

ENSAIO CLÍNICO CONTROLADO ALEATÓRIO SOBRE DUAS TÉCNICAS DE SUTURA DO TRAUMA PERINEAL NO PARTO NORMAL

Sandra Ferreira Silva de Almeida¹

Maria Luiza Gonzalez Riesco²

O objetivo foi comparar a cicatrização e a dor perineal com a utilização das técnicas de sutura contínua e separada em mulheres com parto normal. Realizou-se estudo controlado aleatório, em centro de parto normal, em Itapeceira da Serra, São Paulo. Participaram 61 mulheres com episiotomia ou rotura perineal de segundo grau, alocadas em dois grupos, segundo a técnica de sutura contínua (n=31) ou separada (n=30). Os principais desfechos avaliados foram edema, equimose, hiperemia, secreção, deiscência, fibrose, frequência e magnitude da dor (avaliada pela escala numérica de 1 a 10). Os dados foram coletados na internação e após a alta (quatro e 41 dias pós-parto). A cicatrização foi por primeira intenção em 100% dos casos, nas duas técnicas de sutura. Não houve diferença estatisticamente significativa para a ocorrência de morbidades, exceto na dor perineal à palpação, com quatro dias de pós-parto, que foi mais freqüente entre as mulheres com sutura separada.

DESCRITORES: parto; períneo; dor; técnicas de sutura; enfermagem obstétrica; ensaios clínicos

RANDOMIZED CONTROLLED CLINICAL TRIAL ON TWO PERINEAL TRAUMA SUTURE TECHNIQUES IN NORMAL DELIVERY

The aim was to compare healing and perineal pain with the use of continuous and interrupted suture techniques in women after normal delivery. A randomized controlled trial was carried out at a hospital birth center in Itapeceira da Serra, Sao Paulo, Brazil. A total of 61 women participated with episiotomy or second degree perineal tear, allocated in two groups according to the continuous (n=31) or interrupted (n=30) suture techniques. The main outcomes evaluated were edema, ecchymosis, hyperemia, secretion, dehiscence, fibrosis, frequency and degree of pain (evaluated by numerical scale from 1 to 10). Data were collected during hospitalization and after discharge (four and 41 days after birth). Healing occurred by first intention in 100% of cases in both suture techniques. There were no statistically significant differences for the occurrence of morbidities, except for perineal pain due to palpation at four days after delivery, which was more frequent among women with interrupted suture.

DESCRIPTORS: delivery; perineum; pain; suture techniques; obstetrical nursing; clinical trials

ENSAYO ALEATORIO CLÍNICO CONTROLADO PARA DOS TÉCNICAS DE SUTURA PERINEAL EN PARTO NORMAL

El objetivo fue comparar la cicatrización y el dolor perineal utilizando técnicas de sutura continua y separada, en mujeres que realizaron parto normal. El estudio fue controlado aleatorio, realizado en un centro para parto normal en Itapeceira de la Sierra, Sao Paulo. Participaron 61 mujeres con episiotomía o desgarramiento perineal de segundo grado, distribuidas en dos grupos (sutura continua n=31 y sutura separada n=30). Las principales medidas evaluadas fueron edema, equimosis, hiperemia, secreción, dehiscencia de herida, fibrosis, frecuencia y magnitud del dolor (evaluado por escala numérica de 1 a 10). Los datos fueron recolectados durante la hospitalización y después del alta (de 4 a 41 días post-parto). La cicatrización fue por primera intención en 100% de los casos, para las dos técnicas de sutura. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en los casos de morbilidad, con excepción del dolor perineal a la palpación al cuarto día post-parto, el que fue más frecuente en mujeres con sutura separada.

DESCRIPTORES: parto; perineo; dolor; técnicas de sutura; enfermería obstétrica; ensayos clínicos

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem Obstétrica e Neonatal, e-mail: sandra_enf@yahoo.com.br; ² Doutor em Enfermagem, Professor Doutor da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil, e-mail: riesco@usp.br

INTRODUÇÃO

A morbidade materna derivada do trauma perineal no parto vaginal é problema comum e de ocorrência mundial. No Reino Unido, anualmente, 350.000 mulheres necessitam de reparo perineal pós-parto. Estima-se que a maioria terá dor perineal e que um quinto delas continuará com problemas de longo prazo, como a dispareunia⁽¹⁾.

