



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DAS CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JAKELINE BATISTA PEREIRA
JAQUELINE TÉLES DE SOUSA
WANESSA LYANDRA OLIVEIRA SANTOS

**INCIDÊNCIA DE LESÕES CUTÂNEAS EM NEONATOS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA**

BELÉM – PA

2019

JAKELINE BATISTA PEREIRA
JAQUELINE TÉLES DE SOUSA
WANESSA LYANDRA OLIVEIRA SANTOS

**INCIDÊNCIA DE LESÕES CUTÂNEAS EM NEONATOS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de grau em Bacharel em enfermagem, sob a orientação da Enfermeira Doutoranda Maria de Belém Ramos Sozinho.

BELÉM – PA

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

P436i Pereira, Jakeline Batista

Incidência de lesões cutâneas em neonatos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital de referência./ Jakeline Batista Pereira, Jaqueline Téles de Sousa, Wanessa Lyandra Oliveira Santos, orientadora Maria de Belém Ramos Sozinho, 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Pará, Área de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Bacharelado em Enfermagem, Belém, 2019.

1. Enfermagem - Neonatologia 2. Lesões cutâneas – Cuidados de Enfermagem. 3. Recém-nascidos. 4. UTI Neonatal. I. Sousa, Jaqueline Téles. II. Santos, Wanessa Lyandra Oliveira. III. Título.

CDD. 20º ed. 610.73

JAKELINE BATISTA PEREIRA
JAQUELINE TÉLES DE SOUSA
WANESSA LYANDRA OLIVEIRA SANTOS

**INCIDÊNCIA DE LESÕES CUTÂNEAS EM NEONATOS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção de grau em Bacharel em enfermagem, sob a orientação da Enfermeira Doutoranda Maria de Belém Ramos Sozinho.

Banca Examinadora

Profª Doutoranda Maria de Belém Ramos Sozinho

Orientadora

Profª Me. Maria de Nazaré da Silva Cruz

Avaliadora

Profª Me. Ivonete Vieira Pereira Peixoto

Avaliadora

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho em primeiro lugar a Deus, que me deu saúde e forças para superar todos os momentos difíceis a que eu me deparei ao longo da minha graduação, ao meu pai Renato Pereira, e minha mãe Vilma Beckman, por serem essenciais na minha vida e por me incentivarem a ser uma pessoa melhor e não desistir dos meus sonhos, por sempre estarem ao meu lado me ajudando. À Universidade quero deixar uma palavra de gratidão por ter me recebido de braços abertos e com todas as condições que me proporcionaram dias de aprendizagem muito ricos.

Aos professores reconheço um esforço gigante com muita paciência e sabedoria. Foram eles que me deram recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias. Agradeço ao coordenador do curso Jadson Bandeira, pela paciência, conselhos e sugestões nessa trajetória. Quero agradecer minha professora orientadora Maria de Belém Ramos Sozinho, pelo empenho, paciência, carinho e dedicação ao nosso projeto de pesquisa. Agradeço as colegas de TC Jaqueline Teles e Wanessa Lyandra por toda a ajuda e apoio durante esse período tão importante da nossa formação acadêmica. E todas as pessoas que de uma alguma forma me ajudaram a acreditar em mim, quero deixar um agradecimento eterno, porque sem elas não teria sido possível.

Agradeço a vida por ter colocado pessoas maravilhosas em meu caminho, para me ajudar na caminhada difícil, em especial Joyce Queiroz, Anna Carolina Amoras, Najla Farias e Gabriel Cunha, obrigado pela paciência, pelo sorriso, pelo abraço, pela mão que sempre se estendia quando precisei. Agradeço ao Wesllen por me ajudar a não desistir, me dando forças dia após dia e por ter sido parceiro nesse momento. Agradeço por todas as pessoas que passaram na minha vida ao longo da minha trajetória na graduação, fizeram de mim uma pessoa mais forte e decidida. Não podendo esquecer a minha Nazinha, minha mãezinha por me amparar, por me dar forças pra continuar e seguir em frente. Agradeço os colegas de classe pelo convívio e pela cooperação mútua durante esses anos.

Jakeline Batista Pereira

A fé nos planos de Deus me fez chegar até aqui, e só sei sentir gratidão por tudo o que estou vivendo nessa fase da vida, então, nada mais justo do que agradecer primeiramente a Ele e minha mãezinha Nossa Senhora, que sempre intercede por mim. Imenso sentimento de gratidão também a minha mãe Lucineide Téles, a meu pai Josivaldo Pinheiro, a minha avó Leide Téles e a meu avô Moacir Cordeiro (infelizmente não me viu entrar na graduação, mas onde quer que esteja, sei que está festejando conosco), por tudo que fazem por mim até hoje, e principalmente por acreditarem nos meus sonhos e abdicarem de suas vontades para ver a minha se tornar real.

Aos meus irmãos, Lucian Téles e Lucivaldo Téles, por todo apoio e incentivo, em especial a minha irmã Jessica Luane, por sempre ser minha companheira, ser meu abrigo e não soltar minha mão nunca. Aos meus familiares que desejam meu sucesso e felicidade, e que me apoiaram sempre. Ao meu namorado Elielton Oliveira, por ser sempre o meu apoio nos piores e melhores momentos, me apoiar e me mostrar sempre o lado bom da vida.

As minhas amigas que a graduação me deu e que vou levar sempre no coração, Sthefany Borges, Wellen Araújo e Maise Bessa, muito obrigada por serem meus pilares dentro da universidade. Em especial a minha dupla de TC e de vida Wanessa Lyandra, obrigada por seguir junto comigo sempre e por toda dedicação ao nosso trabalho!

A minha orientadora Maria de Belém, por sua atenção, dedicação, paciência e conhecimento ofertado a mim. A segunda parceira de TC, Jakeline Batista. Aos meus queridos docentes, por todo conhecimento compartilhado, força e incentivo. Em especial ao meu querido coordenador Francisco Jadson, por sempre ser amigo, companheiro, incentivador e um excelente profissional.

Jaqueline Téles de Sousa

Gratidão, é o sentimento que melhor me define neste momento, primeiramente para com Deus, que com sua infinita bondade me fez chegar até aqui com saúde e sabedoria. Agradeço incansavelmente aos meus pais Vilma Farias Oliveira e Raimundo Soares dos Santos por todo esforço, amor e confiança depositados em mim, além de todo investimento financeiro e saudade que aguentaram para que este dia finalmente chegasse.

As minhas irmãs, Wyrlla Oliveira Santos e Karenn Sueny Oliveira Santos por todo apoio e incentivo que sempre me deram. Ao meu finado avô José Oliveira Filho, que começou essa jornada junto a mim, me incentivando e me apoiando durante todo o período em que estive comigo nessa graduação. Ao meu grande amor, minha avó Luiza Elita Farias Oliveira por seu amor, preocupação e cuidado que teve comigo durante essa árdua caminhada. Ao restante de toda minha família... tios, primos, madrinhas, sobrinhos e afilhado, por acreditarem em mim, por toda força e amor que me transmitiram nesses 4 anos.

Meu muito obrigado ao meu namorado Reginaldo Costa que acreditou em mim, quando nem eu mesma acreditava, por ter me dado forças e incentivos para vencer essa etapa da minha vida. As minhas amigas M^a Dhelly Costa, Maise Bessa, Sthefany Borges e Wellen Araújo por serem meu apoio psicológico, por junto a mim conseguirem concluir esse marco importante em nossas vidas, sempre dando forças e ajudando umas às outras. Em especial a minha amiga e parceira de TCC Jaqueline Téles por todo companheirismo durante o curso, pelo empenho e dedicação ao nosso trabalho. Agradeço também a terceira integrante Jakeline Batista por seu esforço e dedicação.

Por fim, agradeço ao meu coordenador de curso o professor Francisco Jadson Bandeira, pela amizade construída ao longo desses anos, pelos conselhos e conhecimentos transmitidos a mim. Aos meus mestres, por toda competência, paciência e dedicação, em especial a professora e orientadora desse trabalho Maria de Belém que nos ajudou incansavelmente para que tudo desse certo.

A todos que de alguma forma me ajudaram nessa caminhada, fica aqui o meu muito obrigado. Essa vitória é nossa!

Wanessa Lyandra Oliveira Santos.

