



PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Artigos Originais



Lesões de pele em bebês internados em uma unidade neonatal: estudo descritivo

Michelle Thais Migoto¹, Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza², Edilaine Giovanini Rossetto²

¹Hospital do Coração de Londrina

²Universidade Estadual de Londrina

RESUMO

Objetivo: identificar incidência e prevalência de lesões de pele em neonatos hospitalizados, bem como caracterizar as lesões levantadas.

Método: estudo longitudinal, observacional, quantitativo, realizado em unidade neonatal com acompanhamento diário, por meio de exame físico, de 40 recém-nascidos (RNs), durante setembro e outubro de 2011. Os dados foram tratados por estatística descritiva e inferencial.

Resultados e Discussão: identificadas 195 lesões, com média de cinco lesões por RN; incidência de 16%; prevalência de 58% e média de internação de 37,2 dias. A dermatite causada por fralda foi a lesão mais incidente, com índice de evolução para complicação em monilíase menor do que o evidenciado em outros estudos. Constatou-se significância estatística entre o uso de antifúngico nas dermatites causadas por fraldas e o tempo de tratamento.

Conclusões: necessidade de uma assistência preventiva de lesões que favoreça melhor qualidade de vida e desenvolvimento dos neonatos.

Palavras-Chave: tegumento comum; pele; recém-nascido; cuidados de enfermagem

INTRODUÇÃO

A lesão da pele é comum nos recém-nascidos prematuros (RNPT) que se encontram hospitalizados e logo no primeiro mês de vida cerca de 80% dessas crianças já sofreram alguma lesão na pele. Com isso, a função de proteção fica prejudicada e a lesão se torna porta de entrada para microorganismos, de modo que 25% dos prematuros e crianças com baixo peso desenvolvem sepse até o terceiro dia de vida⁽¹⁾.

A pele é um órgão sensorial que desempenha várias funções para a sobrevivência do organismo. A epiderme é a camada mais externa responsável pela homeostase de líquidos, proteção contra infecção, microorganismos e toxinas. Sobreposta a ela encontramos o estrato córneo que compreende uma camada bilaminar de lipídeos hidrofóbicos que permitem regulação da função de proteção da epiderme. No processo de embriogênese, sua formação se completa próxima à vigésima quarta semana de gestação em pequeno número de camadas e sua atividade funcional se torna madura próximo ao nascimento. Assim, a prematuridade associada à existência de lesões cutâneas prejudica o desempenho das funções tegumentares aumentando a permeabilidade e favorecendo a perda transdérmica. Por consequência, pode resultar em perda demasiada de peso, hipotensão, desequilíbrio hidroeletrólítico e infecções. Com o nascimento prematuro a pele fica em contato com meio extrauterino que é mais seco que o meio intrauterino, essa mudança estimula o seu amadurecimento, que pode ocorrer entre duas a quatro semanas ou se estender em até oito semanas de vida para os prematuros mais extremos⁽²⁾.

Por ser extremamente fina, a pele dos prematuros apresenta, com frequência, lesões por procedimentos durante a hospitalização. Considerando ainda a imaturidade imunológica dos prematuros, as lesões de pele promovem prejuízos à barreira cutânea, favorecendo a formação de portas de entrada para patógenos causando em infecção. Um estudo descritivo, realizado em um hospital geral identificou 768 tipos de infecções, sendo que 485 (63,2%) foram classificadas como infecção de origem hospitalar e dessas, 79

(16,3%) ocorreram na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Essa alta incidência de infecção ocorre devido aos indivíduos hospitalizados, principalmente em UTIN, estarem mais suscetíveis às infecções devido à exposição à maior variedade de microorganismos patogênicos e necessidade de diversos procedimentos invasivos para garantir sua vida⁽³⁾.

