



UFSC

Artigo original

Implementação de práticas baseada em evidências científicas no cuidado do reparo perineal intraparto

Implementing practices based on scientific evidence in the care of intrapartum perineal repair

Implementación de prácticas basadas en evidencia en el cuidado de la reparación perineal intraparto

Marlise de Oliveira Pimentel Lima¹ , Maristela Belletti Mutt Urasaki¹ ,
Victor Hugo Alves Mascarenhas¹ , Adriana Caroci-Becker¹

¹ Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumo

Objetivo: implementar práticas baseadas em evidências científicas no manejo do trauma perineal intraparto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas. **Método:** estudo quase experimental cuja população consistia em 24 enfermeiras obstétricas. Esta pesquisa seguiu o método de sete fases do JBI para implementação de práticas baseadas em evidências. **Resultados:** ao avaliar o uso de fio sintético de rápida absorção, houve uma melhoria na comparação entre a auditoria de base com a auditoria de seguimento (zero a 71%). O uso da técnica de sutura contínua variou de 27% a 88% e ambos os critérios mostraram conformidade moderada. **Conclusão:** a implementação de práticas baseadas em evidência seguindo o método proposto, contribui para a melhoria da atualização, educação em serviços de obstetrícia e para garantir a sustentabilidade das mudanças na prática.

Descritores: Prática Clínica Baseada em Evidências; Enfermeiros Obstétricos; Períneo; Ruptura Espontânea; Episiotomia

Abstract

Objective: to implement practices based on scientific evidence in the management of intrapartum perineal trauma in parturients assisted by nurse midwives. **Method:** a quasi-experimental study whose population consisted of 24 nurse midwives. This research followed the JBI's seven-phase method for implementing evidence-based practices. **Results:** when evaluating the use of fast-absorbing synthetic thread, there was an improvement when comparing the baseline and follow-up audits (zero to 71%). The use of the continuous suture technique ranged from 27% to 88%, and both criteria showed moderate compliance. **Conclusion:** The implementation of evidence-based practices following the proposed method contributes to improving updating and education in midwifery services and to ensuring the sustainability of changes in practice.

Descriptors: Evidence-Based Practice; Nurse Midwives; Perineum; Rupture, Spontaneous; Episiotomy



Resumen

Objetivo: Implementar prácticas basadas en evidencia científica en el manejo del trauma perineal intraparto en parturientas asistidas por enfermeras obstétricas. **Método:** Estudio cuasi experimental con la participación de 24 enfermeras obstétricas, llevado a cabo según las siete etapas del modelo JBI para la implementación de prácticas basadas en evidencia. **Resultados:** Se observó un aumento significativo en el uso de hilo sintético de rápida absorción (de 0% a 71%) y en la aplicación de la técnica de sutura continua (de 27% a 88%), ambos con un nivel de cumplimiento moderado. **Conclusión:** La implementación estructurada de prácticas basadas en evidencia, siguiendo el modelo del JBI, tuvo un impacto positivo en la actualización profesional y en la calidad de la atención obstétrica, además de contribuir a la sostenibilidad de los cambios en la práctica clínica.

Descriptores: Práctica Clínica Basada en la Evidencia; Enfermeras Obstetrices; Perineo; Rotura Espontánea; Episiotomía

Introdução

O terceiro objetivo de desenvolvimento sustentável, criado em parceria pela Organização das Nações Unidas (ONU) com seus países-membro, refere-se à saúde e bem-estar, e busca garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Para que isso ocorra, a ONU reforça a necessidade da educação continuada dos profissionais de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente no cuidado materno.¹

Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes nacionais para o parto normal a fim de qualificar o cuidado à mulher no momento da assistência ao parto e nascimento, em acordo com as melhores evidências, incluindo as boas práticas quanto ao reparo do trauma perineal.²

O trauma perineal é definido como qualquer tipo de dano à genitália feminina em decorrência do parto vaginal, que pode ocorrer de forma espontânea ou resultante de uma intervenção, como a episiotomia. Considera-se trauma perineal anterior aquele que afeta a parede vaginal anterior, uretra, clitóris, lábio interno e externo, enquanto o trauma perineal posterior ocorre na parede vaginal posterior, músculos perineais, corpo perineal, esfíncter anal externo e interno.²⁻⁴ As lacerações perineais ocorrem, espontaneamente, após o parto e afetam 85% dos partos normais, majoritariamente, em mulheres primíparas (90,8%) quando comparado aos desfechos de multíparas (68,8%).^{3,5}

O Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) e o American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) adotam como critério de classificação de lacerações

perineais a avaliação por meio dos tecidos afetados nas lesões, partindo do princípio de que podem afetar diferentes planos do períneo feminino. Nesse sentido, considera-se laceração de primeiro grau quando é afetada apenas a pele perineal e/ou mucosa vestibular e/ou vaginal; de segundo grau quando atinge os músculos perineais, mas não envolve esfíncter anal; de terceiro grau quando a no períneo envolve o complexo do esfíncter anal e quarto grau a lesão perineal que se estende à mucosa anorretal.⁶⁻⁷

Em decorrência do trauma perineal, a maioria das mulheres sofre algum desconforto ou dor após o reparo da lesão. Quando as lacerações perineais são mal avaliadas e reparadas de forma inadequada, elas podem promover diversas complicações que causam, a longo prazo, um impacto direto para a regeneração fisiológica da mulher no pós-parto e em sua vida sexual, a exemplo de distúrbios urinários e intestinais, como incontinência fecal e urinária, que afeta aproximadamente 60 a 80% dos casos, bem como, dor perineal crônica e disfunção sexual.⁸⁻⁹ Do ponto de vista subjetivo, as complicações do trauma perineal podem afetar a construção do vínculo entre a puérpera e o seu recém-nascido, assim como a sua relação com companheiro e familiares.¹⁰

As evidências atuais sugerem que o melhor cuidado perineal intraparto envolve uma avaliação correta dos tecidos perineais afetados e um reparo com a técnica adequada, por meio de sutura contínua com fio absorvível, pois contribuem para maior conforto, a curto prazo, e menor risco de repercussões, a longo prazo, para a mulher.^{2,11}

