,54 (0,81)			

*ANOVA

**Ajustamento para comparações múltiplas: Sidak. Fonte: A pesquisadora

Tabela 8 - Estatística categórica sobre o processo de cicatrização perineal entre 10 a 20 dias após o parto, comparando a escala REEDA com o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Processo de cicatrização (REEDA)	Tipo de reparo perineal		Total n (%)	Valor de p	
	GC n (%)	GE n (%)			
Escore	0	40 (72,7)	33 (60,0)	73 (66,0)	0,281*
	1	9 (16,4)	16 (29,1)	25 (22,0)	
	2	5 (9,1)	5 (9,1)	10 (10,0)	
	3	1 (1,8)	-	1 (1,0)	
	4	-	1 (1,8)	1 (1,0)	
Total	55 (100,0)	55 (100,0)	110 (100,0)		

*Teste Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

Tabela 9 - Estatística categórica sobre o processo de cicatrização perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao tipo de reparo perineal e ao grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Processo de Cicatrização (REEDA)		Tipo de reparo perineal vs grau de laceração perineal				Total n (%)	Valor de p	
		GC1 n (%)	GC2 n (%)	GE1 n (%)	GE2 n (%)			
Escore	0	Contagem	24 (85,7)	16(59,3)	23 (79,3)	10 (38,5)	73 (66,3)	0,007*
		Contagem esperada	18,6	17,9	19,2	17,3	73,0	
		Residual ajustado	2,5	-,9	1,7	-3,4	-	
	1	Contagem	3 (10,7)	6 (22,2)	4 (13,8)	12 (46,2)	25 (22,7)	
		Contagem esperada	6,4	6,1	6,6	5,9	25,0	
		Residual ajustado	-1,8	-,1	-1,3	3,3	-	
	2	Contagem	1 (3,6)	4 (14,8)	2 (6,9)	3 (11,5)	10 (9,0)	
		Contagem esperada	2,5	2,5	2,6	2,4	10,0	
		Residual ajustado	-1,2	1,2	-,5	,5	-	
	3	Contagem	-	1,0 (3,7)	-	-	1 (1,0)	
		Contagem esperada	0,3	0,2	0,3	0,2	1,0	
		Residual ajustado	-0,6	1,8	-0,6	-0,6	-	
4	Contagem	-	-	-	1 (3,8)	1 (1,0)		
	Contagem esperada	0,3	0,2	0,3	0,2	1,0		
	Residual ajustado	-0,6	-0,6	-0,6	1,8	-		
Total	Contagem	28 (100,0)	27 (100,0)	29 (100,0)	26 (100,0)	110 (100,0)		

*Teste Qui-quadrado aproximado por Monte Carlo. Fonte: A pesquisadora.

Quanto à hiperemia, na análise descritiva não houve diferença significativa entre o tipo de reparo perineal ($p=0,340$), entre o grau de laceração perineal ($p=0,284$) e na comparação entre tipo de reparo perineal e grau de laceração perineal ($p=0,982$) (Tabela 10).

Tabela 10 - Estatística descritiva sobre a hiperemia perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP,- 2018

GC	n (%)	Hiperemia perineal			Média (d.p)	Tipo de reparo perineal	Valor de p	
		Média (d.p)	GE	Média (d.p)			Grau de laceração perineal	Tipo de reparo vs grau de laceração
GC1	28 (51,0)	0,03 (0,18)	GE1	29 (52,7)	0,00 (0,0)			
GC2	27 (49,0)	0,07 (0,26)	GE2	26 (47,3)	0,04 (0,20)	0,340*	0,284*	0,982*
Total	55 (100,0)	0,05 (0,22)	Total	55 (100,0)	0,01 (0,13)			

*Teste ANOVA

Fonte: A Pesquisadora

A análise categórica sobre a hiperemia perineal, também, não apresentou significância em relação ao tipo de reparo perineal ($p=0,317$), grau de laceração perineal ($p=0,265$) e tipo de reparo *versus* grau de laceração perineal ($p=0,495$) (Tabelas 11 a 13).

Tabela 11 - Estatística categórica sobre a hiperemia perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Hiperemia Perineal	Score	Tipo de Reparo Perineal		Total n (%)	Valor de p
		GC n (%)	GE n (%)		
0		52 (94,5)	54 (98,2)	106 (96,4)	0,317*
1		3 (5,5)	1 (1,8)	4 (3,6)	
Total		55 (100,0)	55 (100,0)	110 (100,0)	

*Teste ANOVA

Fonte: A pesquisadora

Tabela 12 - Estatística categórica sobre a hiperemia perineal entre 10 e 20 dias após o parto em relação ao grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Hiperemia perineal	Grau de laceração perineal			Total n (%)	Valor de p
	0	Primeiro grau n (%)	Segundo grau n (%)		
Escore	0	56 (98,2)	49 (94,2)	106 (96,4)	0,265*
	1	1 (1,8)	3 (5,8)	4,0 (3,6)	
Total		57 (100,0)	52 (100,0)	110 (100,0)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Fonte: A pesquisadora

Tabela 13 - Estatística categórica sobre a hiperemia perineal entre 10 a 20 dias segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Hiperemia perineal	Tipo de reparo perineal x grau de laceração perineal				Total n (%)	Valor de p	
	GC1 n (%)	GC2 n (%)	GE1 n (%)	GE2 n (%)			
Escore	0	27 (96,4)	25 (92,6)	29 (100,0)	25 (96,1)	105 (96,3)	0,495*
	1	1 (3,6)	2 (7,4)	-	1,0 (3,9)	4, (3,7)	
Total		28 (100,0)	27 (100,0)	29 (100,0)	26 (100,0)	110 (100,0)	

*Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

No item secreção perineal, foi verificada diferença estatística na análise descritiva quando observado o grau de laceração perineal ($p=0,004$), ou seja, as mulheres que tiveram laceração de segundo grau em comparação às mulheres que tiveram laceração de primeiro grau, independentemente do tipo de reparo perineal, e apresentaram mais secreção; contudo, não foi verificada significância estatística ao comparar a secreção perineal com o tipo de reparo perineal ($p=0,025$) e a secreção perineal com o tipo de reparo vs grau de laceração perineal ($p=0,070$) (Tabelas 14).

Tabela 14 - Estatística descritiva sobre a secreção perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Secreção perineal						Valor de p		
GC	n (%)	Média (d.p.)	GE	n (%)	Média (d.p.)	Tipo de reparo perineal	Grau de laceração perineal	Tipo de reparo vs grau de laceração
GC1	28 (51,0)	0,03 (0,18)	GE1	29 (52,7)	-	0,025*	0,004*	0,070*
GC2	27 (49,0)	0,14 (0,36)	GE2	26 (47,3)	0,07 (0,27)			
Total	55 (100,0)	0,09 (0,29)	Total	55 (100,0)	0,03(0,18)			

*Teste ANOVA Fonte: A pesquisadora

Na estatística categórica sobre a secreção perineal, também, não houve diferença quanto ao tipo de reparo ($p=0,241$), grau de laceração perineal ($p=0,040$) e tipo de reparo perineal vs grau de laceração perineal ($p=0,104$) (Tabelas 15 a 17).

Tabela 15 - Estatística categórica sobre a secreção perineal entre 10 a 20 dias pós-parto, segundo o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Secreção Perineal		Tipo de reparo perineal		Total n (%)	Valor de p
		GC n (%)	GE n (%)		
Escore	0	50 (90,9)	53 (96,3)	103 (93,6)	0,241*
	1	5 (9,1)	2 (3,7)	7 (6,4)	
Total		55 (100,0)	55 (100,0)	110 (100,0)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Fonte: A pesquisadora

Tabela 16 - Estatística categórica sobre a secreção perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Secreção Perineal		Grau de laceração perineal		Total n (%)	Valor de p
		Primeiro grau n (%)	Segundo grau n (%)		
0	Contagem	56 (98,2)	47 (88,7)	103 (93,6)	0,040*
	Contagem esperada	53,4	49,6	103,0	
	Residual ajustado	2,1	-2,1	-	
1	Contagem	1 (1,8)	6 (11,3)	7 (6,4)	0,040*
	Contagem esperada	3,6	3,4	7,0	
	Residual ajustado	-2,1	2,1	-	
Total	Contagem	57 (100,0)	53 (100,0)	110 (100,0)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Fonte: A pesquisadora

Tabela 17 - Estatística categórica sobre a secreção perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Secreção perineal	Escore	Tipo de reparo perineal vs grau de laceração perineal				Total n (%)	Valor de p
		GC1 n (%)	GC2 n (%)	GE1 n (%)	GE2 n (%)		
0		27 (96,4)	23 (85,2)	29 (100,0)	24 (92,3)	103 (96,3)	0,104*
1		1 (3,6)	4 (14,8)	-	2 (7,7)	7 (3,7)	
Total		28 (100,0)	27 (100,0)	29 (100,0)	26 (100,0)	110 (100,0)	

*Teste Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

A estatística descritiva sobre a presença ou não de equimose não demonstrou significância estatística em relação ao tipo de reparo perineal ($p=0,329$), o grau de laceração perineal ($p=0,329$) e entre o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal ($p=0,329$) (Tabela 18). Em relação à estatística categórica sobre a equimose perineal, também, não houve diferença estatística ($p=0,738$). No GE, nenhuma mulher apresentou equimose e no GC apenas uma apresentou equimose no GC1 com escore um (Tabela 19).

Tabela 18 - Estatística descritiva sobre a equimose perineal entre 10 e 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração. Itapecerica da Serra, SP- 2018

GC	n (%)	Equimose perineal			Valor de p			
		Média (d.p.)	GE	n (%)	Média (d.p.)	Tipo de reparo perineal	Grau de laceração Perineal	Tipo de reparo vs grau de laceração
GC1	28 (51,0)	0,03 (1,88)	GE1	29 (52,7)	0,00 (0,00)	0,329*	0,329*	0,329*
GC2	27 (49,0)	0,00 (0,00)	GE2	26 (47,3)	0,00 (0,00)			
Total	55 (100,0)	0,01 (0,13)	Total	55 (100,0)	0,00 (0,00)			

*ANOVA

Fonte: A Pesquisadora

Tabela 19 - Estatística categórica sobre a equimose perineal entre 10 a 20 dias após o parto em relação ao tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Equimose Perineal	Tipo de reparo perineal vs grau de laceração perineal				Total	Valor de p
	GC1 n (%)	GC2 n (%)	GE1 n (%)	GE2 n (%)		
Escore	0	27 (96,4)	27 (100,0)	29 (100,0)	26 (100,0)	109 (99,0)
	1	1 (3,6)	-	-	-	1 (1,0)
Total	28 (25,0)	27 (100,0)	29(100,0)	26 (100,0)	110 (100,0)	0,738*

*Teste Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

No item coaptação perineal avaliado pela escala REEDA, foi observado diferença estatística na análise descritiva ao comparar o tipo de reparo perineal ($p=0,007$) e o grau de trauma perineal ($p=0,001$), ou seja, o GC obteve melhores resultados na coaptação do que no GE e a laceração de primeiro grau quando comparada à laceração de segundo grau, também, apresentou melhores resultados de coaptação. Em relação à análise descritiva do tipo de

reparo vs grau de laceração perineal, a análise não apresentou diferença estatística ($p=0,446$) (Tabela 20).