“Vire a página. Dê um ponto final nas coisas que te fazem mal. A vida é um círculo, não um quadrado. Tenha pressa de ser feliz, por que nós não sabemos quanto tempo nos resta.”
(Pe. Fábio de Melo)

RESUMO

INTRODUÇÃO: Na assistência ao recém-nascido, a manutenção da integridade da pele é de grande preocupação para os profissionais, uma vez que as lesões de pele predispõem o RN ao risco de adquirir infecções, podendo ainda causar sequelas e cicatrizes irreversíveis, sendo necessária uma constante avaliação da pele, direcionada à assistência de enfermagem para a prevenção de lesões, antes, durante ou após procedimentos que acarretem em lesões. **OBJETIVO:** Analisar a incidência de lesões cutâneas em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de referência; Traçar os principais fatores que causam as lesões em neonatos internados; Caracterizar recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal quanto às variáveis clínicas. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de inquérito epidemiológico, quantitativo, descritivo, observacional e documental, realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Foram observados 43 neonatos e analisado 43 prontuários, através de um formulário semiestruturado, para coleta de dados, e foram tratados com a planilha eletrônica Microsoft Office Excel® e o software Statistic Package for Social Science-SPSS® para obtenção dos quadros e gráficos estatísticos descritivos para verificação do percentual de cada variável pesquisada. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** Prevaleram os recém-nascidos prematuros com 37,2%, 28% pesavam até 1088 g. Na avaliação de diagnóstico de internações, 32,6% foram por distúrbio respiratório, seguido da prematuridade com 18,6%. Na avaliação da pele, 72,7% foram causadas por fixação de esparadrapo e por punção venosa, 21,2% remoção de adesivos. Os locais com mais incidência de lesões foram nos lábios com 55,8%, nos membros superiores com 48,8%, e membros inferiores com 41,8%. No variável tempo de internação, 39,5% estavam a mais de 15 dias, e 60,4% a menos de 15 dias; em relação ao número de lesões por RN, 11,6% apresentaram mais de 3 lesões, 83,7% menos de 3 lesões. **CONCLUSÃO:** Evidenciou-se que, as alterações da pele por ruptura ou lesão pelos procedimentos invasivos e não invasivos, predominaram, contudo, durante o estudo foi possível perceber que o cuidado com a pele do recém-nascido prematuro é de grande importância, pois a falta de integridade é um fator que predispõe a infecções. **PALAVRAS CHAVES:** Lesão de pele, neonato, procedimentos e cuidados de enfermagem, unidade de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The skin is one of the major organs of the human body, in addition to being the largest organ, and performs important functions such as immunological thermoregulation, defense against toxins and infections. Therefore, the preservation of skin integrity is very important especially in children and newborns that still have thin and sensitive skin. **GOAL:** To analyze the incidence of skin lesions in a neonatal intensive care unit of a referral hospital; Trace the main factors that cause injuries in neonates admitted to the NICU; Observe the neonate during the procedures of the professionals quantifying the skin lesions in the NICU; To characterize newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit regarding the clinical variables. **METHODOLOGY:** The data collection was done through the form of the characterization of the clinical variables of the newborn; the data were organized and accounted for in the Excel spreadsheet program. After the correction of some errors and the analysis was carried out in the SPSS Statistics Program, the development of the study met the national and international standards of ethics in research involving human beings. Participants were 43 neonates. **RESULTAND DISCUSSION:** Preterm newborns prevailed with 37.2% males, and born cesarean births that gave the percentage of 70%, and 28% weighed up to 1088 g. In the evaluation of the diagnosis of hospitalizations, 32.6% of hospital admission among the newborns was respiratory disorder, followed by prematurity with 18.6%, followed by meconium aspiration syndrome with 9.3% of the cases. 4.7% due to unspecified intestinal obstruction. On the other hand, the evaluation of the skin, from the data recorded, 72.7% of the lesions were caused by adhesive fixation and by venous puncture. Secondly, the removal of adhesives with 21.2% and with 3% the infiltration, besides the friction in the region of the diaper also with 3%. The sites that presented lesions with more incidences were on the lips, in which 55.8% of the children had these lesions. Then, the MMSS had 48.8%, followed by the MMII with 41.8%, the umbilical stump and the abdominal region had an incidence of 13.9%, 9.3% presented lesions on the perineum and on the face, 6, 9% in the posterior thorax and in the head, 2.3% of the infants had lesions in the anterior thorax and sacral region and 4.6% had no lesions By associating the variables with the scores, the neonates presented statistical significance for the development of skin lesions, extreme premature infants, low birth weight infants and newborns nursing PICC and peripheral catheter concomitantly. **CONCLUSION:** A positive evaluation of the skin of these RNs was concluded. However, the scores show the rupture injury was the prevailing construct and is related to venous punctures and the fixation by tape.

KEYWORDS: Skin lesion, neonate, procedures and nursing care, neonatal intensive care unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Idade Gestacional no Hospital de Referência de Belém/PA.....	42
Figura 2	Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Via de Parto no Hospital de Referência de Belém/PA.....	44
Figura 3	Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Oxigenação no Hospital de Referência de Belém/PA.....	46
Figura 4	Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Nutrição no Hospital de Referência de Belém/PA.....	49
Figura 5	Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Acesso no Hospital de Referência de Belém/PA.....	51
Figura 6	Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável fatores e causas das lesões no Hospital de Referência de Belém/PA.....	55

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	Diagnostico de Enfermagem: risco de integridade da pele prejudicada relacionado a extremos de idade, radiação, fatores mecânicos e substâncias químicas (Nanda,2012-2014)	27
Tabela 2	Escala de Condição da Pele do Recém-Nascido (ECPRN).....	28
Quadro 1	Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável gênero e peso no Hospital de Referência de Belém/PA.....	41
Quadro 2	Distribuição da variável diagnóstico de internação dos recém-nascidos no Hospital de Referência de Belém/PA.....	44
Quadro 3	Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Locais da Lesão no Hospital de Referência de Belém/PA.....	52
Quadro 4	Distribuição dos recém-nascidos segundo o variável tempo de internação e total de lesões no hospital de referência de Belém/PA...	57

LISTA DE REDUÇÕES

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CESUPA – Centro Universitário do Estado do Pará
CNEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CPAP – Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
CUV – Cateter Umbilical Venoso
DMH – Doença da Membrana Hialina
DN – Declaração de Nascidos Vivos
ECPRN – Escala de Condições de Pele do Recém-Nascido
EUA – Estados Unidos da América
FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia
G - Gramas
GM – Gabinete do Ministério
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG – Idade Gestacional
KG – Quilos
LCR – Líquido Cefalorraquidiano
LPM – Litros Por Minutos
MEC – Ministério da Educação
MMII – Membros Inferiores
MMSS – Membros Superiores
MS – Ministério da Saúde
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association
NSP – Núcleos de Segurança do Paciente
NP – Nutrição Parenteral
NPP – Nutrição Parenteral Prolongada
O² - Oxigênio
PICC – Cateter Central de Inserção Periférica
PNH – Política Nacional de Humanização
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RN – Recém-Nascidos
RNPT – Recém-Nascido Pré-termo

SDR – Síndrome do Desconforto Respiratório

SINASC – Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos

SPSS – Statistic Package for Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VM – Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 TEMA EM ESTUDO.....	15
1.2 JUSTIFICATIVA.....	17
1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA.....	18
2. OBJETIVO.....	20
2.1 GERAL.....	20
2.2 ESPECÍFICO.....	20
3. BASES CONCEITUAIS.....	21
3.1 A PELE DO NEONATO.....	21
3.2 LESÃO DE PELE.....	22
3.3 PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A PELE DO RECEM-NASCIDO.....	25
3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	29
3.6 CUIDADO HUMANIZADO.....	31
3.7 PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO CUIDADO.....	31
4. METODOLOGIA.....	33
4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM.....	33
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	34
4.3 UNIVERSO DA PESQUISA.....	35
4.4 AMOSTRA DA PESQUISA.....	35
4.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO – INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
4.7 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS.....	36
4.8 ANÁLISE DE DADOS.....	37
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
4.10 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
6. CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS.....	62
CRONOGRAMA.....	68
ORÇAMENTO.....	69
APÊNDICES.....	70

1. INTRODUÇÃO

1.1 TEMA EM ESTUDO

A pele é um dos principais órgãos do corpo humano, além de ser o maior órgão, e tem importantes funções, como termorregulação imunológica, defesa contra toxinas e infecções, manutenção da homeostase hidroeletrolítica, secreção endócrina e sensação tátil. Sendo assim, a preservação da integridade cutânea está ligada diretamente no metabolismo humano, especialmente nas crianças e recém-nascidos (RN) (NASCIMENTO; LANDIM, 2016).

Segundo o Manual de Neonatologia (BRASIL, 2015), é considerado o período neonatal o RN no intervalo de tempo que vai do nascimento até o momento em que a criança atinge 27 dias, 23 horas e 59 minutos. Os RN também podem ser classificados de acordo com sua IG como pré-termo, menos do que 37 semanas completas (menos do que 259 dias completos); prematuro tardio de 34 semanas a 36 e 6/7semanas; termo de 37 semanas completas até menos de 42 semanas completas (259 a 293 dias); pós-termo de 42 semanas completas ou mais (294 dias ou mais), levando em consideração as classificações citadas, com a prematuridade (na maioria das vezes), a fragilidade da pele e imaturidade dos órgão vitais, evidencia-se a necessidade de cuidados especiais na assistência voltado para o RN (BRASIL, 2015).

