

# EVOLUÇÃO CLÍNICA DE TRAUMAS PERINEAIS NO PÓS-PARTO VAGINAL E CUIDADOS DOMICILIARES RELATADOS POR PUÉRPERAS

CLINICAL EVOLUTION OF PERINEAL TRAUMA FOLLOWING VAGINAL DELIVERY AND HOME CARE AS REPORTED BY POSTPARTUM WOMEN

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS TRAUMATISMOS PERINEALES EN EL POSPARTO VAGINAL Y LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS COMUNICADOS POR LAS PUÉRPERAS

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2026) 32:8

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE32-8CPMM60008>



## Autora de correspondência

Maristela Belletti Mutt Urasaki

## Palavras-chave

Trauma; Períneo; Período pós-parto; Evolução clínica; Cuidado pós-natal; Cuidados domiciliares.

## Key words

Trauma; Perineum; Postpartum period; Clinical evolution; Postnatal care; Home care.

## Palabras clave

Trauma; Períneo; Período posparto; Evolución clínica; Cuidado posnatal; Cuidados domiciliares.

Data de recepção

29/05/2025

Data de aceitação

14/04/2026

## Editora

Dra. Sara Mendoza-Parra

Maristela Belletti Mutt Urasaki<sup>1</sup> Email: mari.urasaki@usp.br

Marlise de Oliveira Pimentel Lima<sup>2</sup> Email: moplima@usp.br

Liliane Naomi Okamoto<sup>3</sup> Email: lilianeokamoto@professor.multivix.edu.br

Roselane Gonçalves<sup>4</sup> Email: roselane@usp.br

Natalucia Matos Araújo<sup>5</sup> Email: natalucia@usp.br

Rosemeire Sartori de Albuquerque<sup>6</sup> Email: rosemeiresartori@usp.br

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever e avaliar a evolução clínica dos traumas perineais decorrentes de partos vaginais nas primeiras 48 horas e entre o 7º e 13º dia pós-parto, bem como identificar os cuidados domiciliares que as puérperas pretendiam realizar após a alta hospitalar. **Material e Método:** Estudo observacional, descritivo, conduzido com 115 puérperas em maternidade pública. Os dados foram coletados entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020, e o estudo foi realizado em três etapas: revisão de prontuários médicos, aplicação de questionário e avaliação clínica dos traumas antes e após a alta. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** 63,4% eram multíparas; 60% apresentaram lacerações de primeiro grau, 30,4% de segundo grau e 9,5% foram submetidas à episiotomia. O comprimento médio das lesões foi de 3,14 cm e a largura média de 0,21 cm, com predomínio de exsudato e edema discretos. O conhecimento sobre cuidados domiciliares mostrou-se insuficiente. A avaliação pós-alta ocorreu presencialmente em 5,2% dos casos e por teleconsulta em 79,1%. Houve deiscência de sutura em 4,1% dos casos. **Conclusão:** Embora a avaliação inicial não evidenciasse sinais clínicos relevantes, as reavaliações indicaram riscos e deiscência como desfechos desfavoráveis,

<sup>1</sup>Enfermeira dermatológica, Doutora em Enfermagem, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP), São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira obstétrica, Doutora em Ciências, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP), São Paulo, Brasil.

<sup>3</sup>Obstetriz, Hospital Materno-Infantil Francisco de Assis, Espírito Santo, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira obstétrica, Doutora em Enfermagem, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP), São Paulo, Brasil.

<sup>5</sup>Enfermeira obstétrica, Doutora em Enfermagem, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP), São Paulo, Brasil.

<sup>6</sup>Enfermeira obstétrica, Doutora em Enfermagem, Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH/USP), São Paulo, Brasil.

reforçando a importância do acompanhamento contínuo no pós-parto para permitir a detecção precoce de complicações e adequada recuperação perineal.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe and evaluate the clinical evolution of perineal trauma resulting from vaginal deliveries during the first 48 hours and between the 7<sup>th</sup> and 13<sup>th</sup> postpartum days, as well as to identify the home care practices intended by postpartum women after hospital discharge. **Materials and Methods:** Observational, descriptive study conducted with 115 postpartum women in a public maternity hospital. Data was collected from August 2019 to February 2020, and the study was carried out in three stages: review of medical records, administration of a questionnaire, and clinical evaluation of perineal trauma before and after discharge. Data was analyzed using descriptive statistics. **Results:** 63.4% were multiparous; 60% had first-degree lacerations, 30.4% had second-degree lacerations, and 9.5% underwent an episiotomy. The mean length of the lesions was 3.14 cm, and the width was 0.21 cm, with a predominance of mild exudate and edema. Knowledge regarding home care was insufficient. Post discharge evaluations were conducted in person in 5.2% of cases and via teleconsultation in 79.1%. Wound dehiscence was identified in 4.1% of cases. **Conclusion:** Although the initial evaluation revealed no relevant clinical signs, follow-up evaluations indicated risks and wound dehiscence as unfavorable outcomes, highlighting the importance of continuous postpartum care to enable early detection of complications and adequate perineal recovery.

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir y evaluar la evolución clínica de los traumatismos perineales derivados de partos vaginales en las primeras 48 horas y entre el 7° y el 13° día posparto, así como también identificar los cuidados domiciliarios que las puérperas pretendían realizar tras el alta. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo, realizado con 115 puérperas en una maternidad pública. La recolección de datos, entre agosto de 2019 y febrero de 2020, se llevó a cabo en tres etapas: revisión de historias clínicas, aplicación de cuestionario y evaluación clínica de los traumatismos perineales antes y después del alta. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** El 63,4% eran multíparas; el 60% presentó laceraciones de primer grado, el 30,4% de segundo grado y el 9,5% fue sometida a episiotomía. La longitud media de las lesiones fue de 3,14 cm y el ancho de 0,21 cm, con predominio de exudado y edema leves. El conocimiento sobre cuidados domiciliarios fue insuficiente. La evaluación posalta se realizó de forma presencial en el 5,2% de los casos y mediante teleconsulta en el 79,1%. Se identificó dehiscencia de la sutura en el 4,1%. **Conclusión:** Aunque la evaluación inicial no evidenció signos clínicos relevantes, las reevaluaciones indicaron riesgos y dehiscencia como desenlaces desfavorables, lo que refuerza la importancia del seguimiento continuo en el posparto para la detección precoz de complicaciones y la adecuada recuperación perineal.