Tabela 20 - Estatística descritiva sobre a coaptação perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP-2018

Coaptação perineal						Valor de p		
GC	n (%)	Média (d,p)	GE	n (%)	Média (d,p)	Tipo de reparo perineal	Grau de laceração Perineal	Tipo de reparo perineal vs grau de laceração perineal
GC1	28 (51,0)	0,07 (0,26)	GE1	29 (52,7)	0,27 (0,59)	0,007*	0,001*	0,446*
GC2	27 (49,0)	0,40 (0,57)	GE2	26 (47,3)	0,76 (0,65)			
Total	55(100)	0,23 (0,46)	Total	55 (100)	0,50 (0,66)			

*Teste ANOVA

Fonte: Pesquisadora

Quando realizada a análise categórica, percebeu-se significância em relação ao tipo de reparo ($p<0,05$), grau de laceração perineal ($p<0,001$) e na combinação do tipo de reparo vs grau de laceração perineal ($p<0,001$) (Tabelas 21 a 23).

Tabela 21 - Estatística categórica sobre a coaptação perineal entre 10 a 20 dias após o parto, segundo o tipo de reparo perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Coaptação Perineal		Tipo de reparo perineal				Total		Valor de p
		GC		GE				
		n	%	n	%	n	%	
Score	0	Contagem	43	(78,2)	32	(58,2)	75	(68,2)
		Contagem esperada	37,5	-	37,5	-	75	-
		Residual ajustado	2,3	-	-2,3	-	-	-
	1	Contagem	11	(20)	18	(32,8)	29	(26,4)
		Contagem esperada	14,5	-	14,5	-	29	-
		Residual ajustado	-1,5	-	1,5	-	-	-
	2	Contagem	1	(1,8)	5	(9)	6	(5,4)
		Contagem esperada	3	-	3	-	6	-
		Residual ajustado	-1,7	-	1,7	-	-	-
Total	Contagem	55	100	55	100	110	100	

*Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: A pesquisadora

Tabela 22 - Estatística categórica sobre a coaptação perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Coaptação Perineal		Grau de laceração perineal		Total	Valor de p	
		Primeiro Grau	Segundo Grau			
		n (%)	n (%)	n (%)		
Escore	0	Contagem	49 (86,0)	26 (49,0)	75 (68,2)	<0,001*
		Contagem esperada	38,9	36,1	75,0	
		Residual ajustado	4,2	-4,2	-	
	1	Contagem	6 (10,5)	23 (43,4)	29 (26,4)	
		Contagem esperada	15,0	14,0	29,0	
		Residual ajustado	-3,9	3,9	-	
	2	Contagem	2, (3,5)	4 (7,6)	6 (5,4)	
		Contagem esperada	3,1	2,9	6,0	
		Residual ajustado	-,9	,9	-	
Total	Contagem	57 (100,0)	53 (100,0)	110 (100,0)		

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Fonte: A pesquisadora

Tabela 23 - Estatística categórica sobre a coaptação perineal entre 10 a 20 dias depois do parto segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal. Itapecerica da Serra, SP- 2018

Coaptação Perineal		Tipo de reparo vs grau de laceração				Total	Valor de p	
		GC1	GC2	GE1	GE2			
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Escore	0	Contagem	26 (92,9)	17 (63,0)	23 (79,3)	9 (34,6)	75 (68,2)	<0,0001*
		Contagem esperada	19,1	18,4	19,8	17,7	75,0	
		Residual ajustado	3,2	-,7	1,5	-4,2	-	
	1	Contagem	2 (7,1)	9 (33,0)	4 (13,8)	14 (53,8)	29 (26,4)	
		Contagem esperada	7,4	7,1	7,6	6,9	29,0	
		Residual ajustado	-2,7	,9	-1,8	3,6	-	
	2	Contagem	-	1 (4,0)	2 (6,9)	3 (11,6)	6 (5,4)	
		Contagem esperada	1,5	1,5	1,6	1,4	6,0	
		Residual ajustado	-1,5	-,5	,4	1,6	-	
Total	Contagem	28 (100,0)	27 (100,0)	29 (100,0)	26(100,0)	110 (100,0)		

*Teste Qui-quadrado aproximado por Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

Através do escore Z, foi possível verificar em qual item estava a significância. Dessa forma, foi apresentada significância estatística na comparação GC1 e GE1 ($p < 0,05$) e GC2 e GE2 ($p = < 0,05$). Portanto, o reparo das lacerações perineais com fio em comparação com a cola cirúrgica, apresentou melhor coaptação em relação aos dois graus de lacerações perineais.

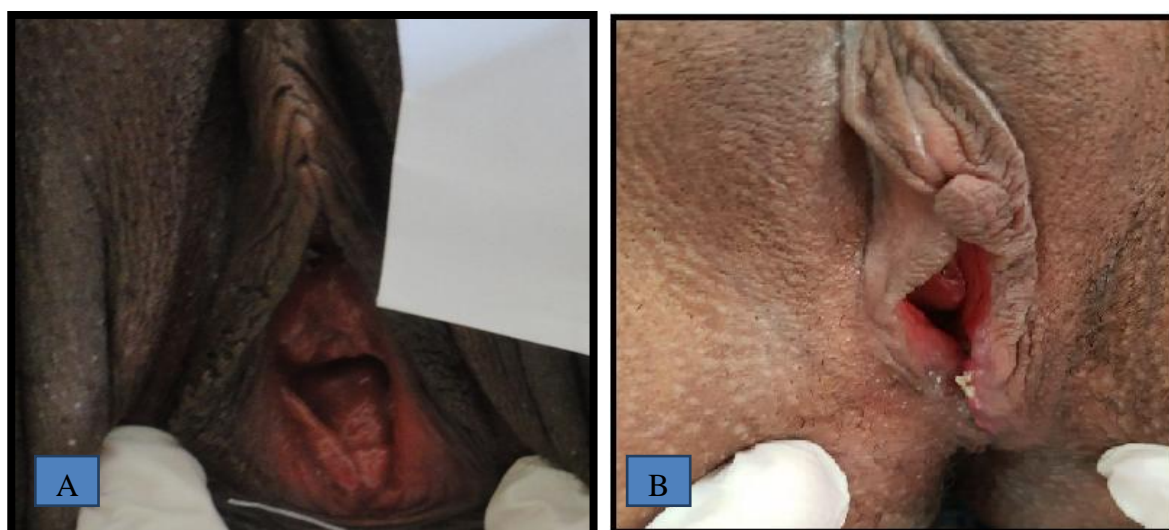
As Figuras 11 e 12, a seguir, mostram as fotografias do períneo após os dois tipos de reparo perineal entre 10 a 20 dias após o parto.

Figura 11 - Processo de cicatrização entre 10 e 20 dias após o parto com o reparo com fio de sutura Vicryl Rapide®, Itapecerica da Serra, SP- 2018



A: reparo realizado em laceração de primeiro grau em vestíbulo D e E; B: reparo realizado em laceração de segundo grau em fúrcula.

Figura 12 - Processo de cicatrização em fúrcula entre 10 e 20 dias após o parto com o reparo com cola Glubran 2®, Itapecerica da Serra, SP- 2018



A: reparo realizado em laceração de primeiro grau em fúrcula; B: reparo realizado em laceração de segundo grau em fúrcula, apresentando resquício da cola ainda no 18º dia pós-parto.

5.4 Análise da satisfação da mulher com o reparo perineal

Na análise de satisfação da mulher com o reparo perineal vs tipo de reparo perineal, foi observado significância ($p=0,035$). As mulheres que tiveram o reparo perineal realizado com cola apresentaram maior satisfação do que as mulheres com reparo com fio de sutura, independentemente do grau de laceração perineal. No GC, 19 mulheres referiram estar muito satisfeitas, 29 satisfeitas, duas indiferentes, duas insatisfeitas e três muito insatisfeitas. No GE, 30 mulheres referiram estar muito satisfeitas, 21 satisfeitas, quatro indiferentes e nenhuma demonstrou insatisfação ou muita insatisfação (Tabela 24).

Tabela 24 - Estatística categórica sobre a satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 a 20 dias após o parto segundo o tipo de reparo perineal. Itapeccerica da Serra, SP - 2018

Satisfação da mulher com o reparo perineal		Tipo de reparo perineal		Total n (%)	Valor de p
		GC n (%)	GE n (%)		
Muito insatisfeita	Contagem	3 (5,5)	-	3 (3,0)	0,035*
	Contagem esperada	1,5	1,5	3,0	
	Residual ajustado	1,8	-1,8	-	
Insatisfeita	Contagem	2 (3,6)	-	2 (2,0)	
	Contagem esperada	1,0	1,0	2,0	
	Residual ajustado	1,4	-1,4	-	
Indiferente	Contagem	2 (3,6)	4 (7,3)	6 (5,0)	
	Contagem esperada	3,0	3,0	6,0	
	Residual ajustado	-0,8	0,8	-	
Satisfeita	Contagem	29 (52,7)	21 (38,2)	50 (45,5)	
	Contagem esperada	25,0	25,0	50,0	
	Residual ajustado	1,5	-1,5	-	
Muito satisfeita	Contagem	19 (34,6)	30 (54,5)	49 (44,5)	
	Contagem esperada	24,5	24,5	49,0	
	Residual ajustado	-2,1	2,1	-	
Total	Contagem	55 (100,0)	55 (100,0)	110 (100,0)	

* Teste Qui-quadrado aproximado por teste Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

Em relação à satisfação da mulher com o reparo perineal segundo o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal, houve significância ($p= 0,022$), demonstrando que as mulheres que foram submetidas ao reparo perineal com cola cirúrgica apresentaram maior satisfação com o reparo perineal entre 10 a 20 dias após o parto do que entre as mulheres submetidas ao reparo perineal com fio de sutura. Quando avaliado o tipo de reparo perineal e o grau de laceração perineal e houve significância, utilizou-se o escore de Z ($p<0,05$), através do teste de Monte Carlo. As mulheres submetidas ao reparo perineal com fio de sutura e que tiveram laceração de segundo grau apresentaram maior insatisfação quando comparadas às submetidas com cola cirúrgica. Mulheres que referiram estar muito insatisfeitas (três casos, 11,1%) e insatisfeitas (dois, 7,4%) foram verificadas somente no GC2; mulheres que referiram estarem indiferentes com o reparo perineal houve uma (3,5%) no GC1, três (10,3%) no GE1, uma (3,7%) no GC2 e uma (3,8%) no GE2 (Tabela 25).

Tabela 25 - Estatística categórica da satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo a comparação com o tipo de reparo perineal e o grau de laceração. Itapeccerica da Serra, SP - 2018

Satisfação da mulher com o reparo perineal		Tipo de reparo perineal x grau de laceração perineal				Total n (%)	Valor de p
		GC1	GC2	GE1	GE2		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Muito insatisfeita	Contagem	-	3 (11,1)	-	-	3 (2,7)	0,022*
	Contagem esperada	0,8	0,7	0,8	0,7	3,0	
	Residual ajustado	-1,0	3,1	-1,1	-1,0	-	
Insatisfeita	Contagem	-	2 (7,4)	-	-	2 (1,8)	
	Contagem esperada	0,5	0,5	0,5	0,5	2,0	
	Residual ajustado	-0,8	2,5	-0,9	-0,8	-	
Indiferente	Contagem	1 (3,6)	1 (3,7)	3(10,3)	1 (3,8)	6 (5,5)	
	Contagem esperada	1,5	1,5	1,6	1,4	6,0	
	Residual ajustado	-0,5	-0,5	1,4	-0,4	-	
Satisfeita	Contagem	16 (57,1)	13 (48,2)	9 (31,0)	12 (46,2)	50 (45,5)	
	Contagem esperada	12,7	12,3	13,2	11,8	50,0	
	Residual ajustado	1,4	,3	-1,8	,1	-	
Muito satisfeita	Contagem	11 (39,3)	8 (29,6)	17 (58,7)	13 (50,0)	49 (44,5)	
	Contagem esperada	12,5	12,0	12,9	11,6	49,0	
	Residual	-0,6	-1,8	1,8	0,6	-	

Tabela 25 - Estatística categórica da satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo a comparação com o tipo de reparo perineal e o grau de laceração. Itapeceirica da Serra, SP - 2018 (continuação)

	Contagem	28 (100,0)	27 (100,0)	29 (100,0)	26 (100,0)	110 (100,0)
Total						

* Teste Qui- quadrado aproximado por teste Monte Carlo

Fonte: A pesquisadora

A análise da satisfação da mulher com o reparo perineal vs o grau de laceração perineal não demonstrou significância ($p=0,155$), ou seja, não houve diferença estatística quando comparada a satisfação das mulheres que tiveram laceração de primeiro grau com as mulheres que tiveram laceração de segundo grau. Vale ressaltar que nessa análise da satisfação com o reparo perineal não foi avaliado o tipo de reparo perineal, apenas o grau de laceração (Tabela 26).