Na assistência ao RN, a manutenção da integridade da pele é de grande preocupação para os profissionais, uma vez que as lesões de pele predispõem o RN ao risco de adquirir infecções, podendo ainda causar sequelas e cicatrizes irreversíveis, sendo necessária uma constante avaliação da pele, direcionada à assistência de enfermagem para a prevenção de lesões, antes, durante ou após procedimentos que acarretem em lesões (FONTENELLE; CARDOSO, 2010).

A imaturidade fisiológica, a sensibilidade epidérmica e o sistema imunológico pouco desenvolvido do RN são um grande fator de risco para o aparecimento de lesões, e os profissionais que lidam com a assistência do cuidado aos neonatos, devem ficar atentos para os procedimentos invasivos e manuseios com o RN para evitar traumas e/ou lesões, pois a pele deve ser preservada contra os riscos de infecção hospitalar por integridade da pele prejudicada (FARIA, 2015).

Durante a internação, o RN pode ser submetido a determinados procedimentos, os quais podem contribuir para a ocorrência de lesões na pele. Os cuidados com a pele realizadas diariamente incluem a manutenção da temperatura e umidade do ambiente, por meio de incubadoras, posicionamento, banho, lubrificação com óleos emolientes, uso de soluções cutâneas para antisepsia, fixação ou remoção de adesivos para suporte à vida e aparelhos de monitorização, realização de procedimentos invasivos, como punções venosas ou arteriais o que pode levar ao aparecimento de lesões no RN (NASCIMENTO; LANDIM, 2016).

Nascimento e Landim (2016, p.67) ainda afirma que:

“Além do banho, os procedimentos técnicos, como punções ou monitoramento dos bebês que usam adesivos, são potencialmente danosos no momento de sua retirada. Nos recém-nascidos com lesões em pele, traumas durante o parto ou doenças pode haver ruptura cutânea após procedimentos.”

A lesão é um dano/prejuízo/ato ou efeito de lesar, designação geral que se dá a todas as alterações patológicas dos órgãos e dos tecidos, pancada/contusão, podendo ser fechada, sem solução de continuidade, ou aberta, com solução de continuidade. Lesão na pele dos RN's é um evento bastante comum, tanto naqueles sadios que passam pouco tempo no período pós-parto, quanto na pele dos que necessitam de internação nas unidades neonatais intensivas ou semi-intensivas, devido a alguma patologia (FONTENELLE; CARDOSO, 2010).

Essas lesões na pele dos RN's são um evento bastante comum, tanto naqueles sadios que passam pouco tempo no período pós-parto, quanto na pele dos que necessitam de internação nas unidades neonatais intensivas ou semi-intensivas, devido a alguma patologia, principalmente os RN pré-termo que nasceram antes da Idade Gestacional adequada e conseqüentemente possui os órgão mais imaturos (FONTENELLE; CARDOSO, 2010).

Os RNPT que se encontram hospitalizados tem mais tendência a adquirirem lesões de pele, e já nos primeiros meses de vida 80% desses neonatos sofrem alguma lesão de pele, assim, umas das funções da pele, a de proteger, fica comprometida e a lesão se torna porta de entrada para alguns microrganismos (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009).

Por ser extremamente fina, a pele dos RN apresenta, com frequência, lesões por procedimentos durante a hospitalização. Considerando ainda a imaturidade imunológica dos neonatos, as lesões de pele promovem prejuízos à barreira cutânea,

favorecendo a formação de portas de entrada para patógenos causando em infecção (MIGOTO; SOUZA; ROSSETTO, 2013).

Tendo em vista os cuidados especiais que as crianças necessitam, foram desenvolvidos programas e leis voltados para a saúde das crianças e adolescentes em nível de internação hospitalar para pacientes graves, que de acordo com a resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 compõe os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de outras providências. Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento da UTI, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e ao meio ambiente (BRASIL, 2010).

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) as Unidades de Terapia Intensiva Adulto, pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é destinada à assistência de pacientes neonatos, e tem o cuidado voltado para RN graves, considerados pacientes com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de assistência contínua e segurança eficaz (BRASIL, 2010).

A Segurança do Paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) foi criado em 2013 para contribuir para com a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, incluindo a segurança de pacientes na UTIN, na qual os neonatos internados necessitam de uma atenção maior, por se tratar de um sistema fisiológico ainda imaturo (BRASIL, 2013).

Sousa, et al (2016, p.2) reforça dizendo que:

“A segurança do paciente nas UTIN's é uma questão delicada, incitando que diversos fatores culturais precisam ser repensados, pois mesmo as pesquisas indicando as principais causas que interferem na segurança, os erros ainda são julgados como incompetência profissional, o que repercute na resistência em realizar as notificações de eventos adversos. Segundo profissionais de enfermagem e medicina, a gestão hospitalar não prioriza a segurança do paciente e não proporciona um clima de trabalho que motive a sua promoção, dificultando o estabelecimento da mesma nas diversas instituições de saúde.”

1.2 JUSTIFICATIVA

Durante as práticas hospitalares da disciplina de Saúde da Mulher e da Criança, na qual as pesquisadoras observaram a necessidade de expor para os profissionais responsáveis pelos cuidados, os riscos e agravos para a saúde dos recém-nascidos enfermos, hospitalizados e/ou incapacitados, que encontram-se na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde são pouco enfatizados.

Preocupa-nos também a incidência de lesões de pele nesta faixa etária, desde dermatites de fralda até úlceras de decúbito, que, estão diretamente relacionadas à assistência de enfermagem, incluindo os procedimentos invasivos, e às características dos pacientes presente na Unidade Neonatal. Sabe-se, entretanto, que alguns casos não podem ser evitados, mas podem ser minimizados. Diante do exposto, surgiu a necessidade pelo tema sobre lesões nessa faixa etária, se tratando de um organismo tão frágil.

Como a função de barreira cutânea íntegra é vital para o RN e seu funcionamento é reduzido pela imaturidade desse período, os cuidados com a pele são muito importantes e podem minimizar a morbi-mortalidade e/ou o agravamento do quadro clínico, relacionado a lesões no período neonatal (FERNANDES; OLIVEIRA, 2010). Além disso, é necessário ter em mente as particularidades da pele de cada RN, e fazer com que os profissionais se preocupem cada vez mais com os cuidados na pele e nos procedimentos, sendo invasivos ou não, para prevenir lesões e conseqüentemente o agravamento do quadro clínico nessa faixa etária.

A pesquisa ainda expõe a importância da segurança do paciente, sobretudo, os riscos das lesões, com foco na população neonatal atendida na UTIN. Pretende-se ainda, demonstrar a importância de uma assistência adequada, com conseqüência a diminuição do índice de lesões cutâneas em neonatos, a partir da constatação da importância dessa temática para a instituição, acadêmicos e profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado.

1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA

Devido ao tempo de permanência do RN na UTIN, a assistência prestada é de fundamental importância, e um dos grandes obstáculos para a equipe multiprofissional é manter a integridade da pele do RN preservada. Desta forma a

prevenção de lesões cutâneas tornam-se um desafio para a equipe, pois durante a internação, os neonatos precisam passar por diversos manuseios e procedimentos invasivos (SANTOS; COSTA, 2015).

Os procedimentos invasivos são necessários para assistência à saúde do neonato, mas os expõe a diversos tipos de lesões cutâneas e até mesmo às infecções. Deste modo as lesões que se destacam são lesões por pressão, traumas, queimaduras, irritantes químicos, dermatites, incontinência e infecções, especialmente devido aos cuidados prestados ao RN (SANTOS; COSTA, 2015).

Os cuidados prestados a pele do neonato diariamente na UTIN incluem a manutenção da temperatura e umidade do ambiente, através de incubadoras, a posição, o banho, o uso de soluções cutâneas para antissepsia, fixação ou remoção de adesivos para suporte à vida e aparelhos de monitorização, ainda com esses cuidados a pele do neonato corre vários riscos para o surgimento de lesão, principalmente devido a sua fragilidade (MARTINS; TAPIA, 2009).

A fragilidade da pele do RN ao nascer também é considerada um grande problema para a integridade da pele prejudicada, devido à pele representar 13% da superfície corporal, o que para um RN é de grande representatividade, e qualquer alteração nesse órgão significa um grande agravo para a saúde do neonato (FONTENELLE; CARDOSO, 2010).

Diante do exposto houve os seguintes questionamentos: Qual a incidência de lesões cutâneas em neonatos na unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de referência? Quais os principais fatores que causam as lesões em neonatos internados na UTIN? Quantas lesões esses neonatos internados na UTIN possuem? Quais as características dos recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da FSCMPA quanto às variáveis clínicas?

2. OBJETIVO

2.1 GERAL

Analisar a incidência de lesões cutâneas em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de referência.

2.2 ESPECÍFICOS

Traçar os principais fatores que causam as lesões em neonatos internados na UTIN;

Observar o neonato durante os procedimentos dos profissionais quantificando as lesões de pele na UTIN;

Caracterizar recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal quanto às variáveis clínicas.