## INTRODUÇÃO

Os traumas perineais decorrentes de partos vaginais são eventos que ocorrem em escala global, com variações de incidência entre os diferentes países. Nas Américas, o trauma perineal reflete a transição dos modelos de assistência ao parto. No Brasil, 49,5% das mulheres sofrem lacerações espontâneas<sup>(1)</sup>, índice que chega a 58% no México em modelos convencionais<sup>(2)</sup>. Em contraste, o Chile demonstra que protocolos baseados em evidências reduzem lesões graves para apenas 1,5%<sup>(3)</sup>.

A região vulvo-perineal constitui uma área anatômica peculiar, com propriedades fisiológicas específicas relacionadas à hidratação,

ecologia microbiana, permeabilidade e fluxo sanguíneo<sup>(4)</sup>. Trata-se de uma região naturalmente exposta aos fluidos corporais - sudorese, secreções vaginais, sangue e urina - além de estar sujeita à fricção e oclusão de vestimentas e contato com produtos de higiene. Tais condições aumentam a suscetibilidade da pele e mucosa locais a afecções clínicas<sup>(5, 6)</sup>. O processo de reparação destes traumas perineais, portanto, ocorre em um ambiente desafiador, o que exige acompanhamento rigoroso.

A incidência precisa de infecções associadas a traumas perineais, bem como de outras complicações, como granulomas, hipergranulação, cicatrizes hipertróficas, queloides e ci-

catrizes inestéticas, permanece indeterminada. Essa lacuna deve-se, em parte, à fragmentação do cuidado no puerpério, período em que muitas mulheres recorrerem a diferentes serviços de saúde ou, em alguns casos, não buscam por atendimento profissional<sup>(7)</sup>.

Desfechos desfavoráveis associados a traumas perineais podem resultar em processos de cicatrização prolongados, necessidade de múltiplas consultas ambulatoriais, internações hospitalares e aumento da permanência hospitalar. Em casos mais graves, podem ser indicadas intervenções cirúrgicas, como desbridamentos, entre outras abordagens terapêuticas. Tais complicações implicam em custos significativos para o sistema de saúde e afetam negativamente a qualidade de vida das mulheres e de suas famílias, especialmente em um período sensível como o da maternidade<sup>(7, 8)</sup>.

As complicações das lacerações de primeiro e segundo grau e de episiotomias podem ser amplamente evitadas mediante uma gestão adequada dos cuidados iniciais, visto que essas feridas são consideradas de baixa complexidade<sup>(6-8)</sup>. O manejo inicial adequado, associado à oferta de orientações claras e acessíveis são fundamentais para favorecer a recuperação e prevenir desfechos indesejados. O monitoramento contínuo da ferida é igualmente essencial para a identificação precisa e oportuna de sinais e sintomas de infecção local<sup>(8)</sup>, bem como de outros eventos que demandem intervenções.

Os relatos de um estudo conduzido na Inglaterra que investigou as experiências de mulheres que desenvolveram infecções e deiscências em decorrência de lacerações espontâneas de segundo grau, evidenciaram insatisfação com a atenção pós-natal oferecida pelos profissionais de saúde e com a falta de informações fornecidas acerca dos cuidados com a região do períneo<sup>(9)</sup>. Essa situação, observada também em diversos contextos de atenção à saúde, demanda atenção urgente, considerando o elevado número de mulheres que sofrem danos teciduais no parto e enfrentam consequências físicas, psicológicas e sociais<sup>(10)</sup>.

Apesar da elevada prevalência de traumas perineais em partos vaginais, há escassez de estudos prospectivos que descrevam, de

forma sistemática, a evolução clínica dessas feridas. O primeiro estudo a documentar a progressão clínica de traumas perineais, com acompanhamento até a cicatrização completa, foi publicado em 2022. Nele, os pesquisadores monitoraram a redução do tamanho da ferida por meio de medições tridimensionais, utilizando um dispositivo a laser capaz de realizar varreduras da área afetada<sup>(11)</sup>.

Outro ponto de lacuna na literatura refere-se à falta de investigações sobre os cuidados locais e gerais associados à cicatrização dos traumas perineais e que extrapolam os aspectos da reparação por sutura.

Assim, este estudo mostra-se relevante para a Enfermagem ao ampliar o conhecimento sobre a evolução dos traumas perineais no puerpério e ao fornecer subsídios para formulação de ações educativas e protocolos assistenciais. Espera-se que os resultados possam contribuir para o aprimoramento da prática clínica da Enfermagem na promoção da saúde e na prevenção de complicações no período puerperal.

Considerando que o processo de cicatrização dos traumas perineais decorrentes do parto vaginal permanece, em grande parte, inexplorado na literatura e que toda lesão tecidual envolve riscos de complicações, o presente estudo teve como objetivos descrever e avaliar a evolução clínica dessas feridas nas primeiras 48 horas e entre o 7º e 13º dia pós-parto, bem como identificar os cuidados domiciliares com o períneo que seriam realizados pelas puérperas.

## MATERIAL E MÉTODO

**Tipo do estudo:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, realizado em mulheres puérperas, entre agosto de 2019 e fevereiro de 2020 em um hospital público municipal, localizado na região sul do município de São Paulo, com elevada demanda de partos e campo de atuação de estudantes de medicina, obstetrícia e enfermagem.

**Mostra:** Não foi possível determinar o número total de mulheres potencialmente elegíveis em uma seleção por conveniência. Assim, a amostra do estudo foi composta por 115 puérperas, com idade igual ou superior a dezoito anos, que

buscaram espontaneamente atendimento para o parto no referido serviço.

Os critérios de inclusão foram: ter tido gestação a termo, parto vaginal conduzido por profissional, com ocorrência de trauma perineal intraparto, espontâneo ou intencional. Foram excluídas mulheres que tiveram partos gemelares, apresentaram traumas perineais de terceiro ou quarto grau ou apresentaram intercorrências clínicas durante a internação.