Tabela 26 - Estatística categórica sobre a satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 a 20 dias pós-parto segundo o grau de laceração perineal. Itapeceirica da Serra, SP - 2018

Satisfação da mulher com o reparo perineal	Grau de laceração perineal			Valor de p
	Primeiro grau n (%)	Segundo grau n (%)	Total n (%)	
Muito insatisfeita	-	3, (5,7)	3 (2,7)	0,155*
Insatisfeita	-	2 (3,8)	2, (1,8)	
Indiferente	4 (7,0)	2 (3,8)	6, (5,5)	
Satisfeita	25 (43,8)	25 (47,1)	50 (45,5)	
Muito satisfeita	28 (49,2)	21 (39,6)	49 (44,5)	
Total	57 (100,0)	53 (100,0)	110 (100,0)	

*Teste de Monte Carlo

Fonte : A pesquisadora

A discussão dos resultados será apresentada conforme os seguintes itens: **6.1 Desenvolvimento do estudo** **6.2 Avaliação da intensidade de dor perineal;** **6.3 Avaliação do processo de cicatrização;** **6.4 Avaliação da satisfação da mulher com o reparo perineal;** **6.5 Limitações e fortalezas;** **6.6 Implicações para pesquisa e para a prática.**

6.1 Desenvolvimento do estudo

A proposta deste estudo foi verificar a associação entre a intensidade da dor perineal, a cicatrização e a satisfação das puérperas que foram submetidas ao reparo perineal com cola cirúrgica Glubran 2[®] comparando com o fio de sutura Vicryl[®] de rápida absorção com poliglactina 910. Neste estudo foram alocados 110 mulheres que fizeram parte do ECR que retornaram entre 10 a 20 dias após o parto conforme apresentado no fluxograma 10. Nenhuma mulher deste estudo havia sido submetida ao parto instrumental, pois não é uma prática comum no local deste trabalho. O PSMMZED apoia as boas práticas obstétricas e a maior parte dos profissionais que realizam assistência ao parto neste local seguem as orientações das publicações da OMS e do Ministério da Saúde (MS) do Brasil (OMS, 2018; Brasil, 2016; Brasil, 2018).

Estudos sobre o uso de cola cirúrgica no reparo perineal no pós-parto normal são escassos na literatura; dos estudos existentes apresentados no Quadro 1, a maioria utilizou colas a base de cianocrilato no qual foram apresentados desfechos positivos em relação a menor tempo no reparo, menos uso de anestésico local, menor intensidade da dor perineal, a maioria das mulheres referiram melhor satisfação e apresentaram resultados similares em relação a cicatrização quando comparados com o fio de sutura.

No ECR no qual este estudo é aninhado utilizouse a cola cirúrgica Glubran 2[®] a base de n-butil-2 cianocrilato para as lacerações de primeiro e segundo grau e episiotomias. Todas as pesquisadoras receberam treinamento e obtiveram a vantagem de aprimorar a técnica de reparo com a cola cirúrgica nas intervenções da primeira etapa do EC, junto com a equipe do CPN onde as enfermeiras obstetras realizavam os partos e classificavam o tipo de laceração perineal em sequência as pesquisadoras realizavam o reparo perineal conforme a randomização. O local das lacerações de primeiro grau mais frequentes foram nos pequenos lábios e nos vestíbulos anterior e posterior, o reparo foi realizado sem maiores dificuldades com a cola cirúrgica, a polimerização ocorre em aproximadamente 30 a 60 segundos, ao contrário nas lacerações de segundo grau e episiotomia onde predominou a região da fúrcula e

corpo perineal, apresentavam sangramento aumentado dificultando o reparo com a cola, neste caso a maioria das vezes havia a necessidade de duas enfermeiras para realizarem o reparo. A técnica utilizada de sutura continua foi com o fio vicryl de rápida absorção que é considerada como padrão ouro para reparo perineal (NICE 2014).

Alguns fatores de risco são associados à presença de trauma perineal após o parto como: mulheres sem história de parto vaginal anterior, prematuridade, peso e vitalidade do recém-nascido e intervenções obstétricas. Mulheres sem parto normal anterior e com pouca distensibilidade perineal possuem três vezes mais chances de serem submetidas à episiotomia ou ter alguma laceração perineal. Em outros estudos foi verificado que lacerações perineais e peso do concepto podem estar associados a traumas perineais devido à relação do feto macrossômico com o risco de distócia de ombro e a variedade de desprendimento cefálico. Em mulheres com recém-nascido com peso superior a 3.300g o risco de laceração perineal de segundo grau é 1,6 vezes maior do que em mulheres com RN com peso inferior a 3.200g. (Riesco et al., 2011; Rocha, Zamberlan, 2018). Na Tabela 2, verifica-se que em relação aos dados do neonato, apesar de ter ocorrido valor máximo de peso correspondente à classificação grande para a idade gestacional (GIG), a média manteve-se dentro da normalidade. Nesse estudo não foi observada associação entre o peso do RN e o tipo de laceração.

Estudos sobre técnicas de reparo perineal e sobre uso de cola cirúrgica utilizaram o tempo de reparo como medida de despeso. O estudo de Feigenberg et al. (2014) compararam o tempo de reparo realizado em lacerações de primeiro grau e verificaram que o tempo médio de reparo com o uso do fio de sutura foi de 7,88 minutos e com a cola cirúrgica foi de 2,29 minutos, portanto encontraram diferença estatísticas significativas de 5,59 minutos. No ECR do estudo atual, no GE o tempo médio de reparo das lacerações de primeiro grau foi de 8,1 minutos e de segundo grau foi de 15,5 minutos. No GC, ou seja, o qual utilizou o fio de sutura, o tempo médio foi de 12,7 minutos entre as que tiveram lacerações de primeiro grau e 23,1 minutos entre as que tiveram lacerações de segundo grau, concluindo que a cola cirúrgica apresentou menor tempo de reparo (p 0,003).

Neste estudo foram incluídas todas as mulheres que retornaram para avaliação entre 10 a 20 dias pós-parto, sendo que a maioria retornou com 12 dias (19,0%), seguidas pelas que retornaram com 14 dias (18,1%), 10 dias (14,6%), 13 dias (13,7%), 15 dias (8,1%), 20 dias (5,4%), 18 dias (4,5%), 16 e 17 dias (3,7% em cada dia) e apenas uma (0,9%) retornou com 19 dias após o parto.

Estudo observacional com 54 puérperas com episiotomia avaliou a confiabilidade da escala REEDA. Concluiu que dos cinco itens, a hiperemia, a secreção e a

coaptação foram as mais precisas na avaliação e que possibilita boa avaliação perineal quando aplicada com 7 a 10 dias após o parto.(Alvarenga et al.,2015).

Embora a maioria das puérperas tenha recebido orientações sobre a importância do retorno, algumas delas não retornaram e acabaram não sendo incluídas no estudo. Contudo das 140 mulheres do ECR, retornaram 110 mulheres favorecendo assim a análise dos dados coletados mostrando desfechos positivos ao uso da cola cirúrgica comparando com o fio de sutura em relação a intensidade da dor e a satisfação da mulher com o reparo perineal e resultados favoráveis ao fio de sutura na avaliação da cicatrização.

6.2 Avaliação da intensidade de dor perineal

Em estudo comparando o uso da cola adesiva cirúrgica Epiglu® e o fio Vicryl® de rápida absorção para o reparo de lacerações de primeiro grau, utilizou-se a escala de 10 pontos para avaliação da dor perineal entre 10 e 20 dias. Entre os resultados, não foi verificada diferença significativa entre os tipos de reparo. O grupo que utilizou o fio de sutura apresentou média de 0,6 (d. p. 1,1) e o grupo que utilizou a cola obteve média de 0,2 (d.p. 0,6), sendo a diferença de 0,4 no escore de dor perineal (Teixeira, 2018).

No presente estudo, é possível verificar que a intensidade de dor perineal referida pela mulher foi menor, significativamente, no GE do que no GC, ou seja, mulheres que tiveram reparo perineal com cola cirúrgica apresentaram menor intensidade de dor perineal do que as mulheres submetidas ao reparo com fio de sutura. Ao verificar as médias observa-se diferença de 1,09 ponto na intensidade de dor entre o GC (média de 1,30 e d.p. 2,05) e o GE (média de 0,21 e d.p. 0,93).

O estudo de Feigenberg et al. (2014) investigou sobre a dor perineal após reparo com cola e fio de sutura e avaliou-se a dor perineal através de uma escala de 10 pontos por profissional que desconhecia o método realizado no reparo. Na análise dos resultados, o estudo não apresentou significância pelo teste-t entre o grupo que utilizou a cola e o grupo que utilizou o fio de sutura na avaliação puerperal após alta. O escore de intensidade de dor na região do reparo no grupo fio de sutura foi de 3,76 (25 mulheres) e, no grupo cola, foi de 3,27 (70 mulheres), obtendo diferença de média do escore de 0,49 de dor perineal e valor de $p=0,24$.

Outro estudo prospectivo, randomizado e controlado que acompanhou, por pelo menos seis semanas após o parto, 69 mulheres na proporção de duas que utilizaram a cola cirúrgica

para uma que utilizou o fio de sutura, também, não se observou diferença significativa entre a dor perineal e os tipos de reparo perineal (Sageie et al., 2010).

No presente estudo, o reparo perineal foi realizado em laceração de primeiro e segundo graus ou episiotomia. Na literatura, não há pesquisas com o uso de apenas cola cirúrgica para laceração perineal de segundo grau. Sendo assim, esse estudo deve ser analisado verificando não somente o tipo de reparo como também o grau de laceração. Na Tabela 5, é possível verificar os valores de intensidade da dor segundo o tipo de reparo e o grau de laceração. Verifica-se que o GE1 ao ser comparado com o GC1 apresenta melhores resultados assim como o GE2 ao ser comparado com o GC2, ocorrendo significância na avaliação de intensidade da dor com o tipo de reparo perineal *vs* grau de laceração. No entanto, não houve correlação ao se comparar a intensidade da dor perineal, somente, com o grau de laceração.