A episiotomia é realizada com freqüência e sua incidência é variável, com índices de 9,7%, na Suécia, a 100%, em Taiwan, considerando nulíparas e múltiparas. Nos hospitais da América Latina, a taxa de episiotomia entre nulíparas varia de 69 a 96%, com média de 94%, dentre 14 países estudados⁽²⁾.

No Brasil, as taxas são superiores a 76%, chegando a 95,2% entre nulíparas⁽³⁻⁴⁾. Embora a episiotomia seja intervenção de rotina na maioria dos serviços, existe a tendência para reduzir essa prática, considerando as vantagens de sua utilização seletiva. A prevalência diminui acentuadamente quando é feita mediante protocolo de indicações; nesses casos, é comum a ocorrência de lacerações perineais que requerem sutura. Em 2001, no Hospital Geral de Itapequerica da Serra, São Paulo, 26,5% das mulheres com parto normal passaram por episiotomia⁽⁵⁾.

Apesar da alta prevalência da episiotomia e de seu potencial para morbidades como edema, hematoma, dor, infecção e deiscência, observa-se pouco interesse científico no estudo das suas indicações e complicações, bem como a falta de pesquisas dedicadas ao seu reparo cirúrgico, denominado episiorrafia.

Os fatores associados com a morbidade e relacionados ao reparo do trauma perineal consistem na *escolha do material de sutura, na técnica de reparo e na competência do operador*, e derivam campos de pesquisa na área da assistência ao parto⁽⁶⁾.

Embora existam publicações sobre os tipos de fio mais indicados para a sutura perineal e sobre a dor local após a sutura⁽⁷⁻⁸⁾, estudos sobre as demais morbidades associadas ao trauma perineal no parto normal e as diferentes técnicas de sutura são escassas^(1,9-12), especialmente na literatura nacional.

Revisão sistemática sobre as técnicas de sutura da pele no trauma perineal no parto encontrou apenas quatro ensaios aleatorizados, concluindo que a técnica de sutura contínua está associada a menos dor em curto prazo. Porém, os autores indicam a necessidade de mais estudos comparando as técnicas de sutura⁽¹³⁾.

Refletindo sobre essa problemática, pouco explorada cientificamente, e considerando a proporção de mulheres que sofre trauma perineal durante o parto, a necessidade de reparo e a dor local, propôs-se este estudo com o intuito de colaborar para a diminuição da morbidade perineal relacionada à técnica de sutura.

O objetivo foi comparar as características do processo de cicatrização, a freqüência e magnitude da dor perineal com a utilização das técnicas contínua e separada de sutura do trauma perineal em mulheres com parto normal.

MÉTODOS

Foi adotado um estudo controlado aleatório (ECA) para analisar o efeito de duas diferentes técnicas de sutura da episiotomia e rotura perineal de segundo grau, no processo de cicatrização e na ocorrência de dor local.

O estudo foi realizado no Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Geral de Itapequerica da Serra (HGIS), em Itapequerica da Serra, São Paulo. No CPN, os partos normais são assistidos por enfermeiras obstétricas, a episiotomia é realizada com base em protocolo da instituição e todas as parturientes são acompanhadas por pessoa de sua escolha.

Foram incluídas as mulheres que atenderam os seguintes critérios: não ter leucorréia ou lesão infecciosa na região genital, fisometria, retenção de restos ovulares ou rotura cervical e de fundo de saco vaginal durante o parto, não ser submetida a hemotransfusão, não fazer uso de antibióticos, imunossupressores, antiinflamatórios ou produtos de higiene íntima diferentes de água e sabão.

A amostra foi constituída por 61 puérperas – 31 no grupo em que foi utilizada a técnica de sutura com pontos contínuos e 30 no grupo em que foi utilizada a técnica de sutura com pontos separados. A aleatorização foi efetuada por meio de uma tabela eletrônica e aplicada no momento do parto a 95 mulheres. Trinta e quatro mulheres foram excluídas do estudo e substituídas por outras, seguindo-se a tabela de aleatorização.

O estimador utilizado para determinar o tamanho da amostra (n) foi o resultado de estudo sobre dor perineal nos dez primeiros dias após o parto. Nesse estudo, a freqüência média de mulheres com

dor no local da episiotomia foi de 51%, variando entre 21 e 63%, entre o primeiro e décimo dias de puerpério⁽¹⁴⁾. Para obter intervalo de confiança de 95% no presente estudo, foi estimado que 51% das mulheres tiveram dor perineal, levando-se em consideração a variação acima mencionada.

