

## LESÕES DE PELE EM RECÉM-NASCIDOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SKIN INJURIES IN NEWBORN CHILDREN IN THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT AND NURSING ASSISTANCE

LESIONES DE PIEL EM RECIÉN-NACIDOS EM LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL Y LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Verônica Resende Ferreira<sup>1</sup>  
Lélia Maria Madeira<sup>2</sup>

---

### RESUMO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica a respeito de lesões de pele causadas em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Neste artigo, são comentadas as atribuições e responsabilidades da equipe de enfermagem no cuidado aos recém-nascidos, bem como a necessidade do cuidado diferenciado. Constata-se a necessidade de protocolos e educação continuada para uma assistência de enfermagem de qualidade.

**Palavras-chave:** Pele-Lesões; Recém-Nascido; Cuidados de Enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Neonatal.

### SUMMARY

It is a bibliographical revision study of skin injuries to newborn children being treated in the neonatal intensive care unit. In this article, the nursing staff's attributions and responsibilities in taking care of newborn children, as well as the need for especial care are commented. The need for protocols and continued education for quality nursing assistance becomes evident.

**Key-words:** Skin Injuries; Newborn; Nursing Care; Intensive Care Units; Neonatal.

### RESUMEN

Se trata de un estudio de revisión bibliográfica sobre lesiones de piel en recién nacidos internados en unidades de terapia intensiva neonatal. En este artículo se comentan las atribuciones y responsabilidades del equipo de enfermería en el cuidado de los recién nacidos así como la necesidad de una atención diferenciada. Se observa que para que haya una asistencia de enfermería de calidad hacen falta tanto protocolos como una educación continua.

**Palabras clave:** Piel-Lesiones; Recién Nacido; Atención de Enfermería; Unidades de Terapia Intensiva; Neonatal.

---

<sup>1</sup> Enfermeira da Unidade Neonatal do Hospital Sofia Feldman; Especializanda em Neonatologia do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar da Escola de Enfermagem da UFMG

<sup>2</sup> Orientadora, Doutora em enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG; membro da Comissão Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Hospitalar; Enfermeira RT do Hospital Sofia Feldman.  
Endereço para correspondência: e-mail:

## I - Introdução

Trabalhando em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), temos identificado a ocorrência de várias lesões de pele nos recém-nascidos, infiltrações venosas, úlceras de decúbito, dermatites de fralda, entre outras, o que nos vem incomodando. Como enfermeiros, somos responsáveis pela assistência prestada por toda a equipe de enfermagem, uma vez que, de acordo com a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, sobre o exercício profissional, que estabelece em seu art. 11, item II, letra f, cabe ao enfermeiro “a prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem”<sup>(1)</sup>.

A Canadian Nurses' Association (CNA), citado por Murray e Atkinson<sup>(2)</sup>, afirma que:

“As enfermeiras dirigem seus esforços no sentido de promover, manter e recuperar a saúde, de prevenir a doença, de aliviar o sofrimento, procurando assegurar uma morte tranqüila, quando a vida não pode mais ser mantida.”

A enfermagem atua na manutenção, promoção, recuperação da saúde e também na assistência ao doente. O enfermeiro tem como foco principal o cuidado ao ser humano, e independentemente do estado de saúde do indivíduo, seu dever é satisfazer as necessidades de saúde da clientela.

A manutenção e promoção da saúde pode e deve ser praticada mesmo dentro de um serviço de terapia intensiva neonatal pois, como enfermeiros, devemos ensinar os cuidados prestados ao recém-nascido aos familiares, principalmente, às mães, que no futuro serão cuidadoras de seus filhos.

A recuperação da saúde, por meio da assistência ao doente, em geral representa a maior expectativa da população a respeito da enfermagem, pois, tradicionalmente, essa é a fase em que a maioria de nós atua e é também a que não se pode delegar a outras pessoas, nem mesmo aos familiares.

Segundo De Young, citado por Murray e Atkinson<sup>(2)</sup>, “a assistência de enfermagem consiste em cuidar e manter o bem-estar físico, emocional, social, espiritual e cultural de um indivíduo, de uma família ou comunidade”. Como podemos perceber, a enfermagem propõe a assistência holística ao ser humano, tentando satisfazer suas necessidades, nos aspectos individuais e coletivos.