Contudo, apesar da alta frequência de trauma perineal e das repercussões para a saúde da mulher, não se tem observado, na prática dos profissionais de saúde que assistem à mulher no parto, a utilização dessas evidências de forma cotidiana e uniforme.⁸⁻⁹

Uma coorte prospectiva¹² buscou avaliar o conhecimento clínico dos profissionais em relação à classificação e reparo de lacerações perineais. Os resultados evidenciaram divergências e lacunas no que se refere ao entendimento da anatomia perineal, classificações equivocadas das lacerações e técnica de correção perineal utilizada diferentemente do que é preconizado pela literatura. Em relação aos motivos apontados pelos profissionais para esses problemas, foram alegados falta de treinamento adequado voltado para o cuidado perineal em sua formação e na prática clínica, bem como, a necessidade de ações de educação permanente, o que contribuiria para a constante atualização e melhor atuação profissional.⁸

No Brasil, tanto a legislação federal (Lei n.º 7.498/86)¹³ quanto a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 0516/2016,¹⁴ estabelecem que enfermeiras obstétricas e obstetras possuem autonomia e são capacitadas para prestar assistência ao parto sem distocias, assim como realizar episiotomias e episiorrafias e o reparo de lacerações de primeiro e segundo graus. Sendo assim, essas profissionais são as principais responsáveis por executar o reparo perineal, em especial, no contexto de muitas instituições públicas do país.

Embora as evidências sobre o reparo perineal estejam disponíveis na literatura desde 2012,¹¹ pesquisas de implementação de práticas assistenciais para a prevenção e reparo do trauma perineal no parto ainda são escassas no país. Nesse contexto, ressalta-se estudo realizado no Amapá, Brasil, em que se concluiu haver uma melhora nos cuidados e desfechos perineais, após intervenção educativa com enfermeiras obstétricas e médicos. Ainda assim, também, foi relatada a persistência de lacunas e inadequações no manejo do cuidado perineal, o que demonstra a necessidade de continuidade das pesquisas de implementação.¹⁵

As repercussões negativas de um trauma perineal causam ônus financeiro elevado para os sistemas de saúde e afetam a qualidade de vida das mulheres.⁸⁻⁹ Profissionais bem capacitados promovem cuidados seguros e baseados nas melhores práticas. Diante disso, este artigo objetivou implementar práticas baseadas em evidências científicas no manejo do trauma perineal intraparto em parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas.

Método

Trata-se de uma pesquisa de intervenção quase experimental, tipo antes e depois, que seguiu o método de implementação de práticas baseadas em evidências do JBI (nome atual do *Joanna Briggs Institutite*), utilizando o software *Practical Application of Clinical Evidence System* (PACES) e a ferramenta *Getting Research into Practice* (GRIP). Esse método comprehende três estratégias de ação: análise de contexto, facilitação e avaliação; todas elas estão estruturadas em sete fases discriminadas: 1) identificação do problema a ser resolvido e da área de prática em saúde com os apoiadores do projeto no serviço; 2) engajamento dos agentes de mudança, definindo a equipe do projeto; 3)

avaliação do contexto e da prontidão para a mudança do serviço e equipe de saúde; 4) revisão da prática em relação aos critérios de auditoria baseados na evidência (auditoria de base) com o apoio do PACES; 5) implementação das mudanças na prática usando o GRIP a partir da reflexão dos resultados da auditoria de base; 6) reavaliação da prática através da auditoria de seguimento para avaliar os resultados das intervenções e 7) consideração da sustentabilidade do projeto de mudança, identificando futuras questões práticas a serem abordadas em auditorias subsequentes.¹⁶

Esse estudo foi realizado em um hospital municipal que acolhe mulheres no ciclo gravídico-puerperal de todos os níveis de complexidade e está localizado na zona sul de São Paulo. A instituição atende, aproximadamente, um total de 3.500 partos/ano e está inserida no “Programa Parto Seguro à Mãe Paulistana” promovido em parceria pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e uma organização social em saúde; ambas objetivam desenvolver estratégias de assistência segura e humanizada no processo de parto-nascimento à mãe, ao recém-nascido e à família. Dentre as diretrizes previstas para o programa, estabeleceu-se buscar constante atualização na assistência ao parto, objetivando as melhores práticas baseadas em evidência (PBE) disponíveis.

As enfermeiras obstétricas que atuam no centro obstétrico da maternidade selecionada foram convidadas a participar da pesquisa de forma individual e privativa, e as profissionais foram orientadas sobre os detalhes metodológicos. A população foi composta por 24 enfermeiras obstétricas separadas em quatro equipes que atendem aos dois plantões, noturnos e diurnos. A amostra foi não probabilística, de conveniência. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: ser enfermeira obstétrica com vínculo trabalhista na instituição e que atuasse diretamente na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto. O critério de exclusão foi estar afastado das atividades profissionais durante o período de coleta de dados, por razões diversas, como férias ou licença médica.

As fases, de uma a quatro, da implementação do projeto, ocorreram como descritas: o projeto foi elaborado pela pesquisadora, que ficou responsável pela educação em serviço das enfermeiras obstétricas, coleta e gerenciamento dos dados da auditoria de base e coordenação da implementação das boas práticas no hospital, a partir da identificação do problema junto à supervisão da enfermagem obstétrica do serviço. A equipe de apoio foi constituída por duas supervisoras de enfermagem do

centro obstétrico. Além disso, a diretora médica do departamento de ginecologia e obstetrícia do hospital foi envolvida para participar como consultora. A equipe de implementação foi composta pela pesquisadora, que é enfermeira obstétrica, doutora, docente de uma universidade pública e que atua na supervisão do ensino clínico dos graduandos no referido serviço e por duas discentes do curso de Obstetrícia, todas com atuação direta na execução do projeto.

Critérios de auditoria

Os seis critérios de auditoria presentes no Quadro 1 foram utilizados neste projeto de implementação das práticas para o reparo perineal no cuidado intraparto, determinados pelo JBI *Evidence Summary*¹⁶ disponibilizado pelo PACES e baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.