A sutura foi realizada com poliglactina 910*, fio de origem sintética, com resistência tênsil *in vivo* de 100% no primeiro dia, 81% no terceiro, 57% no quinto, 53% no sétimo e 0% após catorze dias. A absorção completa ocorre em aproximadamente 35 dias, por hidrólise.

Para melhor resultado da sutura, deve-se evitar a persistência de "espaço morto" entre as bordas da ferida e a tensão exagerada nos pontos, promovendo a adequada hemostasia dos vasos sangrantes na incisão ou rotura. Igualmente, recomenda-se fazer o mínimo de planos de sutura, aproximando separadamente o plano subcutâneo, em caso de necessidade. Após a sutura, deve-se fazer a higiene do períneo com solução fisiológica.

Em ambos os grupos, foram utilizados o polivinilpirrolidona-iodo tópico, para anti-sepsia da pele na vulva, períneo e face interna das coxas, e os seguintes instrumentais cirúrgicos: porta-agulha e pinça dente-de-rato, em todos os pontos da sutura.

A seguir, descreve-se as técnicas de sutura separada e contínua.

Técnica com pontos separados - 1. iniciar a sutura pelo ângulo da mucosa vaginal, com agulha 1/2 círculo, *taper point*, de 4 ou 5 centímetros; **2.** amarrar o ponto com três nós, com duas laçadas no primeiro, duas laçadas invertidas no segundo e uma laçada no terceiro nó, deixando a extremidade do fio com aproximadamente um centímetro; **3.** prosseguir a sutura da mucosa com pontos contínuos ancorados, até o anel himenal; **4.** amarrar o último ponto do mesmo modo que o primeiro e seccionar o fio; **5.** no plano muscular, aproximar as bordas com pontos separados, fixando cada ponto com três nós, amarrados da mesma forma que os anteriores; **6.** aproximar as bordas da pele com pontos separados, utilizando agulha 3/8 de círculo, corte reverso, de 3 centímetros; **7.** amarrar cada ponto e cortar o fio, deixando as extremidades com um centímetro.

Técnica com pontos contínuos - 1. e 2. idênticos à técnica anterior; **3.** prosseguir com a sutura da mucosa com pontos contínuos não

ancorados até o anel himenal; **4.** passar para o plano muscular, prosseguindo com a sutura contínua, não ancorada; **5.** ao término do plano muscular, trocar de agulha utilizando a agulha 3/8 de círculo, corte reverso, de 3 centímetros, e realizar a sutura intradérmica, também contínua, iniciando pela porção inferior em direção à fúrcula, onde a sutura é arrematada com três nós fixados por duas laçadas no primeiro, duas laçadas invertidas no segundo e uma laçada no terceiro nó; **6.** cortar o fio, deixando as extremidades com um centímetro de comprimento.

A sutura perineal foi realizada por uma das pesquisadoras e dez enfermeiras obstétricas da equipe do CPN, entre os meses de julho de 2001 a abril de 2002. Antecedendo o início da pesquisa, as enfermeiras obstétricas foram submetidas a treinamento teórico-prático, com acompanhamento durante a realização da sutura e avaliação mediante a verificação da correta utilização das técnicas de sutura propostas.

A coleta de dados foi realizada em quatro etapas: a primeira, denominada período de Greenberg, correspondeu à primeira hora após o término da sutura perineal e foi realizada pela profissional que assistiu o parto; a segunda foi realizada por uma das pesquisadoras, mediante a consulta ao prontuário para obter dados relativos ao período de **internação** da puérpera; a terceira, denominada **primeiro retorno**, ocorreu aproximadamente quatro dias após o parto e foi realizada pela mesma pesquisadora ou pela enfermeira obstétrica do ambulatório, por meio de entrevista com a puérpera, exame do períneo e coleta de amostra de sangue para dosagem de hemoglobina e hematócrito; a quarta, denominada **segundo retorno**, foi realizada também pela mesma pesquisadora, em torno de 41 dias pós o parto, com nova entrevista e exame do períneo. O primeiro e segundo retornos ocorreram no ambulatório do HGIS ou em visita domiciliar, quando a puérpera não compareceu à consulta na data marcada.

As variáveis independentes foram as técnicas de sutura perineal contínua e separada. As variáveis dependentes foram: processo de cicatrização perineal (edema, equimose, hiperemia, secreção, deiscência e fibrose), higiene perineal, condições da sutura, frequência e magnitude da dor perineal espontânea, à palpação e associada a sentar, andar, urinar, evacuar, atividade sexual, e uso de analgésico.