A enfermagem vem sendo praticada desde os primórdios, no seio da comunidade tribal primitiva, expressando-se por meio do ato de cuidar. Porém, foi institucionalizada na Inglaterra no século XIX, através de Florence Nightingale, dando origem à enfermagem moderna. Os profissionais de enfermagem, por sua vez, foram buscando cada vez mais o conhecimento, voltando-se de maneira crítica e consciente para o desenvolvimento de teorias de enfermagem, enfatizando a visão holística do homem como ser biopsicossocial. Foi assim que a enfermagem se tornou ciência, pela instituição de práticas inovadoras, dando um salto de qualidade rumo ao exercício pleno e humanizado da profissão<sup>(3)</sup>.

Como profissão, a enfermagem tem avançado em diversos setores, principalmente na assistência neonatal - uma nova área - na qual a família está presente de forma

muito particular. Sabe-se que é preciso satisfazer as necessidades de um ser indefeso, o recém-nascido, que não pode expressá-las claramente, e que, além disso, deve estar atento às dúvidas e ansiedades de seus pais.

De acordo com o Código de Ética da Enfermagem, no capítulo III, art. 16, é dever da enfermagem “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”.<sup>(1)</sup> O recém-nascido está, obviamente, inserido nessa clientela. Esse dever reforça a preocupação anteriormente mencionada e que diz respeito às freqüentes lesões de pele que ocorrem nos recém-nascidos da UTI neonatal, onde atuamos como enfermeiras.

“Se o doente sente frio, apresenta-se febril, sofre desfalecimentos, sente-se mal após as refeições, ou ainda se apresenta úlceras de decúbito, geralmente não é devido à doença, mas à enfermagem”<sup>(4)</sup>.

Tal citação feita pela enfermeira precursora da enfermagem reforça a responsabilidade destes profissionais quanto aos cuidados e quanto à ocorrência de lesões de pele em nossos pequenos clientes. Considerando-se as necessidades assistenciais do recém-nascido pré-termo (RNPT) que mais tempo permanece na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, preocupa-nos sobremaneira a ocorrência de lesões de pele nesta clientela, desde dermatites de fralda até úlceras de decúbito, que, sem dúvida, estão diretamente relacionadas à assistência de enfermagem e às características do cliente presente na Unidade Neonatal. Sabe-se, entretanto, que alguns casos não podem ser evitados, mas podem ser minimizados.

Nesse sentido, o presente estudo se propõe :

a) estudar as lesões de pele mais comuns em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal, bem como suas possíveis causas;

b) discutir à luz da literatura, a atuação da equipe de enfermagem em relação a prevenção e tratamento das lesões de pele do recém-nascido (RN) internado em unidade de terapia intensiva neonatal.

A revisão sobre a problemática apresentada foi feita por meio de consultas ao acervo da Biblioteca Baeta Viana da Universidade Federal de Minas Gerais e de bancos de dados informatizados (Lilacs; Medline; Cochrane, entre outros), utilizando unitermos pertinentes ao tema e sem limitação do período das publicações.

## 2- A estrutura da pele do recém-nascido

A pele é um dos maiores órgãos, atingindo 16% do peso corporal e é formada por duas camadas: a epiderme que é a porção epitelial de origem ectodérmica, e a derme, porção conjuntiva de origem mesodérmica. A hipoderme não faz parte da pele, mas serve de suporte e união entre a pele e os órgãos subjacentes. O limite entre derme e epiderme não é regular, apresentando saliências e reentrâncias (papilas dérmicas) das duas camadas, aumentando a coesão entre elas. A epiderme tem pouca ou nenhuma substância extracelular. A camada epitelial da superfície, que está em contato com o ambiente externo, possui invaginações, produzindo as glândulas sudoríparas e os folículos pilosos, que têm a função de

proteger a pele contra ressecamento e fazem parte do mecanismo de termorregulação<sup>(5)</sup>.

A epiderme é subdividida em quatro camadas: a camada basal, constituída de células prismáticas ou cubóides repousando sobre a membrana basal que separa derme de epiderme. Essa camada possui intensa atividade mitótica, e é responsável pela reposição da pele; a camada espinhosa, chamada assim porque possui feixes de filamentos que mantêm a epiderme coesa; a camada granulosa, que é a camada em que as células possuem altas concentrações de queratina, que finalmente se transformam na camada córnea; e a camada córnea, que é composta por células altamente queratinizadas e sem núcleo e que funciona como impermeabilizante. A epiderme possui também as células de Langerhans, que são responsáveis pela resposta imunológica; as células de Merkel, que fazem sinapses com as células nervosas, sendo responsáveis pelo tato; e os melanócitos, produtores de melanina, substância que protege a pele dos raios ultravioleta. Acredita-se que a epiderme humana se renova a cada 20 a 30 dias<sup>(5)</sup>.