3. BASES CONCEITUAIS

3.1 A PELE DO NEONATO

A pele é composta por 3 camadas: a epiderme, derme e hipoderme, que desenvolve múltiplas funções, a camada mais sensível da pele é chamada estrato córneo que se localiza na epiderme sendo uma poderosa barreira para perda de água a penetração de microrganismos. O amadurecimento do estrato córneo está relacionado com a idade gestacional do neonato seu desenvolvimento começa a partir da 24 até a 34 semana de gestação (SANTOS; COSTA, 2012).

A formação da derme inicia a partir da 3 a 5 semana de gestação, sua maturação continua aproximadamente até os 6 meses após ao nascimento já seus anexos cutâneos são formados a partir da 20 semana de gestação. No neonato à termo a pele já se assemelha a pele do adulto, já nos pré-termos a epiderme é mais fina e sensível e o estrato córneo é mal formado, sendo assim há uma grande chance do neonato desenvolver lesões e possíveis infecções, é também submetida a um progressivo processo de adaptação ao ambiente extrauterino, para o qual cuidados especiais são necessários (SANTOS; COSTA, 2012).

Pinto; Oliveira; Bedendo (2013), afirmam que a pele é a primeira barreira imunológica do Neonato, sendo assim a manutenção da integridade cutânea é um fator de relevância no que se refere à prevenção de infecções e consequente aumento do tempo de internação e procedimentos invasivos. Juliana; Maria; Zilda (2011), reforçam esse pensamento relatando que a pele é um órgão multifuncional e de extrema importância, responsável pela proteção mecânica como uma barreira cutânea, pela termorregulação, e prevenção da perda de fluidos corporais.

No caso de pré-termos, de acordo com a Idade Gestacional (IG) a pele é mais fina e malformada, com isso a pele do neonato se torna muito suscetível a danos com ruptura da barreira protetora e aumento do risco de infecções sistêmicas, irritações, perda de elementos e entrada de micro-organismos (PINTO; OLIVEIRA; BEDENDO, 2013).

“O neonato após o parto costuma apresentar o pH da superfície cutânea em torno de 6,0 que decresce até 4,5 em torno do quarto dia de vida, com o uso de algumas substâncias a pele pode alterar o pH, tornando-a mais alcalina, o

que irá diminuir a sua capacidade protetora, por exemplo, o uso de sabão neutro aumenta o pH da pele em 1,0 e este persiste por 60 minutos. Entretanto, em neonatos, o uso do sabão alcalino aumenta muito o pH cutâneo e persiste por mais de 24 horas, o que o torna indefeso (MURAHOVSKI, 2010, p. 5).”

O cuidado com a pele é um componente importante na assistência neonatal, é de grande necessidade que o enfermeiro conheça as características anatômicas e fisiológicas da pele do RN, além de saber caracterizar e descrever as lesões detectadas. Alguns RN's, ao nascimento, apresentam pele avermelhada, muito fina, permitindo algumas vezes a visualização dos vasos sanguíneos, evidenciando sua fragilidade, outros apresentam uma pele coberta por um material esbranquiçado e graxento, o vérnix caseoso, produzido por células epidérmicas e secreções sebáceas, composto de água, restos cutâneos (detritos) e razoável quantidade de estrógeno (NEPOMUCENO, 2008).

Sendo assim, admite-se que o vérnix caseoso seja uma proteção contra lesões, com função lubrificante, ajudando, também, no momento do parto, permitindo que o neonato fique mais escorregadio, a função antibacteriana, prevenindo contra infecções, maceração pelo líquido amniótico e traumas, de pH entre 6,7 e 7,4, este não pode ser removido, e sim desaparecer espontaneamente (NEPOMUCENO, 2008).

“Para Cohen (2010), a principal barreira dérmica está na camada de queratinócitos existente na superfície da pele, iniciando-se com 24 semanas de gestação, mas não está completa até próximo do nascimento. A propriedade de barreira da pele do neonato com idade inferior a 34 semanas de gestação pode estar atrasada de 14 a 21 dias de maturação, sendo que esta maturação pode ser ainda mais retardada na presença de lesões dérmicas (COHEN; 2010, p. 2).”

A pele do neonato é suscetível ao aparecimento de algumas lesões, mantê-la íntegra preserva funções de proteção e diminui o risco de infecções decorrentes da hospitalização, muitas alterações cutâneas podem ser detectadas pelo enfermeiro durante várias atividades, como higiene, passagem de cateteres e exame físico, sendo importante o enfermeiro saber descrever as lesões detectadas, considerando suas características e suas peculiaridades (FONTENELE; CARDOSO, 2010).

3.2 LESÃO DE PELE

A pele do neonato, diferentemente da pele do adulto, é mais fina, tem menos cabelo e as glândulas sudoríparas são menos ativadas, em um recém-nascido, por exemplo, tem menos fibras elásticas e colágenas, isso porque na infância a penetração de substâncias tóxicas pela pele é muito maior e os cuidados devem ser redobrados, pois é mais fácil os neonatos desenvolverem lesões ao serem expostos ao calor, irritantes químicos, traumatismos, além das doenças inflamatórias (FONTENELE, 2008).

Devido à vulnerabilidade da pele dos neonatos, a ocorrência de lesões é comum. O cuidado com os RN's devem ser intenso e com constante vigilância, pois existem diversos fatores que causam riscos para integridade da pele desta faixa etária, como punção venosa, uso de esparadrapo para melhor fixação de cateter de oxigênio e/ou sondas, troca de eletrodos com frequência, a falta de cuidado com a troca constante de decúbito e posição correta no leito, dentre outros (SOUSA, 2013).

O banho com sabonete, por exemplo, de acordo com Nascimento e Landim (2016) é um procedimento do cotidiano normal de higiene das instituições, e alguns estudos têm mostrado que a rotina de banho pode trazer prejuízos à pele, devido à fragilidade da epiderme do neonato. Por apresentar um estrato córneo bastante fino como já falado anteriormente, alguns agentes químicos usados nos sabonetes podem causar a irritação da pele e absorção de substâncias tóxicas; além de que, o banho pode desencadear hipotermia e desestabilizar os sinais vitais (NASCIMENTO; LANDIM, 2016).

A maioria dos especialistas concorda que todos os sabões são um pouco irritantes, ressaltando que o uso frequente de sabões aumenta a irritação da pele, pois além de remover a sujeira, o sabão remove um filme lipídico da superfície da pele (BARRETO; JALIL, 2018). Em alguns casos a absorção de produtos químicos sofre influência pela IG, podendo concluir que, quanto mais prematuro, mais o neonato pode absorver produtos químicos. Nascimento e Landim (2016, p.67), complementam dizendo que:

“Nas UTIN's, devem ser implementados cuidados especiais na higiene e conservação da pele, com o objetivo de prevenir agressões físicas, mecânicas, químicas e infecções. Os produtos utilizados em crianças deverão seguir os seguintes critérios: ausência de efeitos irritantes, pH que não interfira com tanta intensidade na microflora, ausência de risco de sensibilização, ausência de toxicidade por via oral, inalatória e percutânea.”

Além do banho, alguns dos procedimentos técnicos, como punções venosas, sondagem ou monitoramento dos RN's que usam adesivos, são riscos de integridade

da pele no momento de sua retirada. Nos neonatos com lesões em pele, traumas durante o parto ou algum tipo de doença, pode haver lesão após procedimentos. A pele rompida acaba se tornando uma porta de entrada para agentes patológicos (NASCIMENTO; LANDIM, 2016).

As lesões cutâneas no RN podem ser por diversas razões, podendo ser também patologias, dermatológicas ou congênita, além de procedimentos invasivos, e assistência de enfermagem inadequada, ou até mesmo infecções. No entanto, de acordo com o que foi citado, pode-se concluir que os principais tipos de lesões e mais frequentes nas UTIN são:

Dermatite: para Addor e Aoki (2010) a dermatite é uma doença inflamatória cutânea que pode ser associada ou não a algum tipo de alergia e pode se manifestar em qualquer estágio da vida, além de serem comuns em RN, as dermatites aparecem em abundância no pescoço, braços e pernas do neonato que causam um forte prurido, vermelhidão e a irritação da pele, quando não tratada adequadamente a dermatite traz sérios danos a pele fina e sensível do RN, sendo classificadas de acordo com critérios clínicos e etiopatogênicos. Os tipos mais prevalentes de dermatite são a dermatite de contato, a dermatite atópica e a dermatite seborreica (ADDOR; AOKI, 2010).

A dermatite de contato é uma reação inflamatória que ocorre na pele devido à exposição a um componente que causa irritação ou alergia. Erupção cutânea, coceira, vermelhidão e descamação são sintomas comuns, mas não é contagiosa ou oferece risco de vida. Geralmente os locais afetados são as mãos e face (ADDOR; AOKI, 2010).