A lesão de pele pode provocar um sentimento hostil nos pais, por representar a dor e o sofrimento que seu filho vivencia durante a internação hospitalar e até mesmo dificultar a formação do vínculo com a criança. Saber tratar e prevenir lesões de pele compreende uma assistência de saúde humanizada. Cabe ao profissional da enfermagem investir nesse cuidado, mesmo porque a falta desse cuidado representa uma negligência profissional.

O desconhecimento da incidência e características das lesões de pele dificulta a padronização das condutas adotadas para o seu tratamento e prevenção, mediante a inexistência de um protocolo a ser seguido pela equipe de enfermagem e equipe médica. Cabe aos profissionais de saúde, principalmente à equipe de enfermagem, estar atentos para evitar ao máximo que a integridade da pele do RNPT seja prejudicada durante a manipulação e realização de cuidados.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo identificar a incidência e a prevalência de lesões de pele e caracterizar as mais comuns entre neonatos que permaneceram internados em uma unidade neonatal de um hospital universitário.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, de abordagem quantitativa, que estudou as lesões de pele de recém-nascidos (RNs) internados na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e UTIN de um hospital universitário. Foi aplicado um teste piloto em agosto de 2011 para adequações no instrumento e treinamento dos profissionais para a coleta de dados. Diariamente, durante os meses de setembro e outubro de 2011, as enfermeiras das unidades colheram os dados durante a prática do exame-físico. Foram

utilizados dois formulários: o primeiro possibilitou o registro do número de lesões de pele por pacientes e sua classificação em hematoma, equimose, infiltração, flebite, necrose, injúria nasal, lesão por adesivo, úlcera por pressão, granuloma umbilical, dermatite em região de fralda e dermatite por contato. Esses dados promoveram o preenchimento de um segundo instrumento, no qual se registrou a quantidade de pacientes atendidos no dia, o número de pacientes com lesão, o número de novas lesões identificadas no dia e a média de funcionários de enfermagem presente nos três turnos: diurno, vespertino e noturno.

As variáveis independentes estudadas foram: peso, idade corrigida, idade cronológica, setor e tempo de internação, medicações sistêmicas em uso (antibióticos e antifúngicos), evolução da lesão, tratamento de escolha e tempo de duração do diagnóstico até a resolução do problema de saúde.

As lesões foram classificadas conforme preconizado na literatura:

Equimose: lesão macular arredondada ou irregular de tamanho maior que 3mm. Sua coloração inicial é azul púrpura que esmaece para esverdeada, amarela e acastanhada, nesta ordem. Esta lesão surge como manifestação secundária do extravasamento de sangue que fica aprisionado na pele após trauma⁽⁴⁾.

Hematoma: acúmulo de sangue bem localizado fora do vaso sanguíneo, que forma um coágulo em qualquer tecido. Na pele fica aprisionado sob ela e por isso pode apresentar aspecto abaulado. É originado do trauma⁽⁴⁾.

Infiltração ou extravasamento: administração acidental de qualquer volume infundido por via venosa para o tecido adjacente, caracterizado por edema e hiperemia. Pode apresentar como complicação a lesão de pele quando o volume infundido for citotóxico⁽⁶⁾.

Flebite: processo inflamatório que resulta na formação de um cordão fibroso, ou seja, endurecimento da parede do vaso perceptível à palpação, devido ação mecânica, bacteriana ou química, apresentando dor, calor e rubor⁽⁵⁾.

Necrose tecidual: lesão irreversível da membrana celular, devido o comprometimento vascular do local que resulta em falta de suprimento sanguíneo e morte celular⁽⁵⁾.

Lesões nasais: causadas por uso de pronga nasal e que podem se apresentar em três estágios: leve com presença de hiperemia, moderada quando apresenta sangramento, e severa quando há formação de necrose e destruição parcial ou total do septo nasal⁽⁶⁾.

Lesão por adesivo: caracterizada por abrasão da pele, eritema e até ulcerações, provocadas pelo atrito na retirada do adesivo⁽⁵⁾.