Stevens e Lowe<sup>(6)</sup> afirmam que a derme tem a função de sustentação e nutrição da epiderme, pois é nela que estão situadas as terminações nervosas, as glândulas sudoríparas, os vasos sanguíneos, o sistema de drenagem linfática, entre outros. A derme é rica em fatores de defesa e em fibroblastos, colágeno e elastina, que sustentam a pele.

A pele possui múltiplas funções: a camada córnea, que reveste a epiderme é formada basicamente de queratina, tem a função de proteger o organismo contra a perda de água por evaporação (dessecação), contra o atrito e também contra a invasão de microorganismos, já que possui linfócitos na derme e células apresentadoras de antígenos na epiderme. Através de vasos sanguíneos, glândulas, terminações nervosas, tecido adiposo, a pele promove a termorregulação do corpo. A melanina, pigmento armazenado na epiderme, protege contra raios ultravioleta. A pele participa, também, da formação de vitamina D<sub>3</sub> pela ação dos mesmos raios.

A pele do recém-nascido, ao nascimento, encontra-se recoberta por um induto, o vernix caseoso, composto de água, sebo, restos cutâneos (detritos) e razoável quantidade de estrógeno, admitindo que seja uma proteção contra lesões, prevenindo contra infecções, maceração pelo líquido amniótico e traumas, ajudando também no momento do parto, fazendo com que a criança fique mais escorregadia<sup>(7)</sup>.

A pele do recém-nascido, principalmente do RNPT, ainda não está totalmente formada, não constituindo, portanto, uma barreira efetiva. Isso justifica a necessidade de cuidados específicos.

### 3 - As particularidades na assistência ao recém-nascido

O cuidado de enfermagem ao RNPT tem de ser diferenciado do que se dispensa aos demais pacientes, já que suas necessidades são diferentes. Assistir ao RNPT implica conservar suas energias, sua integridade pessoal e social e sua integridade corporal<sup>(8)</sup>.

Sabe-se que o RN, em especial o RNPT, é um ser indefeso e que, nessa fase, requer cuidados especiais, em sua maioria da competência da enfermagem, considerando suas necessidades.

#### 3.1 - Manipulação mínima

Com os avanços tecnológicos, tem aumentado a sobrevida dos RNPT, porém tem-se notado alterações de comportamento durante o acompanhamento dessas crianças em serviços de follow-up.<sup>(9)</sup> Estudos feitos por Korones, citado por Tamez e Silva<sup>(10)</sup>, mostram que intra-útero o bebê está em sono profundo por 80% do tempo, o que lhe proporciona crescimento e desenvolvimento cerebral.

Com a quantidade exagerada de procedimentos invasivos, não permitimos que os recém-nascidos descansem o tempo desejado para o seu desenvolvimento neurológico. Em vista disso, serviços de terapia intensiva neonatal tem tentado manipular o RNPT em horários programados e em bloco, ou seja, toda a equipe se programa para fazer suas intervenções em um mesmo horário, para que a criança possa descansar um tempo maior.

#### 3.2 - Cuidados com o sistema sensorial

O ambiente intra-uterino é um local confortável, a criança está envolta por um líquido quentinho que a faz flutuar, sem iluminação direta, com sons diminuídos, filtrados pelo útero e pelo líquido amniótico.

Após o nascimento, o RN depara com procedimentos invasivos, que geram desconforto, dor e luz intensa, o que interfere no padrão dia e noite, muito importante para o desenvolvimento futuro, e sons ensurdecedores, que prejudicam o desenvolvimento da cóclea, ocasionando perda de audição.<sup>(10)</sup> Além disso, o RN é mantido, em geral, em posição desconfortável, que pode lhe causar dores musculares, já que sua musculatura não possui tônus adequado para que seja capaz de se manter em posição satisfatória. Todos esses estímulos agressivos podem causar hemorragia intra-ventricular. Assim, o posicionamento, a penumbra durante a noite e o silêncio ou diminuição do barulho dentro da unidade de terapia intensiva neonatal são essenciais para serem diminuídos os danos futuros decorrentes desses estímulos.