Para os sinais indicativos de cicatrização, foi considerada a presença de abaulamento no períneo

* Kit Vicryl Rápida Absorção Ethicon®.

(edema), alteração da coloração da pele (equimose ou hiperemia), indício de secreção no local da sutura, afastamento das bordas da sutura em qualquer dos planos (deiscência) e entumescimento da linha cicatricial (fibrose). A higiene perineal foi considerada adequada quando o períneo estava sem sujidade acumulada, e inadequada, na presença de sujidade acumulada ou mau odor não atribuído a processo infeccioso. Na avaliação das condições da sutura, as categorias consideradas foram preservada, parcialmente desatada ou totalmente desatada.

Quando a puérpera referiu sensação dolorosa, na primeira, terceira e quarta etapas do estudo, conforme descrito anteriormente, a magnitude da dor foi avaliada mediante escala numérica de 1 a 10, indicando 1 a dor de menor magnitude e 10 a dor de magnitude máxima. O uso de analgésico discrimina a utilização de medicamento para alívio da dor desde a internação até o segundo retorno.

Outras variáveis analisadas foram: características maternas (idade, partos vaginais e cicatriz perineal prévios, condições hematológicas no primeiro retorno), características da sutura perineal (tipo de trauma, profissional que realizou e duração da sutura, planos suturados, método de hemostasia

e sangramento após a sutura), características do recém-nascido (RN) (idade gestacional, vitalidade, peso).

A análise estatística foi realizada no programa SPSS. Para análise descritiva das variáveis quantitativas contínuas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão e, para as variáveis classificatórias, as frequências absoluta e relativa. Na análise inferencial, foram utilizados os testes qui-quadrado (χ^2) e exato de Fisher. O nível de significância considerado foi de 5% (p -valor=0,05).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e a participação das mulheres foi voluntária, mediante consentimento livre e esclarecido. Igualmente, a participação das enfermeiras obstétricas na coleta dos dados foi voluntária.

RESULTADOS

Foram selecionadas para o estudo 96 mulheres que atenderam os critérios de inclusão da pesquisa, 95 foram alocadas nos grupos de estudo e o n final foi 61. Foram analisados os resultados de 31 mulheres com sutura contínua e de 30, com sutura separada (Figura 1).

