

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TALITA FARAJ FARIA

**INCIDÊNCIA DE LESÕES DE PELE EM NEONATOS INTERNADOS NA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

BRASÍLIA-DF

2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TALITA FARAJ FARIA

**INCIDÊNCIA DE LESÕES DE PELE EM NEONATOS INTERNADOS NA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, como exigência parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Ivone Kamada

BRASÍLIA-DF

2015

TALITA FARAJ FARIA

INCIDÊNCIA DE LESÕES DE PELE EM NEONATOS INTERNADOS NA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de  
Brasília, como exigência parcial para a obtenção do grau  
de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 01 de julho de 2015.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivone Kamada  
Universidade de Brasília

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia da Silva  
Universidade de Brasília

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristine Alves Costa de Jesus  
Universidade de Brasília

## **Agradecimentos**

À minha mãe, Adriana, que sempre me guiou ao longo dos anos e me apoiou nas escolhas que fiz.

À minha avó, Solange, pelo incentivo e apoio durante toda a minha vida acadêmica.

À minha avó, Margarida (*In Memoriam*), pelos conselhos e por acreditar na minha capacidade intelectual.

Aos meus irmãos, Roberta, Guilherme e Júlia, por estarem sempre presentes em minha vida.

Ao meu namorado, Leonardo, pelo companheirismo, paciência e compreensão durante os momentos difíceis.

À minha orientadora, professora Ivone Kamada, pelas orientações dadas e por ajudar na construção deste trabalho, permitindo que muitas aspirações fossem possíveis.

Às professoras Ana Lúcia e Cristine, por aceitarem fazer parte da banca examinadora.

Às residentes de enfermagem em neonatologia e enfermeiras da UTI Neonatal do Hospital Materno Infantil de Brasília, pelo auxílio durante a execução deste trabalho.

E a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

Muito obrigada!

# **Incidência de lesões de pele em neonatos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

Talita Faraj Faria<sup>1</sup>

Ivone Kamada<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Discente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: talitafaraj@gmail.com

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: kamada@unb.br

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi descrever a incidência de lesões de pele em recém-nascidos internados em uma UTI Neonatal de um hospital público de Brasília, Distrito Federal, Brasil. Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado com 104 neonatos de setembro a dezembro de 2014. Dos neonatos estudados, 42 desenvolveram lesões de pele, totalizando 77 lesões, sendo as mais incidentes: dermatite de fralda (15,4%), edema (15,4%), eritema (13,5%) e infiltração (12,5%), seguidas de ulceração (5,7%) e equimose (4,8%) e descamação (3,8%). Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 21.0 e incluiu frequência absoluta e relativa, além de média e desvio padrão. Os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade da criação de protocolos e/ou utilização de instrumentos que visem a manutenção da integridade da pele do recém-nascido, podendo ser ferramentas úteis para identificar qualquer alteração no sistema tegumentar do neonato e assim prevenir ou diminuir sua incidência e suas consequências.

**Descritores:** Pele; Ferimentos e lesões; Recém-nascido; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

## INTRODUÇÃO

Para sobreviver após o nascimento, o bebê necessita que alguém seja responsável pelo seu cuidado, assegurando suas necessidades físicas e psicossociais, como higiene, alimentação, proteção, amor, segurança, valorização, entre outros<sup>(1)</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>(2)</sup> considera o período neonatal até 28 dias completos de vida extrauterina, sendo considerados recém-nascidos pré-termo (RNPT) todos aqueles que nascem com menos de 37 semanas completas de gestação; os recém-nascidos a termo (RNT) são aqueles que nascem com 37 a 42 semanas completas de gestação e, os que nascem com 42 semanas completas de gestação ou mais são classificados como pós-termo.

Os pacientes são classificados como críticos ou graves quando se encontram em risco iminente de morte ou de perda da função de órgãos/sistemas do corpo, assim como aqueles em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas aos processos que demandam cuidado imediato clínico, cirúrgico, gineco-obstétrico ou em saúde mental<sup>(3)</sup>. O recém-nascido (RN) internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal também é considerado um paciente grave e instável porque apresenta alterações, assim como os adultos, de uma ou várias de suas funções vitais (respiratória, cardíaca, neurológica, renal), alterações hemodinâmicas, alto risco de mortalidade (como os prematuros extremos), etc., requerendo intervenção profissional criteriosa e competente<sup>(4)</sup>.