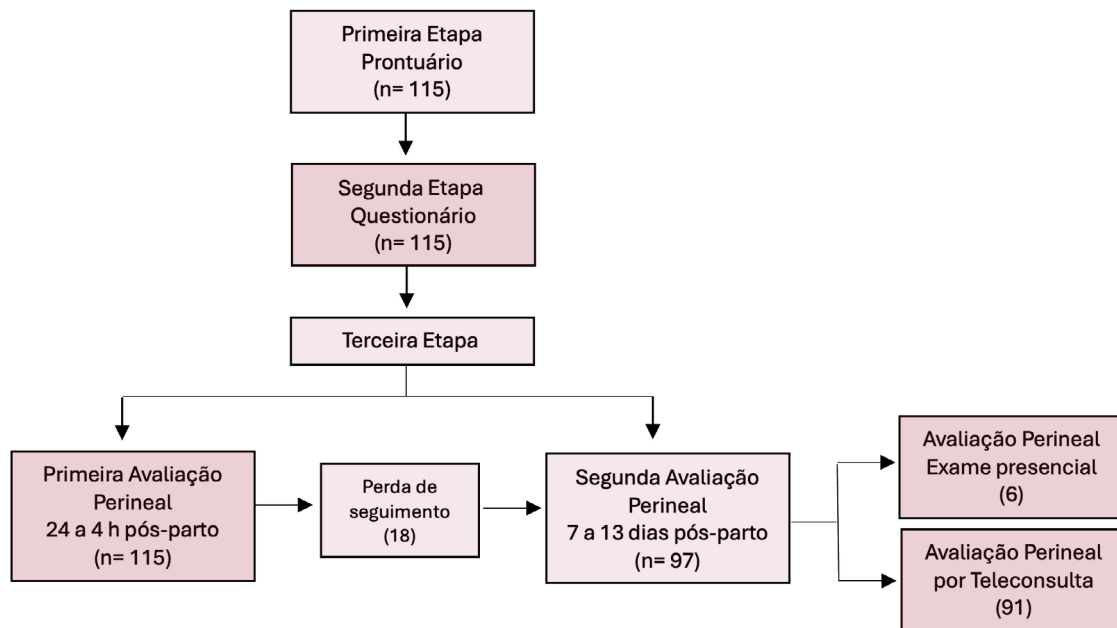
**Coleta de dados:** Foi estruturada em três etapas: 1) Consistiu na obtenção das características sociodemográficas das puérperas e dados obstétricos, por meio de questionário estruturado. As informações referentes à tipificação do trauma atual e às condutas imediatas adotadas pela equipe de saúde foram obtidas nos prontuários. Os dados ausentes, decorrentes de registros incompletos, não foram recuperados junto às participantes, sendo considerados como perdas de informação. 2) Foi aplicado um questionário com objetivo de identificar os cuidados domiciliares relacionados ao trauma perineal que seriam realizados pelas puérperas. A aplicação foi realizada no hospital, em momento oportuno, considerando o bem-estar das mulheres. As respostas foram analisadas e, com base nas lacunas identificadas, foram oferecidas orientações individualizadas. Domínios considerados satisfatórios foram fortalecidos e, nesse processo, priorizou-se uma abordagem dialógico e horizontal. As participantes receberam um cartão informativo impresso, elaborado pela equipe de pesquisa em linguagem acessível, com o intuito de reforçar os cuidados necessários no domicílio. O conteúdo do material foi previamente validado junto à equipe assistencial do hospital, garantindo o alinhamento nas orientações. As recomendações foram embasadas cientificamente e abordaram os seguintes temas: autoinspeção da vulva; higienização das mãos e da região vulvar (produtos e frequência); troca de absorventes; uso de produtos e medicamentos tópicos; depilação; vestuário; alimentação e hidratação; prevenção da constipação; prática de atividade física; repouso; estratégias para alívio da dor;

retomada da atividade sexual e seguimento profissional. 3) Correspondeu à avaliação clínica do trauma perineal, realizada em dois momentos: entre 24 e 48 horas após o parto e entre o 7º e 13º dia. Para tanto, foi elaborado um instrumento específico a partir da adaptação de ferramentas sobre avaliação de feridas<sup>(12)</sup> e dos princípios da escala REEDA (*Redness, Oedema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*)<sup>(13, 14)</sup>.

Os parâmetros avaliados incluíram: número de traumas, localização, tamanho (comprimento e largura), presença de secreção (tipo e quantidade), edema, equimose, hematoma, sutura e dor. Todos esses parâmetros foram empregados na primeira avaliação, no período intra-hospitalar (24 a 48 horas), com todas as participantes. A verificação do tamanho foi possível realizar apenas nas participantes que compareceram ao serviço, entre 7º e 13º dia, para o retorno de acompanhamento, correspondendo a 5,2% da amostra.

Para a mensuração das feridas utilizou-se cateteres nasais de oxigênio número 8, estéreis e atóxicos, os quais eram posicionados sobre o dano tecidual em seu comprimento e largura e demarcados com caneta permanente. Posteriormente, os cateteres eram aproximados a uma régua graduada em centímetros (cm) para registro da medida. Optou-se pela mensuração linear com régua milimetrada por se tratar de um método simples, acessível, de baixo custo e amplamente utilizado na prática clínica. A intensidade da dor foi avaliada por meio de escala numérica, com variação de zero (ausência de dor) a dez (dor máxima referida).

Para a segunda avaliação, de acompanhamento, foram agendados retornos ambulatoriais. As puérperas foram incentivadas a comparecer às consultas, sendo disponibilizado espaço físico no serviço hospitalar. A confirmação da presença foi realizada por contato telefônico. Àquelas que não puderam comparecer, foi oferecida nova data e, em caso de nova ausência, avaliação por teleconsulta. Na Figura 1 está apresentado o fluxo de participantes nas diferentes etapas do estudo.



**Figura 1.** Fluxograma de etapas de puérperas submetidas a avaliação perineal no hospital público, São Paulo, Brasil, agosto 2019 a fevereiro 2020 (n=115).

Nas avaliações presenciais, realizou-se inspeção e palpação da região vulvar, além de nova mensuração das dimensões da ferida. Nas avaliações remotas, os mesmos aspectos clínicos foram investigados usando linguagem sem termos técnicos para facilitar a compreensão das participantes. As condições clínicas (hiperemia, edema, sangramento e secreção) foram referidas com base na autoinspeção. Nestas participantes não foi realizada aferição direta do tamanho da ferida.

Para minimizar possíveis vieses, as avaliações clínicas foram realizadas por pesquisadora treinada, utilizando instrumento padronizado, sendo a mensuração dos traumas realizada com régua milimetrada. Ademais, foram adotadas estratégias para maximizar a adesão das participantes ao retorno de acompanhamento, incluindo orientações antes da alta hospitalar, envio de mensagens e telefonemas.

**Análise dos dados:** Foi realizada por meio de estatística descritiva. As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas

e relativas, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por meio de média e desvio padrão, incluindo idade e dimensões das lesões (comprimento e largura).

**Aspectos éticos:** Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade e do hospital (2019 - CAAE: 04143318.2.3001.5452). Todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos foram respeitados, incluindo consentimento informado, confidencialidade, privacidade dos dados e instruções. A autorização das participantes foi concedida mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma via da puérpera.