#### 3.3 - Termorregulação

Um ambiente térmico neutro “é aquele em que a produção de calor seja igual à perda, permitindo que o recém-nascido mantenha a temperatura corporal estável, utilizando uma quantidade mínima de calorias”.<sup>(10)</sup> A manutenção desse ambiente é importante para se evitar a hipotermia, que tem como conseqüências a vasoconstrição periférica, a acidose metabólica, a constrição de vasos pulmonares, o aumento do consumo de oxigênio, hipoglicemia, hipercalemia, azotemia e oligúria, chegando até à hipotensão, bradicardia, apnéia, hipoatividade, sucção débil, distensão abdominal e vômitos.<sup>(11)</sup> Já a hipertermia, por si só, tem como conseqüências a vasodilatação periférica, a acidose metabólica, que culminam com hipotensão, taquicardia, taquipnéia, hipoatividade, sucção débil e intolerância alimentar<sup>(10)</sup>.

### 3.4 - Sistema Imunológico

O recém-nascido, principalmente o recém-nascido pré-termo, tem o sistema imunológico ineficiente, cujos mecanismos de defesa celulares e humorais não funcionam de modo eficaz, prejudicados por barreiras físicas incompetentes, como a pele gelatinosa. Ele se torna alvo fácil para os microorganismos, que ocasionam, assim, infecções. Por isso, todo o cuidado com a pele e a higienização das mãos, a fim de diminuir o contato desse bebê com agentes bacterianos e fúngicos, é essencial para a sua sobrevivência.

### 3.5 - Cuidados com a pele

A pele do RN deve ser foco de cuidado especial, dada sua importância na manutenção e recuperação da saúde do mesmo. A epiderme e a hipoderme do recém-nascido são delgadas, há menos corneificação e a coesão intercelular é deficiente, provocando o aparecimento de exulceração e bolhas ao menor trauma<sup>(12)</sup>.

Estudos desenvolvidos com recém-nascidos prematuros mostraram que bebês com 37 semanas de idade gestacional ao nascer não apresentam absorção e/ou perda de líquidos significantes pela pele. Já recém-nascidos de 32 semanas têm absorção e grande perda de líquidos. Porém, com duas a quatro semanas de vida qualquer recém nascido, independentemente da idade gestacional, desenvolve a pele como uma barreira efetiva.<sup>(13 e 14)</sup> Entretanto, nos locais de lesões causadas por micropore, adesivos e eletrodos a pele de qualquer recém-nascido se comporta como a pele de RN com idade gestacional de 32 semanas, necessitando de atenção especial da enfermagem.

As lesões de pele em recém-nascidos servem frequentemente como porta de entrada para microorganismos, principalmente em RNs debilitados como os assistidos em unidade de terapia intensiva neonatal.

Mesmo sabendo que o recém-nascido pré-termo tem necessidades diferentes em relação aos cuidados com a pele, identificamos que há poucas publicações e que muitos serviços não têm, ainda, nenhum protocolo de cuidados com a pele dessa criança. Um quarto das UTI's não tem protocolos a esse respeito e, dentro de um mesmo serviço, há variações importantes nas orientações desse cuidados<sup>(15)</sup>.

#### 3.5.1 - Escaras

A escara, como definida por Ferreira<sup>(16)</sup> é a *crosta resultante da mortificação de tecido, devida a causas diversas (compressão ou traumatismos repetidos, cáusticos, queimaduras, etc.)*

Segundo Campedelli e Gaidzinski<sup>(17)</sup>, escara ou úlcera de decúbito é uma lesão cuja etiologia é bastante conhecida, pois é a isquemia dos tecidos causada pelas forças de compressão e cisalhamento na imobilidade do paciente, prejudicando o fluxo sanguíneo, provocando a trombose capilar e prejudicando a nutrição da região sob compressão. Sem fluxo sanguíneo adequado, as células morrem por falta de oxigênio e nutrição, podendo comprometer epiderme, derme, hipoderme, tecido muscular e até as aponeuroses.

Como se observa, na unidade neonatal, as escaras são frequentemente associadas, com o uso de sensores, infiltrações e gravidade do recém-nascido, entre outras causas.