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são então voltadas para o atendimento do RN grave ou com risco de morte, sendo assim considerados<sup>(5)</sup>: os RN de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO<sub>2</sub> maior que 30%; RN com idade gestacional menor que 30 semanas ou com peso de nascimento inferior a 1.000 gramas; RN que necessite de cirurgia de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; RN que necessitem de nutrição parenteral e RN críticos que necessitem de cuidados especializados, tais como: uso de cateter venoso central, uso de antibióticos para tratamento de infecções graves, drogas vasoativas, prostaglandina, transfusão de hemoderivados e uso de ventilação mecânica ou FiO<sub>2</sub> maior que 30%.

Comumente, a hospitalização de pacientes críticos tem como consequência o surgimento de lesões de pele, devido à fatores como sedação contínua, alteração do nível de consciência e da percepção sensorial, suporte ventilatório, instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória, imobilidade prolongada, gravidade da doença de base, entre outros<sup>(6)</sup>. De acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*<sup>(7)</sup>, os extremos de idade, umidade, radiação, substâncias químicas, fatores de desenvolvimento e imunológicos, circulação prejudicada, medicamentos, entre outros, também são considerados fatores de risco para o surgimento de lesões.

Segundo Rodrigues e Rodrigues<sup>(8)</sup>, lesões são alterações no sistema tegumentar provocadas

por causas físicas, químicas, biológicas ou psíquicas, através de mecanismos circulatórios, inflamatórios, metabólicos, degenerativos ou hiperplásicos. Podem ser classificadas como lesões por alteração da cor da pele (p.ex.: mancha hipocrômica), lesões por alterações vasculares (p.ex.: eritema, cianose), lesões de conteúdo sólido (p.ex.: pápula), lesões por alteração de espessura (p.ex.: ceratose, infiltração), lesões de conteúdo líquido (p.ex.: bolha, pústula), lesões por solução de continuidade (p.ex.: ulceração, escoriação), lesões caducas (p.ex.: escama, crosta) e sequelas (p.ex.: atrofia, cicatriz).

Ao nascer, a pele compõe 13% da superfície corporal e sua fragilidade representa risco para instabilidade térmica, aumento das necessidades hídricas, maior absorção transepidermica de substâncias, assim como maior colonização de microrganismos e infecção invasiva<sup>(9)</sup>. Aproximadamente 80% da morbidade e mortalidade dos neonatos estão relacionados a traumas ou alterações da função normal da pele, como consequência de sua imaturidade funcional associada ao manejo inadequado dos profissionais que prestam a assistência<sup>(9)</sup>.

A manutenção da integridade da pele durante o período crítico é fundamental, uma vez que a pele é uma barreira protetora dos órgãos internos e fatores como dermatites, queimaduras, úlceras, traumatismos, etc., podem prejudicar a função de proteção dessa membrana<sup>(10)</sup>. Os estudos de incidência e prevalência de lesões, a observação individualizada do RN, o conhecimento sobre as particularidades do sistema tegumentar dos neonatos, entre outros, possibilitam que seja determinada a extensão do problema nas Unidades de Saúde, sendo fator importante para a construção de estratégias de prevenção e direcionamento das intervenções. No caso da enfermagem em Neonatologia, o cuidado com a pele do RN tem se tornado uma preocupação, principalmente nas Unidades de Internação Neonatal.

Diante do exposto surgiram os seguintes questionamentos: Com que frequência surgem lesões de pele nos neonatos em condição crítica? Quais são as características das lesões de pele nos neonatos internados na UTIN? Quais são os fatores que estão associados ao surgimento das lesões? Considerando a pele frágil e os diversos procedimentos que os RN estão expostos quando internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, o presente trabalho objetivou estudar a ocorrência de lesões de pele em recém-nascidos internados na UTI Neonatal de um hospital público de Brasília, Distrito Federal, bem como identificar as características das lesões, além dos fatores associados ao seu surgimento.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo, de abordagem quantitativa que utilizou um instrumento adaptado<sup>(11)</sup>, visando a caracterização da população do estudo e a identificação das lesões de pele adquiridas durante a internação na UTIN, contendo duas partes: na primeira parte



foram levantados dados sociodemográficos e clínicos dos neonatos, assim como alguns dados maternos relevantes, por meio de análise dos prontuários; na segunda parte foram coletados dados referentes às lesões de pele adquiridas durante a internação e os fatores associados ao seu surgimento por meio da observação direta dos neonatos durante os procedimentos de rotina do setor, como higiene corporal, troca de fraldas, punções venosas e/ou arteriais, cateterizações, retiradas de fitas adesivas e eletrodos, entre outros, a fim de identificar alterações que poderiam surgir na pele e que seriam sugestivas de lesão.

Segundo Polit, Beck e Hungler<sup>(12)</sup>, o estudo prospectivo se inicia com o exame de uma causa presumida e prossegue até o efeito presumido. Para Creswell<sup>(13)</sup>, a pesquisa quantitativa é um meio utilizado para testar teorias objetivas, examinando a relação entre variáveis que, por sua vez, podem ser medidas por instrumentos, para que os dados numéricos possam ser analisados por procedimentos estatísticos.