Úlcera por pressão: lesão originada da isquemia dos tecidos moles em virtude da compressão e cisalhamento em proeminências ósseas. Com isso, o fluxo sanguíneo é prejudicado e ocorre isquemia local diminuindo a oferta de nutrição e oxigênio, resultando em morte celular⁽⁵⁾.

Granuloma umbilical: durante o processo de mumificação do coto umbilical pode ocorrer uma infecção por *Stafilococcus*. Caracteriza-se por eritema e endurecimento ao redor do coto, com presença ou não de secreção clara, serosa, sanguinolenta ou purulenta e odor fétido. Essa infecção favorece a formação de um tecido de granulação, com presença de secreção ou apenas umidade local⁽⁷⁾.

Dermatite em região de fralda: é a afecção cutânea mais prevalente. Caracteriza-se por eritema brilhante de aspecto envernizado, evoluindo para pele "apergaminhada". Pode haver pápulas eritematosas associadas a edema e descamação da pele. Presente nas nádegas, coxas, parte inferior do abdômen, púbis, grandes lábios e escroto com preservação das pregas cutâneas⁽⁸⁾.

Dermatite de contato: reação inflamatória cutânea, desencadeada por um agente externo, com formação de eczemas que são caracterizados por presença de eritema, vesículas, exsudação, pápulas, escamas, liquenificação, sendo muitas vezes semelhante à queimadura⁽⁹⁾.

Os fatores de risco associados ao favorecimento de incidência de lesões de pele nessa população foram: tempo de internação menor, igual ou maior que 15 dias; peso menor, igual ou maior que 1.500g; idade gestacional ao nascimento (IGN) até 31 semanas e seis dias ou 32 semanas ou mais.

Para associação ao tempo de duração da dermatite perineal se utilizaram os seguintes fatores: o peso, no momento do diagnóstico da lesão menor, igual ou maior que 1500g;

tipo de tratamento escolhido; idade gestacional corrigida (IGC) menor que 32 semanas, entre 32 semanas até 37 semanas e seis dias, e 38 semanas ou mais. Esses fatores foram determinados a partir da observação da assistência de enfermagem e revisão da literatura.

Foram incluídos no estudo todos os sujeitos que necessitaram de assistência em unidade neonatal após o parto e que apresentaram lesão de pele durante o período de coleta de dados. Foram excluídos os sujeitos que receberam alta da unidade em menos de 24 horas.

Para calcular a incidência e a prevalência de lesões de pele foi utilizada uma unidade de medida da assistência prestada: paciente-dia, a qual inclui, para os cálculos de morbidade, os usuários que necessitam da assistência de enfermagem nas 24 horas, excluindo o dia da alta hospitalar ou óbito. O dia da alta somente é computado quando há coincidência com o dia de internação, totalizando um dia. Neste estudo, contudo, receber alta no mesmo dia da internação foi um critério de exclusão⁽¹⁰⁾.

Para o cálculo de prevalência foi utilizado a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Total de pacientes acometidos por lesão de pele no período} \times 100}{\text{Total de paciente-dia com avaliação de risco para lesão de pele}}$$

Para o cálculo da incidência:

$$\frac{\text{Total de pacientes com nova lesão pele no período} \times 100}{\text{Total de paciente-dia no com avaliação de risco para lesão de pele}}$$

Os dados foram digitados no programa *Microsoft Office Excel*[®] 2007 e para aplicação do teste estatístico qui-quadrado foi utilizado o *software Statistic Package for Social Science-SPSS*[®] versão 15.0. Os pacientes foram acompanhados do momento da internação até a alta hospitalar e cada lesão foi classificada e descrita conforme a ordem cronológica de surgimento até o momento da remissão. Para cada lesão diagnosticada foi estabelecido um tratamento conforme a rotina da instituição.

Após o diagnóstico da presença da lesão e sua classificação, as pesquisadoras abordaram os responsáveis desses bebês, aos quais se solicitou autorização para inclusão de seu filho na pesquisa. Eles foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e dos direitos

de preservação do anonimato e possibilidade de saída em qualquer momento da pesquisa. Após o aceite da participação, o pai ou a mãe do sujeito assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, conforme parecer 246/10.