Auditoria de Base

A auditoria de base ocorreu antes da implementação das melhores práticas sobre o reparo perineal, durante 25 dias, entre setembro e outubro de 2018. Um formulário estruturado foi usado para coletar os dados. Para avaliar os critérios 1, 2, 3, 5 e 6 foi realizada uma observação direta de dois procedimentos do manejo perineal durante a assistência à mulher no parto pela enfermeira obstétrica e depois procedeu-se à entrevista individual, em sala privativa, disponibilizada pelo setor, onde foram coletadas informações sobre a formação e prática assistencial da enfermeira, nos meses de setembro e outubro de 2018, pela pesquisadora proponente. Para a auditoria do critério 4, a avaliação ocorreu apenas pela entrevista. A amostra do estudo foi composta por 24 enfermeiras obstétricas avaliadas durante dois procedimentos cada, totalizando 48 observações na auditoria de base.

O Quadro 1 apresenta os critérios de auditoria de base e de seguimento, juntamente com a descrição da amostra, o número de observações e a abordagem para medir o cumprimento das melhores práticas para cada critério auditado, bem como a forma de avaliação para determinar a conformidade dos critérios.

Quadro 1 - Critérios de auditoria de base (auditoria 1) e de seguimento (auditoria 2), amostra, número de observações e método para medir a percentagem (%) de conformidade

| Critério de auditoria | Amostra e número de observações | Método usado para medir a % de conformidade com as melhores práticas |
|--|---|---|
| 1. Utilização de fio de sutura de absorção rápida para sutura perineal. | 24 enfermeiras obstétricas Total de observações: 48 para auditoria 1 e 48 para auditoria 2 (96 observações) | Entrevista com formulário estruturado sobre técnicas perineais. Observação das enfermeiras realizando a técnica perineal. Adequado: Utilizou o fio de absorção rápida na prática da sutura. Inadequado: Não utilizou fio de rápida absorção. |
| 2. Realização da técnica de sutura contínua para reparo do trauma perineal. | 24 enfermeiras obstétricas Total de observações: 48 para auditoria 1 e 48 para auditoria 2 (96 observações) | Entrevista com formulário estruturado sobre técnicas perineais. Observação das enfermeiras realizando a técnica perineal. Adequado: Utilizada a técnica de sutura contínua em todos os planos. Inadequado: Utilizada a técnica de pontos simples ou fechamento de planos separadamente. |
| 3. Realização de episiotomia apenas quando clinicamente indicada. | 24 enfermeiras obstétricas Total de observações: 48 para auditoria 1 e 48 para auditoria 2 (96 observações) | Entrevista com formulário estruturado sobre técnicas perineais. Observação das enfermeiras realizando a técnica perineal. Adequado: Ter conhecimento ou realizar a episiotomia apenas em situação de sofrimento fetal agudo. Inadequado: Realizar episiotomia de rotina, sem indicação clínica ou com indicações diferentes de sofrimento fetal agudo. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>4. Identificação e avaliação do trauma perineal por enfermeiras obstétricas adequadamente capacitadas.</p> | <p>24 enfermeiras obstétricas Total de observações: 24 para auditoria 1 e 24 para auditoria 2 (48 observações)</p> | <p>Entrevista com formulário estruturado sobre técnicas perineais. Adequado: Identificar e classificar de forma adequada as lacerações perineais, corrigindo-as de forma adequada. Inadequado: Dificuldade em identificar e classificar as lacerações perineais.</p> |
| <p>5. Realização de sutura de todas as lacerações de segundo grau, a menos que a mulher tenha especificamente solicitado para não ser realizada.</p> | <p>24 enfermeiras obstétricas Total de observações: 48 para auditoria 1 e 48 para auditoria 2 (96 observações)</p> | <p>Entrevista com formulário estruturado sobre técnicas perineais. Observação das enfermeiras realizando a técnica perineal. Adequado: Todas as lacerações de segundo grau foram suturadas, exceto em casos de recusa materna. Inadequado: Ausência de sutura em lacerações de segundo grau, sem qualquer evidência de recusa materna. Não Aplicável: Quando não houver lacerações de segundo grau.</p> |
| <p>6. Realização da técnica de episiotomia de maneira adequada</p> | <p>24 enfermeiras obstétricas Total de observações: 48 para auditoria 1 e 48 para auditoria 2 (96 observações)</p> | <p>Entrevista com formulário estruturado sobre técnicas perineais. Observação das enfermeiras realizando a técnica perineal. Adequado: Realizado episiotomia com técnica de uso de anestesia local adequada e incisão mediolateral direita. Inadequada: Realizado episiotomia sem anestesia local ou com incisão diferente de mediolateral direita Não Aplicável: Não foi realizada a episiotomia.</p> |

Na fase cinco, os membros da equipe de implementação, juntamente com a equipe de apoio discutiram os resultados da auditoria de base para determinar as lacunas existentes na prática. Consideraram como principais lacunas: ausência do fio de sutura adequado e a falta de educação em serviço sobre cuidado em reparo perineal

intraparto para a técnica de sutura contínua. A ferramenta do JBI GRIP auxiliou no processo de identificação de facilitadores e as possíveis barreiras para a implementação das melhores práticas.

Após a delimitação de lacunas, foram delineadas estratégias para superar as barreiras e assegurar a implementação das evidências. Essa fase compreendeu a realização de reuniões com a equipe para estabelecer as intervenções e o plano de ação a serem executados para melhoria da conformidade aos critérios de auditoria.

Dessa forma, as intervenções instituídas foram: 1. Elaboração de uma educação em serviço teórico-prático presencial e individual, realizada com cada enfermeira obstétrica sobre os critérios que tiveram baixa ou nenhuma conformidade, versando sobre avaliação do períneo após o parto e nascimento, classificação dos graus de laceração perineal, tipos de fios cirúrgicos, técnicas de episiotomia e sutura contínua perineal; 2. Criação de um folheto informativo sobre as boas práticas em sutura perineal anexado no quadro de enfermagem do setor; 3. Preparação de um vídeo educativo sobre a técnica de sutura perineal disponibilizado nos computadores do setor para livre consulta da equipe de enfermeiras obstétricas; 4. Disponibilização para o hospital do fio sintético de absorção rápida, em acordo com o Serviço de Gerenciamento de Qualidade (SGQ) e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Após a implementação, os respectivos serviços se comprometeram a realizar um estudo de viabilidade financeira para a permanência da disponibilidade do fio.