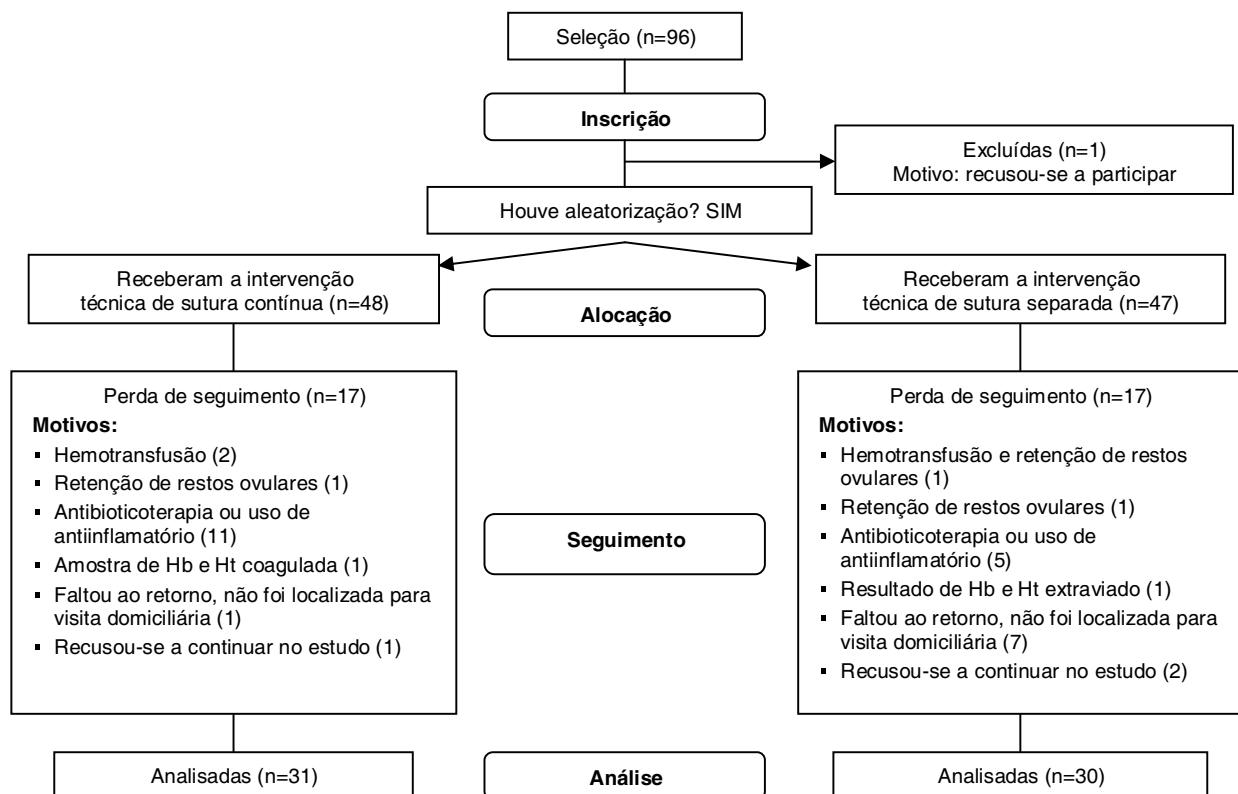


Figura 1 – Fluxograma de participantes no estudo, de junho de 2001 a abril de 2002

Os resultados relativos às condições maternas e características da sutura perineal são apresentados nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

Tabela 1 – Condições maternas, segundo a técnica de sutura

Condição materna		Técnica de sutura	
		Contínua n=31 (%)	Separada n=30 (%)
Idade (anos)	Média (dp)	24,2 (5,3)	24,2 (6,8)
Hemoglobina (g/dL)	Média (dp)	11,3 (1,4)	11,0 (1,3)
Hematócrito (mL/dL)	Média (dp)	34,2 (3,9)	33,3 (4,1)
Parto vaginal prévio		16 (51,6)	15 (50)
Cicatriz perineal prévia		12 (38,7)	15 (50)

Tabela 2 – Características da sutura perineal, segundo a técnica de sutura

Característica		Técnica de sutura	
		Contínua n=31 (%)	Separada n=30 (%)
Trauma perineal	Episiotomia	15 (48,4)	17 (56,7)
	Rotura de 2º grau	16 (51,6)	13 (43,3)
Enfermeira obstétrica	Equipe do CPN	12 (38,7)	21 (70)
	Pesquisadora	19 (61,3)	9 (30)
Duração da sutura (min)	Média (dp)	16,8 (6,2)	21,4 (9,5)
Método de hemostasia	Ligadura do vaso	4 (66,7)	5 (50)
	Pressão manual	1 (16,7)	4 (40)
	Ligadura+pressão	1 (16,7)	1 (10)
Camadas no músculo	Uma	25 (80,6)	12 (40)
	Duas ou mais	6 (19,4)	18 (60)
Sutura subcutânea		11 (35,5)	17 (56,7)
Sangramento após sutura		3 (9,7)	6 (20)

As Tabelas 3 e 4 mostram os resultados relativos à cicatrização, frequência e magnitude da dor perineal em cada uma das etapas do estudo. A cicatrização ocorreu por primeira intenção em 100% dos casos, com ambas as técnicas de sutura. Na magnitude da dor perineal espontânea e à palpação foi considerada a mediana da escala numérica de 1 a 10, conforme descrito em Métodos.

Tabela 3 – Características da cicatrização perineal, segundo a técnica de sutura

Etapa	Característica	Técnica de sutura		p-valor
		Contínua n=31 (%)	Separada n=30 (%)	
Greenberg	Edema	14 (45,2)	12 (40)	0,684*
Internação	Edema	8 (25,8)	8 (26,7)	0,939*
	Equimose	1 (3,2)	1 (3,3)	0,999**
	Hiperemia	2 (6,5)	2 (6,7)	0,999**
1º retorno	Edema	1 (3,2)	6 (20)	0,053**
	Equimose	3 (9,7)	2 (6,7)	0,999**
	Hiperemia	2 (6,5)	1 (3,3)	0,999**
	Higiene adequada	31 (100)	25 (83,3)	0,024**
	Sutura preservada	31 (100)	27 (90)	0,354**
2º retorno	Fibrose cicatricial	11 (35,5)	14 (46,7)	0,375*