RESULTADOS

Dos 52 RNs que internaram nessas unidades durante o período da coleta de dados, 12 foram excluídos por terem recebido alta antes de 24 horas ou por não apresentarem nenhum tipo de lesão de pele. A amostra foi composta por 40 RN, 55% do sexo masculino, com peso entre 535 a 3440g, idade gestacional ao nascimento entre 23 semanas e três dias a 41 semanas e três dias, 51,8% das lesões foram identificadas em pacientes internados na UCI e 61,2% estavam acomodados em incubadoras aquecidas.

O período de internação variou de dois a 135 dias, com média de 37,2 dias e moda de 15 dias. Os períodos de internação mais longos foram de prematuros extremos que necessitaram de suporte intensivo prolongado e depois receberam alta para a UCI. O conjunto dos RNs apresentou um total de 195 lesões. A quantidade de lesão por RN variou de duas a 13, com média de cinco e moda de quatro lesões, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos recém-nascidos estudados em unidade neonatal de hospital universitário, segundo sexo, peso e idade gestacional ao nascimento, tempo de internação e total de lesões. Londrina-PR, 2011

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	19	47,5
Masculino	21	52,5
Peso de nascimento		
> 1500g	18	45,0
≤1500g	22	55,0
IG de nascimento		
> 32 semanas	18	45,0
≤ 32 semanas	22	55,0
Tempo de internação		
> 15 dias	8	20,0
≤15 dias	32	80,0
Total de lesões		
> 5 lesões	26	65,0
≤ 5 lesões	14	35,0

A incidência de lesões de pele variou de zero a 56%, apresentando uma média de 16% de novas lesões, ou seja, a cada 17 bebês internados nesta unidade três apresentaram uma nova lesão de pele. Para a prevalência houve uma variação entre 30 a 91%, com uma média de 58%, que equivale dizer que a cada 17 bebês internados 10 apresentaram algum tipo de lesão de pele.

A Tabela 2 demonstra o tipo de lesão e a média de sua duração em dias. Apesar de terem sido avaliados quanto à presença de úlcera por pressão, nenhum RN apresentou esse tipo de lesão durante o estudo.

Tabela 2 - Caracterização das lesões de pele quanto ao tipo e tempo de duração em recém-nascidos internados em unidade neonatal de hospital universitário. Londrina-PR, 2011

Tipo de lesão	N	%	Duração (em dias)
Dermatite por fraldas	58	29,7	5,8
Hematoma e equimose	48	24,7	9,9
Lesão por adesivo	19	9,8	4,7
Infiltração	18	9,2	2,2
Flebite	11	5,6	5,1
Lesão nasal	10	5,1	4,6
Granuloma umbilical	10	5,1	4,6
Incisão cirúrgica	10	5,2	10,6
Necrose	9	4,6	9,0
Dermatite de contato	2	1,0	2,0

O pesquisador ao diagnosticar uma nova lesão logo aplicava um tratamento conforme a rotina da instituição (Tabela 3). O uso do antifúngico foi indicado para as dermatites perineais que evoluíram para a infecção por fungos, representando 8,7% do total de lesões.

Tabela 3 - Terapêutica elegida para tratamento das lesões diagnosticadas em recém-nascidos internados em unidade neonatal de hospital universitário. Londrina-PR, 2011

Tratamento	Tipo de lesão	N	%
Nenhum	Hematoma e equimose	75	5,1
Ácidos graxos essenciais (AGE)	Lesão por adesivo, lesão nasal, dermatite perineal, lesão de continuidade e fissura	52	26,6
Antifúngico	Dermatite perineal infectada com fungos	17	8,7
Hidrocoloide	Necrose, prevenção de lesão em septo nasal, lesão por adesivo	17	8,7
Calor/seco	Flebite, dermatite perineal	14	7,2
Nitrato de prata	Granuloma umbilical	10	3,1
Agarol®	Usado empiricamente em infiltração de grande extensão	6	38,5
Creme de barreira para prevenção	Dermatite perineal de grande extensão	4	2,1
Total		195	100