A auditoria de seguimento foi realizada pela equipe de implementação entre os meses de novembro e dezembro de 2018, seguindo os mesmos critérios e métodos de coleta da auditoria de base. Os dados foram computados no JBI PACES e foi feita a análise comparativa entre os resultados da auditoria de base e de seguimento para verificar as mudanças no percentual de conformidade.

A análise de dados da auditoria de base e de seguimento ocorreu por estatística descritiva, em números absolutos e relativos, sendo as frequências de conformidade calculadas por porcentagem simples, comparando-se os valores encontrados com os obtidos na auditoria de base para verificação do atendimento aos critérios de auditoria e conformidade esperados. No presente estudo, a conformidade foi considerada alta quando atingiu porcentagem entre 90% e 100%, moderada entre

50% e 89% e baixa de zero a 49%. A implementação das melhores práticas no reparo perineal foi considerada adequada quando as conformidades se mantiveram entre alta e moderada, assim como em outro estudo.¹⁷

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos, sendo submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (aprovada no dia 18/07/2018, sob o número de protocolo 93474218.2.0000.5390) e do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha (aprovada no dia 04/09/2018, sob o número de protocolo 93474218.2.3001.5452) e o estudo foi iniciado apenas após receber o parecer favorável para a sua realização, com base na Resolução nº 510/16. Conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde, foram garantidos o sigilo, a integridade e a dignidade das participantes, viabilizando o caráter científico ético-legal da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

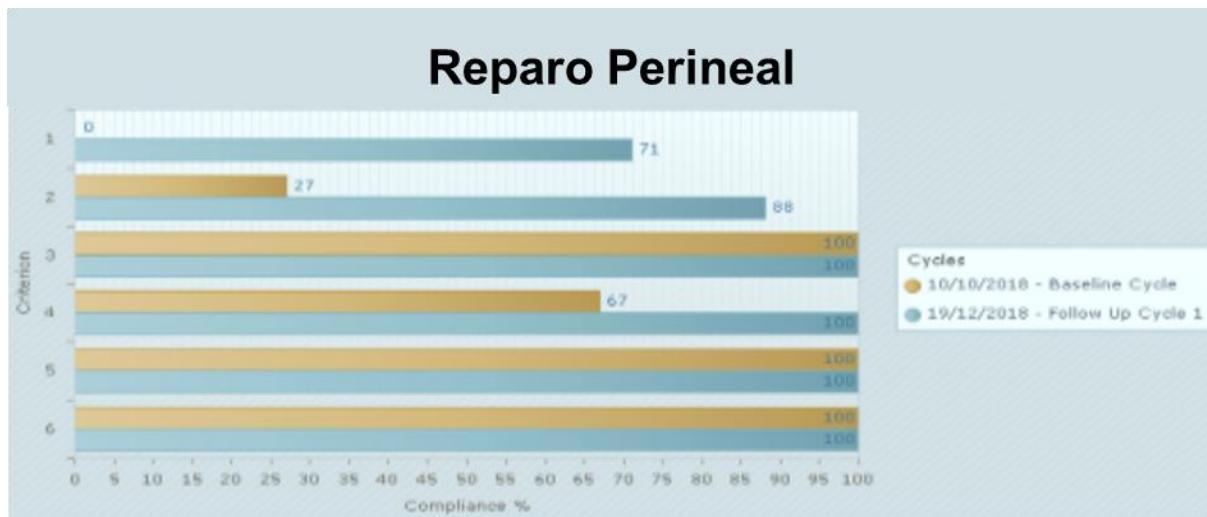
Resultados

Foram entrevistadas 24 enfermeiras obstétricas que realizaram o reparo perineal intraparto e participaram das fases quatro, cinco e seis da pesquisa. Os resultados foram apresentados na Figura 1, em relação à auditoria de base; no Quadro 2, referente à implementação das melhores práticas baseadas em evidências e as estratégias para colocar a pesquisa em prática (GRIP).

Auditoria de base

As porcentagens das conformidades de cada critério da auditoria de base são demonstradas na Figura 1. Os critérios 3, 5 e 6 alcançaram 100% de conformidade. Há uma monitorização dos índices de episiotomia no serviço há alguns anos, o que contribuiu para o decréscimo da realização desse procedimento. Além disso, foi incorporado à prática o consenso de que, ao ser realizada, a episiotomia deve sempre ser a médio-lateral direita. No serviço está estabelecida na equipe de enfermagem obstétrica, a necessidade de suturar as lacerações de segundo grau para prevenir infecções pós-parto e melhorar o processo de cicatrização. Houve conformidade moderada no critério 4 de treinamento para avaliação e sutura perineal com 67% (16 enfermeiras obstétricas), referindo terem se

capacitado nos últimos três anos. Os demais critérios estavam abaixo de 50% indicando conformidade baixa com a evidência atual, sendo que o critério 1, referente ao uso do fio absorvível teve 0% de conformidade.



1. Utilização de fio de sutura de absorção rápida para sutura perineal (48 amostras);
2. Realização da técnica de sutura contínua para reparo do trauma perineal (48 amostras);
3. Realização de episiotomia apenas quando clinicamente indicada (48 amostras);
4. Identificação e avaliação do trauma perineal por enfermeiras obstétricas adequadamente capacitados (24 amostras);
5. Realização de sutura de todas as lacerações de segundo grau, a menos que a mulher tenha especificamente solicitado para não ser realizada (48 amostras);
6. Realização da técnica de episiotomia de maneira adequada (48 amostras)

Figura 1 - Conformidade com os critérios de auditoria de melhores práticas na auditoria de base, segundo a porcentagem (%)

Implementação das melhores práticas baseadas em evidências e estratégias para colocar a pesquisa em prática, por meio do *software GRIP*.

A equipe de implementação identificou três barreiras para a conformidade com as melhores práticas. A seguir, desenvolveu e implementou estratégias para superá-las. O Quadro 2 sumariza as barreiras, as estratégias, os recursos e os resultados encontrados.