## RESULTADOS

**Características sociodemográficas e obstétricas das mulheres puérperas:** As 115 mulheres participantes se autodeclararam do gênero feminino. A Tabela 1 mostra que a maioria tinha entre 18 e 25 anos (46,9%), raça parda (45,3%) e ensino médio (79,1%). Conforme os registros

dos prontuários, a maioria era multípara (63,4%), receberam cuidado pré-natal (100%), não foram submetidas a episiotomia (90,4%), tiveram lacerações de primeiro grau (60%) e a minoria (47,8%) relatou cicatrizes anteriores no períneo.

Foram realizadas episiotomias em 11 mulheres (9,6%), e uma participante também apresentou laceração. As justificativas para a decisão de

sutura ou não das lacerações de primeiro grau não constavam das anotações dos prontuários. Outros achados registrados incluíram anotações de controle compressivo de sangramento em 14,7% dos prontuários, de antibioticoterapia via endovenosa em 4,3% e de aplicações de compressas locais com gelo em 1,7%.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e obstétricas da gestação atual e prévias de puérperas. São Paulo. 2020 (n=115).

<b>Variáveis sociodemográficas e obstétricas</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
Idade	18-25	54	46,9
	26-35	45	39,1
	36-43	16	14,0
Raça	Branca	35	30,4
	Preta	27	23,4
	Parda	52	45,3
	Asiática	1	0,9
Escolaridade	Ensino fundamental	15	13,0
	Ensino médio	91	79,1
	Ensino superior	9	7,9
Paridade	Primíparas	42	36,6
	Multíparas	73	63,4
Cuidado Pré-natal	Sim	115	100,0
	Não	0	0,0
Trauma perineal	Episiotomia	11	9,6
	Laceração de Primeiro grau	69	60,0
	Laceração de Segundo grau	35	30,4
Sutura parto atual	Primeiro grau	52	45,2
	Segundo grau	35	30,4
	Episiorrafia	11	9,6
	Não suturadas	17	14,7
Presença de cicatriz vulvar em partos anteriores	Episiorrafia	46	40,0
	Sutura de lacerações	9	7,8
	Sem cicatrizes	60	52,1

**Cuidados domiciliares pretendidos pelas puérperas antes das orientações:** A maioria das puérperas pretendia utilizar no domicílio água e sabonete comum para higienização (84,3%) e realizar a higiene durante o banho (64,3%), cerca de um terço (37,3%) restringir a

alimentação e mais da metade (53,9%) retornar à atividade sexual após um mês. Outros cuidados foram menos mencionados como se observa na Tabela 2. Os alimentos relatados como de risco para a recuperação no puerpério incluíram carne suína, chocolate, ovos, peixes e abacaxi.

**Tabela 2.** Respostas das mulheres sobre cuidados domiciliares pretendidos e conhecimento dos sinais de complicações do trauma perineal. São Paulo. 2020 (n=115).

<b>Cuidados com o trauma perineal</b>		<b>f</b>	<b>%</b>
Produtos para limpeza	Água e sabonete comum	97	84,3
	Desconhece	12	10,4
	Uso de sabonete íntimo	2	1,7
	Uso de sabonete aroeira	2	1,7
	Antisséptico	2	1,7
Frequência da limpeza*	Durante o banho	74	64,3
	Após evacuar	53	46
	Desconhece	27	23,4
	Após urinar	18	15,6
	Nas trocas de absorventes e sempre que possível	3	2,6
Outros produtos tópicos	Anestésico local	6	5,2
	Pomada de antibiótico	3	2,6
	Não mencionados	106	92,1
Outros cuidados locais	Secagem do local	23	20,0
	Cautela no uso de papel higiênico	9	7,8
	Troca constante do absorvente	8	6,9
	Uso de vestimentas confortáveis	6	5,2
	Uso de lenço umedecido	2	1,7
	Não mencionados	67	58,2
Alimentação	Habitual	65	56,5
	Inclusão de restrição alimentar	43	37,3
	Inclusão de dieta enriquecida	7	6,0
Retorno a atividade sexual	Após 30 dias	62	53,9
	Desconhece	53	46,0
Conhecimento dos sinais de complicações	Desconhece	84	73,0
	Conhece pelo menos um sintoma	31	26,9

\*Mais de uma resposta por mulher

**Avaliações clínicas dos traumas perineais:** Na primeira avaliação clínica (24-48 horas pós-parto), foram identificados 159 traumas perineais, sendo 11 episiotomias e 148 lacerações espontâneas, com 25,2% das mulheres apresentando mais de uma injúria. As características estão resumidas na Tabela 3. Os comprimentos variaram de 1,1 a 7,0 cm (média 3,14; DP 1,51) e as larguras de 0,1 a 0,5 cm (média 0,21; DP 0,07). Quanto à dor, 62,6% relataram intensidade entre três e cinco, e 18,1% superior a seis.

A segunda avaliação, de acompanhamento, contou com a participação de 97 (84,3%) puérperas. Entre as perdas de seguimento, 15 (13%) mulheres não atenderam às chamadas

telefônicas ou às mensagens, duas (1,7%) forneceram números de telefone incorretos e uma foi impossibilitada de participar devido a um quadro depressivo. Dentre as respondentes, seis (6,1%) compareceram presencialmente para exame clínico, enquanto a maioria (93,8%) foi avaliada por teleconsulta. As principais justificativas apresentadas para a ausência na avaliação presencial incluíram: dificuldade de deslocamento até o hospital, respeito ao período de resguardo, ausência de complicações percebidas e necessidade de dedicar tempo aos cuidados com o recém-nascido e com outros filhos.

**Tabela 3.** Descrição dos traumas perineais 24 a 48 horas pós-parto, segundo número, localização, exsudato, edema, equimose, hematoma e tamanho. São Paulo. 2020 (n=115).

Variável		f	%
Número de traumas por mulher	Um	86	74,7
	Dois	26	22,6
	Três	2	1,7
	Quatro	1	0,8
Localização dos traumas*	Laceração anterior	118	74,2
	Laceração posterior	30	18,8
	Episiotomia - médio lateral direita	11	6,9
Presença de exsudato	Ausente/pouquíssimo	70	60,8
	Pouco	43	37,3
	Moderado	2	1,7
Presença de edema vulvar	Discreto (menos de 0,4cm da lesão)	94	81,7
	Moderado (de 0,5 a 1cm da lesão)	19	16,5
	Significativo (de 1,1 a 2cm da lesão)	2	1,7
Equimose	Ausente	92	80,0
	Presente	23	20,0
Hematoma	Ausente	106	92,1
	Presente	9	7,8
Comprimento*	até 2 cm	78	49,0
	> 2 - 4 cm	53	33,3
	> 4 - 6 cm	21	13,2
	> 6 - 8 cm	7	4,4
Largura*	até 0,2 cm	143	89,9
	> 0,2 - 0,5 cm	16	10,0

\*mais de um trauma por mulher

A maioria das mulheres (94,8%) afirmou ter seguido as orientações recebidas acerca dos cuidados com o trauma perineal.