Tal associação entre intensidade de dor perineal e gravidade do trauma perineal foi verificada em estudo prospectivo realizado com 443 mulheres no Canadá, o qual teve por objetivo determinar a frequência de dor perineal nas seis semanas após o parto vaginal e avaliar a associação entre trauma perineal e dor perineal. Esse estudo acompanhou mulheres no primeiro dia pós-parto, no sétimo dia e na sexta semana pós-parto. Dentre as 443 mulheres, 84 apresentaram períneo íntegro, 220 lacerações de primeiro grau, 97 episiotomias e 46 lacerações de terceiro ou quarto graus. A ocorrência de dor perineal foi mais frequente e intensa em mulheres com maior grau de trauma perineal (Macarthur, Marcarthur, 2004). Vale considerar que a dor perineal decorrente de traumas perineais pode desencadear sintomas que interferem na qualidade de vida da puérpera como: sono, apetite, libido, irritabilidade e restrições das atividades funcionais (Beleza et al., 2012).

Em outras áreas da saúde, também, existem pesquisas sobre a intensidade de dor após o uso de cola cirúrgica em diferentes tipos de tecidos como no trabalho de Jaiswal, Wilkinson, Akhtar (2018). Eles realizaram um estudo controlado com 31 participantes avaliando a ocorrência de dor e outras complicações após o reparo de hérnia inguinal com cola cirúrgica à base do ácido cianocrilato em comparação com o uso do fio de sutura. Para verificar a intensidade de dor, foi utilizada a EVA, em que zero correspondia a sem dor e 10 a pior dor possível. Os resultados mostraram que o reparo com o uso da cola cirúrgica obteve menor escore de intensidade de dor ao comparar com o fio de sutura, assim como no estudo atual.

Uma metanálise envolvendo 13 ensaios clínicos randomizados com 2.375 pacientes objetivou esclarecer qual método de fixação de tela era mais adequado no reparo de hérnia inguinal de Lichtenstein. Dentre os 13 ensaios clínicos, oito compararam o uso da cola

sintética à fixação com fio de sutura, e cinco compararam o uso da cola biológica com o fio de sutura. Os resultados demonstraram que não ocorreu significância ao se comparar a ocorrência de dor no grupo que utilizou a cola sintética e o fio de sutura, porém, ao ser comparada a cola biológica com o fio de sutura, houve significância ($p=0,03$), demonstrando que o grupo que utilizou a cola biológica apresentou menor ocorrência de dor (Lin et al., 2018). No estudo atual, não foi utilizada a cola biológica, mas, sim, a cola Glubran 2[®] que é uma cola sintética modificada pela adição de um monômero. Contudo, também, encontraram-se melhores resultados com o uso da cola sintética em comparação com o fio de sutura.

Houve outra metanálise envolvendo 15 estudos objetivando avaliar a eficácia da cola tecidual na circuncisão pediátrica. Dentre as 4.567 circuncisões efetuadas, 3.045 foram realizadas com cola cirúrgica. As colas utilizadas foram a n-butil-2-cianocrilato e a metacrilolisolfolano em sete estudos; a octil-2-cianocrilato em outros sete estudos e a n-butil-2-cianocrilato e a octil-2-cianocrilato em um estudo. A dor pós-operatória foi avaliada em cinco destes. Dentre os estudos, quatro verificaram redução da dor pós-operatória ao utilizar a cola cirúrgica e um não encontrou diferença na ocorrência da dor entre os métodos de reparo utilizado (Martins et al., 2018).

6.3 Avaliação do processo de cicatrização

Não foi verificado diferença significativa entre o processo de cicatrização avaliado pela escala REEDA, e o tipo de reparo perineal e entre o processo de cicatrização e o tipo de reparo vs grau de laceração perineal, assim como no estudo de Teixeira (2018), no qual verificou-se que os menores escores da escala REEDA foram observados no GE em que a diferença entre 10 e 20 dias era de 0,7 pontos entre os grupos, no entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,45$). No estudo atual, a diferença entre as médias do GC e GE foi de 0,14 no escore total da escala REEDA.

Quando verificado o processo de cicatrização do tecido ao utilizar a cola cirúrgica para o reparo, encontram-se trabalhos em todas as áreas da saúde. Em estudo descritivo tipo relato de caso, o qual utilizou a cola Glubran 2[®] para o fechamento de fístula enterocutânea, verificou-se que a cola Glubran 2[®] pode ser considerada como uma opção para esse tratamento, sendo um procedimento flexível, seguro e rápido (Musa et al., 2017).

Um outro estudo com 18 participantes, também, utilizou a cola Glubran 2[®] para o tratamento de fístula entérica pós-cirúrgica depois de falhar os tratamentos tradicionais. A cola foi injetada no local da fístula com auxílio da tomografia computadorizada ou sob

orientação fluoroscópica. Em 69% (11) dos casos a fístula foi imediatamente fechada. O tempo médio de cicatrização foi de oito dias no intervalo entre zero e 58 dias. Em dois casos a cicatrização da fístula não ocorreu. Em um deles foi realizado novo reparo com cola, ocorrendo o fechamento, no entanto com dois meses a fístula reabriu. Em mais dois casos a cola foi novamente utilizada para o reparo, porém com seis meses reabriu sendo necessário intervenção cirúrgica. Nos demais casos, houve cicatrização antes de dois meses de reparo não necessitando de outra intervenção (Mauri et al., 2017).

No presente estudo, um novo reparo foi realizado em três mulheres do GE, sendo que uma participante havia tido laceração de primeiro grau e duas de segundo grau. No GC não foi verificada necessidade de novo reparo em nenhuma participante. Ao ser verificada a necessidade de novo reparo, foi observado que a mulher com laceração de primeiro grau apresentou escore de 2 pontos na escala REEDA referente ao item coaptação. Dentre as mulheres com lacerações de segundo grau e tiveram que ser reparadas, uma apresentou 4 pontos no escore da escala REEDA, sendo dois pontos referentes ao item coaptação, um ponto ao item hiperemia e um ponto relativo à secreção. A outra mulher que teve laceração de segundo grau e novo reparo, apresentou dois pontos na escala REEDA referente ao item coaptação.

Um estudo que avaliou o processo de cicatrização após utilizar a cola adesiva Indermil[®] para o reparo perineal de laceração de segundo grau. Nesse caso o reparo das duas primeiras camadas era realizado através de sutura contínua com fio Vicryl[®] e a aproximação da última camada era realizada com cola adesiva Indermil[®]. As 20 mulheres que participaram do estudo foram acompanhadas antes e após a alta hospitalar. Na avaliação perineal antes da alta, foi verificada a queda da camada de cola em duas mulheres sem necessidade de sutura, havendo cicatrização em cinco semanas após o parto. Outras duas mulheres queixaram-se de incômodo por sentir as bordas afiadas, sendo necessário que um profissional cortasse a camada excessiva de cola. Em duas semanas de reparo, duas mulheres apresentaram abertura da camada de aproximação, ocorrendo a cicatrização sem intervenção. Em outra mulher, após seis semanas de reparo, foi aplicado nitrato de prata na borda da pele perineal, cicatrizando sem mais intervenção (Rogerson et al., 2000).

Mota et al. (2009), também, verificaram abertura parcial da camada do reparo perineal com até 30 dias de parto em cinco mulheres submetidas ao reparo com cola cirúrgica e em uma mulher submetida ao reparo com sutura com fio. Dentre as cinco mulheres do grupo cola, uma teve que ser submetida a um novo reparo perineal para aproximação da pele com fio de sutura. No grupo controle, houve a presença de granuloma em uma mulher.

Chamariya, Prasad, Chauahan (2016) demonstraram que quatro (8%) das mulheres com reparo perineal com cola e uma (2%) do grupo reparado com fio apresentaram abertura da pele sendo necessário novo reparo perineal. No entanto não houve diferença estatística no processo de cicatrização entre os dois grupos ($p= 0,678$). O hematoma não esteve presente nas do reparo com cola, mas esteve presente em 2% das reparadas com fio. Em relação ao período de cicatrização do trauma perineal, o tempo médio referido foi de quatro dias no grupo reparado com cola (89,1%) e oito dias no grupo reparado com fio (73,5%).

Assim como Rogerson et al (2000) e Mota et al. (2009), o presente estudo apresentou queda da película de cola e separação da camada superficial em três mulheres submetidas ao reparo perineal com cola cirúrgica entre 10 e 20 dias, ocorrendo necessidade de novo reparo; porém, diferentemente de Mota et al. (2009), o novo reparo foi realizado seguindo a randomização inicial, ou seja, realizado com o mesmo produto. Como dito anteriormente, vale ressaltar que, diferentemente dos outros estudos, o atual avaliou o processo de cicatrização do reparo das lacerações de primeiro e segundo graus realizado com um único tipo de produto em toda a extensão do trauma perineal.

Diferentemente de Chamariya, Prasad e Chauahan (2016), no estudo atual, o tempo médio de cicatrização não ocorreu quatro dias pós-parto visto que a avaliação do presente estudo foi realizada entre 10 e 20 dias e, nesse período, ainda era possível verificar película de cola sob a laceração em algumas mulheres. Na literatura, é possível verificar que a cicatrização de lacerações perineais e episiotomias ocorre em tempo, relativamente, curto e com poucas intercorrências. Entretanto, o processo de cicatrização perineal pode ser alterado por fatores como a má nutrição da mulher, estresse e ansiedade, obesidade, idade, infecção, fumo, drogas, patologia e até mesmo higienização (Steen, 2007; Silva et al., 2013).

Ao verificar os itens da escala REEDA, Teixeira (2018) refere que dentre as 20 mulheres avaliadas nenhuma apresentou no GE a hiperemia, a secreção ou a equimose na região da laceração perineal entre 10 e 20 dias. Em relação ao edema perineal, o GE apresentou menor escore entre 10 e 20 dias do que o GC (0,0 vs 0,3). No item coaptação, o GE apresentou resultados melhores do que o GC (média 0,0 vs 0,3) após o período de internação, ocorrendo interação quando verificado o grupo de reparo vs o tempo de reparo ($p=0,034$), mas não havendo significância quando somente observado entre 10 e 20 dias de parto.

No presente estudo, o item edema perineal não foi observado em nenhuma participante tanto no GC como no GE (Tabela 10). Conforme verificado na Tabela 11, 15 e 19, a diferença entre as médias da hiperemia, secreção e equimose foram menores no grupo GE do que no

grupo GC. Quanto à coaptação, verifica-se que, também, ocorreu diferença entre as médias (0,23), no entanto o GC apresentou melhores resultados (GC 0,23, GE 0,50 e $p= 0,007$) (Tabela 21). A Tabela 22 demonstra que o número de mulheres que tiveram coaptação com escore dois foi maior no GE do que no GC, tendo o GC número maior de participantes com escore zero na escala REEDA. Isso é verificado em ambos subgrupos (GC, GE1, GC2 e GE2) (Tabela 24).

Vale lembrar que a maioria das pesquisas que utilizou a cola no reparo perineal realizou, somente, com mulheres que tiveram laceração de primeiro grau após o parto. Portanto os resultados apresentados no estudo atual quando comparados a outros devem ser avaliados diferenciando o tipo de laceração em cada grupo de reparo visto que este estudo obtém avaliações de reparo perineal com lacerações de primeiro e segundo graus ou episiotomia. Recentemente o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas recomendada o uso de cola cirúrgica como uma nova alternativa para o reparo perineal de lacerações de primeiro e de segundo grau, pelo menor tempo para o reparo perineal, menor intensidade da dor referida e maior satisfação das mulheres com os resultados (recomendação nível B) (AGOC, 2018).