* Teste χ^2

† Teste exato de Fisher

Tabela 4 – Frequência e magnitude da dor perineal, segundo a técnica de sutura

Etapa	Dor perineal	Técnica de sutura		p-valor
		Contínua n=31 (%)	Separada n=30 (%)	
Greenberg	Espontânea [Med]	3 (9,7) [2]	3 (10) [3]	0,999*
Internação	Uso de analgésico	18 (58,1)	19 (63,3)	0,674**
1º retorno	Espontânea [Med]	15 (48,4) [5]	18 (60) [5]	0,323**
	À palpação [Med]	20 (64,5) [5]	27 (90) [5]	0,018**
	Ao sentar	14 (45,2)	20 (66,7)	0,091**
	Ao andar	4 (12,9)	6 (20)	0,508*
	Ao urinar	4 (12,9)	5 (16,7)	0,731*
	Ao evacuar	6 (19,4)	1 (3,3)	0,104*
	Uso de analgésico	9 (29)	11 (36,7)	0,525**
2º retorno	À palpação [Med]	4 (12,9) [4]	7 (23,3) [3]	0,289**
	Ao sentar	-	2 (6,7)	0,238*
	Ao evacuar	-	1 (3,3)	0,492*
	Uso de analgésico	19 (61,3)	17 (56,7)	0,714*
	Atividade sexual	12 (37,8)	11 (36,7)	0,869*
	Dispareunia [Med]	5 (41,7) [5]	5 (45,5) [7]	0,999*

* Teste exato de Fisher

† Teste χ^2

De acordo com a análise inferencial, houve maior frequência de higiene perineal adequada e menor frequência de dor perineal à palpação com sutura contínua, no primeiro retorno, com associação estatisticamente significativa para ambas as variáveis (Tabelas 3 e 4). Para as demais variáveis analisadas, os resultados não mostraram diferença estatisticamente significativa entre as duas técnicas de sutura perineal.

Em relação ao recém-nascido, a totalidade deles teve Apgar ≥ 9 , no quinto minuto de vida; 98,4% eram a termo, mediante avaliação da idade gestacional pelo método de Capurro. O peso ao nascer variou entre 2.140 e 4.180 gramas, com média de 3.274,8.

DISCUSSÃO

Os sinais e sintomas inflamatórios locais, como edema, dor, rubor e calor local são esperados na fase inicial do processo de cicatrização e regridem mediante a evolução das reações locais e a absorção do material de sutura, porém, morbidades do trauma perineal como hematoma, equimose, infecção e deiscência prejudicam a completa recuperação materna. As características e condições gerais da puérpera como idade, deficiência protéica, déficit de oxigênio tissular e ação de drogas influenciam o tempo e a qualidade da cicatrização⁽¹⁵⁾. As variáveis que podem interferir no processo de cicatrização, não controladas mediante os critérios de inclusão no

estudo, foram analisadas e indicaram a homogeneidade da amostra (Tabela 1).

O tipo de trauma, a manipulação do local e a aproximação dos planos teciduais na sutura são aspectos importantes para a redução da dor e a boa evolução do processo de cicatrização. Os estudos apontam melhores resultados nos casos de laceração espontânea, comparativamente à episiotomia, e com menos camadas de sutura⁽¹⁶⁾.

Os detalhes técnicos da sutura apontam vantagens da sutura contínua (Tabela 2). Nessa técnica, faz-se a apreensão de largas camadas de tecido muscular, com aproximação num único plano. No subcutâneo, a sutura depende das características anatômicas do períneo e, quando esse plano é delgado, sua aproximação ocorre com a sutura da pele.

Embora produza manipulação maior, a aplicação de algum método de hemostasia pode ser necessária, pois o sangramento do trauma perineal é um fator de morbidade. O sangramento após a sutura, pouco freqüente com sutura contínua, indica o efeito hemostático dessa técnica. A sutura parcialmente desatada na pele, verificada em três casos com sutura de pontos separados, no primeiro retorno, pode ser atribuída à falta de uma laçada invertida em todos os nós. Depois dessa ocorrência, a importância de inverter a laçada com uso de fio de sutura mais liso e escorregadio, como o adotado neste estudo, foi reforçada entre as enfermeiras obstétricas, e o problema não voltou a ocorrer (Tabela 2).