A Tabela 4 apresenta a caracterização dos neonatos que apresentaram lesão além da média encontrada nesse estudo, que foi de cinco lesões. Os resultados do teste qui-quadrado para estudo das associações entre a prematuridade e o tempo de internação ($p=0,412$), o peso ($p=0,212$) e a idade gestacional ao nascimento ($p=0,0446$), não apresentaram significância estatística.

Tabela 4 - Caracterização dos recém-nascidos que apresentaram mais de cinco lesões durante internação em unidade neonatal de hospital universitário, segundo tempo de internação, peso e idade gestacional ao nascimento (IGN). Londrina-PR, 2011

Variáveis		cinco ou mais lesões			
		Sim	%	Não	%
Internação	< 15 dias	2	25,0	6	75,0
	≥ 15 dias	12	37,5	20	62,5
Peso	< 1500g	8	44,4	10	55,6
	≥ 1500g	6	27,2	16	72,8
IGN	< 32 semanas	7	38,8	11	61,2
	> 32 semanas	7	31,8	15	68,2

A lesão mais comum que necessitou de maior demanda de assistência de enfermagem no desenvolvimento do processo de trabalho foi à dermatite em região de fralda. Para

melhor compreende-la foi aplicado o teste estatístico qui-quadrado para encontrar associações entre a duração em dias e o tratamento elegido. O resultado indicou significância estatística ($p=0,014$) entre as variáveis analisadas. As dermatites tratadas com AGE tiveram duração menor quando comparadas às dermatites que apresentaram infecção e foram tratadas com antifúngico tópico.

Os resultados do teste qui-quadrado, realizado entre o tempo de duração da dermatite em região de fralda e as variáveis peso do RN ($p=0,100$) e idade corrigida no momento do diagnóstico ($p=0,666$), não apresentaram significância estatística.

As principais causas observadas, neste estudo, para o surgimento de lesões de pele nos RN se relacionaram aos: agentes medicamentosos: punção e terapia intravenosa ($n=82$ lesões; 42,1%). Os agentes não medicamentosos - uso do adesivo para fixação diretamente na pele, pronga nasal para suporte ventilatório, procedimento cirúrgico e sensor de oxímetro para monitorização - foram responsáveis por 36 lesões (18,4%). Em 77 lesões (39,5%) não foi possível identificar uma possível causa devida a falta desta informação nas anotações de enfermagem.

DISCUSSÃO

Nesse estudo foram diagnosticadas 195 lesões em um período de dois meses, em uma população de 40 RNs. Algumas lesões não foram avaliadas de imediato, sendo diagnosticadas entre 24 e 48h após o surgimento, devido à dificuldade em se manter os pesquisadores, ininterruptamente, dentro do serviço. Essa realidade impossibilitou a identificação do tipo de lesão com total precisão, já que a pele do RNPT é muito frágil e a evolução das lesões para a forma de necrose se dá rapidamente.

Em estudo realizado com 121 neonatos, foram identificadas 230 lesões, em aproximadamente cinco meses, com média de 1,9 lesões por paciente⁽⁹⁾. Outro estudo contabilizou 55 lesões em aproximadamente três meses em uma amostra de 36 RN, com média de 1,5 lesões por pacientes⁽¹¹⁾. Ambos os estudos apresentaram uma média de lesão por paciente inferior à encontrada nesta pesquisa, que foi de cinco lesões, apesar de coletarem dados por um período superior. Os neonatos estudados pelas referidas

pesquisas, foram os que necessitaram de internação hospitalar em UTI, o que sugere ser uma população de risco elevado para problemas de pele, necessitando de cuidados especializados. Essas informações confirmam a necessidade da criação de um programa de treinamento para a enfermagem visando a capacitação de toda a equipe para o cuidado com a pele e melhor qualidade do serviço de enfermagem⁽¹¹⁾. Os indicadores do presente estudo retratam uma alta incidência e prevalência de lesões de pele nessa população, evidenciando a necessidade de receber cuidados especializados com a pele. Essa realidade pode ser alcançada com a criação de protocolos para padronização de condutas e implementação de cuidados por meio da capacitação dos profissionais.