O presente estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), no Distrito Federal (DF), sendo esta unidade referência no atendimento cirúrgico pediátrico, tanto ambulatorial quanto de urgência, além de ser referência em cirurgia pediátrica neonatal. O serviço de Neonatologia conta com a maior UTIN da Secretaria do Estado de Saúde do DF, com 46 leitos, sendo referência no atendimento da prematuridade extrema, malformação congênita, cardiopatia neonatal e recém-nascidos com necessidade de intervenção cirúrgica imediata.

De acordo com os dados estatísticos do Núcleo de Tecnologia da Informação do HMIB, no ano de 2013 foram internados 844 recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e, no segundo semestre de 2013 (de julho a dezembro) foram realizadas uma média de 422 internações. Baseado nos dados de 2013, foi realizada uma amostragem não probabilística por conveniência, composta por 104 recém-nascidos, independente de sua idade gestacional, que estiveram internados na UTIN do HMIB no período de setembro a dezembro de 2014. Este cálculo teve como base a fórmula para populações finitas de Rodrigues, presente no estudo de Fontenele<sup>(11)</sup>. Foi escolhida a variável “lesões de pele em recém nascidos”, com uma prevalência de 10%, cujo valor também foi obtido do estudo de Fontenele<sup>(11)</sup>. Consideramos um nível de significância de 5% que corresponde ao valor mínimo aceitável para a pesquisa de enfermagem ( $p=0,05$ ) e um erro amostral de 5%, pois quanto menor o erro amostral mais confiável são os resultados da pesquisa<sup>(11)</sup>.

A Fórmula aplicada foi:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 \times P \times Q \times N}{e^2(N-1) + t_{5\%}^2 \times P \times Q}$$

onde:

n = tamanho da amostra

t = valor da distribuição t de Student ( $t_{5\%} = 1,96$ )

P = prevalência de recém-nascidos com lesões de pele (P = 10% e Q = 90%)

N = tamanho da população (N = 422)

e = erro amostral (e = 5%)

Foram incluídos os recém-nascidos que tinham no máximo 28 dias de vida no momento da admissão e permaneceram internados por um período mínimo de 24h na UTIN. Foram excluídos da amostra os recém-nascidos que os representantes legais se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou retiraram o seu consentimento.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS) versão 21.0, sendo utilizada a dupla digitação para detecção precoce de erros na tabulação, facilitando a correção caso necessária. As variáveis categóricas foram descritas por meio de frequência absoluta e relativa e as variáveis quantitativas por meio da média e desvio padrão.

Cumprindo a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012<sup>(14)</sup> que versa sobre pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sendo aprovado no dia 08 de setembro de 2014 pelo parecer consubstanciado nº 781.809.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas, as pesquisadoras e as instituições envolvidas neste estudo se responsabilizaram por prestar assistência imediata e integral aos participantes da pesquisa caso estes viessem a sofrer danos e/ou complicações decorrentes do estudo, tendo sido ou não previstos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Comprometeram-se ainda a garantir que os danos previsíveis fossem evitados buscando, entre outros, que os benefícios esperados sempre prevalecessem sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis<sup>(14)</sup>. A coleta de dados foi iniciada somente após o recebimento do parecer favorável à sua execução.

Os representantes legais dos neonatos internados na UTIN foram convidados na própria instituição (HMIB), individualmente, em ambiente reservado, a autorizar a participação dos RN neste estudo. Na ocasião, foram explicados o objetivo do estudo, a metodologia e a importância da participação dos neonatos. O TCLE foi apresentado antes da coleta de dados, informando-os sobre a participação voluntária, o sigilo, o anonimato e o acesso aos resultados da pesquisa, além da garantia de exclusão do RN do estudo a qualquer momento, se assim desejassem, sem qualquer tipo de prejuízo. O TCLE foi entregue em duas vias e ambas foram assinadas, ficando uma cópia com os representantes legais dos neonatos e outra com as pesquisadoras.

## RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos recém-nascidos estudados revelou uma predominância do sexo feminino, caracterizando 55,8% da amostra estudada e os outros 44,2% dos RN eram do sexo masculino. Dos 104 recém-nascidos, 65,4% eram do DF, 25% eram das regiões do entorno do DF e 9,6% eram procedentes de outros Estados.