A escara tem três fases de formação, segundo Campedelli; Gaidzinski<sup>(17)</sup>:

**a) eritema:** nesta primeira fase, aparece o eritema ou vermelhidão no local da pressão. Há vasodilatação e descarga de histamina nos capilares. É o mecanismo de defesa avisando que está havendo uma pressão excessiva sobre a rede capilar;

**b) edema local:** acúmulo de fluidos, rubor e calor. É a oclusão dos capilares cutâneos e o enfraquecimento subcutâneo. Ocorre, a seguir, formação de vesícula e pode haver rompimento da epiderme;

**c) anóxia dos tecidos:** estabelece de fato a isquemia e a necrose, decorrentes da trombose de arteríolas e estagnação da corrente circulatória.

De acordo com as mesmas autoras, alguns fatores predispõem o aparecimento de escaras ou úlceras de decúbito, tais como: pressão constante ou prolongada sobre as proeminências ósseas; imobilidade ou interferência na mobilidade ou na diminuição de movimentos; incontinência fecal ou urinária; longa permanência no leito; estado comatoso ou inconsciente; pele frágil, debilitada ou desvitalizada; umidade; circulação debilitada; emagrecimento ou vitalidade diminuída, assim como falta ou perda de gordura subcutânea; idade avançada; fricção; migalhas na cama ou rugas e dobras no lençol; falta de cuidado ao dar a comadre; condições precárias do paciente ou pacientes debilitados; carência proteica, nutrição deficiente ou desnutrição; qualidade da pele, devido à pobre absorção de vitamina C e proteínas; balanço nitrogenado negativo; anemia; infecções; febre prolongada; doenças cardíacas, nefrites, diabetes, tuberculose, doenças agudas, alcoolismo crônico, doença de Parkinson, artrite reumatóide; edema; obesidade e uso de instrumentos ortopédicos.

## 4 – A equipe de enfermagem e a prevenção de lesões de pele em recém-nascidos prematuros

Há dois anos, a UTI neonatal da Instituição em que atuamos possuía 10 leitos, dos quais dois eram de terapia intensiva, e os demais de cuidado intermediário. Contávamos com três auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico a cada 12 horas.

Nos últimos anos, na referida Instituição presenciamos uma rápida expansão do número de leitos de terapia intensiva neonatal, que por sua vez, demandou um aumento de profissionais, principalmente da equipe de enfermagem, estando hoje com 24 leitos de terapia intensiva e 26 de cuidados intermediários, contando com dezoito auxiliares de enfermagem, três enfermeiros, três médicos, dois fisioterapeutas a cada 12 horas. Compõem também a equipe três secretárias cobrindo o dia e cirurgia pediátrica de sobreaviso.

Levando em consideração o preconizado pelo Ministério da Saúde<sup>(18 e 19)</sup>, hoje temos um número adequado de profissionais dentro de nosso serviço de

neonatologia, uma vez que é recomendado para a assistência, um enfermeiro para cada 10 pacientes de terapia intensiva e um a dois pacientes para cada auxiliar ou técnico de enfermagem. Em cuidados intermediários devem ser cinco pacientes para cada auxiliar ou técnico de enfermagem.

O aumento do número de leitos em curto espaço de tempo e do número de crianças de alto risco passou a exigir uma assistência complexa prestada por uma equipe interprofissional capacitada e treinada em função das novas demandas da unidade. Entretanto, apesar da qualificação dos profissionais, em especial da equipe de enfermagem, muitas vezes a implementação de capacitação continuada fica a desejar. A alta taxa de ocupação associada à falta de disponibilidade dos funcionários fora do horário de trabalho, já que a maioria possui outro emprego, dificulta também o treinamento adequado da equipe. Além disso, outros fatores interferem no cuidado, prejudicando a qualidade da assistência de enfermagem aos recém-nascidos.

#### **4.1 – Educação Continuada Para o Ministério da Saúde<sup>(20)</sup>:**

“Os processos de educação continuada para os profissionais de saúde requerem certo grau de articulação, explorando suas potencialidades mútuas de objetivos e conteúdos. Além disso, educação continuada deve ser vista como processo educacional específico, pautado em metodologia que permita a análise da realidade e a oportunidade de construção de novas formas de atuar.”