A primeira barreira identificada foi sobre a educação em serviço das enfermeiras obstétricas. Apesar da afirmação de terem realizado educação recente sobre avaliação e reparo perineal, os resultados referentes à observação do procedimento evidenciaram que a classificação do grau de laceração atribuído era inadequada e a técnica de sutura não correspondia ao recomendado pelas evidências.

A principal estratégia utilizada foi o desenvolvimento de sessão educativa teórico-prática individual versando sobre avaliação e reparo perineal com duração de uma hora

em média, durante o horário de serviço, resultando em um total de 24 sessões. Para a sessão educativa individual foi construído um questionário, pré e pós educação em serviço, composto por dez questões com três opções cada sobre avaliação e reparo perineal baseado nos critérios de auditoria e na evidência atual. Utilizou-se o questionário como uma ferramenta de avaliação prévia das dúvidas do profissional para que fossem verificadas as áreas em que faltavam conhecimentos específicos a serem supridos durante a educação em serviço dos profissionais.

Como material educativo foram utilizados cartões ilustrativos e vídeo. Os cartões ilustrativos continham a imagem do períneo íntegro, classificação das condições perineais, músculos perineais envolvidos em lacerações de segundo e terceiro graus e as divisões nos graus de laceração e fotos da técnica de sutura para episiorrafia. O vídeo foi produzido pela pesquisadora no laboratório de simulação realística da Universidade com apoio dos técnicos de laboratório da instituição, apresentando a técnica de sutura contínua e foi elaborado, previamente, ao projeto de implementação.

Esses materiais também foram utilizados na sessão educativa e disponibilizados às enfermeiras obstétricas para consulta e, ao final, ocorreu a prática da técnica de sutura contínua com o fio de absorção rápida, em esponja adaptada, com instrumental cirúrgico (porta-agulha e pinça anatômica) dividida em dois tempos: primeiro era demonstrado pela pesquisadora e líder do projeto e, em seguida, era realizada a sutura pelo profissional. Além disso, foi construído um folheto informativo sobre os critérios de auditoria que foi anexado ao quadro de enfermagem do setor.

A segunda barreira encontrada foi não haver fio sintético de rápida absorção no serviço. As estratégias utilizadas foram a disponibilização desse material pelas pesquisadoras e a aprovação pelo setor de qualidade hospitalar, garantindo o uso do insumo durante o projeto de implementação. A fim de demonstrar o uso e a rastreabilidade do fio, cada vez que ele fosse utilizado, o profissional deveria anexar ao prontuário da paciente o envelope do mesmo.

A coordenação do setor de qualidade hospitalar, também, solicitou à equipe de implementação o preenchimento do formulário de pedido de compra desse material com a descrição das propriedades e melhorias que o uso do fio traria para as usuárias, a fim de que

este pudesse ser adquirido, pela instituição de saúde e, assim, promover a continuidade da implementação das melhores práticas relacionadas ao reparo perineal no serviço.

A terceira barreira foi o rodízio semanal da escala de serviço das enfermeiras obstétricas em diferentes setores do hospital como cardiotocografia, triagem, observação, puerpério e patologia, além do pré-parto, que seria o local de coleta, o que impactou negativamente no tempo de coleta e na educação das enfermeiras obstétricas. Como a distribuição dos profissionais pelos diferentes setores demorava uma semana para ser mudada, se a coleta havia sido completada com o profissional que estava no pré-parto no início da semana, haveria de se esperar o próximo rodízio a fim de que fosse realizada a coletar com um novo profissional. A estratégia foi um acordo estabelecido em reunião com a supervisão de enfermagem obstétrica do setor de haver um rodízio mais rápido para garantir a coleta no tempo estipulado no projeto de implantação e educação em serviço das 24 enfermeiras obstétricas do serviço.

Quadro 2 - Matriz contendo as estratégias para implementação das práticas baseadas em evidências, por meio da ferramenta denominada "*Getting Research into Practice*" - GRIP ("Colocando a Pesquisa em Prática")

| Barreira | Estratégia | Recursos | Resultados |
|--|--|--|--|
| 1. Enfermeiras obstétricas referiram ter educação em serviço recente sobre avaliação e reparo perineal, porém, quando realizavam a avaliação e o reparo do períneo a classificação do grau de laceração era inadequada e a técnica de sutura não correspondia ao recomendado pela evidência. | Realizadas sessões educativas individuais para as enfermeiras obstétricas sobre avaliação e reparo perineal contendo graus de laceração, tipo de fio e técnica de sutura adequados baseado na evidência. | - Questionário pré e pós educação em serviço. - Cartão ilustrado de avaliação perineal. Fotos da técnica de sutura para episiorrafia. - Vídeo com a técnica de sutura contínua. - Realização de prática de técnica de sutura contínua com o fio de absorção rápida em dois tempos: primeiro demonstrado pela educadora e, em seguida, realizada pelo profissional. | 100% das enfermeiras obstétricas treinadas. Realização da avaliação perineal correta e sutura na técnica contínua com fio de absorção rápida, avaliado pós atividade educativa. |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | | - Folheto informativo sobre os critérios de auditoria | |
| 2. Ausência de insumo adequado (Fio sintético de rápida absorção) no serviço. | Disponibilização do fio adequado. Aprovação de uso do material pelo setor de qualidade do serviço. | - Disponibilização do fio adequado no setor para uso das enfermeiras obstétricas | Uso do fio de rápida absorção nas suturas após a educação em serviço. |
| 3. Rodízio semanal da escala de serviço dos profissionais em diferentes setores do hospital como cardiotocografia, triagem, observação, puerpério e patologia, além do pré-parto (local de coleta), impactando no tempo de coleta e na atividade educativa. | Acordo com a supervisão de enfermagem para que a escala de serviço também contemplasse as necessidades de coleta e educação em serviço das enfermeiras obstétricas. | - Comunicação com a chefia direta. | Realizada coleta de dados no número amostral determinado no projeto e educação continuada de todos os profissionais. |

Auditoria de seguimento

Na auditoria de seguimento houve melhoria na conformidade de todos os critérios em comparação com a auditoria de base em porcentagens, conforme ilustrado na Figura 1.