Apesar de as pesquisas reportarem benefícios, com decréscimo da dor e aumento da mobilidade da mulher submetida à sutura contínua do trauma perineal⁽¹³⁾, os profissionais admitem sentir alguma dificuldade pessoal, quando expostos à técnica não tradicional de sutura pela primeira vez^(1,11). Nesta pesquisa, apesar do treinamento recebido, inicialmente algumas das enfermeiras manifestaram receio para realizar a sutura contínua, fato que contribuiu para que a maioria das suturas com essa técnica fosse realizada pela pesquisadora (Tabela 2). Esse aspecto, que pode constituir um viés, foi apontado em outros estudos, sugerindo que a técnica de sutura separada é mais comumente ensinada e mais fácil de realizar por profissionais inexperientes^(1,6,13).

Ainda, com relação ao procedimento de sutura, a demora no reparo do trauma foi menor com

a técnica contínua, com a vantagem de que a diminuição do tempo de sutura reduz o risco de infecção e o desconforto da puérpera (Tabela 2).

A evolução do processo cicatricial e o resultado observado no segundo retorno pós-parto não indicaram diferença estatisticamente significativa entre as técnicas contínua e separada de sutura perineal. O edema precoce é mais freqüente no período de Greenberg e pode estar associado à manipulação no parto e ao anestésico acumulado nos tecidos. A sua persistência pode ser atribuída à reação inflamatória local e à quantidade de material utilizado no reparo do trauma (Tabela 3). Vale considerar que a poliglactina 910 é um fio com fase exsudativa curta, fase proliferativa precoce e absorção por reação tecidual mínima⁽¹⁷⁾.

A equimose perineal, resultante do extravasamento de sangue para espaço intersticial, foi mais evidente no primeiro retorno, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Esse sinal tende a se resolver espontaneamente por reabsorção, sem maiores conseqüências para a boa cicatrização tecidual. Vale considerar que imediatamente após a sutura, o sangramento local estava presente em nove casos.

Relato da comparação de resultados estéticos da sutura perineal com as técnicas tradicional e contínua, seis semanas após o parto, indica que a cicatriz era totalmente indistinguível para ambos os tipos de sutura, embora o fechamento da pele na primeira técnica seja por aproximação direta das bordas, enquanto que, na segunda, as bordas do tecido ficam incompletamente unidas por sutura intradérmica mais profunda. Mediante os resultados de oito anos de prática clínica com a sutura contínua, em que não houve infecção relacionada à sutura, a predisposição à infecção da ferida perineal com o uso dessa técnica foi descartada⁽¹¹⁾. Igualmente, no presente estudo nenhuma das puérperas apresentou infecção da ferida perineal, embora tenha ocorrido casos de hiperemia. Na totalidade dos casos, a cicatrização ocorreu por primeira intenção.

A higiene local é importante para a boa cicatrização e a loquiação é um meio de cultura para bactérias. As mulheres deste estudo foram orientadas a fazer higiene perineal com água e sabão, porém, no primeiro retorno, foi observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,024$), com boas condições de higiene perineal em todas as mulheres com sutura contínua. Na sutura

com pontos separados, o nó sobre a pele traz incômodo para a mulher, provoca receio de desfazer a sutura e pode favorecer o acúmulo de sujidade, predispondo à infecção.

Conforme apresentado na Introdução, há poucas pesquisas que estudam a morbidade perineal relacionada à técnica de sutura do trauma perineal no parto. Os ensaios clínicos encontrados na literatura analisam principalmente a dor espontânea em curto prazo (frequência e uso de analgésicos), a necessidade de ressutura e a dispareunia, como desfechos^(1,10,12-13).

O ECA⁽¹⁾, realizado com 1.542 mulheres, na Inglaterra, indicou que a sutura contínua reduz a dor perineal em uma entre seis mulheres, no décimo dia após o parto. Os benefícios dessa técnica foram também evidenciados em outros períodos do puerpério (2 dias, 3 e 12 meses após o parto), com menos dor ao andar, sentar, urinar e evacuar. Apenas na queixa de dispareunia, os resultados com a técnica contínua e separada não mostraram diferenças. Esses achados são similares àqueles obtidos na revisão sistemática previamente realizada com quatro ECA⁽¹³⁾.