Educação continuada foi definida pela Comissão Americana de Educação em Enfermagem, em 1975, como uma experiência de aprendizagem planejada, além de um programa básico de educação destinado a promover o desenvolvimento do conhecimento, habilidade e atitudes para a melhora da prática de enfermagem, melhorando assim o cuidado de saúde do público<sup>(21)</sup>. Um programa de educação continuada, segundo a citada comissão, deve ter os seguintes pontos:

- a) estimular a responsabilidade individual direcionada ao compromisso das enfermeiras, para sua aprendizagem continuada e aplicação na prática;
- b) avaliar continuamente as enfermeiras e responder às necessidades da educação continuada, tanto imediatas como a longo prazo;
- c) fornecer experiências de aprendizagem às enfermeiras, para aumentar a competência no desempenho de seu papel;
- d) manter a flexibilidade e responder às necessidades de aprendizagem da enfermeira, oferecendo uma variedade de abordagens educacionais;
- e) facilitar a incorporação da ciência de enfermagem à prática;
- f) fornecer conteúdo de enfermagem, experiência e competência requerida para adaptar-se às mudanças no sistema de prestação de cuidados de saúde;
- g) avaliar contínua e periodicamente a efetividade das ofertas de educação;
- h) fazer teste de conhecimento e competência de enfermagem em campo, que pode mais tarde ser incluído

em programas de produção ou de treinamento;

i) oferecer oportunidades para as enfermeiras que não estão na prática de se conscientizarem das mudanças na enfermagem e no cuidado de saúde.

Tais funções são apoiadas com a definição de educação de Freire<sup>(22)</sup>, que afirma:

*“Educação é um processo de diálogo e encontro, não somente de transmissão de fatos ou habilidades técnicas. Educação envolve os aprendizes na descoberta de seu trabalho e na sua visão do seu mundo de trabalho. É um processo dinâmico através do qual os aprendizes refletem criticamente sobre o problema. Quando os educadores engajam-se neste processo ele ou ela torna-se humilde e mais receptivo à sua própria aprendizagem.”*

Freire<sup>(22)</sup> também enfatiza que o trabalho do educador consiste não somente em fazer o uso de técnicas, mas também em auxiliar os aprendizes a transformarem o seu papel no trabalho e no mundo. Se conseguirmos atingir uma educação em serviço de acordo com essas diretrizes, com certeza melhoraremos - e muito - a assistência de enfermagem como um todo.

#### **4.2 – Estratégias de prevenção**

Algumas estratégias para minimizar e/ou prevenir lesões de pele em recém-nascidos, de acordo com a literatura consultada, serão abordadas com o intuito de melhorar o cuidado de enfermagem aos nossos pequeninos clientes.

Antes de abordarmos os vários tipos de lesões de pele causados ao RNPT, durante sua permanência na unidade de terapia intensiva neonatal, gostaríamos de retomar as implicações de tais lesões no processo de recuperação da criança e em seus familiares. Sem dúvida, tais lesões aumentam os estímulos dolorosos e o risco de infecção devido à destruição da pele. Sabe-se também que, futuramente, os problemas estéticos que tais crianças e seus familiares enfrentarão levarão, em alguns casos, à necessidade de recorrer a cirurgias plásticas. Para os familiares é bastante doloroso, pois já sofreram a desilusão de não ter uma criança linda e saudável, como desejado e ainda têm que lidar com problemas muitas vezes causados por negligência, imprudência ou imperícia daqueles em quem depositaram toda confiança com relação ao cuidado do filho.

Como já mencionado, cresceram a demanda e a gravidade da situação das crianças. Por isso, muitas vezes, não é suficiente o número de equipamentos, o que leva a enfermagem a improvisar, por exemplo, o uso de sensores de saturimetria de adulto, que machucam a pele das crianças. Mesmo considerando a necessidade de monitorização, observa-se que a utilização desses equipamentos pode causar malefícios à criança, devido à utilização inadequada. Deve-se fazer o rodízio dos sensores com maior frequência (2-4 horas) para evitar queimaduras, pois para melhor captarem a saturimetria a temperatura dos sensores pode chegar a 44° C<sup>(23)</sup>. Na tentativa de minimizar o dano causado aos RNs, tem-se colocado micropore para proteger a pele de RN a termo,

nos locais onde são colocados os sensores, e o filme adesivo transparente ou hidrocolóide, nos RNPT. Além disso, devem ser feitos a adequação e o rodízio dos sensores, de acordo com o preconizado pelos estudiosos.