Outro ponto a ressaltar é a discordância que pode existir entre os pesquisadores no momento de avaliação do processo de cicatrização através da escala REEDA (Alvarenga 2015, Hill, 1990). No estudo de Teixeira (2018), essa avaliação foi realizada somente por um único pesquisador em todas as etapas de seu estudo. O mesmo pesquisador que realizava o reparo perineal, também, avaliava-o entre 10 e 20 dias após o parto. Por outro lado, o presente estudo contou com vários pesquisadores para avaliação entre 10 e 20 dias de parto, podendo ocorrer discrepância entre as avaliações para escore da escala REEDA, mas também pode diminuir o viés da pesquisa, pois nem sempre o pesquisador que realizava o procedimento era o mesmo que avaliava no pós-parto. Alvarenga et al (2015) refere que apesar da escala apresentar uma classificação muito detalhada, os critérios de avaliação não são bem claros, prejudicando a sua aplicação. Sendo assim, mesmo com o treinamento oferecido aos pesquisadores deste estudo sobre as técnicas, materiais e escala, há possibilidade de alteração na pontuação do escore da escala REEDA devido à percepção e à avaliação de cada profissional.

Vale, também, considerar que embora a realização das intervenções tenha sido aleatorizada, não foi possível realizar o cegamento durante a avaliação do períneo devido aos tipos das intervenções e dos desfechos, pois tanto as participantes como os pesquisadores teriam como saber que tipo de intervenção foi realizada, uma vez que durante a avaliação do

períneo foi possível verificar se houve reparo com fio de sutura ou com cola.

6.4 Avaliação da satisfação da mulher com o reparo perineal

Ao decorrer dos anos, os estudos realizados na área da saúde têm-se preocupado cada vez mais com a satisfação do indivíduo por perceber que os dados coletados são significativos para identificar lacunas e desenvolver melhorias na assistência, na escolha dos materiais utilizados e para atender melhor às expectativas dos pacientes (Al-Abri, Al-Balushi, 2014). Pensando nisso, o presente estudo objetivou verificar o nível de satisfação da mulher com o reparo perineal e percebeu que no grupo que utilizou a cola cirúrgica, houve maior satisfação da mulher com o reparo perineal do que entre as mulheres que utilizaram o fio de sutura. Vale ressaltar que no grupo controle foi utilizado o fio de sutura mais indicado pela literatura científica para lacerações perineais (Kettle, Tohill, 2011; Frohlich, Kettle, 2015). Apenas no GC foram observadas mulheres muito insatisfeitas e insatisfeitas com o reparo perineal. Mulheres referindo estar indiferentes, satisfeitas e muito satisfeitas foram observadas entre os dois tipos de reparo perineal. O GC obteve maior número de mulheres satisfeitas com o reparo perineal, no entanto ao observar as mulheres muito satisfeitas com o reparo, o GE obteve maior satisfação entre as mulheres. Em contrapartida, Teixeira (2018) não verificou significância entre os tipos de reparo perineal ($p=0,15$), porém verificou que a totalidade das mulheres no GE referiu estar muito satisfeita com o reparo perineal entre 10 e 20 dias. No GC uma (11,1%) referiu estar muito insatisfeita, uma (11,1%) insatisfeita, cinco (55,6%) satisfeitas e duas (22,2%) muito satisfeitas.

No estudo de Feigenberg et al. (2014), foi verificada a satisfação da mulher com o reparo perineal em relação aos tipos de reparo e não foi verificada diferença estatística devido ambos os grupos apresentarem uma alta satisfação na EVA, de 1 a 10, sendo a média de 8,55 no GC e 9,42 no GE. Vale considerar que houve diferença de metodologia em relação ao tipo de escalas utilizadas para avaliação da satisfação. Teixeira (2018) utilizou a mesma escala de Feigenberg et al. (2014) e o presente estudo utilizou a escala tipo Likert, conforme referido na metodologia do presente estudo.

Singh et al. (2018) avaliaram a eficácia da cola n-2-butil- cianocrilato no fechamento da laceração oral, maxilo-facial e de incisões cirúrgicas em 10 indivíduos. Ao final de duas semanas após o uso da cola para o reparo, foi verificado que todos os indivíduos participantes estavam muito satisfeitos com o excelente resultado estético que a cola cirúrgica havia proporcionado. Em metanálise, comparando o uso de cola cirúrgica com o fio de sutura, sete

de 15 estudos avaliaram a aparência estética do reparo realizado com cola e fio de sutura. Dentre esses, seis verificaram que a cola cirúrgica obteve melhores resultados estéticos do que o fio de sutura e um encontrou resultados estéticos similares em ambos os grupos (Martins et al., 2018).

Assim como nos estudos de Singh et al. (2018) e Martins et al. (2018), o estudo atual, também, relacionou a maior satisfação da mulher com o reparo perineal, ou seja, as mulheres estavam mais satisfeitas com a estética da região do períneo. Para que pudessem fazer melhor essa avaliação como descrito na metodologia foi utilizado um espelho para que a mulher visualizasse a região do reparo perineal e assim pudesse referir seu nível de satisfação.

O nível de satisfação do indivíduo em qualquer tratamento, também, está relacionado com a estética. Quanto mais belo for o local avaliado pelo indivíduo, mais satisfeito ele estará (Sante, Pasian; 2011; Ferreira, 2011; Correia, Pinho, Manso; 2016). Dessa forma, neste estudo, o maior grau de satisfação da mulher com o reparo perineal do GE pode estar relacionado com a baixa intensidade de dor e a boa cicatrização do reparo perineal. No entanto, neste estudo não foi verificado tal associação por análise estatística.

Ao verificar o motivo pelo qual as mulheres referiram muita insatisfação com o reparo perineal realizado com fio de sutura nas lacerações de segundo grau (Tabelas 7, 8 e 9), duas relataram incômodo na região do reparo por sentirem a camada mais grossa, contudo não associaram à dor perineal. Uma referiu estar muito insatisfeita por sentir dor forte na região perineal e por ter apresentado abertura da camada superficial, porém na avaliação da região perineal, não houve necessidade de novo reparo perineal. Quanto à insatisfação observada em duas mulheres, uma referiu intensidade de dor forte comparando-a a fortes “fisgadas” na musculatura obtendo escore zero na escala REEDA e a outra referiu insatisfação por não achar o reparo bonito em seu períneo, contudo referiu intensidade de dor zero e apresentou escore 2 na escala REEDA, sendo essa nota referente ao item coaptação.

Bleuel (1990) refere que um cliente insatisfeito pode continuar insatisfeito mesmo que todos os fatores que causaram sua insatisfação possam ser retirados, uma vez que os motivos da insatisfação podem estar além da capacidade do profissional em desfazer aquilo que o incomoda. No caso do reparo perineal, é possível que o motivo da insatisfação possa estar relacionado à ocorrência do trauma perineal e não com o material usado para o reparo e com o seu processo de cicatrização, pois sabe-se que o trauma perineal pode acarretar consequências físicas, psicológicas e até sexuais na mulher (Progianti, Araújo, Mouta; 2008; Francisco et al., 2014; Santos et al., 2018).

Feigenberg et al. (2014) referiram que 86% das mulheres que tiveram sutura perineal em outro parto preferiram a cola ao fio de sutura. Essa avaliação não foi possível, pois tratava-se de mulheres que não apresentaram parto normal anterior. No entanto, algumas mulheres que tiveram cesárea anterior e foram submetidas ao reparo perineal com cola referiram que voltariam a ter outro parto normal caso o reparo fosse realizado com cola cirúrgica.

6.5 Limitações e fortalezas

As dificuldades encontradas no estudo atual estiveram relacionadas ao retorno da mulher ao PSMMZED entre 10 e 20 dias após o parto. Como dito anteriormente, o local de estudo acolhe várias parturientes de diversas regiões distantes e isso dificulta seu retorno à consulta devido à distância que a mulher deve percorrer para retornar ao serviço. Outra dificuldade encontrada em localizar a mulher, seria pelo problema financeiro, pois muitas delas mudavam muito de endereço, por viverem em casa de aluguel e às vezes precisavam alugar um lugar mais barato. Vale destacar que as consultas eram agendadas no dia da alta hospitalar da puérpera e uma semana antes do dia agendado eram realizadas ligações para confirmação. Mesmo com esses cuidados, muitas puérperas não compareceram para as consultas agendadas e para minimizar as perdas foi oferecida a opção de visita domiciliar. No entanto, isso poderia ocupar a manhã ou a tarde inteira da pesquisadora devido à distância da residência ou ao seu difícil acesso.

Como fortaleza foi verificado que muitas mulheres podem ter retornado à consulta pelo vínculo estabelecido com as pesquisadoras durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, já que as mesmas pesquisadoras do EC, também, realizaram as consultas entre 10 e 20 dias. No entanto, isso, também, pode ser visto como um possível viés ao considerar que esse vínculo poderia confundir a mulher no momento de responder sobre sua satisfação da mulher com o reparo perineal. Para diminuir esse risco, a pesquisadora antes de perguntar, explicava para a mulher que sua satisfação perineal era relacionada ao que ela via no espelho.

6.6 Implicações para pesquisa e prática

Na literatura são escassos os estudos sobre o processo de cicatrização entre 10 e 20 dias após o uso de cola cirúrgica em reparo perineal. Sendo assim, o estudo atual apresenta-se

como base para que novas pesquisas sejam realizadas a fim de apresentar os benefícios e malefícios sobre o uso da cola cirúrgica no reparo perineal.

Em relação às implicações para a prática, verificou-se que a cola cirúrgica Glubran 2[®] apresentou-se como alternativa por diminuir a dor perineal e aumentar a satisfação da mulher com o reparo perineal entre 10 e 20 dias pós-parto, facilitando, assim, as atividades diárias da puérpera. No entanto, novos estudos devem ser conduzidos para apoiar ou não esses achados.

7 CONCLUSÃO

Foram avaliadas 110 mulheres quanto à intensidade da dor, cicatrização perineal e satisfação da mulher com o reparo do períneo entre 10 e 20 dias após o parto. Elas tiveram lacerações perineais de primeiro e segundo grau ou episiotomia, foram submetidas ao reparo perineal com fio de sutura ou cola cirúrgica, e os resultados permitiram concluir que:

- As mulheres submetidas ao reparo perineal com cola cirúrgica referiram menor intensidade de dor perineal do que as mulheres submetidas com fio de sutura.
- Quanto ao processo de cicatrização avaliado pela escala REEDA não se apresentou diferença estatística significativa em relação ao tipo de reparo; porém, demonstrou-se significância ao ser comparado o processo de cicatrização com o grau de laceração perineal, ou seja, as mulheres com laceração perineal de primeiro grau, independente do tipo de reparo, apresentaram melhores resultados de cicatrização em relação às mulheres que tiveram laceração de segundo grau ou com episiotomia e verificou-se que as mulheres com lacerações de segundo grau e que foram submetidas ao reparo perineal com fio de sutura, quando comparadas às que tiveram o reparo perineal com cola cirúrgica apresentaram melhores resultados em relação a coaptação das bordas do trauma. Em relação à análise categórica sobre hiperemia, edema, secreção, equimose perineal não houve significância em relação ao tipo de reparo perineal, grau de laceração, tipo de reparo *vs* grau de laceração perineal.
- Mulheres que foram submetidas ao reparo perineal com cola cirúrgica apresentaram maior satisfação. Mulheres que foram submetidas ao reparo perineal com fio de sutura e que tiveram laceração de segundo grau apresentaram maior insatisfação quando comparadas com o uso da cola cirúrgica.
- Algumas mulheres relataram ardência durante o reparo com cola cirúrgica e houveram casos de novo reparo perineal por que as bordas da ferida não estavam bem coaptadas, principalmente entre as mulheres que tiveram lacerações de segundo grau ou episiotomia.