Os critérios 3, 4, 5 e 6 apresentaram alta conformidade (100%), sendo que, no critério 4, a equipe de saúde que realizou a avaliação e reparo perineal apresentou melhoria de 67% para 100% de conformidade por ter sido, devidamente, capacitada. No critério 1, sobre a utilização do fio sintético de absorção rápida houve melhoria quando se comparou a auditoria de base com a de seguimento (de zero para 71%), assim como no critério 2, referente à realização da técnica de sutura contínua, variando de 27% para 88%, ambos os critérios apresentaram conformidade moderada.

Discussão

Algumas práticas auditadas já estavam bem estabelecidas no serviço em estudo, sendo exemplos a realização da episiotomia de forma seletiva e justificada, bem como a

técnica de incisão médio-lateral direita. Outra prática refere-se à sutura de todas as lacerações de segundo grau, a menos que a mulher explice a sua vontade de não ser suturada e isso seja registrado no prontuário dela. Para esses achados houve 100% de conformidade, tanto nas auditorias de base como na de seguimento.

A propósito do uso do fio adequado e da técnica de sutura contínua, os dados mostraram um aumento da utilização de zero para 71% e de 27% para 88% respectivamente, havendo uma conformidade moderada.

O único estudo de implementação realizado no Brasil sobre prevenção e reparo perineal mostrou que houve diminuição na realização de episiotomias após a educação em serviço dos profissionais de saúde, mas a utilização do fio de poliglactina variou de 16,7 para 18,7% na mucosa, de 14,3% para 21,9% no músculo e de 28,5% para 18,8% na pele. Sobre a técnica de sutura contínua houve variação de 31,0% para 40,6% na mucosa, de 16,6% para 21,9% no músculo e de 23,8% para 40,6% na pele, tendo os dois procedimentos permanecidos em patamares semelhantes à fase pré-intervenção.¹⁵

A técnica padrão-ouro de sutura perineal prevê o uso de fios de poliglactina com rápida absorção.¹⁸ Na instituição em estudo, observou-se o uso do fio *catgut*, como rotina no reparo de lacerações perineais. O *catgut* é um fio cirúrgico fabricado a partir de fibras naturais extraídas de intestinos de animais, como ovelhas e cabras. Apresenta como vantagens, boa cicatrização de feridas, pouca reação inflamatória e longevidade, de forma que são escolhidos em diferentes áreas da medicina, como cirurgia geral, cirurgia plástica e otorrinolaringologia.¹⁹

Utilizado inicialmente em 1970, para realizar procedimentos de ginecologia e obstetrícia, o reparo perineal com fio *catgut* tem se demonstrado ultrapassado quando comparado ao fio de poliglactina. Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randômicos comparou o reparo perineal com *catgut* e a sutura sintética padrão (poliglactina). Os resultados evidenciaram desfechos positivos para o uso da poliglactina, como redução da dor até três dias após o parto e diminuição do uso de analgésicos nos primeiros dez dias pós-parto. A necessidade de ressutura foi presente no reparo com *catgut*, já no uso da poliglactina houve relatos de mulheres que retornaram para remoção da sutura.²⁰⁻²¹

Tendo em vista as limitações do *catgut* e de outros fios cirúrgicos, o fio de poliglactina de rápida absorção apresentou superioridade no cuidado perineal. As

evidências apontam que a poliglactina de rápida absorção apresenta desfechos de dor a curto e longo prazo considerados semelhantes quando comparado à poliglactina convencional, com a vantagem de apresentar boa absorção no organismo, por isso, menor necessidade de retorno à instituição hospitalar para remoção da sutura.¹⁸⁻²⁰

Em relação à técnica de sutura perineal existem três conhecidos métodos de fechamento de camadas: sutura interrompida, sutura contínua ancorada e sutura contínua não ancorada.²² A sutura interrompida é a técnica mais comum e consiste em realizar pontos separados para o fechamento das camadas de forma isolada. A técnica contínua corresponde no reparo de tecidos profundos e da mucosa por meio de pontos simples nas extremidades da incisão, na qual recomenda-se que o fechamento deve ser inserido abaixo da pele, na região subcutânea. O chuleio ancorado é uma técnica adicional na realização do procedimento, em que cada passada pelo ponto em "U" deve ser feita dentro da alça do fio, para promover maior tensão em cada ponto da sutura.²²⁻²³

Uma síntese das evidências e a revisão sistemática de ensaios clínicos randômicos publicada na *Cochrane®* demonstraram a superioridade da sutura contínua com relação à sutura interrompida. As suturas contínuas são mais eficazes na redução da dor perineal e uso de analgésicos principalmente entre 2 a 10 dias, bem como menor necessidade de retorno para remoção da sutura.^{20,24} Estudos corroboram com esses achados, evidenciando que a técnica de sutura contínua apresenta vantagens também focadas no procedimento, como redução da dor durante o reparo, menor tempo de duração da técnica e uso de menos insumos em oposição ao método de sutura interrompida.²¹⁻²²

Nesse sentido, promover uma educação em serviço com relação ao desenvolvimento da técnica de reparo perineal de forma unificada em toda a equipe visa contribuir para o aprimoramento de indicadores diretamente relacionados à experiência que a mulher pode ter sobre o seu próprio parto. O uso de material e técnica adequada para o reparo perineal estão intimamente ligados a desfechos de pós-parto, como a função urinária e sexual que irão acompanhá-las pelo resto da vida.²¹

No que se refere às técnicas de reparo de lacerações de primeiro e segundo graus, não há benefícios evidenciados em relação à sutura de planos superficiais e escoriações sem sangramento e em que há uma boa aproximação entre as bordas da ferida. Por outro lado, lacerações de segundo grau e episiotomias atingem camadas

mais profundas do períneo e há uma menor possibilidade de coaptação das bordas, por isso, recomenda-se sutura irrestrita nesses casos. O reparo da laceração de segundo grau deve seguir três estágios: a mucosa vaginal, a musculatura do corpo perineal e a fáscia retovaginal, seguindo do mais profundo ao superficial.²⁵⁻²⁶