Em relação às estratégias adotadas para alívio da dor, 18,5% relataram uso de analgésicos por via oral, 11,3% mencionaram a aplicação de compressas geladas (incluindo absorventes refrigerados), 4,1% mudança de posição ao sentar-se e 2% citaram repouso. Outras condutas foram mencionadas uma única vez, por diferentes participantes, são elas: uso de secador de cabelo no modo frio, aplicação de pomada de neomicina sobre sutura, banho

de assento com casca de cajueiro e banho de assento com pedra Hume.

A Tabela 4 apresenta as características dos traumas perineais, com base em avaliações presenciais e por telefone. Entre as 68 (74,7%) mulheres que realizaram autoexame, 20 (29,4%) relataram ao menos um sinal sugestivo de complicação, e 11,7% dois sinais. Das nove (7,8%) que apresentaram hematoma na primeira avaliação, nenhuma evoluiu com deiscência de sutura; apenas uma referiu secreção amarela em pequena quantidade e edema.

**Tabela 4.** Aspectos da avaliação clínica do trauma perineal em consulta presencial e teleconsulta no pós-parto, São Paulo, 2020 (n=97).

Avaliação clínica		Presencial (6)		Por teleconsulta (91)	
		f	%	f	%
Inspeção profissional	Sim	6	100,0	0	0,0
	Não	0	0,0	91	100,0
Autoinspeção da vulva	Sim	0	0,0	68	74,7
	Não	0	0,0	23	25,2
Presença de hiperemia	Sim	3	50,0	15	22,0
	Não	3	50,0	53	58,2
	Não inspecionado	0	0,0	23	25,2
Presença de edema	Sim	1	16,6	11	16,1
	Não	5	83,3	57	62,6
	Não inspecionado	0	0,0	23	25,2
Presença ou relato de sangramento	Sim	0	0,0	1	1,0
	Não	6	100,0	90	98,9
Presença ou relato de secreção	Sim	2	33,3	4	4,3
	Não	4	66,6	87	95,6
Presença ou relato de deiscência	Sim	1	16,6	3	3,2
	Não	5	83,3	88	96,7
Redução do tamanho da ferida por aferição	Sim	5	83,3	0	0,0
	Não	1	16,6	0	0,0
	Não aferido	0	0,0	91	100,0
Queixa de dor (valor escala 0-10)	0	2	33,3	25	27,4
	1-2	1	16,6	24	35,2
	3-4	2	33,3	30	44,1
	5-6	0	0,0	10	4,7
	7-8	1	16,6	2	2,9

Os motivos alegados pelas participantes que não realizaram o autoexame, 25,2%, foram: ausência de sintomas ou sinais de complicações, falta de tempo e receio em visualizar alterações na genitália.

Todas as participantes que apresentaram sinais indicativos de complicações foram orientadas a procurar atendimento em serviço de saúde para avaliação profissional, bem como informadas sobre os possíveis riscos de agravamento do quadro clínico.

## DISCUSSÃO

O perfil das participantes revelou dois aspectos positivos relacionados ao cuidado vulvar no pós-parto: todas tiveram acesso à educação formal e realizaram acompanhamento pré-natal. O relato de episiotomias em partos anteriores por mulheres múltiparas reflete a elevada prevalência desse procedimento no Brasil<sup>(1)</sup>.

A ausência de anotações nos prontuários sobre condutas relacionadas aos traumas perineais no intraparto impossibilitou discernir se as ações de cuidado foram, de fato, implementadas, porém não registradas, ou se não foram realizadas.

Constatou-se deficiências relevantes quanto ao conhecimento das participantes sobre os cuidados com o trauma perineal. Um número expressivo de mulheres demonstrou desconhecimento sobre a frequência, o momento e o produto indicado para higienização. Revisão recente destaca que é fundamental que as mulheres e os profissionais de saúde tenham acesso às melhores informações, baseadas em evidências, para orientar o tratamento de feridas perineais no pós-parto<sup>(15)</sup>.

As boas práticas para favorecer o processo cicatricial e prevenir infecções na ferida perineal incluem a lavagem da ferida, de maneira suave com água e sabonete, diariamente no banho e após as evacuações<sup>(16,17)</sup>. Recomenda-se o uso de sabonetes hipoalergênicos com pH acidificado, de modo a preservar a microbiota local<sup>(18)</sup>, bem como a troca do absorvente íntimo a cada quatro a seis horas, ou com maior frequência, em casos de eliminação intensa de lóquios<sup>(16)</sup>. Além disso, são medidas recomendadas a higiene íntima antes e após as relações sexuais<sup>(19)</sup>

e não utilização de lenços umedecidos, papéis higiênicos coloridos ou perfumados, devido ao risco de irritações vulvares acumulando novos comprometimentos teciduais<sup>(20)</sup>.

O uso de antissépticos e pomadas antimicrobianas, conforme relatado por participantes, é indicado apenas diante da presença de sinais clínicos de infecção local ou em situações com suspeita ou confirmação de biofilme na ferida. Na ausência dessas condições sua utilização não é recomendada<sup>(8)</sup>.

Verificou-se que poucas mulheres foram capazes de indicar cuidados pós-parto além das medidas básicas de higiene, e algumas relataram práticas não recomendadas pela literatura científica. A adequada cicatrização das lesões perineais depende de um conjunto de ações, entre as quais se destacam: prevenção de constipação para reduzir solicitação muscular, limitação inicial de atividades que exigem esforço físico e retorno progressivo as atividades cotidianas conforme evolução clínica da mulher<sup>(16)</sup>. Ademais, recomenda-se a não remoção dos pelos da região vulvar, uma vez que tal prática está associada ao aumento do risco de infecções e de novas lesões<sup>(18)</sup>. O uso de roupas íntimas e calças apertadas também deve ser evitado, por estar relacionado ao risco aumentado de infecções vaginais e ao desconforto local<sup>(21)</sup>.

Nenhuma participante mencionou a alimentação como parte dos cuidados no pós-parto, apesar de uma dieta rica em nutrientes ser fundamental para o processo de cicatrização<sup>(22)</sup>. Apenas uma minoria referiu intenção de melhorar a alimentação no puerpério, enquanto parcela significativa manteve restrições alimentares, possivelmente associadas a mitos e tabus culturais. Corroborando esses achados, um estudo japonês demonstrou que puérperas submetidas a intervenção dietética apresentaram melhora do estado nutricional aos seis meses pós-parto, em comparação ao grupo controle<sup>(23)</sup>.