Em relação ao peso ao nascer, a maior parte da amostra tinha entre 1000 e 2499g (50%), 30,7% dos RN tinha entre 2500 e 4000g e apenas 19,3% tinha até 999g. Para Fontenele<sup>(11)</sup>, o peso é um parâmetro importante a se considerar quando se trata de lesões de pele, pois os RNPT apresentam pele frouxa e sem elasticidade, além de tecido subcutâneo imaturo, ocorrendo com frequência a instabilidade térmica, desidratação, entre outros, aumentando as chances de surgimento de lesões. A tabela 1 evidencia o perfil dos RN que compuseram a amostra.

Sobre o tipo de parto, 63,5% nasceram de parto cesáreo e 36,5% de parto normal. O índice de Apgar foi de 7 a 10 no primeiro minuto para 58,6% dos RN e também de 7 a 10 no quinto minuto para 90,3% deles. O índice de Apgar é um instrumento utilizado para avaliar a adaptação e a vitalidade dos neonatos logo após o nascimento, ainda na sala de parto, não devendo ser usada para definir a necessidade de reanimação do recém-nascido. Quando necessária, a reanimação deve ser iniciada antes mesmo de se completar o primeiro minuto do índice de Apgar<sup>(15)</sup>.

Tabela 1 - Distribuição dos recém-nascidos segundo as características ao nascer, Brasília-DF, 2014.

<b>Características</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Sexo</b>				
Masculino	46	44,2	-	-
Feminino	58	55,8		
<b>Peso ao nascer (g)</b>				
Até 999g	20	19,3		
De 1000 a 2499g	52	50,0	1,872	893
De 2500 a 4000g	32	30,7		
<b>Comprimento ao nascer (cm)</b>				
20 a 30 cm	3	2,9		
31 a 40 cm	49	47,1	41,3	5,8
41 a 54 cm	52	50,0		
<b>Tipo de parto</b>				
Normal	38	36,5	-	-
Cesárea	66	63,5		
<b>Apgar no 1º minuto</b>				
0 a 3	11	10,7		
4 a 6	32	30,7	6,53	2,10
7 a 10	61	58,6		
<b>Apgar no 5º minuto</b>				
0 a 3	2	1,9		
4 a 6	8	7,8	8,01	1,36
7 a 10	94	90,3		

Fonte: dados coletados dos prontuários dos RN; n = 104.

Neste estudo, 57,7% dos RN permaneceram internados na UTIN por um período inferior a 30 dias, 25% permaneceram internados entre 30 e 60 dias e 17,3% ficaram internados mais de 60 dias. Em relação aos diagnósticos médicos, 71 recém-nascidos eram prematuros (68,3%) e 33 eram recém-nascidos a termo (31,7%). Os prematuros podem apresentar diversas intercorrências graves que exigem cuidados especiais, dada às suas particularidades, representando assim a população mais atendida na UTIN. Uma dessas intercorrências é a predisposição para o surgimento de lesões de pele<sup>(11)</sup>.

Considerando as impressões diagnósticas, observou-se 72 casos (69,2%) de síndrome do desconforto respiratório (SDR). A síndrome do desconforto respiratório, também conhecida como doença da membrana hialina (DMH), caracteriza-se pelo colapso dos alvéolos pulmonares causado pela deficiência de surfactante, o que provoca um aumento da necessidade de oxigênio e estresse respiratório, reduzindo a perfusão dos pulmões. No RNPT, os pulmões são imaturos, tanto anatômica quanto fisiologicamente, sendo a incidência de SDR/DMH maior entre os prematuros de 32 semanas de gestação e peso de 1500g<sup>(15)</sup>.

A categoria “outros diagnósticos” apareceu em maior escala (89,4%), destacando-se entre eles a icterícia neonatal (25,9%), sepse precoce ou tardia (35,5%), cardiopatia congênita (28,8%) e malformações congênitas (15,3%). Entre as malformações congênitas, observou-se a gastrosquise e a onfalocele como as mais frequentes. Segundo Tamez<sup>(15)</sup>, estas duas malformações da parede abdominal estão relacionadas à deficiência de ácido fólico, mães com idade inferior a 20 anos, hipoxemia, uso de medicamentos (salicilatos, ibuprofeno, paracetamol e pseudoefedrina), uso de álcool e drogas. Alguns diagnósticos surgiram em menor porcentagem, como broncoaspiração de mecônio (1%), risco para hipoglicemia (2,9%), asfíxia perinatal (4,8%) e risco para infecção (4,8%), sendo este diagnóstico relacionado ao risco para infecções congênitas.