O surgimento da episiotomia na obstetrícia moderna remonta a publicação de estudos de DeLee em 1920 que recomendava, amplamente, o seu uso rotineiro, afirmando ser benéfico para facilitar o desprendimento do polo cefálico do conceito, bem como evitar lacerações mais profundas e complexas.²⁷ A meta-análise de dados publicada pela Cochrane®, evidenciou que uma assistência na qual a realização da episiotomia ocorre de forma seletiva é preferível quando comparada ao uso rotineiro, pois quando esse procedimento é realizado de rotina associa-se a maior incidência de lacerações na parede posterior do períneo e lacerações mais graves (3º e 4º grau), sem promover benefícios significativos aos indicadores neonatais.²⁸

A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso restrito da episiotomia.²⁹ A escolha pela realização dessa intervenção ainda é controversa, não há um consenso sobre indicações absolutas para o seu uso, e a decisão final sempre dependerá da avaliação do profissional que está prestando assistência. O sofrimento fetal agudo e distocias obstétricas são citados em sua maioria quando se considera a indicação de realizar o procedimento.^{2,29}

A presença de uma política restritiva quanto ao uso de episiotomia presente no local de estudo demonstra um alinhamento da instituição aos valores de humanização. No entanto, é sempre necessário reforçar com os profissionais todas as evidências disponíveis que contribuem para garantir conquistas e avanços da assistência.

Com relação à técnica de episiotomia de maneira adequada, recomenda-se a episiotomia mediolateral direita. Existem três formas de incisão da episiotomia: mediolateral, lateral e mediana. Esta incisão associa-se a um maior número de lacerações de 3º e 4º graus, pela maior possibilidade de haver prolongamento da episiotomia.²⁵ A incisão mediolateral apresentou melhores resultados em relação a taxas de dor perineal no pós-parto imediato até os primeiros três meses, bem como casos de dispareunia até seis meses pós-parto; por isso, recomenda-se realizá-lo quando o períneo está abaulado com prévia apresentação de parte fetal, seccionando-o com um corte de 4 a 6 cm de comprimento. Em relação ao ângulo

da incisão, manter um corte entre 45° e 60° da fúrcula esteve associado a diminuição de riscos de lacerações mais graves.³⁰

Os resultados do presente estudo mostraram que a avaliação perineal relacionada à classificação do grau de laceração e ao reparo do períneo eram realizadas sem adequação às melhores evidências científicas. Pode ser notada uma discrepância entre a integridade perineal e/ou o grau de laceração referido pelo profissional e o observado pela equipe de implementação na coleta de dados.

Os fatores que interferiram na implementação desse projeto, mesmo após avaliação da equipe clínica hospitalar e de pesquisa, foram a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem obstétrica, o que implica menor tempo para educação em serviço. Os membros da equipe sabem que o tempo despendido na sessão educativa é um ganho, mas continuam tendo que completar todo o serviço burocrático ligado ao plantão, o que os mantém tensos com a duração da educação em serviço. No entanto, quando questionados quantos gostariam que essa atividade educativa fosse antes ou depois do plantão, a maioria preferiu que fosse feito em serviço. A sobrecarga de trabalho administrativo em conjunto com a demanda de mulheres a serem atendidas também afeta a qualidade do cuidado a ser oferecido. Logo, a aderência à execução de alguns dos critérios de auditoria pode ter sido inferior ao desejado, acarretando uma conformidade abaixo do esperado.

A quantidade de mulheres a serem atendidas e a falta de disponibilidade ou de tempo dos profissionais de saúde, também, foram referidas como barreiras para outro estudo de implementação.¹⁵

Esse projeto de implementação promoveu junto à equipe de enfermagem obstétrica do serviço uma educação profissional teórica e prática quanto à avaliação e reparo perineal, porque houve uma melhora na conformidade deste critério entre a auditoria de base e de seguimento, com um aumento de 33% (67% para 100%). E ainda, esse resultado retrata o quanto a equipe de enfermagem obstétrica mostrou comprometimento em buscar a educação continuada que era oferecida durante o horário de serviço, havendo cobertura entre a própria equipe para garantir que todos os membros recebessem a sessão educativa.

Como limitações do estudo tem-se a amostra por conveniência, com o intuito de captar o maior número de profissionais que trabalham na instituição. O curto tempo para a implementação do projeto pode ser elencado como limitação, uma vez que o método do JBI prevê todo o processo desenvolvido em seis meses, além da análise estatística não inferencial.

Considera-se que os resultados dessa pesquisa de implementação contribuem para a prática clínica da enfermagem obstétrica ao mostrar que a auditoria em serviço é necessária para o conhecimento dos procedimentos que se realizam cotidianamente no cuidado intraparto e permite verificar se essas práticas estão em conformidade com as melhores evidências de cuidado perineal. Além disso, a educação em serviço, baseada em evidência científica, pode colaborar para uma assistência qualificada e segura para a mulher.

Conclusão

Utilizaram-se as auditorias de base e de seguimento como ferramentas de avaliação da prática quanto à adesão às melhores evidências. Para implementar as evidências científicas no cuidado do reparo perineal várias estratégias foram usadas, incluindo sessões educativas para a equipe de enfermagem obstétrica, disponibilização do fio de sutura de poliglactina e criação de folhetos informativos sobre os critérios de auditoria. Os resultados da presente pesquisa, mostraram um aumento da conformidade das práticas da equipe de enfermagem obstétrica em relação ao tipo de fio de sutura e técnica de sutura utilizados no reparo perineal, uso da episiotomia de forma seletiva e a avaliação/reparo adequado do trauma perineal, após a implementação das evidências.

Sugere-se a continuidade das auditorias para a melhoria dos desfechos perineais, da qualidade da assistência e para garantir a sustentabilidade do projeto de implementação.