Também se observou que parte das mulheres desconhecia o tempo recomendado para o retorno à atividade sexual. Uma revisão sistemática recente identificou que 57% retomam a atividade sexual precocemente no pós-parto, ou seja, antes das seis semanas geralmente

recomendadas. Contudo, a decisão do retorno é individual e influenciada por fatores como tipo de parto, aspectos culturais e condições de saúde materna e do bebê<sup>(24)</sup>.

Quanto ao reconhecimento de sinais de complicações na cicatrização perineal, predominou o desconhecimento entre as participantes. Tal fato representa um fator de risco para o agravamento do quadro clínico, uma vez que a não identificação precoce de alterações pode atrasar a tomada de decisão para medidas protetoras<sup>(16, 25)</sup>.

Na primeira avaliação perineal das lesões macroscópicas, observou-se que a maioria dos traumas perineais ocorreu na região posterior do períneo. Tal achado é consistente com os resultados de outra investigação que identificou esta região como a mais suscetível<sup>(26)</sup>.

Constatou-se que a maioria das lacerações espontâneas de primeiro grau foi suturada, apesar de critérios clínicos bem definidos para essa conduta. A decisão pode variar conforme características da lesão e fatores relacionados ao profissional. Evidências de ensaio clínico randomizado indicam que abordagens menos intervencionistas, como cola cirúrgica ou não sutura da pele, estão associadas à menor dor perineal, sem diferença no tempo de cicatrização<sup>(27)</sup>.

Sobre as avaliações iniciais (24-48 horas), observaram-se edema, equimose e exsudato com intensidade de leve a moderada, compatíveis com o puerpério imediato, sendo raras as manifestações mais intensas. A presença de hematoma visível, identificada em algumas mulheres, destacou-se como achado de maior gravidade devido ao risco de complicações, como hemorragia, dor intensa, febre, infecção e necrose tecidual<sup>(28)</sup>. Na segunda avaliação, esses sinais não foram mais observados nem relatados.

Em relação à dor, a maioria das mulheres referiu algum grau de desconforto no local do trauma perineal na primeira avaliação, com redução do sintoma na avaliação subsequente. Destaca-se que a intensificação da dor local pode indicar infecção<sup>(8, 16, 25)</sup>; no presente estudo, esse achado foi observado entre mulheres que apresentaram deiscência da sutura.

Na segunda avaliação a maioria das mulheres declarou ter seguido as orientações fornecidas

no momento da alta hospitalar; entretanto aproximadamente um quarto não realizou a inspeção da região vulvar com uso de espelho, conforme previamente recomendado. A ausência da inspeção pode comprometer a acurácia das informações fornecidas durante a consulta remota, uma vez que a não visualização direta da ferida perineal limita a identificação de sinais clínicos sutis. Dessa forma intercorrências locais de baixa intensidade podem ter passado despercebidas pelas mulheres, com potencial para agravamentos posteriores.

O autoexame da região perineal deve integrar as orientações de autocuidado e monitoramento, evidenciando a necessidade de ações educativas que promovam a autonomia das puérperas no reconhecimento de sinais de complicações<sup>(8)</sup>. Estudo recente demonstrou que o ensino do autoexame vulvar, realizado em consulta virtual para a detecção de problemas, possibilitou a identificação precoce de alterações e reduziu significativamente o tempo para avaliação (de 18 meses para sete dias), embora a adesão tenha sido limitada por barreiras psicossociais e logísticas<sup>(29)</sup>.

A presença de secreção e hiperemia, identificadas na avaliação presencial foi proporcionalmente mais frequente do que nas autoavaliações, possivelmente devido à maior habilidade dos profissionais em reconhecer esses sinais clínicos. Esse achado é consistente com estudo que aponta que o atraso no diagnóstico de infecções perineais pode estar relacionado à demora das mulheres em buscar atendimento, ressaltando que aquelas que apresentam mal-estar, desenvolvem pirexia no parto, percebem secreção significativa ou intensificação da dor, devem ser avaliadas com urgência por profissionais<sup>(9)</sup>.

A orientação das mulheres quanto às características dos traumas perineais e aos sinais desejáveis e indesejáveis do processo de cicatrização mostra-se essencial<sup>(8, 25)</sup>. Nessa perspectiva, estudo demonstrou redução significativa do escore *REEDA* entre puérperas que receberam orientações sobre sintomas de infecção<sup>(30)</sup>, reforçando o impacto das ações educativas nesse contexto. Assim, as mulheres devem ser incentivadas a realizar a inspeção diária da vulva, com o objetivo de acompanhar a evolução da

cicatrização e identificar precocemente sinais de complicação<sup>(8,16, 25)</sup>.

Além disso, é fundamental que as puérperas sejam encorajadas a comparecer às consultas de seguimento puerperal, especialmente na presença de alterações na ferida<sup>(16)</sup>.

As informações referentes ao tempo estimado para uma completa cicatrização devem ser transmitidas com cautela, visto que as evidências ainda são limitadas; admite-se, contudo, que feridas agudas tendem a cicatrizar em até quatro semanas<sup>(11)</sup>.

Nesta investigação, foi observada uma incidência de 4,0% de casos de deiscência. Uma revisão sistemática sobre infecção e deiscência em traumas perineais no pós-parto identificou variações nas taxas de infecção entre 0,1% e 23,6%, e de deiscência entre 0,21% e 24,6%. Os autores ressaltaram a heterogeneidade entre os estudos incluídos, quanto às características da população, local e critérios de avaliação dos desfechos, com períodos de acompanhamento que variaram de um dia a sete anos após o parto. Apesar da abordagem abrangente da revisão, não foi possível estabelecer estimativas precisas e definitivas da incidência desses eventos<sup>(7)</sup>.

Outro estudo avaliou a evolução da cicatrização de traumas perineais com deiscência, ressaltando que este desfecho pode ocorrer em até um quarto dos casos. Os resultados indicaram que 69,1% das feridas cicatrizaram em até quatro semanas após a primeira avaliação clínica, e 30,9% apresentaram colonização bacteriana significativa, detectada por meio de imagens de fluorescência bacteriana. Mulheres com área de ferida de <2,70 cm<sup>2</sup> tinham 50% de probabilidade de cicatrização de feridas em ≤4 semanas e com área de <1,60 cm<sup>2</sup> tinham 70% de probabilidade. Encontrou também que 47,1% das feridas fortemente colonizadas cicatrizaram em quatro semanas, em comparação com 78,9% das não colonizadas ( $p=0,03$ )<sup>(11)</sup>.