Sabe-se que as lesões de pele são mais freqüentes com o aumento da gravidade da situação dos recém-nascidos. Estas, como já foi mencionado, têm vários fatores correlacionados, cabendo à equipe de enfermagem minimizá-los, de acordo com a possibilidade de cada cliente. Alguns cuidados devem ser tomados na UTIN para diminuir os riscos de lesões de pele no RN:

**a)** a criança deve ser mantida em perfeito estado de higiene, o que não é difícil, pois o RNPT não transpira em excesso e não possui eliminações abundantes;

**b)** os RNs, muitas vezes, não toleram manipulação excessiva. Por outro lado, a mudança de decúbito é necessária, considerando-se a pobreza de tecido subcutâneo e muscular e a sensibilidade de sua pele, além do comprometimento nutricional. Todos esses fatores aumentam a incidência de lesões e, por isso, devem ser avaliados o risco e o benefício de tal procedimento para cada cliente<sup>(6)</sup>;

**c)** as massagens de conforto também são viáveis, tendo dois benefícios: o conforto da criança ao ser tocada, não para um procedimento doloroso, mas para um toque de carinho, e ainda a hidratação de sua pele, por meio da utilização de um produto adequado, como, por exemplo, os Triglicérides de Cadeia Média (TCM). De acordo com Declair<sup>(24)</sup>, esse produto tem uma excelente absorção para uso tópico e forma uma película protetora, o que diminui a perda da sensibilidade dos RNPT extremos, previne escoriações devido à sua alta capacidade de hidratação e proporciona nutrição celular local;

**d)** a utilização do colchão caixa de ovo, que diminui a área de pressão, devido ao seu formato, e proporciona conforto, por ser mais macio que os colchões de berços aquecidos e as incubadoras;

Além disso, outras medidas podem ser implementadas. Com a ajuda de outros profissionais, como os fisioterapeutas, poderíamos executar a movimentação passiva do RN. Com a ajuda dos pediatras, poderíamos proporcionar uma alimentação mais adequada visando diminuir tais lesões.

As dermatites de fralda, freqüentes nos RN, em geral estão relacionadas com a limpeza do períneo, os intervalos de troca de fraldas, tipo e marca da fralda, entre outros. Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, a prática tem sido usar fraldas descartáveis para facilitar o cuidado e a aferição de diurese, conseqüentemente diminuindo manipulações da criança. As fraldas descartáveis propiciam ambiente favorável ao aparecimento de irritações de pele que, por sua vez, favorecem infecções secundárias como monilíase, devido à oclusão local associada à umidade constante e à maceração por retenção prolongada de urina e fezes.<sup>(25)</sup> Por isso, sugere-se a troca de fraldas com uma freqüência maior, a limpeza do períneo com água morna a cada troca, independentemente da presença de eliminações, além do uso de pomadas para assaduras quando necessário.

Outra causa importante de lesões é a infiltração de acessos venosos periféricos, com comprometimento de

pele e tecidos subjacentes, durante a infusão de drogas como bicarbonato, gluconato e alguns antibióticos, que são bastante lesivos à pele. Nesses casos, deve ser feito monitoramento criterioso.

Como se verifica, a prevenção de lesões de pele em RNs internados em UTI Neonatal, bem como a assistência a essas crianças, exige uma equipe de enfermagem bem preparada, capacitada e suficientemente sensibilizada acerca da importância desses agravos à saúde do recém-nascido, foco de nossa atenção.

## 5 - Considerações Finais

De acordo com autores estudados, constata-se que as lesões de pele em RNs internados em UTI Neonatal, em sua maioria, podem ser evitadas ou minimizadas com uma adequada assistência de enfermagem.

Se considerarmos o aspecto doloroso, esfoliante e desconfortável, o aspecto estético das retrações cicatríciais e o aumento da permanência desses clientes no hospital, cabe à equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) criar medidas efetivas para diminuir tais ocorrências, através de cuidados a esses recém-nascidos<sup>(26)</sup>.