Referências

1. Nações Unidas no Brasil (UN). Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Brasil / Saúde e Bem-Estar [Internet]. Brasília (DF): Nações Unidas no Brasil; 2025 [acesso em 2025 abr 29]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.
2. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 Apr 29]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

3. Dendini M, Aldossari SK, Al-Qassab HA, Aldraihem OO, Almalki A. Retrospective case-control study of extended birth perineal tears and risk factors. *Cureus.* 2024;16(3):e57132. doi: 10.7759/cureus.57132.
4. Kwon H, Park HS, Shim JY, Lee KW, Choi SJ, Choi GY. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial on the efficacy of hyaluronidase in preventing perineal trauma in nulliparous women. *Yonsei Med J.* 2020;61(1):79-84. doi: 10.3349/ymj.2020.61.1.79.
5. Hartinah A, Usman AN, Sartini, Jafar N, Arsyad MA, Yulianty R, et al. Care for perineal tears in vaginal delivery: an update for midwife. *Gac Sanit.* 2021;35(Suppl 2):S216-20. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.10.024.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Care of a third- or fourth-degree tear that occurred during childbirth (also known as obstetric anal sphincter injury – OASI) [Internet]. London: RCOG; 2019 [cited 2025 Apr 29]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/media/qgyfresz/pi-care-of-third-and-fourth-degree-tears-oasi.pdf>.
7. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):e87-e102. doi: 10.1097/AOG.0000000000002841.
8. Carroll L, Sheehy L, Doherty J, O'Brien D, Brosnan M, Cronin M, et al. Perineal management: Midwives' confidence and educational needs. *Midwifery.* 2020;90:102817. doi: 10.1016/j.midw.2020.102817.
9. Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2019;9(12):e032368. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032368.
10. Sousa EAP, Souza CA, Silva ML, Braga TRO. Nursing conduct in the treatment of vulvovaginitis in the gestational period. *Health Soc.* 2022;2(03):104-20. doi: 10.51249/hs.v2i03.1021.
11. Nguyen DH. Evidence Summary. Intrapartum: perineal and genital trauma (tears or episiotomy). The Joanna Briggs Institute EBP Database, Adelaide (AU): JBI; 2017 [cited 2025 Apr 29]; Available from: <https://jbi.global/jbi-ebp-database/Evidence-Summary/Iintrapartum-perineal-and-genital-trauma-tears-or-episiotomy/JBI485>
12. Macedo MD, Risløkken J, Halle T, Engh ME, Siafarikas F. Occurrence and risk factors for second-degree perineal tears: a prospective cohort study using a detailed classification system. *Birth.* 2024;51:602-11. doi:10.1111/birt.12817.
13. BRASIL. Lei nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 29 abr. 2025.
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 516, de 27 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016/>. Acesso em: 29 abr. 2025.
15. Santos RCS, Riesco MLG. Implementation of care practices to prevent and repair perineal trauma in childbirth. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(Spec No):e68304. doi: 10.1590/1983-1447.2016. esp.68304.

16. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z, editors. JBI manual handbook for evidence implementation [Internet]. Adelaide (AU): JBI; 2020 [cited 2025 Apr 29]. Available from: <https://implementationmanual.jbi.global/>.
17. Cabral DB, Pereira MLP, Fernandes MS, Fincatto S, Kuczmainski AG, Korb A. Critérios auditáveis para implementação de melhores práticas na adesão ao checklist cirúrgico. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE00515. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO00515.
18. López-Lapeyrere C, Solís-Muñoz M, Hernández-López AB, Rodríguez-Barrientos R, González-Rubio R; Carol Research Group. Perineal repair of media-lateral episiotomies and 2nd degree tears by midwives: a randomised controlled trial comparing three suture techniques. *Int J Nurs Stud.* 2020;106:103553. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103553.
19. Kim H, Hwang K, Yun SM. Catgut and its use in plastic surgery. *J Craniofac Surg.* 2020;31(3):876-8. doi:10.1097/SCS.0000000000006149.
20. Schmidt PC, Fenner DE. Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first-fourth). *Am J Obstet Gynecol.* 2024;230(3S):S1005-13. doi: 10.1016/j.ajog.2022.07.005.
21. Besen MA, Rathfisch G. The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and dyspareunia. *Health Care Women Int.* 2020;41(1):22-37. doi: 10.1080/07399332.2019.1663194
- 22 Faal Siahkal S, Abedi P, Iravani M, Esfandiarinezhad P, Dastoorpoor M, Bakhtiari S, et al. Continuous non-locking vs. interrupted suturing techniques for the repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a single-blind randomized controlled trial. *Front Surg.* 2023;10:1114477. doi: 10.3389/fsurg.2023.1114477.
23. Swenson CW, Low LK, Kowalk KM, Fenner DE. Randomized trial of 3 techniques of perineal skin closure during second-degree perineal laceration repair. *J Midwifery Womens Health.* 2019;64(5):567-77. doi: 10.1111/jmwh.13020.
24. Caroci-Becker A, Brunelli WS, Lima MOP, Ochiai AM, Oliveira SG, Riesco ML. Use of surgical glue versus suture to repair perineal tears: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):246. doi: 10.1186/s12884-023-05565-x.
25. Ducarme G, Pizzoferrato AC, Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019;48(7):455-60. doi: 10.1016/j.jogoh.2018.12.002.
26. Arnold MJ, Sadler K, Leli K. Obstetric lacerations: prevention and repair. *Am Fam Physician* [Internet]. 2021 [cited 2025 apr 29];103(12):745-52. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0615/p745.html>
27. Okeahialam NA, Sultan AH, Thakar R. The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *Am J Obstet Gynecol.* 2024;230(3S):S991-S1004. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.021.
28. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2(2):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3.
29. World Health Organization (WHO). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva (CH): WHO; 2018 [cited 2025 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.
30. Barjon K, Vadakekut ES, Mahdy H. Episiotomy. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2025 Apr 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546675/>.

Contribuições de autoria

1 – Marlise de Oliveira Pimentel Lima

Autor Correspondente

Enfermeira, Doutora – moplima@usp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

2 – Maristela Belletti Mutt Urasaki

Enfermeira, Doutora – mari.urasaki@usp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

3 – Victor Hugo Alves Mascarenhas

Enfermeiro, Mestre – victormascarenhas@usp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

4 – Adriana Caroci-Becker

Enfermeira, Doutora – acaroci@usp.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor-Científico: Eliane Tatsch Neves

Como citar este artigo

Lima MOP, Urasaki MBM, Mascarenhas VHA, Caroci-Becker A. Implementing practices based on scientific evidence in the care of intrapartum perineal repair. Rev. Enferm. UFSM. 2025 [Access at: Year Month Day]; vol.15, e12:1-22. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769289027>