No presente estudo, durante a observação para coleta de dados, procurou-se identificar o agente causador da lesão, sendo os agentes medicamentosos os mais comuns (42,1%), seguido dos agentes não medicamentosos que abrange o adesivo, a pronga nasal e os procedimentos cirúrgicos (18,4%). Ambos apresentaram incidência maior em relação aos valores identificados em outros estudos^(9, 11).

Não foram identificadas, neste estudo, lesões classificadas como úlcera por pressão, possivelmente pela dinâmica do processo de trabalho do serviço que determina a mudança de decúbito rigorosamente a cada duas horas no momento da verificação dos sinais vitais.

Não obstante ao sensor de oxímetro ser considerado um agente causador de lesão, esta pesquisa não identificou nenhuma lesão originada pelo seu mau uso, provavelmente pelo rigoroso rodízio do local de monitoração a cada 2 horas e fixação adequada. Em corroboro, Nepuceno e Kurckant⁽⁹⁾, que também consideraram o oxímetro de pulso como fator de risco para lesão, também não encontraram nenhuma lesão relacionada ao seu mau uso. Os principais fatores de risco identificados por eles foram a terapia intravenosa (80,4%), que necessita da punção e infusão de volume provocando lesões do tipo equimose, hematoma, infiltrações, erosão e até erupção cutânea na região de fralda, possivelmente pela administração de antibioticoterapia e; o adesivo (1,7%), por lesionar a pele devido à forte adesão e dificuldade de remoção devido a fragilidade da pele⁽¹¹⁾.

Fontanele e Cardoso⁽¹¹⁾, por sua vez, detectaram o hematoma como a lesão mais incidente (46,0%) e não descreveram nenhuma dermatite por fraldas, diferente do constatado neste estudo, que identificou essa lesão como a mais frequente (n=58; 29,7%). Em segundo lugar, hematomas/equimoses com 48 casos (24,7%) e em terceiro, lesão por adesivo caracterizado por hiperemia com 19 casos (9,8%). Nepuceno e Kurcgant⁽⁹⁾ detectaram a equimose como a lesão mais frequente (n=117 casos; 50,9%), seguida do eritema perineal (n=66; 28,7%) e monilíase (n=19; 8,3%). Para lesão do tipo dermatite por fraldas nosso estudo encontrou uma incidência menor, porém com uma evolução para complicação maior do que mostrou o estudo de Nepuceno e Kurcgant⁽⁹⁾.

A monilíase ocorre pelo fungo *Candida albicans*, que é encontrado na microbiota do trato gastrointestinal, boca, pele e vagina de pessoas saudáveis⁽¹²⁾. Essa infecção em região perineal tem a presença de pontos vermelhos, diferenciando da dermatite por fraldas e o profissional deve desconfiar e avaliar se há infecção oral associada⁽¹³⁾. É tratada com a aplicação de nistatina creme a cada troca de fraldas, após a higiene local com água e sabonete neutro. Para dermatite sem a presença de infecção é indicado o banho de sol e o uso do amido de milho⁽¹⁴⁾. A exposição da pele ao sol é indicada, pois as radiações ultravioletas são cicatrizantes e ainda eliminam os microorganismos patogênicos⁽¹³⁾. Das dermatites causadas por fraldas diagnosticadas por este estudo, 29,3% complicaram para infecção fúngica e receberam a nistatina tópica como tratamento de escolha.