Considerando esses resultados, o estudo mostrou que a análise dos dados coletados na etapa 4, sobre o uso da cola cirúrgica Glubran 2[®] comparando com o fio Vicryl[®] de rápida absorção, apresentou desfechos positivos em relação à diminuição da intensidade da dor e

maior satisfação das mulheres com o reparo perineal, contudo ele não apresentou significância estatística entre o tipo de reparo e o processo da cicatrização com 10 e 20 dias pós parto. Entre as mulheres, no entanto, que tiveram laceração de segundo grau ou episiotomia e que foram submetidas ao reparo com fio de sutura em comparação com a cola cirúrgica, apresentaram melhores resultados de cicatrização perineal. O estudo mostrou a viabilidade do uso da cola cirúrgica como uma nova opção para o reparo perineal, visando à melhoria na assistência às mulheres no parto normal e na redução de morbidades relacionadas ao trauma perineal no pós-parto.

8. FINANCIAMENTO

Estudo financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 REFERÊNCIAS

- Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Data base Syst Rev*. 2011; 7(12).
- ACOG. The American College of Obstetrician and Gynecologist. Practice bulletin no.198. Prevention and Management of Obstetric Laceration at Vaginal Delivery. *Obstetric & Gynecol*, 2018;132(3):e87-102.
- Adoni A, Anteby E. The use of Histoacryl for episiotomy repair. *BJOG*. 1991; 98: 476-8.
- Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal*. 2014; 29(1):3-7.
- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to Genital trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*. 2006; 33(2):94-100.
- Alexandre CW. Prevalência, características e impacto da dor no cotidiano da puérpera. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
- Almeida SFS, Riesco MLG. Ensaio Clínico Controlado Aleatório sobre duas técnicas de sutura do trauma perineal no parto normal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16:272-9.
- Alvarenga MB, Francisco AA, Oliveira SMJV, Silva FMB, Shimoda GT, Damiani LP. Avaliação da cicatrização da episiotomia: confiabilidade da escala REEDA (*Redness, Oedema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*). *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(1): 162-8.
- Atalah ES, Castillo LC, Castro SR, Aldea PA. Propuesta de un nuevo estandar de evaluacion nutricional en embarazadas. *Rev Med Chi*. 1997; 125(12):1429-36.
- Balbino CA, Pereira LM, Curi R. Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. 2005; 41(1):27-51.
- Barros M, Gorgal R, Machado AP, Correi A, Montenegro N. Princípios básicos em cirurgia: fios de sutura. *Acta Med Port*. 2011; 24(S4): 1051-6.
- Beleza ACS et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n .2, p. 264-268, 2012.
- Berger A, Worly YB. Clitoral avulsion successfully repaired with 2octylcyanoacrylate. *J Sex Med*.2013;10(7):1889-92.
- B, Customer Dissatisfaction and the Zone of Uncertainty. *Journal of Services Marketing*, v. 4 (1) 1, p.49-52.

Bowen ML, Selinger M. Episiotomy closure comparing enbucrilate tissue adhesive with conventional sutures. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002; 78:201-5.

Boyle M. *Wound healing in midwifery.* Oxford: Radcliffe Publishing; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher.* Brasília (DF); 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal* [Internet]. CONITEC (BR) 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal.* [Internet]. CONITEC (BR) 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf

Broughton G, Janis JE, Attinger CE. The basic science of wound healing. *Plast Reconstr Surg.* 2006; 117(7 Suppl):12S-34S.

Campos ACL, Borges-Branco A, Groth AK. Cicatrização de feridas. ABCD, arq. bras. cir. dig. [Internet]. 2007 [citado 2018 Set 14]; 20(1):51-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-67202007000100010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-67202007000100010>.

Carrel A. The treatment of wounds. *JAMA.* 1910; 55:2148.

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* In: *The Cochrane Library*, Issue 2, Oxford: 2012.

Chamariya S, Prasad M, Chauhan A. Comparison of dermabond adhesive glue with skin suture for repair of episiotomy. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2016; 5(10):3461-5.

Chang SR et al. Comparison of effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies.* 2011; 48(4):409-18.

Clark RAF. Wound repair. In: Kumar, Robbins, Cotran: *Pathologic Basis of Disease*, 7th ed., Ed. Saunders, p.112, 2005

Colacioppo PM, Riesco MLG, Colacioppo RC, Osava RH. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paul Enferm.* 2011; 24:61-6.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres*

Correia LP, Pinho MM, Manso MC. Motivação, percepção do impacto e grau de satisfação com o tratamento ortodôntico. *Rev.Port.Est.med.D.* 2016; 57(4):189-266.

Côrtes Clodoaldo Tentes, Santos Rafael Cleison Silva dos, Caroci Adriana de Souza, Oliveira Sheyla Guimarães, Oliveira Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de, Riesco Maria Luiza Gonzalez. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Out [citado 2018 Maio 08] ; 49(5): 716-725. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500716&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000500002>

Costacurta L. Anatomia médico-cirúrgica da pelve feminina. São Paulo: Atheneu; 1975b. Períneo; p.123-33.

Davidson N. REEDA: evaluating postpartum healing. J Nurse Midwifery. 1974; 19(2):6-8.

Dawson B, Trapp RG. Bioestatística básica e clínica. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill Interamericana do Brasil, 2003. Título original Basic & clinical biostatistics. 348 p.

Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. Birth. 2008; 35(1):16-24.

Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A. Major Survey Findings of Listening to Mothers (SM) III: New Mothers Speak Out. Report of National Surveys of Women's Childbearing Experiences. J Perinat Educ. 2014; 23(1):17-24.

Dehne T, Zehbe R, Krüger JP, Petrova A, Valbuena R, Sittinger M, Schubert H, Ringe J. A method to screen and evaluate tissue adhesives for joint repair applications. Musculoskeletal Disorders [Internet]. 2012 [citado 2018 Mai. 8]; 13: 175. Disponível em: <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2474-13-175>

Der G, Everitt BS. A handbook of statistical analyses using SAS, 3rd. USA: Chapman & Hall, 2009.

Devendra BN, Seema KB, Kammappa KA. Episiotomy wound haematoma: Recognition, management and healing assessment by REEDA scale in postpartum period. J Dental and Medical Sciences. 2015; 14(9):08-11.

Doria Filho U. Introdução à Bioestatística para simples mortais. 6ªed. São Paulo: Elsevier; 1999.

Duarte AP, Coelho JF, Bordado JC, Cidadec MT, Gil MH. Surgical adhesives systematic review of the main types and development forecast. ELSEVIER. Progress in Polymer Science. 2012; 37: 1031-50.

East CE. Perineal pain following the childbirth prevalence, effects on post natal recovery and analgesia usage. Midwifery, v.28, n.1, p 93-7, fev. 2012

Feigenberg T, Maor-Sagie E, Zivi E, Abu-Dia M, Bem-Meir A, Sela HY, Ezra Y. Using adhesive glue to repair first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial. Bio Med Research International. 2014; (2014):1-5.

Ferrán Aranaz M. SPSS para Windows: análisis estadístico. Madrid: Mc Graw-Hill, 2001.

Ferreira FR, Cirurgias Estéticas discurso médico e saúde.Revista. Ciência e Saúde Coletiva, 16(5):2373-2382, 2011

Flanagan M. A practical framework for wound assessment. Physiology: part one. British Journal of Nursing. 1996; 5(22):1391-7.

Fouelifack FY, Eko FE, COA COVE, Fouedjio JH, Mbu RE. Manejo das feridas perineais no pós-parto: um antibiótico deve ser prescrito sistematicamente? The Pan African Medical Journal. 2017; 28: 144.

Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(esp):39-44.

Francisco AA, Oliveira SMJ; Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. Rev. Acta Paul Enferm. 2011; 24(1): 94-100.

Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. Birth. 2005; 32(3):219-23.

Greenberg JA, Clark RM. Advances in Suture material for obstetric and gynecologic surgery. Reviews in Obstetrics & Gynecology. 2009; 2(3): 146-58.

Hill PD. Psychometric properties of the REEDA. J Nurse Midwifery. 1990; 35(3):162-55.

Internacional Association for the Study of Pain (IASP). Classification of Chronic Pain. p.3-54, 2011.

Jaiswal D, Wilkinson TRV, Akhtar M. Cynoacrylate surgical glue as an alternative to suturing for mesh fixation in lichtenstein hernia repair. Int Surg J. 2018 May;5(5):1882-1884

Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2000[citado2018Mai.10];(2). Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000006.pub2/full>

Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012[citado2018Mai.10];(11).

Kettle C, Johanson RB. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. The Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2000 [citado 2018 Mai.10]; (2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164456/pdf/emss-58480.pdf>

Kettle C, Tohill S. Perineal care. Clinical Evidence [Internet]. 2011 [citado 2018 Mai.10]; 1(4):1401. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907946/>

Kettle C. Anatomy of the pelvic floor. In: Henderson, C, Bick D (ed). Perineal care: an international issue. Trowbridge: Quay. 2005; 18-31.

Kindberg S, Stehouwer M, Hvidman L, Henriksen T. Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomised trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured *BJOG*. 2008; 115(4):472-479.

Kull S et al. Glubran2 Surgical Glue: In Vitro Evaluation of Adhesive and Mechanical Properties. *Journal of Surgical Research*. 2008; (157): 15-21.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Pereira MN, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(supl. 1):s17-s32.

Leeman L, Spearman M, Rogers R. Repair of obstetric perineal lacerations. *American Family Physician*. 2003; 68:1585-90.

Leite JS. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.

Leite S J. Características das lacerações Perineais Espontâneas no Parto Normal. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Lin H, Zhuang Z, Ma T, Sun X, Huang X, Li Y. A meta-analysis of randomized control trials assessing mesh fixation with glue versus suture in Lichtenstein inguinal hernia repair. *Augustin. G, ed. Medicine*. 2018;97(14):e0227.

Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 191(4):1199-204.

Mahishale A, Chougala A, Patted S. Effect of therapeutic ultrasound and maternal cooling gel pad for perineal pain following vaginal delivery with episiotomy. *J Women's Health Care*. [internet] 2013 [citado 2018 Mai.12]; 2(3):128. Disponível em: <https://www.omicsonline.org/open-access/effect-of-therapeutic-ultrasound-and-maternal-cooling-gel-pad-for-perineal-pain-following-vaginal-delivery-with-episiotomy-2167-0420-1000128.pdf>

Martin A, Nataraja R, Kimber C, Pacilli M. The Use of Tissue Glue for Circumcision in Children: Systematic Review and Meta-Analysis, *Urology*. 2018; 15:21-8.

Martins F. A satisfação acadêmica: Construção de uma escala. In: *Anais do 4º Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*; 1998, Braga-Portugal: Universidade do Minho; 1998. p.188-193.

Mauri G, Pescatori LC, Mattiuz C, Poretti D, Pedicini V, Fabio Melchiorre PVF, Rossi U, Solbiati L, Sconfienza LM. Non-healing post-surgical fistulae: treatment with image-guided percutaneous injection of cyanoacrylic glue. *Radiol med*. 2017; 122(2):88-94.

McCaffery M, Beebe A. *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. St. Louis, MO: C.V. Mosby, 1989. 353p.

McCaffery M. Understanding your patient's pain. *Nurs*. 1980;(10)9: 26-31.

Metcalfe A, Tohill S. Perineal tear assessment and the development of the Peri-rule. In: Henderson C, Bick D. Perineal Care: An international Issue. Quay Books M A Healthcare limited, 2005; 87-97.

Mikolajczyk RT, Zhang J, Troendle J, Chan L. Risk factors for birth canal laceration in primiparous womwn. Am J Perinatol. 2008; 25 (5) 259-64.