No que concerne às condutas terapêuticas, 60,6% dos RN ficaram acomodados em incubadora, 36,5% em berço aquecido e somente 2,9% em berço comum. Observou-se também a predominância da hidratação venosa (54,8%), uso de antibióticos (51%) e nutrição parenteral (49%). Em seguida teve-se o uso da ventilação mecânica (27,9%), fototerapia (26%), *Continue Positive Airway Pressure* (15,4%), oxi-hood (11,5%) e O<sub>2</sub> circulante (10,6%). Patologias que dificultam a mudança de decúbito, múltiplos cateteres (venosos ou arteriais), feridas cirúrgicas, estomias, ventilação mecânica, medicações vasopressoras, entre outros, são considerados fatores de risco para o surgimento de lesões de pele, principalmente no RNPT<sup>(15)</sup>.

Em relação aos dados maternos, a tabela 2 evidencia o perfil sociodemográfico e obstétrico das mães dos RN que compuseram a amostra. Houve predomínio de mães com idade entre 20 e 28 anos (41,3%), com média de 27,14 e desvio padrão de  $\pm 6,777$ . Sobre os dados obstétricos, 40,3% das mães eram primigestas, com média de 2,40 e desvio padrão de  $\pm 1,704$ . A maioria das mulheres

eram primíparas (43,3%), seguido das secundíparas (29,8%), com média de 2,04 e desvio padrão de  $\pm 1,190$ .

O número de mulheres que realizaram de zero a cinco consultas pré-natais foi considerável, compondo 55,7% da amostra estudada, sendo que entre estas, 15 mães não tiveram nenhum acompanhamento durante a gestação. O acompanhamento pré-natal assegura o desenvolvimento gestacional, além de escuta qualificada que aborda questões psicossociais e ações educativas e preventivas. Segundo a OMS<sup>(16)</sup>, a realização de seis consultas pré-natais ou mais seriam o número adequado, entretanto, para o Ministério da Saúde, o número ideal de consultas ainda é controverso.

Tabela 2 – Distribuição das mães dos RN segundo os dados obtidos pela análise dos prontuários, Brasília-DF, 2014.

<b>Variáveis Maternas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Faixa Etária (anos)</b>				
14 a 19	17	16,3		
20 a 28	43	41,3		
29 a 34	30	28,8	27,14	6,777
35 a 42	14	13,5		
<b>Nº de gestações</b>				
1	42	40,3		
2	21	20,2		
3	21	20,2	2,40	1,704
4	9	8,6		
5	7	6,7		
acima de 5	4	4,0		
<b>Nº de partos</b>				
1	45	43,3		
2	31	29,8		
3	12	11,5	2,04	1,190
4	11	10,6		
5	5	4,8		
<b>Nº de abortos</b>				
0	76	73,1		
1	19	18,3		
2	5	4,8		
3	2	1,9	0,42	0,878
4	1	1,0		
5	1	1,0		
<b>Nº de consultas pré-natal</b>				
0 a 5	58	55,7		
6 a 10	38	36,6	5,34	3,769
11 a 18	8	7,7		

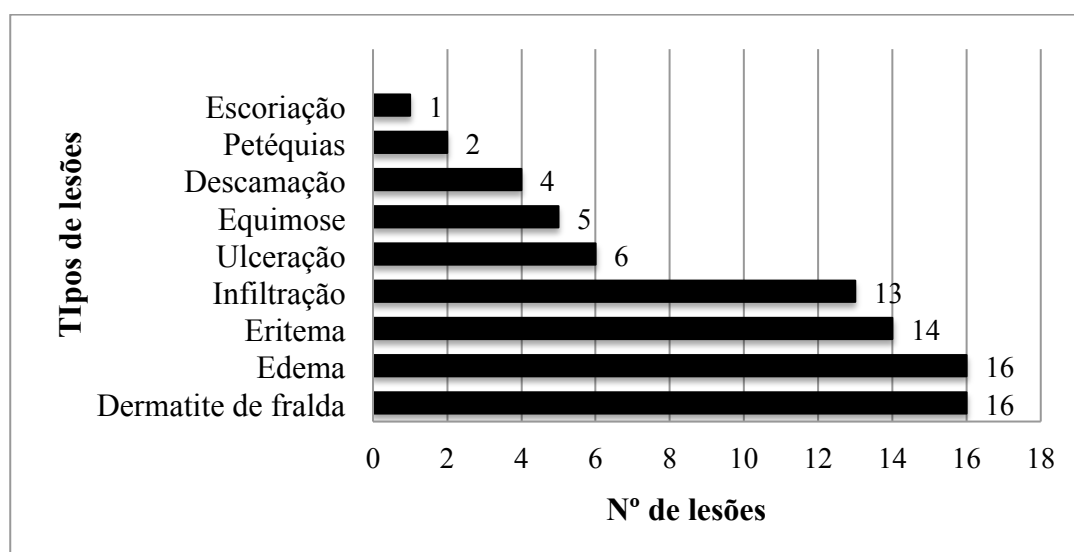
Fonte: dados coletados pelas autoras; n = 104.