O RNPT pode adquirir a *Cândida albicans* durante o período intrauterino, por via ascendente e pela passagem no canal de parto, podendo causar em infecção mucocutânea. A infecção por via hematogênica é rara e a maior incidência de infecção pelo fungo pode ser devida a presença de cateteres e procedimentos invasivos durante a internação⁽¹²⁾. Lactentes saudáveis que estão com a pele íntegra dificilmente são acometidos por infecção por esse fungo. Já os lactentes que apresentam a dermatite por fralda são 40 a 50% mais susceptíveis à colonização desse fungo, justamente, em virtude da disfunção tegumentar⁽¹⁵⁾.

Os RNPTs, durante o período de internação hospitalar, comumente necessitam de antibioticoterapia o que favorece a presença de monilíase perineal, porque inibe o crescimento da microbiota bacteriana normal da pele. Também pode necessitar do uso prolongado de corticosteroides que provocam a diminuição da defesa do organismo e, conseqüentemente, favorecem a proliferação fúngica⁽¹¹⁾.

A constatação de que o tratamento da dermatite com antifúngico tópico foi menos eficiente que o tratamento das dermatites sem sinais de infecção com AGE, haja vista que no primeiro caso o tempo de remissão da lesão foi superior, pode ser explicado, em parte, pelo fato de a remissão ser mais favorável a acontecer antes que haja contaminação fúngica, o que sugere a importância do tratamento precoce na prevenção de infecção local.

O tratamento de escolha mais utilizado nesse estudo foi o AGE (26,6%) utilizado no tratamento de 52 lesões, o que corresponde a mais de um quarto do total de lesões encontradas. Sabe-se que o AGE integra o estrato córneo da epiderme diminuindo a perda de água transepidérmica, promovendo a sua elasticidade e garantindo a integridade da pele. Os ácidos graxos essenciais também são essenciais para funções celulares por serem precursores da síntese de ácidos graxos polinsaturados de cadeia longa, promovendo fluidez das membranas, atividade das enzimas de membrana e síntese de eicosanoides como as prostaglandinas, leucotrienos e tromboxanos. Estas três substâncias possuem a capacidade de modificar reações inflamatórias e imunológicas, alterando funções leucocitárias e acelerando o processo de granulação tecidual, além de promoverem quimiotaxia, atração de leucócitos, angiogênese e favorecer umidade, acelerando o processo de cicatrização. O ácido linoleico é um componente do AGE muito importante no transporte de gorduras, manutenção da função e integridade das membranas celulares e age como imunógeno local. Ele também é encontrado na composição do óleo de girassol, que pode ser utilizado para o favorecimento da cicatrização da pele⁽¹⁶⁾.

Para o tratamento do granuloma umbilical foi utilizado o nitrato de prata, conduta estabelecida pelo serviço para o tratamento nesse tipo de lesão. Essa substância auxilia

no controle de infecção local por desencadear ação bactericida contra bactérias gram-positivas como o *Stafilococcus aureus*. A literatura recomenda atenção quanto aos sinais de hipersensibilidade, como prurido, hiperemia, dor e calor que podem ocorrer com o uso do nitrato. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu critérios para a comercialização do nitrato de prata, conforme prevê a RDC 199 de 2006⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado com RNs de peso inferior a 2000g, internados em unidade neonatal e randomizados em dois grupos nos quais se utilizaram o micropore e o hidrocoloide para fixação de sensores com o objetivo de prevenir lesão, pois apresenta menor atrito durante sua retirada. Ambos provocaram lesão, mas o hidrocoloide apresentou menor frequência e intensidade da lesão com significância estatística ($p < 0,05$), principalmente nos prematuros com peso menor que 1000g com pele muito fina e gelatinosa⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÃO

Esse estudo possibilitou descrever as principais lesões que acometem os RNs durante a hospitalização e possibilitou uma avaliação das causas das mesmas, fornecendo, portanto, informações para reflexões sobre o cuidado com a pele do prematuro. Cabe ao enfermeiro planejar a assistência prestada e capacitar a equipe de enfermagem com conhecimento teórico-prático para as intervenções mais adequadas no cuidado com a pele de prematuros, oferecendo uma assistência mais segura.