Para a implementação de uma assistência com a qualidade desejada, faz-se necessária a elaboração de protocolos sobre o cuidado com a pele, próprios da unidade com conseqüente operacionalização de capacitação continuada da equipe. Junto à elaboração do protocolo, deve ser feita a capacitação dos profissionais, a fim de aprimorar sua atuação. Assim, aumentaremos a satisfação de nossos clientes, reduzindo seqüelas, custos e tempo de internação, além de estarmos melhorando como cuidadores e acompanhando o avanço da tecnologia dentro da neonatologia.

## 6 - Referências Bibliográficas

1. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Legislação e normas. Belo Horizonte: 2002.
2. Murray ME, Atkinson LD. Prática de enfermagem: fundamentos e ética. In: Murray ME, Atkinson LD. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985. p.11-27.
3. Giovanini T et al. História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter; 1995.
4. Nightingale F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez- ABEn – CEPEn; 1986.
5. Junqueira LC, Carneiro J. Pele e anexos. In: Junqueira LC, Carneiro J. Histologia básica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p.303-14.
6. Stevens A, Lowe JS. Pele e glândula mamária. In: Stevens A, Lowe JS. Histologia. São Paulo: Manole; 1995. p.348-68.
7. Alchorne MMA, Alchorne AOA. Dermatologia. In: Segre CAM, Armellini PA, Marino WT. RN. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 1995. p. 545-60.
8. Da Poian VRL. Alguns aspectos na manutenção da integridade corporal do recém-nascido pré-termo. Rev Gaúcha Enf, Porto Alegre, 1983 jul.; 4 (2): 126-36.
9. Lopes SMB, Lopes JMA. Follow UP do recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
10. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
11. Chatson K, Fant ME, Cloherty JP. Controle da temperatura. In: Cloherty J P, Stark AR. Manual de neonatologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. p.149-61.

12. Vilela MAC. Dermatoses no período neonatal. In: Marcondes E. *Pediatria básica*. São Paulo, Sarvier; 1985.p.1495-6.
13. Kalia YN et al. Development of skin barrier function in premature infants. *J Inv Dermatol* 1998 Ago; 111 (2): 320-6. [Citado em 2002 Maio 03] Disponível em: [com/das/'' http://home.mdconsult.com/das/journal/view/18707224/O/10363471?source=M](http://home.mdconsult.com/das/journal/view/18707224/O/10363471?source=M)
14. Harpin VA, Rutter N. Barrier properties of the newborn infant's skin. *J Pediatr* 1983 mar; 102 (3): 419-425. citado em 2002 May 03] Disponível em: <http://home.mdconsult.com/das/journal/view/18707224/O/6617638?source=M>
15. Munson KA et al. A survey of skin care practices for premature low birth weight infants. *Neonatal Network*; 1999 apr.; 18 (3):25-31.[ Citado em 2002 Maio 03] Disponível em: [http://home.mdconsult.com/das/journal/view/18707224/N/111433844? source=M1](http://home.mdconsult.com/das/journal/view/18707224/N/111433844?source=M1)
16. Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fonteira; 1986.
17. Campedelli MC, Gaidzinski RR. *Escara: problema na hospitalização*. São Paulo: Ática;1987..
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.091/GM de 25 de agosto de 1999. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.432 de 12 de agosto de 1998. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 13 ago. 1998. Seção I, p. 109-110.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Geral, Secretaria de Modernização e Recursos Humanos, A educação continuada de enfermeiros no Sistema Único de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1990. (Série I: Educação Continuada I)
21. Souza MBB. A gênese de educação continuada: em enfermagem e seu percurso histórico no HCRP-USP (1956-1986) [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;1993.
22. Freire P. *Education for critical consciousness*. New York: Seabury Press; 1973.
23. Luna ML, Martinez J, Weisman M.. Lesiones dermatologicas relacionadas com la moderna asistencia neonatal. *Rev Arg Dermatol*, Buenos Aires, 1985; 66: 223-9.
24. Declair V. Aplicação do triglicéridos de cadeia média (TCM) na prevenção de úlceras de Decúbito. *Rev Bras Enf*.1994 jan./mar., 47 (1): 27-30.
25. Kimura AF, Tsunehiro MA, Bonadio IC. Condições do sistema tegumentar do recém-nascido no primeiro retorno ao ambulatório após a alta hospitalar. *Revi Paul Enf* 1991 set./dez.; 10 (3): 96-102.
26. Comarú MN, Camargo CA. Um problema de enfermagem - as escaras de decúbito. *Rev Bras Enf* 1971; 24 (6): 96-106.