De acordo com Fontenele<sup>(11)</sup>, as variáveis maternas apresentadas na tabela 2 são dados relevantes e podem influenciar no desenvolvimento fetal, podendo ser também indicadores de

nascimento saudável ou não. Assim sendo, o nascimento saudável diminui as chances do neonato desenvolver lesões de pele.

Sobre a ocorrência de lesões de pele, 42 neonatos que estiveram internados na UTIN apresentaram lesões (40,4% da amostra), sendo que alguns deles desenvolveram mais de uma lesão durante a coleta de dados, totalizando 77 lesões de pele. As lesões mais frequentes foram dermatite de fralda (15,4%), edema (15,4%), eritema (13,5%) e infiltração (12,5%), seguidas de ulceração (5,7%), equimose (4,8%) e descamação (3,8%). Das ulcerações, quatro surgiram pelo uso do *Continue Positive Airway Pressure* (CPAP) e duas foram classificadas como úlcera por pressão categoria I e II. A figura 1 ilustra o número e os tipos de lesões encontradas durante a coleta de dados.

Figura 1 – Classificação das lesões de pele dos neonatos, Brasília-DF, 2014.



Fonte: dados coletados pelas autoras; n = 42.

Considerando o provável fator que ocasionou as lesões, 12,5% foram causadas por extravasamento de líquido, 7,7% por infecção, 7,7% por motivo indeterminado, 4,8% por punção venosa e/ou arterial e 20,2% ocorreram por outros motivos, como procedimentos cirúrgicos (para correção de gastrosquise, onfalocele ou mielomeningocele), contato com as eliminações (no caso das dermatites de fralda), uso do CPAP e pressão (no caso das ulcerações). Em relação à distribuição das lesões, 40,4% delas foram localizadas e apenas 1% foram disseminadas. A maioria das lesões surgiu no primeiro dia de vida do neonato, evidenciando os diversos procedimentos realizados nos RN, principalmente quando este é admitido na UTIN.

As regiões em que mais surgiram lesões de pele foram a perianal (16,3%), seguidas de membro superior direito e esquerdo (ambos com 8,7%), abdome (7,7%), face (5,8%), tórax (4,8%), membro inferior direito (4,8%), membro inferior esquerdo (3,8%), pescoço (1,9%) e outros locais (2,9%), como região occipital e cefálica.

De acordo com Tamez<sup>(15)</sup>, a pele do RN possui cinco funções principais: proteção física contra ações químicas, mecânicas e biológicas; regulação e manutenção da temperatura corporal; recepção de estímulos táteis, térmicos e dolorosos, devido às terminações receptoras dos nervos presentes na derme; propriedades imunológicas, uma vez que a pele produz uma substância ácida que forma uma camada com características bactericidas, a partir do 4º dia após o nascimento dos RN a termo; e renovação, produzindo constantemente novas células.

Neste contexto, percebe-se que o cuidado com a pele do RN é um componente crítico na assistência neonatal e deve ser motivo de preocupação para a equipe de enfermagem, uma vez que a pele íntegra constitui barreira contra agentes externos e protege as estruturas internas da criança, além de sinalizar os problemas ocasionados pela internação, como infecções e distúrbios metabólicos. Portanto, é necessário que o enfermeiro conheça as características do sistema tegumentar do RN, para avaliá-lo de maneira criteriosa e, assim, identificar os riscos relacionados às particularidades do neonato e à terapia escolhida, que são fatores importantes para o direcionamento das ações de enfermagem<sup>(17)</sup>.

## **DISCUSSÃO**

As práticas realizadas nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal incluem a realização de procedimentos invasivos, uso de soluções cutâneas para antissepsia, manutenção da temperatura e umidade do ambiente, posicionamento do recém-nascido, higiene corporal, fixação e/ou remoção de adesivos para aparelhos de monitorização hemodinâmica e suporte à vida, entre outros, predispondo os neonatos ao surgimento de lesões<sup>(18,19)</sup>.

O edema, assim como o eritema, a equimose e a infiltração estiveram associados, na maioria dos casos, ao extravasamento de líquidos, infecção do sítio de inserção do cateter venoso periférico e/ou central, além de infecção do sítio cirúrgico e à punção venosa e/ou arterial. Com frequência, neonatos criticamente doentes e prematuros necessitam de terapia intravenosa por um período superior a sete dias, o que compreende a utilização de medicamentos que irritam o endotélio vascular do RN, dificultando a manutenção do acesso venoso e aumentando os riscos de infiltração, extravasamento de líquidos e flebite, podendo levar a múltiplas punções durante a hospitalização<sup>(20)</sup>, tendo como consequência as lesões no sistema tegumentar.