Embora a maioria das participantes desta pesquisa tenha relatado seguir as recomendações fornecidas, foram identificadas práticas não recomendadas, tais como: aplicação de pomada sobre a sutura, uso de secador na ferida, realização de banhos de assento com casca de cajueiro e utilização de pedra Hume. Em relação

ao uso tópico de produtos sobre feridas com cicatrização por primeira intenção, a literatura é enfática ao contraindicar a aplicação de cremes, pomadas ou loções, recomendando que essas feridas sejam mantidas secas<sup>(8, 31, 32)</sup>.

O uso de casca de cajueiro em banhos de assento, ainda é objeto de estudo quanto à sua eficácia. Já a pedra Hume, tradicionalmente reconhecida como elemento medicinal em algumas culturas, ilustra a influência de práticas populares no autocuidado durante o puerpério. Recomendações para alívio da dor local incluem a aplicação de compressas frias e o uso de analgésicos orais não opiáceos como primeira escolha<sup>(32)</sup>.

Os achados deste estudo permitiram traçar um diagnóstico situacional evidenciando o desconhecimento das participantes acerca dos cuidados seguros com o trauma perineal no pós-parto, fragilidades nas práticas de autocuidado mesmo após orientação profissional, sinais de possível atraso no processo de cicatrização, bem como casos de deiscência da sutura. Os dados reforçam a relevância do acompanhamento profissional contínuo na evolução dos traumas perineais como estratégia de prevenção e controle de desfechos desfavoráveis. Além disso, destacam a urgência na formulação e implementação de estratégias educativas que, além de informar, promovam o engajamento das mulheres na realização de cuidados seguros no puerpério. O estudo também evidenciou a dificuldade de adesão das puérperas aos retornos ambulatoriais, sinalizando a importância de fortalecer as visitas domiciliares como parte do acompanhamento pós-natal.

Uma limitação deste estudo refere-se à indisponibilidade de equipamento específico e de maior precisão para mensuração dos traumas perineais, o que pode ter influenciado a acurácia dos dados. Além disso, a inviabilidade de visitas domiciliares para participantes que não puderam comparecer ao serviço restringiu o acompanhamento de parte da amostra. Tais aspectos, aliados às características do contexto e da população investigada, limitam a generalização dos resultados, devendo ser considerados em futuras investigações.

## CONCLUSÃO

Nesta investigação observou-se, na primeira avaliação dos traumas perineais, que aproximadamente um quarto das participantes apresentava mais de uma ferida decorrente do parto, predominando aquelas localizadas na região posterior do períneo. Na maioria dos casos não foram identificados sinais clínicos relevantes de hiperemia, equimose ou edema nas primeiras 48 horas.

Na avaliação de acompanhamento do processo de cicatrização, constatou-se que a maioria das mulheres apresentou evolução favorável, sem intercorrências. No entanto, foram detectados sinais indicativos de risco, bem como ocorrência de deiscência de sutura, identificados tanto em consulta presencial quanto em atendimento por meio de contato telefônico.

As respostas fornecidas pelas puérperas sobre como cuidariam do trauma perineal no domicílio evidenciaram deficiências significativas no conhecimento sobre práticas seguras de manejo local e geral. Além disso, a maioria das participantes demonstrou desconhecimento sobre os sinais clínicos indicativos de complicações locais.

**Financiamento:** O estudo foi realizado com recursos próprios.

**Conflito de interesses:** Os autores declaram não existir conflito de interesses.

**Agradecimentos:** Agradecemos a direção do hospital e as participantes do estudo por sua valiosa colaboração.

## Participação dos autores

**Maristela Belletti Mutt Urasaki:** Concepção e planejamento do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão do manuscrito, aprovação da sua versão final, assessoria técnica e metodológica.

**Marlise de Oliveira Pimentel Lima:** Coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão do manuscrito, aprovação da sua versão final, assessoria técnica e metodológica.

**Liliane Naomi Okamoto:** Coleta de dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão do manuscrito, aprovação da sua versão final, assessoria técnica e metodológica.

**Roselane Gonçalves:** Análise e interpretação dos resultados, redação e revisão do manuscrito, aprovação da sua versão final, assessoria técnica e metodológica.

**Natalucia Matos Araújo:** Análise e interpretação dos resultados, redação e revisão do manuscrito, aprovação da sua versão final, assessoria técnica e metodológica.

**Rosemeire Sartori de Albuquerque:** Análise e interpretação dos resultados, redação e revisão do manuscrito, aprovação da sua versão final, assessoria técnica e metodológica.

**Declaração sobre uso de Inteligência Artificial (IA):** No desenvolvimento deste manuscrito, os autores utilizaram o ChatGPT (OpenAI, disponível em: <https://chat.openai.com/>) para revisão gramatical e aprimoramento da clareza textual. O resultado gerado por esta ferramenta foi revisado, validado e editado pelos autores, que assumem a responsabilidade pelo seu conteúdo.

## REFERÊNCIAS

1. Mamede L, Costa AC, Silva RS, Gama SG, Theme FMM. Prevalência e fatores associados à percepção da laceração perineal: estudo transversal com dados do Inquérito Nascer no Brasil. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2024 [citado 2026 mai 12]; 33: e2023621. Disponível em: 10.1590/S1679-49742024000100015.
2. Sánchez-Ávila MT, Galván-Caudillo M, Cantú-Pompa JJ, Vázquez-Romero N, Martínez-López JP, Matías-Barrios VM et al. Prevalence of high-grade perineal tear during labor in Mexican adolescents. *Colomb Med (Cali)* [Internet]. 2018 [citado 2026 mai 12]; 9(4): 261-4. Disponível em: <https://doi.org/10.25100/cm.v49i4.35153>.
3. Cavallari-Drey YE, Ortiz-Llorens M. Vertical posture and perineal tears in humanized childbirths. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2024 [citado 2026 mai 12]; 24: e20230244. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000244-en>
4. Farage MA, Maibach HI. *The vulva: Physiology and clinical management* [Internet]. 2nd ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2017 [citado 2024 nov 18]. Disponível em: <https://doi.org/10.1201/9781315113739>
5. Farage MA. Vulvar susceptibility to contact irritants and allergens: a review. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2005 [citado 2024 nov 18]; 272(2): 167-72. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00404-005-0732-4>