A dermatite atópica é um dos tipos mais comuns de dermatite. É conhecida como uma doença crônica da pele que apresenta erupções que coçam e apresentam crostas, cujo surgimento é mais comum nas dobras dos braços e da parte de trás dos joelhos, pode também vir acompanhada de asma ou rinite alérgica (ADDOR; AOKI, 2010).

A dermatite seborreica é uma doença crônica, frequente e recorrente. Esse tipo de dermatite não é contagioso. Ela ocorre em regiões da pele ricas em glândulas sebáceas como face e couro cabeludo (ADDOR; AOKI, 2010).

Miliária: De acordo com Oliveira (2017) a miliária é conhecida popularmente como brotoeja e ocorre a partir da segunda semana de vida do neonato, pela imaturidade das glândulas sudoríparas, bastante comum em épocas de calor excessivo. É observada também após fototerapia e calor, ela pode ser classificada como:

Cristalina, Rubra ou profunda o tratamento consiste em evitar a exposição do neonato ao calor, evitar usar roupas em excesso e tomar banhos refrescantes após o tratamento é possível ver a descamação da pele do neonato (OLIVEIRA, 2017).

A forma cristalina ocorre entre o 6 e o 7 dias de vida do neonato ela atinge a camada subcórnea da pele com pequenas bolhas cristalinas sem inflamação e recoberta por pelos, já a forma rubra ocorre quando a uma ruptura intraepidérmica com a manifestação de pequenas pápulas eritematosas (OLIVEIRA, 2017). A miliária profunda pode ser confundida com herpes já que ela atinge camadas como a subcórnea e a intraepidérmica, porém, raramente é encontrada nos neonatos (OLIVEIRA, 2017).

Úlceras por pressão: Para Dealey (2008) as úlceras são descritas pela literatura como escaras, lesão por pressão, feridas por pressão e são lesões encontradas nas camadas subjacentes da pele, geralmente por cima de uma proeminência óssea por causa de cisalhamentos, posições contínuas, entre outros fatores. Os fatores externos tais como: pressão, cisalhamento e fricção, agem isoladamente ou em combinação, já os internos são dominantes e incluem estado geral, idade, mobilidade reduzida, estado nutricional e peso corpóreo alterados tais como: caquexia, obesidade, edema/anasarca, incontinência urinária e fecal, umidade e suprimento sanguíneo reduzido (DEALEY, 2008).

Eritema tóxico neonatal: são pequenas pápulas benignas. É uma dermatose assintomática de origem desconhecida, encontrada em recém-nascido a termo cerca de 50% dos casos, se manifesta no 1 a 4 dia de vida do neonato com o aparecimento de maculas eritematosas de cor roseada, amarelada ou pálidas, geralmente ela é indolor e desaparece entre 2 a 3 dias após o aparecimento (OLIVEIRA, 2017).

3.3 PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A PELE DO RECEM-NASCIDO

A pele do Neonato é extremamente frágil e essencial para manutenção da vida e bem-estar do mesmo, principalmente para os que encontram-se hospitalizados, devido aos recursos materiais e as práticas de procedimentos invasivos que servem de aporte para sua sobrevivência. De acordo com Kenner (2009) e Siqueira (2014), a rotina de cuidados realizados com os recém-nascidos diariamente na UTIN, abarcam

o posicionamento, banho, manutenção da temperatura e umidade do ambiente, uso de soluções cutâneas para antissepsia, fixação ou remoção de adesivos para suporte à vida e aparelhos de monitorização, lubrificação com óleos emolientes, realização de procedimentos invasivos, como punção venosa ou arteriais, por tanto, essa imensidade de procedimentos executados ofertam sua porcentagem de risco para o surgimento de lesões, por isso, deve-se a necessidade da prevenção e cuidados.

Dentro desta ótica, Adriano, Freire e Pinto (2009), diz que os cuidados com a pele do RN, começam desde o nascimento, momento de adaptação ao meio extrauterino, que em sua maioria é complexo. Em complemento, Visscher (2009) e Viera e Mello (2009) afirmam que o ambiente em que o Recém-nascidos encontravam-se possuía características úmida, quente, estéril, e seguro, o útero materno, e após o nascimento necessita adaptar-se a um ambiente com característica fria, seca e onusto de toxinas e agentes causadores de infecções, demandando precauções e estímulos para o desenvolvimento e fortalecimento de funções fisiológicas essenciais para sua sobrevivência com a precaução de perda de calor, mantendo a temperatura corporal adequada para o neonato através da regulação térmica, manutenção do equilíbrio hídrico, respiração/oxigenação e nutrição enteral.

Conforme referência Adriano, Freire e Pinto (2009), é primordial a observação continua do quadro clínico do neonato para prevenção e cuidados das lesões ainda em seu estágio inicial, “por meio do exame físico, monitorização dos sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial, administração da alimentação adequada para suprir as necessidades metabólicas” dos sistemas vitais para o neonato. Logo, o cuidado com a pele do neonato deve ser um exercício diário na UTIN (MARTINS; TAPIA, 2009). Sobre esse assunto Nascimento e Landim (2016), afirmam que “A assistência de enfermagem de qualidade ao prematuro na UTIN está intimamente ligada ao conhecimento científico das funções da pele, sua fisiologia e principais injúrias que podem acometê-la.”, por tanto, ter uma equipe composta por profissionais capacitados para uma assistência de boa qualidade, é imperioso.

Rolim et al (2009), afirma que o enfermeiro, exerce expressivo papel no tratamento e prevenção das lesões, e algumas intervenções e cuidados se fazem fundamentais para que isso ocorra, tais como, minimizar a perda insensível de água, prevenir injúria física e química, manter a temperatura estável e prevenir infecções, dessa forma, o profissional estabelecerá um cuidado seguro e diferenciado, considerando as peculiaridades da pele de cada neonato. Pensando nisso Alves

(2016) elaborou um quadro com um plano de cuidados de enfermagem específico para a pele do neonato, com base no Diagnósticos de enfermagem da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), apropriado para aplicação e inclusão junto aos planos de cuidados pré-estabelecidos dentro das UTIN.

TABELA 1: Diagnostico de Enfermagem: risco de integridade da pele prejudicada relacionado a extremos de idade, radiação, fatores mecânicos e substâncias químicas (Nanda,2012-2014).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a extremos de idade, radiação, fatores mecânicos e substância química (NANDA, 2012-2014).
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>AVALIAÇÃO DIÁRIA DA PELE</p> <p>Avaliar a pele diariamente ou com maior frequência, buscar sinais como hiperemia, ressecamento, descamação, erupções e rachaduras.</p> <p>Identificar fatores de risco para lesões de pele: idade gestacional, uso de adesivo e etc.</p> <p>Registrar alterações e intervir de acordo com os achados ou segundo solicitações médicas.</p>
<p>HIGIENE CORPORAL</p> <p>Estabelecer rotinas de banho, de acordo com a necessidade do neonato, como protocolo da unidade;</p> <p>Utilizar produtos de higiene com pH neutro, água morna e algodão;</p> <p>Higienizar diariamente os olhos, região oral, áreas de contato com fralda e de pressão;</p> <p>Trocar as fraldas quando necessário; limpar com algodão umedecido com água e, se necessário, utilizar creme de barreira prescrito.</p>
<p>USO DE EMOLIENTE</p> <p>Aplicar os emolientes sobre a pele ressecada, com descamação ou fissuras, se necessário.</p>
<p>ADESIVOS</p> <p>Utilizar somente fitas adesivas próprias para a pele sensível do neonato;</p> <p>Reduzir o uso de adesivos o máximo possível;</p> <p>Considerar a utilização de barreiras de pectina sob os adesivos para proteção da pele;</p> <p>Trocar os eletrodos do monitor cardíaco somente quando não estiverem funcionando;</p> <p>Remover cuidadosamente os adesivos, usar algodão embebido por água, óleo mineral ou petrolato.</p>
<p>ADESIVOS</p> <p>Utilizar somente fitas adesivas próprias para a pele sensível do neonato;</p> <p>Reduzir o uso de adesivos o máximo possível;</p> <p>Considerar a utilização de barreiras de pectina sob os adesivos para proteção da pele;</p> <p>Trocar os eletrodos do monitor cardíaco somente quando não estiverem funcionando;</p> <p>Remover cuidadosamente os adesivos, usar algodão embebido por água, óleo mineral ou petrolato.</p>
<p>PREVENÇÃO DE LESÕES DE PELE</p> <p>Realizar mudança de decúbito a cada 2 a 3 horas, de acordo com o bebê;</p> <p>Trocar a fralda com frequência, com água morna e algodão;</p> <p>Utilizar adesivos semipermeáveis, microporosos e hipoalergênicos para fixação de dispositivos;</p> <p>Trocar continuamente o oxímetro de pulso de local, para evitar queimaduras, em 2-4 horas;</p> <p>Aplicar adesivos transparentes para proteger os braços, cotovelos e joelhos de lesões por fricção;</p> <p>Utilizar, ao realizar assepsia, solução clorexidina 0,5%, aplicando uma pequena porção, remover a solução imediatamente após o procedimento, limpando a área com água estéril.</p>
<p>PREVENÇÃO DA PERDA INSENSÍVEL DE ÁGUA</p> <p>Manter o recém-nascido em incubadora;</p> <p>Aplicar emolientes na pele à base de petrolato;</p> <p>Manter a temperatura e o aquecimento na faixa normal; manter o ambiente térmico neutro.</p>

FONTE: Alves (2016).