As dermatites de fralda tiveram maior ocorrência neste estudo. Este tipo de lesão ocorre pelo contato da pele com a urina e fezes, o que faz com que a ureia seja convertida em amônia, tornando o pH da região mais alcalino. Acredita-se que o uso de antibióticos pode favorecer o surgimento de dermatites de fralda, pois estes medicamentos alteram a consistência das fezes<sup>(21)</sup>. Para prevenir sua ocorrência, a troca das fraldas deve ser realizada sempre que houver sujidade, utilizando-se pano macio ou algodão e água para limpeza da região perianal do RN, pois o uso de produtos químicos

pode causar irritação, principalmente nos prematuros extremos<sup>(15)</sup>.

As regiões em que mais surgiram lesões de pele neste estudo foram a perianal, membro superior direito e esquerdo, abdome, face, tórax, membro inferior direito e esquerdo, pescoço e outros locais como região occipital e cefálica. Em um estudo realizado com RN prematuros em Fortaleza, no Ceará, identificou-se que a área corporal de maior ocorrência de lesões foi a face, principalmente naqueles que nasceram entre 30 e 35 semanas, com peso inferior a 1.000g. Outros locais como fronte, membros superiores e inferiores, abdome, orelha e glúteo foram apontados também como regiões onde comumente surgem lesões durante a internação dos neonatos na UTIN<sup>(10,18)</sup>.

Cabe destacar o surgimento de úlceras por pressão, associadas ao uso do CPAP e em decorrência do posicionamento do RN em sua acomodação durante o período de internação. De acordo com o *European Pressure Ulcer Advisory Panel* e o *National Pressure Ulcer Advisory Panel*<sup>(22)</sup>, úlcera por pressão (UP) é uma lesão localizada na pele, tecido e/ou estrutura subjacente, geralmente sobre proeminência óssea, que resulta de pressão isolada ou combinada com cisalhamento. Os danos causados por dispositivos como cateteres, tubos de oxigênio, ventilação mecânica, entre outros, podem ocasionar úlceras em locais pouco habituais, como orelha, nariz e abdome<sup>(21)</sup>.

Um estudo realizado em uma Unidade Neonatal em Maceió<sup>(23)</sup> observou que todos os neonatos que utilizaram CPAP com pronga nasal por um período mínimo de dois dias tiveram lesões, sendo que em 19,7% destes RN as lesões foram classificadas como moderadas, ou seja, apresentaram sangramento ou sangramento e erosão. No presente estudo, os quatro neonatos que desenvolveram úlcera pelo uso do CPAP eram prematuros e também tiveram suas lesões classificadas como moderadas, apresentando sangramento e erosão na região nasal, corroborando os dados citados.

Os RN que desenvolveram úlcera por pressão na região occipital estavam acomodados em berço aquecido, sendo que um deles teve sua lesão classificada como UP categoria I (eritema não branqueável) e o outro teve sua lesão classificada como UP categoria II (perda parcial da espessura da pele), coincidindo com achados de outro estudo<sup>(24)</sup>. Para prevenção deste tipo de lesão é recomendada a mudança de decúbito dos neonatos a cada 2 a 3 horas, conforme sua estabilidade, além do uso de colchões de água ou de pele de carneiro sintética<sup>(4,15)</sup>.

Para Fontenele e Cardoso<sup>(18)</sup>, as lesões de pele, independente do tipo, localização e fator desencadeante, podem ocasionar infecção cruzada, aumento do tempo de internação, maior complexidade de atendimento e potencialização de alterações na saúde do neonato, não devendo ser analisadas isoladamente.

Neste sentido, é fundamental que além do conhecimento sobre as particularidades



anatômicas e fisiológicas da pele dos neonatos, os enfermeiros identifiquem os riscos para o surgimento de lesões, visando a melhora da qualidade da assistência e, conseqüentemente, tornando-a mais humanizada, reduzindo assim as complicações decorrentes das lesões, o tempo de hospitalização, a mortalidade, os custos para o tratamento, além de diminuir o sofrimento físico e emocional dos recém-nascidos em condições críticas e de seus familiares.

## **CONCLUSÃO**

Em síntese, investigou-se 104 neonatos, dos quais 40,4% desenvolveram lesões de pele no período da internação na UTIN, totalizando 77 lesões observadas durante a coleta de dados, considerando que alguns deles apresentaram mais de uma lesão. A maioria dos neonatos eram prematuros (68,3%) e 33,7% eram recém-nascidos a termo. A realização desta pesquisa permitiu a identificação das lesões de pele nos neonatos durante sua internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público de Brasília, Distrito Federal, bem como suas características e fatores associados.