Mohan H, Ryan J, Whelan B, Wakai A. The end of the Line? The Visual Analogue Scale and verbal numerical rating scale as pain assessment tools in the emergency department. Emerg Med J. 2010; (27)5: 372-5.

Musa N, Aquilino F, Panzera P, Martinez G. Successful conservative treatment of enterocutaneous fistula with cyanoacrylate surgical sealant: case report. G Chir. 2017; 38(5):256-9.

Naidu M, Sultan AH, Thakar R. Reducing obstetric anal sphincter injuries using perineal support: our preliminary experience. International Urogynecology Journal [Internet]. 2016 [citado 2018 Mai 12] ;28(3):381–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3176-4>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE); Intrapartum care for healthy women and babies: clinical guideline.[internet] 2014 [citado 2018 Mai. 12]; Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

Organização Mundial da Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID; 1996. [OMS/SRF/MSM/96.24].

Orgill D, Demling RH. Current concepts and approaches to wound healing. Crit. Care Med. 1988;16(9): 899-908

Paiva CSB, Oliveira SMJV, Francisco AA, Luana R, Mendes EPB, Steen M. Length of perineal pain relief after ice pack application: a quasi-experimental study. Women and Birth. 2016; 29(2): 117-122.

Peat J, Barton B. Medical statistics: A guide to data analysis and critical appraisal. Massachusetts, USA: Blackwell Publishing, 2005.

Perumal D, Selvaraju D. Comparative study of episiotomy repair: absorbable synthetic versus chromic catgut suture material. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology Perumal D et al. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2017; 6(6):2186-90.

Pimenta CAM, Cruz DALM, Santos JLF. Instrumentos para avaliação da dor: o que há de novo em nosso meio. Arq Bras Neurocir. 1998; 7(1):15-24.

Progianti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre sexualidade. Esc. Anna Nery Rev Enf. 2008; 12(1):45-9.

Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev. enferm. UERJ*. 2011; 19(1):77-83.

Rocha DD, Zamberlan BC. Prevenção de lacerações perineais e episiotomia: evidências para a prática clínica. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, [S.l.].2018; 12(20):489-98

Rogerson L, Mason GC, Roberts AC. Preliminary experience with twenty perineal repairs using Indermil tissue adhesive. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000; 88:139-42.

Sageie EM, Feigenberg T, Zivi E, Hen Sela H, Meir AB, Ezra Y. Use of adhesive glues for the treatment of first degree perineal tears: a prospective randomized controlled trial. *ACOG*. 2011; S84:sup Jan.

Sante AB, Pasian, SR. Imagem corporal e características de personalidade de mulheres solicitantes de cirurgia plástica estética. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2011; 24(3):429-437.

Santos R, Riesco MLG. Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto. [tese doutorado]. São Paulo, Escola da Universidade de São Paulo; 2016.

Santos LM, Santos LMS, Brandão MM, Cerqueira EAC, Ramos MSX, Carvalho ESS. Associação entre perineorrafia e problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas afetadas. *Rev Cuid*. 2018; 9(2): 2233-44 <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.530>.

Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(3):389-95.

Siegel S, Castellan NJ. *Estatística Não-Paramétrica para as Ciências do Comportamento*. 2º ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

Silva NLS, Oliveira SMJV, Silva FMB, Santos, JO. Dispareunia, dor e cicatrização perineal. *Rev. enferm. UERJ*. 2013; 21(2): 216-20.

Singh PK, Degala S, Shetty S. et al. To Evaluate the Efficacy and Effectiveness of N-butyl-2- cyanoacrylate glue (TRU SEAL) in Closure of Oral and Maxillofacial Laceration and Surgical Incisions *J. Maxillofac. Oral Surg*. 2018. Acesso em: 29 Mar 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12663-018-1111-6>

Smith LA, Price N, Simonite V, Burns E. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13(59):1-9.

Soares A, Couceiro TC M, Lima LC, Flores LL, Alcoforado EMB, Couceiro FRO. Associação da catastrofização da dor com a incidência e a intensidade da dor perineal aguda e persistente após parto normal: estudo longitudinal tipo coorte. *Rev. Bras. Anestesiol*. [Internet].2013 [citado 2018 Mai.6];63(4):317-321. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942013000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2012.12.001>

- Spauwen PHM, Laat WAA, Hartman EHM. Octyl-2-cyanoacrylate tissue glue (dermabond) versus Monocry 6x0 sutures in lip closure. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 2006; 43(5):625-7.
- Steen M. Perineal tears and episiotomy: how do wounds heal? *Br J Midwifery*. 2007; 15(5):273-80.
- Steen M. Understanding perineal pain: women's descriptions. *Br J Midwifer*. 2008;16(6):383-93.
- Strauss EJ, Weil WN, Jordan C, Paksima N. A prospective, randomized, controlled trial of 2-octylcyanoacrylate versus suture repair for nail bed injuries. *J hand Surg Am* 2008; 33(2):250-3.
- Strong J, Sturgess J, Unruh AM, Vicenzino B. Pain assessment and measurement. In: *Pain: A textbook for Therapist*. Edinburg: Churchill Livingstone, 2002; 123-147.
- Sultan AH. Editorial: Obstetrical perineal injury and anal incontinence. *Clin Risk*. 1999; (5):193-6.
- Teixeira TT. Cola adesiva cirúrgica no reparo de lacerações perineais de primeiro grau no parto normal: estudo piloto aleatorizado controlado [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018.
- Twaddle ML, Cooke KJ. Avaliação da dor e síndromes dolorosas comuns. In: Von Roenn, JH, Paice JA, Preodor ME. *Current dor diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: McGraw-Hill. 2011; 10-20.
- WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
- Yeniél AO, Petri E. Pregnancy, Childbirth and sexual function: perceptions and facts. *Internacional Urogynecology Journal*. 2014; 25(1):5-14.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Número de entrada na pesquisa: _____

Etapa 1: imediatamente após reparo perineal () Cola cirúrgica () Sutura contínua

Data da coleta: _____ **hora:** _____

Registro na serviço: _____

ENTREVISTA

Nome completo: _____

Endereço completo: _____

Ponto de referência: _____

Telefones: _____

Idade materna: _____

Idade gestacional: _____

Escolaridade:

- () nenhuma
- () ensino fundamental incompleto
- () ensino fundamental completo
- () ensino médio incompleto
- () ensino médio completo
- () ensino superior incompleto
- () ensino superior completo
- () pós-graduação incompleta
- () pós-graduação completa

Ocupação: _____

Cor da pele:

- () preta
- () amarela, de origem oriental
- () parda/mulata
- () branca
- () indígena
- () outra. Qual? _____

Situação conjugal:

- () tem parceiro
- () não tem parceiro

Caso tenha parceiro:

- () vive com parceiro
- () não vive com parceiro

Doença prévia ou atual:

- () câncer
- () diabetes
- () outra. Especificar: _____

Sintoma do trato genito-urinário prévio ou atual: ITU IU IA dispareunia outro. Especificar:**DADOS DO FINAL DA GRAVIDEZ OU NA INTERNACÃO**

Peso: _____

Altura: _____

Índice de massa corpórea: _____

 baixo peso peso adequado sobrepeso obesidade**DADOS DO PARTO****Data do Parto:** _____ **Hora do Parto:** _____**Condição do períneo no parto:** laceração espontânea de primeiro grau laceração espontânea de segundo grau episiotomia

Local da laçeração:

 fúrcula vestíbulo D vestíbulo E mucosa vaginal pequeno lábio D pequeno lábio E outra região, especificar: _____**Tempo de reparo perineal:**

Peso do RN: _____

Utilização de anestésico no reparo perineal: sim não não registrado**Etapa 4: entre 10 e 20 dias após o parto**

Data da coleta: _____ hora: _____

ENTREVISTA**Sintoma do trato genito-urinário prévio ou atual:** ITU IU IA dispareunia outro. Especificar: _____

Dor perineal referida:

0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10										
Sem dor					Pior dor imaginável					

Satisfação referida pelo reparo perineal: (Oferecer um espelho para a mulher observar o períneo)

Qual seu nível de satisfação da mulher com o reparo perineal?				
Muito insatisfeita	Insatisfeita	Indiferente	Satisfeita	Muito Satisfeita

Complicações relacionadas às técnicas:

- () hematoma
- () coceira
- () infecção
- () reação alérgica
- () deiscência
- () necessidade de reparo
- () necessidade de remoção do material de reparo
- () outras. Quais? _____

Utilização de analgésico no pós-parto:

- () sim
- () não
- () não registrado

Processo de cicatrização:

Hiperemia	
Edema	
Equimose	
Secreção	
Coaptação	
Total	

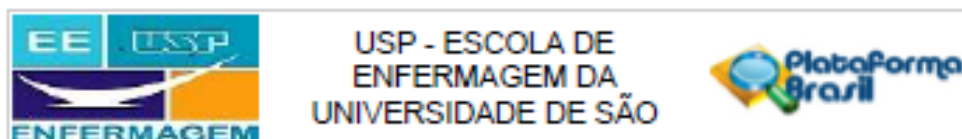
Necessidade de novo reparo?

() Sim

() Não

Com que realizou o reparo?

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA DOR E CICATRIZAÇÃO PERINEAL, NO PÓS-PARTO NORMAL, APÓS O REPARO DO TRAUMA COM COLA CIRÚRGICA E FIO DE SUTURA

Pesquisador: Percela Moscoso Tence Marks

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79482917.4.0000.5392

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.384.491

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que utilizará o banco de dados da pesquisa intitulada "ENSAIO CLÍNICO SOBRE O USO DE COLA CIRÚRGICA NO REPARO DE EPISIOTOMIAS E LACERAÇÕES PERINEAIS que faz parte do projeto atual". O estudo atual é uma continuidade de um Ensaio Clínico Controlado e Randomizado sobre o uso da cola cirúrgica GLUBRAN-2® e da sutura contínua com fio Vicryl® de rápida absorção no reparo perineal no parto normal, no qual todas as pacientes participantes (140) já assinaram o TCLE ao serem recrutadas no Ensaio Clínico Randomizado.

Objetivo da Pesquisa:

Comparar a dor, o processo de cicatrização perineal e a satisfação em puérperas entre 10 a 20 dias após o parto normal submetidas ao reparo com cola GLUBRAN-2® ou com o fio de sutura Vicryl® de rápida absorção após lacerações de primeiro e segundo grau e episiotomia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta etapa do projeto não há riscos visto que será coleta do banco de dados.

Benefício - Comprovar melhor resultado cicatricial perineal no pós-parto, diminuição da ocorrência e intensidade da dor e maior satisfação da mulher em comparação com a técnica de sutura com fio, menor índice de infecção perineal no pós-parto. Os resultados de uma revisão

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3061-8058 E-mail: cep@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.354.491

sistemática da Colaboração Cochrane com oito ensaios clínicos randomizados, com 3642 mulheres, mostraram que os materiais sintéticos absorvíveis (Vicryl®) em comparação com o catgut foram associados à redução da dor perineal, uso de analgésicos, deiscência na ferida e necessidade de nova sutura (Kettle, Johanson, 2000).

As aplicações in vivo de Glubran® 2 evidenciaram boas propriedades hemostáticas e adesivas. Todos os testes realizados mostraram a força elástica intrínseca de Glubran®2 polimerizado e sua capacidade de promover uma maior resistência da ligação entre os tecidos biológicos, em comparação com a cola de fibrina, dando forte indicação de sua utilidade na prática cirúrgica e endoscópica, especialmente em um ambiente úmido.