De acordo com esta tabela criada por Alves (2016), as intervenções de enfermagem são de suma importância para uma boa qualidade de atendimento ao RN. Os cuidados com a pele desses neonatos têm o intuito de preservar a sua integridade cutânea. Estar mais atento com os riscos de lesões e com os fatores causais de lesões é uma das intervenções que Alves (2016) atribui.

Fernandes, Machado e Oliveira (2011) explicam que nos RN's, a higiene corporal deve ser rigorosa e deve ser feito a limpeza regular do cordão umbilical, nos primeiros dez dias de vida, até o cordão cair, pois pode reduzir significativamente o risco de infecção do mesmo e também o risco de morte neonatal por sepse. As unhas dos bebês devem ser mantidas limpas e curtas, para evitar que machuquem a pele, além das fraldas que devem ser trocadas constantemente para evitar infecções de pele.

Já os adesivos que são causadores de lesões de pele, devem-se evitar o uso constante diretamente na pele dos neonatos, principalmente, dos prematuros, pelo risco de romper a pele, que é muito frágil. Caso seu uso seja realmente necessário, é interessante utilizar pedacinhos bem pequenos e ter muita destreza na hora de tirá-lo. Para facilitar a remoção e evitar lesões, deve-se empregar um emoliente (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Ao final da tabela, Alves (2016) atribui algumas maneiras de prevenir as lesões de pele em neonatos. Schaefer (2014) complementa orientando a avaliar a pele do recém-nascido, pois é um dos indicadores de assistência de qualidade e segurança para o neonato internado em UTIN. Essa avaliação requer do enfermeiro conhecimento e destreza frente às particularidades da pele do neonato, além de saber técnicas para prevenir o possível aparecimento de lesões.

Durante um estudo realizado por Schardosim (2012), em que a mesma desenvolveu etapas de adaptação transcultural e pré-teste da escala Escala de Condição da Pele do Recém-nascido (ECPRN) que consiste em um instrumento que avalia três itens, tais como: secura, eritema e ruptura/lesões de pele. Cada um deles possui três alternativas de resposta. O neonato terá um escore final variável de 3 a 9, sendo 3 uma melhor condição e 9 a pior condição da pele (SCHARDOSIM, 2012).

TABELA 2: Escala de Condição da Pele do Recém-Nascido (ECPRN).

SECURA

- 1 – Pele normal, nenhum sinal de pele seca
- 2 – Pele seca, descamação visível
- 3 – Pele muito seca, rachaduras/fissuras

ERITEMA

- 1 – Não há evidência de eritema
- 2 – Eritema visível, <50% da superfície corporal
- 3 – Eritema visível, > ou =50% da superfície corporal

RUPTURA / LESÃO

- 1 – Nenhuma visível
- 2 – Pequena, em áreas localizadas
- 3 – Extensa

OBSERVAÇÃO

- Resultado ideal = 3
- Pior resultado = 9

FONTE: Alves (2016).

A autora realizou testes de confiabilidade intra (0,83 pontos para mais e 1,03 pontos para menos, com um viés de 0,01) e interobservador (1,38 pontos para mais e 1,87 pontos para menos, com um viés de 0,24). Indicando assim bons resultados quanto a estes dois fatores (SCHARDOSIM, 2012). A ECPRN é um instrumento de fácil entendimento, que pode ser colocada na prática assistencial diária do enfermeiro em UTIN, contribuindo para avaliações e intervenções mais precisas para a manutenção da integridade da pele do RN.

No que diz respeito a essa escala, ela classifica o risco de perda da integridade da pele no RN por meio de seus construtos, sendo um instrumento viável que contribui efetivamente para a qualidade de assistência ao neonato. Além disso ela é a única escala que existe para ser aplicada com RN's.

3.4 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente é um compromisso assumido pelos profissionais de saúde, desde a graduação. Afinal, não podemos esquecer que a Hipócrates, o pai da medicina ocidental, é atribuído o aforisma “*Primum Non Nocere*”, ou “primeiro não causar dano”. Significando que assistência prestada aos pacientes não deveria causar consequências indesejadas (Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente, 2015).

Nos últimos anos, em todo o mundo, a discussão sobre a segurança do paciente e a busca por qualidade na prestação dos cuidados à saúde tem recebido atenção especial. Em 2009, a Organização Mundial de Saúde definiu segurança do paciente como a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessários durante a atenção à saúde (World Health Organization, 2009).

Para reduzir os danos causados e melhorar a qualidade da assistência, o Brasil (2013) criou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. E posteriormente, deu-se a criação da RDC/Anvisa nº 36/2013, que regulamenta a implantação dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do Plano de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).

Além disso, se fez necessário também a criação de portarias que aprovassem os protocolos básicos para a segurança do cliente, tais como: a Portaria GM/MS nº 1.377, de 9 de julho de 2013 e a Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013).

É importante salientar que, os incidentes associados ao cuidado de saúde, e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente), representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde, problema frequente na UTI, onde os pacientes são mais vulneráveis, principalmente, devido à alteração do nível de consciência, uso de sedativos, suporte ventilatório e drogas vasoativas, e pelas restrições de movimentos por período prolongado e instabilidade hemodinâmica (FERNANDES; CALIRI, 2008).

O neonato precisa de uma boa assistência já que sua vida extrauterina é um desafio para ele, e algumas vezes o neonato nasce com problemas e necessita de estadia na UTIN assim o desafio pela sobrevivência é ainda maior, pois será a luta pela sobrevivência e ao mesmo tempo o enfrentamento de complicações acarretadas por procedimentos nos quais os mesmos são submetidos (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010).

O profissional de enfermagem por si já traz uma gama de responsabilidades por estar presente em diversos cuidados como neonato. Assim, na assistência UTIN sua responsabilidade é dobrada levando em consideração que nesse ambiente hospitalar existe paciente em risco eminente de óbitos, bem como de complicações

como infecções. Com isso podemos observar que os danos decorrentes da assistência à saúde presentes nas instituições públicas e privadas geralmente está delimitada pela sobrecarga de trabalho e muitas vezes relacionada a falta de capacitação do profissional, por outro lado a literatura aponta também a falta de comunicação entre os profissionais e a dificuldade no relacionamento interpessoal (BRASIL, 2013).

3.5 CUIDADO HUMANIZADO

Em 2003 foi lançada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a Política Nacional de Humanização (PNH) que busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, elaborando algumas mudanças nos modos de gerenciar e cuidar.

A PNH no cuidado em saúde permite ao profissional de saúde ter autonomia, contribuindo como protagonistas do processo de gestão onde seu produto final é um SUS igual para todos, atendendo de forma integral e transversal, ou seja, alcançando a todos envolvidos no processo do cuidado, levando sempre em consideração os princípios do SUS (SOUZA; FERREIRA, 2017).

Os princípios do SUS foram estabelecidos pela Lei de nº 8.080, de setembro de 1990, que afirma no Título I que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015). Portanto, ficou decretado que toda e qualquer pessoa tem direito ao cuidado humanizado, sendo amparado pelo Ministério da Saúde.

3.6 PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NO CUIDADO

Com o surgimento das UTIN, se aprimorou o cuidado especializado com neonato enfermo por meio de técnicas, procedimentos e equipamentos sofisticados, no entanto incluir os pais é um importante passo no processo da assistência prestada

ao neonato. De acordo com Tamez (2017), quando ocorre uma falha ou interrupção no processo de apego entre mãe e filho, pode haver um aumento na incidência de negligências no cuidado com o neonato.

Sendo assim, muitas UTIN já assumiram o papel de guiar os pais a reassumirem o relacionamento no cuidado com o filho com a finalidade de ajudá-los a passar por esse período estressante de hospitalização. É essencial que os pais acompanhe o neonato nessa fase e para que haja promoção genuína e duradoura dessa interação dos pais, e importante conhecer os mecanismos de estabelecimento de vínculo e afeto dos pais com seus filhos, a fim de proporcionar um ambiente que incentive e apoiem o cuidado e a integração dos pais no cuidado com o filho (TAMEZ, 2017).

Para os autores Villa, Silva e Costa (2017), a humanização da assistência à criança hospitalizada busca atualmente envolver os pais cada vez mais nos cuidados dispensados ao pequeno paciente. Os pais desses neonatos hospitalizados, ao agirem como seus representantes legais, podem oferecer importante contribuição à assistência na identificação de falhas cometidas pelo sistema hospitalar que, invariavelmente, acabam por ocasionar um atendimento menos eficaz e errôneo, por isso a importância da escuta desses pais (VILLA; SILVA; COSTA, 2017).