Na presente pesquisa, a maior frequência de dor perineal, com magnitude de mediana 5 na escala 1 a 10, foi registrada no primeiro retorno – dor espontânea, à palpação e ao sentar. A dor à palpação foi mais frequente entre as puérperas com sutura pela técnica de pontos separados e foi o único resultado com diferença estatisticamente significativa ($p=0,018$). A referência à dor de maior magnitude, com mediana 7, foi a dispareunia, entre o mesmo grupo de mulheres (Tabela 4).

Considera-se como principal limitação deste estudo a falta de mascaramento que, por motivos óbvios, não pode ser realizada. No entanto, a participação de mais de um observador na avaliação

dos desfechos poderia controlar a ocorrência de vies de medição.

CONCLUSÃO

As técnicas de sutura perineal contínua e separada com *Vicryl de rápida absorção* (poliglactina 910) mostraram-se igualmente adequadas e seguras para o reparo do trauma perineal e cicatrização local.

A sutura contínua esteve menos relacionada à dor à palpação do períneo quatro dias após o parto, bem como às atividades de sentar, andar, urinar e evacuar durante o puerpério. Aos 41 dias após o parto, nenhuma das puérperas com sutura contínua referiu dor relacionada a essas atividades. Não houve diferença estatisticamente significativa para a ocorrência de outras morbidades. A cicatrização foi por primeira intenção em 100% dos casos, nas duas técnicas de sutura. Os resultados favoráveis obtidos podem também ser atribuídos à boa técnica de sutura praticada pelas enfermeiras obstétricas do CPN, com ambos os métodos pesquisados.

Considera-se que trabalhos envolvendo o cuidado com o trauma perineal, as técnicas e fios de sutura devem ser estimulados entre os profissionais de saúde. Outrossim, o conhecimento disponibilizado por outras áreas como a cirurgia, deve ser aproveitado para o aprimoramento da prática atual.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo auxílio financeiro, e à Ethicon-Johnson&Johnson, na pessoa de Anita N. Ribeiro, pelo incentivo e concessão do fio de sutura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kettle C, Hills RK, Jones P, Darby L, Gray R, Johanson R. Continuous versus interrupted repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002; 359:2217-23.
2. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth* 2005; 32(3):219-23.
3. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(3):288-95.
4. Davim RMB, Enders BC, Reis MN. Estudo retrospectivo quanto à prática da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais em uma maternidades-escola. *Nursing* 2003; 62(6):38-42.

5. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intrahospitalar. *Rev Min Enf* 2006; 10(3):240-6.
6. Grant A. Commentary: repair of episiotomies and perineal tears. *BJOG* 1986; 93(5):417-9.
7. Greenberg JA, Lieberman E, Cohen AP, Ecker JL. Randomized comparison of chromic versus fast-absorbing polyglactin 910 for postpartum perineal repair. *Obstet Gynecol* 2004; 103(6):1308-13.
8. Leroux N, Bujold E. Impact of chromic catgut versus polyglactin 910 versus fast-absorbing polyglactin 910 sutures for perineal repair: a randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(6):1585-90.
9. Grant A, Gordon B, Mackrodat C, Fern E, Truesdale A, Ayres S. The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *BJOG* 2001; 108(1):34-40.

10. Mahomed K, James D, Grant A, Ashurst H. The Southmead perineal suture study: a randomized comparison of suture materials and suturing techniques for repair of perineal trauma. *BJOG* 1989; 96(11):1272-80.
11. Fleming N. Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain? *J Nurse Midwifery* 1990; 35(1):19-25.
12. Isager-Sally L, Legarth J, Jacobsen B, Bostofte E. Episiotomy repair - immediate and long-term sequelae. A prospective randomized study of three different methods of repair. *BJOG* 1986; 93(5):420-5.
13. Kettle C, Johanson RB. Continuous versus interrupted sutures for perineal repair (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2007*. Oxford: Update Software.
14. Alexandre CW, Kimura AF, Tsunehiro MA, Oliveira SMJV. A interferência da dor nas atividades e necessidades da puérpera. *Nursing* 2006; 93(9):664-8.
15. Bevilacqua RG, Chapchap P, Almeida CG. Cicatrização. In: Algöwer M. *Manual de cirurgia*. 4ª ed. São Paulo: EPU; 1988. p.1-20.
16. Myers-Helfgott MG, Helfgott A. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999; 26(2):305-25.
17. Carvalho PSP, Okamoto T, Carvalho ACP, Rodrigues SO. Estudo comparativo em ratos da inflamação provocada por três fios de sutura absorvíveis. *Rev Ciênc Bioméd* 1985; 6:31-41.