A cola cirúrgica foi avaliada em relação à citotoxicidade, compatibilidade e atividade antimicrobiana. (Duarte et al, 2012).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta pedido de dispensa de TCLE por tratar-se de um estudo que utilizará o banco de dados da pesquisa intitulada "ENSAIO CLÍNICO SOBRE O USO DE COLA CIRÚRGICA NO REPARO DE EPISIOTOMIAS E LACERAÇÕES PERINEAIS" que faz parte do projeto atual". O estudo atual é uma continuidade de um Ensaio Clínico Controlado e Randomizado sobre o uso da cola cirúrgica GLUBRAN-2® e da sutura contínua com fio Vicryl® de rápida absorção no reparo perineal no parto normal, no qual todas as pacientes participantes (140) já assinaram o TCLE ao serem recrutadas no Ensaio Clínico Randomizado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;

- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3081-8888 E-mail: cep@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.354.491

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1020478.pdf	31/10/2017 14:14:24		Aceito
Cronograma	cronograma.docx	31/10/2017 13:48:15	Perceia Moscoso Tence Marks	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoVersaoFinal.doc	31/10/2017 13:43:08	Perceia Moscoso Tence Marks	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	31/10/2017 13:39:19	Perceia Moscoso Tence Marks	Aceito
Outros	carta_de_autorizacao_uso_do_banco_de_dados.pdf	30/10/2017 23:16:38	Perceia Moscoso Tence Marks	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO PAULO, 16 de Novembro de 2017

Assinado por:

Licabelle Mariano Roccafo
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3051-8058 E-mail: cnpes@usp.br

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Meu nome é Adriana de Souza Caroci, sou enfermeira obstétrica e venho convidá-la para participar da pesquisa “ENSAIO CLÍNICO SOBRE O USO DE COLA CIRÚRGICA NO REPARO DE EPISIOTOMIAS E LACERAÇÕES PERINEAIS”.

O objetivo desta pesquisa é melhorar o cuidado das mulheres durante o parto. Por isso, vamos avaliar se as colas cirúrgicas são mais eficazes para reparar o períneo das mulheres que têm episiotomia ou laceração no parto normal, em comparação com o reparo feito com fio e agulha, porque ainda não existem trabalhos suficientes para provar qual é o melhor método de reparo perineal.

A pesquisa será feita com três grupos. Se você tiver episiotomia ou laceração perineal no parto, sua participação em um dos grupos será por sorteio. No grupo de reparo com cola, será utilizada a cola cirúrgica Glubran 2[®], e no grupo de reparo com fio e agulha, os pontos serão realizados com anestesia local e Vicryl[®] de rápida absorção.

Nesta pesquisa, existe algum risco de previsto de falha do reparo com a Glubran 2[®] e, nesse caso, o reparo será realizado com anestesia, fio e agulha. O benefício esperado é que nos grupos de reparo com Glubran 2[®], não seja preciso usar anestesia e que o reparo seja eficaz.

Depois do reparo perineal, vamos fazer entrevistas, exames do períneo e fotografias da região perineal, durante a internação na maternidade após o parto e depois da alta, que podem ser na Unidade Básica de Saúde ou na sua casa, como for melhor para você. O tempo estimado para isto é de 20 minutos. Se durante a entrevista, exame ou fotografia você tiver algum desconforto e constrangimento será oferecido acolhimento, respeitando o seu desejo de aceitar ou não responder as perguntas, ser examinada e fotografada.

Os dados desta pesquisa serão guardados pela pesquisadora, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e os resultados e imagens da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar ou interromper a participação a qualquer momento, mesmo depois das entrevistas. A sua participação é voluntária e a recusa em particular não trará nenhum prejuízo no seu atendimento neste serviço ou perda de benefícios. Uma via deste Termo de Consentimento será arquivada pela pesquisadora e outra será fornecida a você. Sua participação no estudo não terá custos para você e não será oferecida nenhuma compensação financeira.

Esta pesquisa não tem fins lucrativos ou qualquer vínculo com os serviços de saúde que lhe prestam atendimento.

Consentimento pós-informado

- Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei chamar a pesquisadora ADRIANA DE SOUZA CAROCI pelos telefones: (11)4667-8118, (11)8757-1337 (tim) e (11)9757-3876 (vivo) ou e-mail: acaroci@usp.br e para questões éticas, poderei acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, sito à Av. Arlindo Betio, 1000, São Paulo, SP. Telefone: (11)3091-1046, Email:cep-each@usp.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Participante: _____ Data _____
//_.

Pesquisadora: _____ Data _____
//_.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (*responsável legal*)

Prezada Senhora,

Meu nome é Adriana de Souza Caroci, sou enfermeira obstétrica e venho convidar _____ para participar da pesquisa “ENSAIO CLÍNICO SOBRE O USO DE COLA CIRÚRGICA NO REPARO DE EPISIOTOMIAS E LACERAÇÕES PERINEAIS”.

O objetivo desta pesquisa é melhorar o cuidado das mulheres durante o parto. Por isso, vamos avaliar se as colas cirúrgicas são mais eficazes para reparar o períneo das mulheres que têm episiotomia ou laceração no parto normal, em comparação com o reparo feito com fio e agulha, porque ainda não existem trabalhos suficientes para provar qual é o melhor método de reparo perineal.

A pesquisa será feita com três grupos. Se _____ tiver episiotomia ou laceração perineal no parto, sua participação em um dos grupos será por sorteio. No grupo de reparo com cola, será utilizada a Glubran 2[®] e no grupo de reparo com fio e agulha, os pontos serão realizados com anestesia local e Vicryl[®] de rápida absorção.

Nesta pesquisa, existe algum risco de previsto de falha do reparo com a cola e, nesse caso, o reparo será realizado com anestesia, fio e agulha. O benefício esperado é que nos grupos de reparo com cola não seja preciso usar anestesia e que o reparo seja eficaz.

Depois do reparo perineal, vamos fazer entrevistas, exames do períneo e fotografias da região perineal, durante a internação na maternidade após o parto e depois da alta, que podem ser na Unidade Básica de Saúde ou na sua casa, como for melhor para ela. O tempo estimado para isto é de 20 minutos. Se durante a entrevista, exame ou fotografia ela tiver algum desconforto e constrangimento será oferecido acolhimento, respeitando o seu desejo de aceitar ou não responder as perguntas, ser examinada e fotografada.

Os dados desta pesquisa serão guardados pela pesquisadora, seus nomes e identidades serão mantidos em sigilo e os resultados e imagens da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo depois das entrevistas. A participação é voluntária e a recusa em particular não trará nenhum prejuízo no seu atendimento neste serviço ou perda de benefícios. Uma via deste Termo de Consentimento será arquivada pela pesquisadora e outra será fornecida a você. A participação no estudo não terá custos para você ou ela e não será oferecida nenhuma compensação financeira. Esta pesquisa não tem fins lucrativos ou qualquer vínculo com os serviços de saúde que lhe prestam atendimento.

Consentimento pós-informado

- Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei chamar a pesquisadora ADRIANA DE SOUZA CAROCI pelos telefones: (11)4667-8118, (11)8757-1337 (tim) e (11)9757-3876 (vivo) ou e-mail: acaroci@usp.br e para questões éticas, poderei acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, sito à Av. Arlindo Betio, 1000, São Paulo, SP. Telefone: (11)3091-1046, Email:cep-each@usp.br.

Declaro que autorizo a participação de _____ neste estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Responsavel: _____ Data

_/___/___.

Pesquisador: _____ Data

_/___/___.

APÊNDICE E

TERMO DE ASSENTIMENTO

Prezada Senhora,

Meu nome é Adriana de Souza Caroci, sou enfermeira obstétrica e venho convidá-la para participar da pesquisa “ENSAIO CLÍNICO SOBRE O USO DE COLA CIRÚRGICA NO REPARO DE EPISIOTOMIAS E LACERAÇÕES PERINEAIS”.

O objetivo desta pesquisa é melhorar o cuidado das mulheres durante o parto. Por isso, vamos avaliar se as colas cirúrgicas são mais eficazes para reparar o períneo das mulheres que têm episiotomia ou laceração no parto normal, em comparação com o reparo feito com fio e agulha, porque ainda não existem trabalhos suficientes para provar qual é o melhor método de reparo perineal.

A pesquisa será feita com três grupos. Se você tiver episiotomia ou laceração perineal no parto, sua participação em um dos grupos será por sorteio. No grupo de reparo com cola, será utilizada a cola cirúrgica Glubran 2[®] e no grupo de reparo com fio e agulha, os pontos serão realizados com anestesia local e Vicryl[®] de rápida absorção.

Nesta pesquisa, existe algum risco de previsto de falha do reparo com a cola e, nesse caso, o reparo será realizado com anestesia, fio e agulha. O benefício esperado é que nos grupos de reparo com cola não seja preciso usar anestesia e que o reparo seja eficaz.

Depois do reparo perineal, vamos fazer entrevistas, exames do períneo e fotografias da região perineal, durante a internação na maternidade após o parto e depois da alta, que podem ser na Unidade Básica de Saúde ou na sua casa, como for melhor para você. O tempo estimado para isto é de 20 minutos. Se durante a entrevista, exame ou fotografia você tiver algum desconforto e constrangimento será oferecido acolhimento, respeitando o seu desejo de aceitar ou não responder as perguntas, ser examinada e fotografada.

Os dados desta pesquisa serão guardados pela pesquisadora, seu nome e sua identidade serão mantidos em sigilo e os resultados e imagens da pesquisa serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar ou interromper a participação a qualquer momento, mesmo depois das entrevistas. A sua participação é voluntária e a recusa em particular não trará nenhum prejuízo

no seu atendimento neste serviço ou perda de benefícios. Uma via deste Termo de Assentimento será arquivada pela pesquisadora e outra será fornecida a você. Sua participação no estudo não terá custos para você e não será oferecida nenhuma compensação financeira. Esta pesquisa não tem fins lucrativos ou qualquer vínculo com os serviços de saúde que lhe prestam atendimento.

Consentimento pós-informado

- Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Em caso de dúvidas, poderei chamar a pesquisadora ADRIANA DE SOUZA CAROCI pelos telefones: (11)4667-8118, (11)8757-1337 (tim) e (11)9757-3876 (vivo) ou e-mail: acaroci@usp.br e para questões éticas, poderei acessar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, sito à Av. Arlindo Betio, 1000, São Paulo, SP. Telefone: (11)3091-1046, Email:cep-each@usp.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada oportunidade de lê-lo e de esclarecer as minhas dúvidas.

Participante: _____ Data _____
 __/__/__.

Pesquisadora: _____ Data _____
 __/__/__.


ANEXO F

APÊNDICE 8

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE REGISTRO NO BANCO DE DADOS DO ESTUDO "ENSAIO CLÍNICO SOBRE O USO DE COLA CIRÚRGICA NO REPARO DE EPISIOTOMIAS E LACERAÇÕES PERINEAIS".

Eu, Adriana de Souza Caroci, pesquisadora responsável pelo estudo "ENSAIO CLÍNICO SOBRE O USO DE COLA CIRÚRGICA NO REPARO DE EPISIOTOMIAS E LACERAÇÕES PERINEAIS" aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (CAAE 44832615.1.0000.5390), autorizo a utilização dos registros contidos no banco de dados do meu estudo pela pesquisadora, Percele Moscoso Tenec Marks para o seu projeto de pesquisa "AVALIAÇÃO DA DOR E CICATRIZAÇÃO PERINEAL, NO PÓS-PARTO NORMAL, APÓS O REPARO DO TRAUMA COM COLA CIRÚRGICA E FIO DE SUTURA"

São Paulo, 25 de outubro de 2017


Prof. Dra. Adriana de Souza Caroci
Pesquisadora Responsável