Hoje, os pais são mais atuante e muito mais participante, tanto do planejamento como da assistência, por isso o cuidado humano ao neonato requer a interação com a seus pais da forma mais integral possível, assim ajudando na assistência prestada observando os cuidados ofertados pela equipe e sinalizando possíveis iatrogênias, e diante disso ajudando na melhora da assistência ao neonato (VILLA; SILVA; COSTA, 2017).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

Trata-se de um estudo de inquérito epidemiológico, quantitativo, descritivo, observacional e documental. O estudo epidemiológico é um estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou das condições relacionadas à saúde em populações especificadas. O estudo também inclui a vigilância, análise e experimentação dos fatores físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais que influenciam a saúde. Atribui-se também a epidemiologia o desenvolvimento de estudos para o controle dos problemas de saúde (PEREIRA, 2005).

No que se refere a estudos quantitativos, Gerhardt e Silveira (2009) utilizam o argumento de que, a pesquisa possui “suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana”, além de, centrar-se na objetividade, coleta e análise dos dados, através da linguagem matemática (dados numéricos), por procedimentos estatísticos para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis, etc.

Em conformidade com Gil (2017), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. Para Fontelles, et al, (2009) no estudo observacional, o investigador atua simplesmente como expectador dos acontecimentos, sem interferir no percurso ou conclusão dos mesmos, embora possa, no percurso, realizar medições, análises e outros procedimentos necessários para coleta de dados.

Já na pesquisa documental, Gil (2017) desenvolve seu pensamento em torno da comparação com a pesquisa bibliográfica, visto que, ambas são muito semelhantes, porém, a diferença se constrói na natureza das fontes, no qual a pesquisa “documental vale-se de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa” enquanto que a pesquisa bibliográfica utiliza-se de contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Fundação Santa casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), fundada em 24 de fevereiro de 1650, o fundador até então desconhecido, possui atualmente 482 leitos instalados em uma área de 22 mil metros quadrados. No dia 16 de setembro de 2013 foi inaugurado o novo prédio da instituição: a Unidade Materno Infantil Dr. Almir Gabriel, contando com 406 leitos instalados. É um hospital que atende 100% do SUS, está cadastrado como referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido.

A FSCMPA localizada na rua Bernal do Couto N° 971, bairro do Umarizal, é um órgão da administração indireta, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde Pública. Foi certificada como Hospital de Ensino, conforme Portaria Interministerial MS/MEC n° 2378 de 26 de outubro de 2004 e efetivado seu processo de contratualização junto ao SUS por meio da Portaria 2.859/MS, de 10 de novembro de 2006.



Imagens da Localização do Local de Pesquisa

Fonte: Google Maps

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, local que foi realizado a pesquisa, está localizada no 1º e 7ª andar da Unidade Materno Infantil Dr. Almir Gabriel, sendo o 1º andar destinados aos neonatos provenientes da maternidade da própria FSCMPA, intitulada Unidade De Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) A, contando com 40 leitos atualmente e subdividida em quatro alas. No 7ª andar localiza-se a UTIN B,

destinada aos neonatos externos, contando com 20 leitos e subdividida em duas alas: UTIN B1 e UTIN B2 (segundo informações dos funcionários do setor).

4.3 UNIVERSO DA PESQUISA

O universo da pesquisa foram todos os neonatos hospitalizados que obedeceram aos nossos critérios de inclusão, na UTIN A e B, no período de Maio à Junho de 2019.

4.4 AMOSTRA DA PESQUISA

A amostra de conveniência foi constituída por 60 neonatos de ambos os sexos internados na UTIN A e B, dentre os 60, 17 neonatos foram excluídos por estar acima de 30 dias de vida.

4.5 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO – INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão:

- ✓ Neonatos do primeiro dia de vida até 30 dias;
- ✓ Todos os RN's internados na UTIN durante o período de coleta de dados.

Critérios de exclusão:

- ✓ Lactentes.

4.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado para coleta, foi um roteiro formulado com base nos objetivos da pesquisa (Apêndice A), para categorizar os aspectos clínicos dos neonatos, constituído por variáveis clínicas, tais como: dados de internação; dados de nascimento/parto e dados clínicos.

Dados de internação: identificação; motivo; patologias pré-existentes e tempo de internação. Dados do Nascimento/ Parto: data de nascimento; sexo; peso; via de parto – vaginal ou cesárea –; idade gestacional (IG); presença de lesão. Dados clínicos: peso; nutrição – parenteral: cateter umbilical venoso (CUV), cateter central de inserção periférica (PICC); enteral: sonda nasogástrica, orogástrica, gastrectomia –; oxigenação – cânula nasal, Pressão Positiva Continua Nas Vias Aéreas (CPAP); Ventilação Mecânica (VM); Acesso (terapia Endovenosa) – cateter central, cateter periférico –; fototerapia; banho – banho com espoja ou banho de imersão e produtos utilizados –; número de lesões; local da lesão; causa da lesão; tipo de lesão; terapêutica elegida para tratamento da lesão. Será marcado em um desenho o local da lesão, conforme o instrumento de avaliação.

Os dados para a pesquisa foram extraídos dos prontuários e através de observação direta dos recém-nascidos durante os manuseios realizados pela equipe, para identificar a presença de lesão, quais os tipos de lesão e os fatores de risco. A observação direta se deu pelo período da manhã e tarde, quatro vezes por semana, à uma distância de 1 metro do berço, durante 15 a 30 minutos. Cada RN foi observado uma única vez, assim como, teve seu prontuário avaliada apenas uma vez também.

Optou-se pela observação direta, em conjunto com a análise dos registros de prontuários, para obter um resultado, proveniente da coleta de dados, mais fidedigno, devido a indícios da pesquisa realizada por Faria (2015), no qual evidenciou que “algumas lesões não estavam registradas nos prontuários nos neonatos, podendo ocasionar em omissão de informações relevantes para a continuidade da assistência”.

4.7 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Após a aprovação do comitê de ética o projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética sendo aprovado no dia 10 de fevereiro de 2019 (Parecer Consubstanciado nº 08066919.0.0000.5169) do Centro Universitário do Estado do

Pará (CESUPA) e Fundação Santa Casa de misericórdia, (Parecer Consubstanciado nº 3288069). Marcamos uma conversa com a equipe de enfermagem no horário da tarde explicamos todos os procedimentos da pesquisa nos dias estipulados, que foram através de observação direta durante os procedimentos dos cuidados de enfermagem, no qual, fizemos algumas anotações durante a observação registrando no instrumento semiestruturado formulado com base nos objetivos da pesquisa (Apêndice A), assim consultamos o prontuário de cada neonato. No segundo momento aconteceu uma conversa individualmente com as mães dos respectivos neonatos, que foram coletados dados naquele dia, no qual foi esclarecido os objetivos da pesquisa, os métodos utilizados, a forma de utilização dos dados. A relevância dessa pesquisa, tanto para instituição como para o meio acadêmico, é de grande importância de forma que as mães estejam cientes de toda a logística que foi utilizada para coletar os dados.

Além de a inclusão de um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (Apêndice B), assinados pelas pesquisadoras e orientadora, configurando a confidencialidade, integridade e conservação dos prontuários utilizados para coleta. Em se tratando da ocorrência de dano material decorrente de falta de cuidado e falta de atenção por parte das pesquisadoras cabe indenização e responsabilização das mesmas, conforme determina a Resolução nº466/12.

4.8 ANÁLISE DE DADOS

Na análise de dados às informações coletadas foram inicialmente tabuladas e agrupadas de acordo com as classes e variáveis. No segundo momento, os dados coletados em formulário estruturado foram tratados com a planilha eletrônica Microsoft Office Excel® e o software Statistic Package for Social Science-SPSS® para obtenção dos quadros e gráficos estatísticos descritivos para verificação do percentual de cada variável pesquisada. Contudo, colocando em ênfase as informações obtidas e contrastando com os pontos abordados no referencial teórico, o qual, embasaram a discussão dos resultados.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Para subsidiar os aspectos éticos dessa pesquisa, tomou-se como pilar a Resolução nº466/12 Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre a ética em pesquisa com seres humanos, que foi criada para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, a mesma que diz que a pesquisa só pode ter início após aprovação do CEP/CNEP, por tanto, essa pesquisa só teve início pós submissão na plataforma Brasil e aprovação do Comitê de ética do Centro Universitário do Pará (CESUPA) e FSCMPA, juntamente com a declaração de aceitação da instituição.

Ainda como um dos pilares éticos desta pesquisa, adotou-se a Resolução nº 580/2018 do CNS, no que diz respeito a rotina e interferência dos serviços de assistência à saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), na qual apresenta o discurso de que “pesquisa que incluir trabalhadores da saúde como participantes deverá respeitar os preceitos administrativos e legais da instituição, sem prejuízo das suas atividades funcionais”, por tanto, assegurou-se que qualquer sinal de interferência na logística da assistência dos profissionais que foram observados, as pesquisadoras se retirariam e a coleta de dados só teria continuidade em momentos oportunos para o funcionário.