6. Van der Meijden WI, Boffa MJ, Ter Harmsel WA, Kirtschig G, Lewis FM, Moyal-Barracco M, et al. 2021 European guideline for the management of vulval conditions. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2022 [citado 2024 nov 18]; 36(7): 952–72. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.18102>
7. Jones K, Webb S, Manresa M, Hodgetts-Morton V, Morris RK. The incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019 [citado 2024 ago 22]; 240: 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.05.038>
8. International Wound Infection Institute (IWII). La infección de heridas en la práctica clínica [Internet]. *Wounds Int*. 2022 [citado 2024 nov 11]. Disponível em: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/05/IWII-CD-2022-web.pdf>
9. Wiseman O, Rafferty AM, Stockley J, Murrells T, Bick D. Infection and wound breakdown in spontaneous second-degree perineal tears: An exploratory mixed methods study. *Birth* [Internet]. 2019 [citado 2024 nov 11]; 46(1): 80-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/birt.12389>
10. O’Kelly SM, Moore ZE. Antenatal maternal education for improving postnatal perineal healing for women who have birthed in a hospital setting. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado 2024 oct 30]; 12: CD012258. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012258.pub2>
11. Okeahialam NA, Thakar R, Sultan AH. The clinical progression and wound healing rate of dehisced perineal tears healing by secondary intention: A prospective observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2022 [citado 2024 oct 30]; 274: 191–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.05.035>
12. Lima DCJ, Paes GO. Infection assessment tools for acute and chronic wounds: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2025 [citado 2026 mai 8]; 59: e20240392. Disponível em: <https://doi.org/doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0392en>
13. Goh HS, Lee CN, Tan V, Tang ML, Zhang H. The state of wound assessment tools in Singapore: an evaluation study. *Br J Nurs* [Internet]. 2022 [citado 2024 ago 22]; 31(12Suppl): S18-24. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.12.S18>
14. Davidson N. REEDA: evaluating postpartum healing. *J Nurse Midwifery* [Internet]. 1974 [citado 2024 ago 22]; 19(2): 6-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.1974.tb00384.x>
15. White C, Atchan M. Postpartum management of perineal injury: a critical narrative review of level 1 evidence. *Midwifery* [Internet]. 2022 [citado 2026 mai 7]; 112: 103410. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103410>
16. Queensland Clinical Guidelines. Perineal care. Guideline [Internet]. Queensland Health. No. MN18.30-V4-R23; 2020 [citado 2024 dez 10]. Disponível em: [https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0033/681507/g-perineal.pdf](https://www.health.qld.gov.au/___data/assets/pdf_file/0033/681507/g-perineal.pdf)
17. Kaur P, Kaur S, Kaur H. A review of practices related to genital hygiene and its awareness in women. *Panacea J Med Sci* [Internet]. 2021 [citado 2024 dez 10]; 11(3): 366–9. Disponível em: <https://www.ipinnovative.com/journal-article-file/15228>
18. Chen Y, Bruning E, Rubino J, Eder SE. Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: Global hygiene practices and product usage. *Women’s Health (Lond)* [Internet]. 2017 [citado 2024 dez 10]; 13(3): 58-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1745505717731011>
19. Kelčíková S, Mazúchová L, Kaisová L. Examining the determinants of intimate hygiene for young women with an emphasis on behavior related to risk of vulvovaginal infections. *Cent Eur J Nurs Midwifery* [Internet]. 2017 [citado 2024 dez 10]; 8(2): 641-9. Disponível em: <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2017.08.0013>
20. Edwards SK, Bates CM, Lewis FM, Grover D, Williams JD. 2014 UK national guideline on the management of vulval conditions. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2015 [citado 2024 dez 10]; 26(9): 611-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0956462414554271>
21. Rice A, Shawe J, Stephenson J. Vaginal discharge. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2016 [citado 2024 dez 10]; 26(11): 317-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2016.08.002>
22. Hill B, Mitchell A, Szydłowska A, Sparks C, Dunn H, Berry H. The role of nutrition in wound healing and implications for nursing practice. *Br J Nurs* [Internet]. 2025 [citado 2025 mar 12]; 34(4): S39-S42. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2024.0288>
23. Shiraishi M, Matsuzaki M, Tsunematsu R, Watanabe S, Kobayashi R, Haruna M. Effects of individual dietary intervention on nutrient intake in postpartum Japanese women: a randomized controlled trial. *Nutrients* [Internet]. 2021 [citado 2026 mai 7]; 13(9): 3272. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu13093272>
24. Abebe GK, Atalay YA, Yeshambel A, Adella GA, Walle BG, Zeleke LB, et al. Prevalence and factors associated with early resumption of sexual intercourse among postpartum women: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2024 [citado 2026 mai 7]; 19(1): e0288536. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288536>
25. Simon E-G, Laffon M. Maternal care after vaginal delivery and management of complications in

- immediate post-partum – Guidelines for clinical practice. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* [Internet]. 2015 [citado 2024 ago 22]; 44(10): 1101-10. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.024>
26. Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [citado 2024 nov 19]; 22(3): 402-8. Disponible em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/5415>
  27. Swenson CW, DeLancey JOL, Fenner DE. Randomized trial of 3 techniques of perineal skin closure during second-degree perineal laceration repair. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2019 [citado 2024 ago 19]; 64(5): 567-77. Disponible em: <https://doi.org/10.1111/jmwh.13020>
  28. Winkelman J, Murphy K, Booth C. Delayed presentation of a non-resorbing postpartum vulvar hematoma: a case report. *Case Rep Womens Health* [Internet]. 2023 [citado 2025 mar 12]; 38: e00518. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.crwh.2023.e00518>
  29. Selk A, Elangainesan P, Tannenbaum E, Wong K. “Check your vulva” – a patient education and virtual vulva care pilot project. *J Low Genit Tract Dis* [Internet]. 2023 Oct 1 [citado 2026 mai 7]; 27(4): 390-394. Disponible em: <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000770>
  30. Kurnaz D, Fişkin SG, Demirgöz BM. The effect of postpartum interventions on healing and pain in women with perineal trauma: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2025 [citado 2026 mai 7]; 162: 104976. Disponible em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104976>
  31. Morgan-Jones R, Bishay M, Costa ML, Khatri C, Ktistakis I, Panteli M, et al. Incision care and dressing selection in surgical incision wounds: Findings from an international meeting of surgeons from Eastern Europe. In: Consensus meeting report. *Wounds International* [Internet]. 2022 [citado 2024 nov 27]. Disponible em: <https://woundsinternational.com/wp-content/uploads/2023/02/a199acd06f4c1fb693713e0029df9551.pdf>
  32. Tomaz RGO, Brito APA, Riesco ML. Implementation of evidence-based practices in the perineal pain management in the postpartum period. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022 [citado 2024 ago 22]; 75(2). Disponible em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0084>