Como limitação do estudo podemos referir a qualidade das anotações de enfermagem e a presença das pesquisadoras apenas no período vespertino na UTIN. A coleta de dados deste estudo se deu em duas partes, onde foram analisados os registros da equipe médica e de enfermagem por meio dos prontuários e a observação dos RN durante os procedimentos de rotina da Unidade Neonatal. Algumas lesões identificadas não estavam registradas nos prontuários dos neonatos, podendo acarretar em omissão de informações relevantes para a continuidade da assistência. Sugere-se conscientização da equipe de enfermagem sobre o registro fidedigno de informações relacionadas ao paciente durante sua hospitalização e atuação de pesquisadores em todos os turnos de funcionamento das UTIN em outros estudos, a fim de que se tenha um registro e uma observação mais fiel relacionada às lesões de pele.

Os resultados desta pesquisa evidenciam a necessidade da criação de protocolos e/ou utilização de instrumentos que visem a manutenção da integridade da pele do recém-nascido, avaliando-a criteriosamente, podendo ser ferramentas úteis para identificar qualquer alteração no sistema tegumentar do neonato e assim prevenir ou diminuir sua ocorrência e suas conseqüências.

Observou-se o número reduzido de estudos nacionais de incidência e prevalência de lesões de pele em neonatos internados nas UTI Neonatais. Assim sendo, espera-se que estudos mais detalhados sejam realizados nesta área e que os serviços destinados ao cuidado de recém-nascidos em estado crítico possam utilizar os dados apresentados por meio desta pesquisa para auxiliar no direcionamento das intervenções e no processo de tomada de decisões relacionadas à integridade cutânea e ao surgimento de lesões.

Os enfermeiros são os profissionais responsáveis por diversas ações essenciais para a prevenção e tratamento das lesões de pele. Estas ações devem ser individualizadas, embasadas em conhecimento científico e, principalmente, terem suas abordagens baseadas no trabalho em equipe integrado, além de acompanhamento intensivo dos recém-nascidos, a fim de evitar e/ou diminuir as lesões de pele nessa parcela da população durante sua internação nas Unidades Neonatais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Organização Mundial de Saúde. Assembleia Mundial de Saúde. Resoluções WHA20.19 e WHA43.24 de acordo com o artigo 23 da constituição da Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338 de 03 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338\\_03\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html).
4. Rolim KMC, Farias CPX, Marques LC, Magalhães FJ, Gurgel EPP, Caetano JA. Atuação da Enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, out/dez, 17(4): 544-9, 2009.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html)
6. Morton PG, Fontaine DK. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. Tradução: Aline Vecchi et al [reimpr.]. 9<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
7. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. *NANDA International*; Regina Machado Garcez (trad.). Porto Alegre: Artmed, 2012.
8. Rodrigues YT, Rodrigues PPB. Semiologia pediátrica. 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
9. Martins CP, Tapia CEV. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. Rev Bras Enferm., Brasília, set/out, 62(5): 778-83, 2009.
10. Fontenele FC, Pagliuca LMF, Cardoso MVLML. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. Esc Anna Nery (impr.), jul/set, 16(3): 480-85, 2012.
11. Fontenele FC. Lesões de pele em recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

12. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos em pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. São Paulo: Artmed, 2001.
13. Creswell JW. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. Tradução: Magda Lopes. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
15. Tamez RN. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
17. Nepomuceno LMR, Kurcgant P. Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP, 42(4): 665-72, 2008.
18. Fontenele FC, Cardoso MVLML. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. Rev Esc Enferm USP, 45(1): 130-7, 2011.
19. Martins CP, Tapia CEV. A pele do recém-nascido prematuro sob a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea. Rev Bras Enferm., Brasília, set/out, 62(5): 778-83, 2009.
20. Gomes ACR, Faria JCO, Silva CAG, Avelar AFM, Gamarra CJ, Rodrigues EC. Assessment of phlebitis, infiltration and extravasation events in neonates submitted to intravenous therapy. Esc Anna Nery (imp.), jul-set, 15(3): 472-479, 2011.
21. Santos, SV. Guia para prevenção e tratamento de lesões de pele em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma construção coletiva da equipe de enfermagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
22. European Pressure Ulcer Advisory Panel; National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington, DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009.
23. Nascimento RM, Ferreira ALC, Coutinho ACFP, Veríssimo RCSS. Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. Rev Latino-am Enfermagem, julho-agosto, 17(4), 2009.
24. Crozeta K, Stocco JGD, Danski MTR, Meier MJ. Úlceras por pressão em neonatos e crianças: perfil epidemiológico e clínico. Rev Min Enferm., abril-junho, 14(2):233-238, 2010.