É possível perceber que a realização da pesquisa trouxe um impacto positivo para o serviço que serviu como cenário de estudo, pois, durante o período de coleta de dados não foi encontrada nenhuma lesão grave, que poderiam ser identificadas entre os neonatos hospitalizados. Isso se deveu, possivelmente, pelo estabelecimento da dinâmica de diagnóstico da lesão e início precoce do tratamento.

Com os achados desse estudo é possível perceber a necessidade de uma assistência preventiva de lesões, evitando dor infecções, que favoreça uma melhor qualidade de vida e, por consequência, melhor desenvolvimento dos neonatos. Este estudo aponta, ainda, para a necessidade de pesquisas mais específicas para instrumentalizar os processos de avaliação do cuidado com a pele, de técnicas e produtos disponíveis no mercado.

REFERÊNCIAS

1. Adriano LSM, Freire ILS, Pinto JTJM. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. Rev Eletr Enf [Internet]. 2009 [cited 2012 Apr 23]; 11(1):173-80. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a22.htm>.
2. Dinulos JGH, Darmstadt GL. Doenças Dermatológicas. In: Macdinald MG, Seshia MMK, Mullet MD. Every Naonatologia – Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara e koogan, 2007. p. 1365-83.
3. Gaspar MDR, Busato CR, Severo E. Prevalência de infecções hospitalares em um hospital geral de alta complexidade no município de Ponta Grossa. Acta sci, Health sci. 2012; 34(1): 23-9.
4. Smeltzer AC, Bare BG. Brunner & Suddarth - tratado de enfermagem médico cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2006.
5. Phillips LD. Terapia intravenosa: problemas especiais. In: Phillips LD. Manual de Terapia Intravenosa. 2º ed. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 269-91.
6. Guillaumon MR, Segre CAM. Atendimento Ambulatorial. In: Segre CAM. Perinatologia - Fundamentos e Prática. São Paulo: Servier; 2002. p. 881-885.
7. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas: parte I. An Bras Dermatol [Internet]. 2008 Dec [cited 2012 Sep 07]; 83(6): 567-71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000600012&lng=en.
8. Motta AA, Aun MV, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Dermatite de contato. Rev bras alerg imunopatol. 2011; 34 (3).
9. Nepuceno LMR, Kurckant P. Uso de indicadores de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4): 665-72.
10. Ministério da Saúde [BR] [homepage on internet]. Secretaria de Assistência à Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. [cited 2012 Jan 25]. Available from: www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_CP4_01_informes.doc.
11. Fontenele FC, Cardoso MVLML. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1):130-7.
12. Londrina. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Saúde da Criança: protocolo. Londrina, PR: [s.n]; 2006.
13. Minari SV, Silva SDP. Anexo nº 03 - Assistência de Enfermagem à Criança. In: Campinas. Secretaria de Saúde [homepage on internet]. Atenção à Saúde. Protocolos. Protocolo de Saúde da Criança. 2009 [cited 2012 Apr 28]. Available from http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_crianca_adolescete/prot_saude_crianca_assistencia.htm.

14. Bowden VR, Greenberg CS. Troca de Fraldas In: Bowden VR, Greenberg CS. Procedimentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan; 2005. p. 704–7.
15. Manhezi AC, Bachion MM, Pereira AL. Utilização de ácidos graxos essenciais no tratamento de feridas. Rev Bras Enferm. 2008; 61(5): 620-9.
16. Ministério da Saúde [BR]. Secretaria de Assistência à Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. [Cited 2012 Jan. 25] Available from: www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_CP4_01_informes.doc.
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº199, de 26 outubro de 2006. Dispõe sobre os medicamentos de notificação simplificada. Diário Oficial da União 26 Out 2006; Seção 2.

Recebido: 07/09/2012

Aprovado: 06/02/2013