Foi garantida a confidencialidade e a privacidade dos neonatos participantes da pesquisa por meio de pseudônimos com as iniciais de recém-nascidos seguido por algarismos árabe de forma crescente (RN 1, RN 2, RN 3, RN 4) na ordem de coleta, bem como os dados pessoais das mães desses neonatos, que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando as pesquisadoras a utilizarem os dados dos seus filhos e dos profissionais que foram observados no momento da assistência e coleta de dados, que também assinarão um TCLE.

Além de, a inclusão de um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (Apêndice B), assinados pelas pesquisadoras e orientadora, configurando a confidencialidade, integridade e conservação dos prontuários utilizados para coleta. Em se tratando da ocorrência de dano material decorrente de falta de cuidado e falta de atenção por parte das pesquisadoras cabe indenização e responsabilização das mesmas, conforme determina a Resolução nº466/12.

O resultado da pesquisa será divulgado para FSCMPA como uma devolutiva da pesquisa, ao término do estudo e os dados coletados na pesquisa foram agrupados por variáveis e serão arquivados por cinco anos e depois destruídos, conforme prevê a Resolução nº466/12.

4.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os benefícios esperados nessa pesquisa para a instituição, foram de reduzir a incidência de lesões cutâneas em neonatos na UTIN, levando em consideração a amostra que foi obtida ao final da pesquisa e suas variáveis, da mesma maneira que, o conhecimento adquirido procedente da pesquisa contribuirá no desenvolvimento de alternativas para intervenção no tratamento e na melhora da qualidade de assistência aos neonatos, em relação a prevenção de lesões cutâneas, e aos principais fatores que causam as lesões, tal como, o benefício terapêutico com apoio ao bem-estar dos neonatos, beneficiados com a diminuição do índice de lesões através de cuidados mais eficazes e o acompanhamento do progresso das lesões, melhorando a qualidade da assistência prestada mediante o resultado da pesquisa no qual foi identificado as fragilidades da assistência no cuidado ao RN.

Para as pesquisadoras os benefícios foram de adquirir conhecimento, melhorar a percepção, entendimento e habilidades relacionadas ao tema, e posteriormente fomentar a formação acadêmica, além de contribuir como requisito parcial de uma avaliação para conclusão do curso de graduação em enfermagem e colaborar com futuras pesquisas científicas dando subsídio a comunidade acadêmica através dos resultados adquiridos dessa pesquisa.

Os riscos destas pesquisas foram mínimos, podendo surgir apenas um leve constrangimento para as mães dos neonatos participantes da pesquisa, incluindo mal-estar diante da observação dos seus filhos, indisposição para ouvir os esclarecimentos das autoras quanto a pesquisa, e recusa a assinar o TCLE, tendo em vista que, a pesquisa só aconteceu mediante a autorização da mãe, enquanto para os neonatos o risco ofertado foi mínimo, evitando os possíveis incômodos auditivos causados por ruídos, vale ressaltar que, foi fornecido informações acerca do tema aos responsáveis dos pesquisados para entender o estudo e prevenir qualquer problema

que possivelmente afetasse o bem-estar do participante da pesquisa. Os possíveis riscos para as pesquisadoras foram de desconforto por algum comportamento inadequado dos pais do neonato, ou da equipe podendo causar apreensão.

Vale ressaltar que esta produção será divulgada nas instituições envolvidas e em eventos científicos e publicada em revistas indexadas/científicas, que servirão de subsídio para futuras pesquisas, que abordem a temática desenvolvida, da mesma forma que, contribuirá para fomentar conhecimento, tanto para a comunidade acadêmica quanto aos profissionais e ampliar a quantidade de pesquisas sob a ótica estudada.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados referem-se as avaliações de 43 RN's no período de Maio na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Referência Materno Infantil do estado do Pará.

A apresentação dos resultados inclui: o perfil sociodemográfico dos participantes e as condições da pele dos RN's, relacionado as patologias associadas a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e variáveis associadas, além do quadro clínico.

QUADRO 1: Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável gênero e peso no Hospital de Referência de Belém/PA.

GÊNERO	Nº DE RN	%
Feminino	16	37,2
Masculino	26	60,5
Sexo indefinido	01	2,3
PESO AO NASCER		
570 a 1088	12	28
1088 a 1607	10	23
1607 a 2127	10	23
2127 a 2646	3	7
2646 a 3165	7	16
3165 a 3684	1	2
TOTAL :	43	

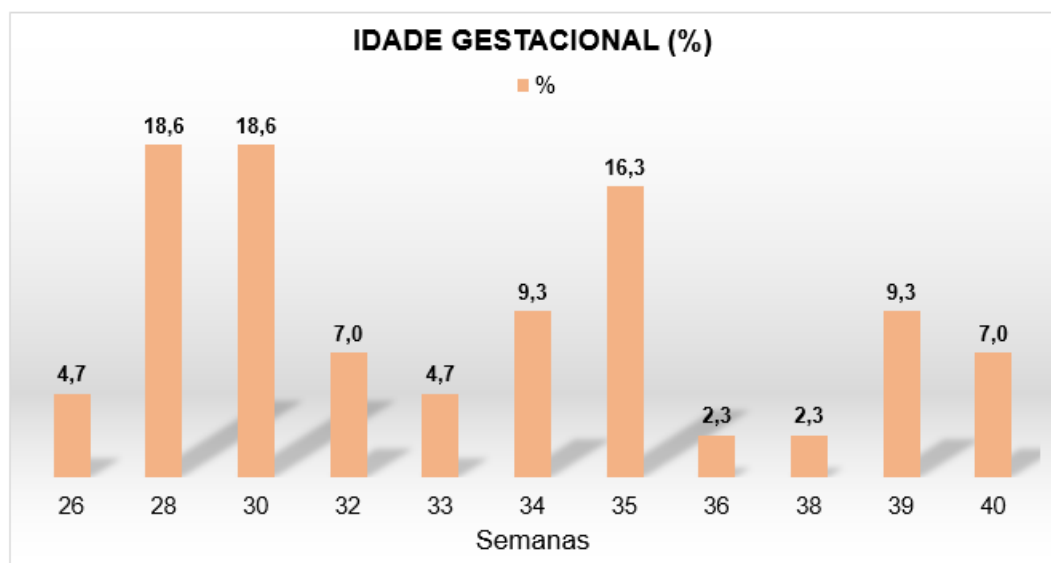
Fonte: Dados da pesquisa.

O perfil sociodemográfico dos recém-nascidos estudados revelou uma predominância do sexo masculino, caracterizando 60,5% da amostra estudada e os outros 37,2% dos RN's eram do sexo feminino e 2,3% sexo indeterminado. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, foi registrado em 2018, 2,87 milhões de nascimentos - 1.473.166 homens e 1.400.998 mulheres. O país possui 208,4 milhões de habitantes, sendo 101,9 milhões de homens e 106,5 milhões de mulheres e de acordo com o instituto, a expectativa de vida dos representantes do sexo masculino é de 72,5 anos, enquanto a das mulheres é de 79,6 anos (IBGE, 2018).

Observou-se que no mês de abril a maio foram registrados 26 nascimentos do sexo masculino e 16 do sexo feminino e 1 com sexo indefinido, entretanto ao longo do tempo a proporção entre o número de homens e mulheres se equilibra naturalmente. No Brasil temos o Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) com o objetivo de reunir informações relativas aos nascimentos ocorridos em todo o território nacional. A fonte dos dados é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada pelo Ministério da Saúde, com cerca de 41 variáveis, entre as quais podem ser destacadas: duração da gestação, peso do recém-nascido, idade da mãe, local de ocorrência e tipo do parto.

O estudo revelou que dos 43 neonatos internados, cerca de 28% apresentaram o peso entre 570g a 1.088kg, 23% apresentaram peso entre 1.088kg a 1.607kg, 23% também apresentaram peso entre 1.607kg a 2.127kg, 7% apresentaram peso entre 2.127kg a 2.646kg, 16% apresentaram peso entre 2.646kg a 3.165kg, e apenas 2% do total da amostra apresentaram peso entre 3.165kg a 3.684kg. O estudo evidenciou que o peso de maior percentual notado foi entre 570g a 1.088kg.

O peso do prematuro é um dado muito importante quando se discute lesões de pele, pois esta população apresenta pouco tecido subcutâneo, pele delicada, frouxa, sem elasticidade, translúcida e com pouca musculação, ocorrendo com frequência instabilidade térmica, tendência a desidratação e ressecamento, favorecendo os riscos de desenvolvimento de injúrias, entre outros, aumentando as chances de surgimento de lesões. O quadro 1 evidencia o perfil dos RN que compuseram a amostra (FONTENELLE, 2008).



Fonte: Dados da pesquisa.

FIGURA 1: Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Idade Gestacional no Hospital de Referência de Belém/PA.

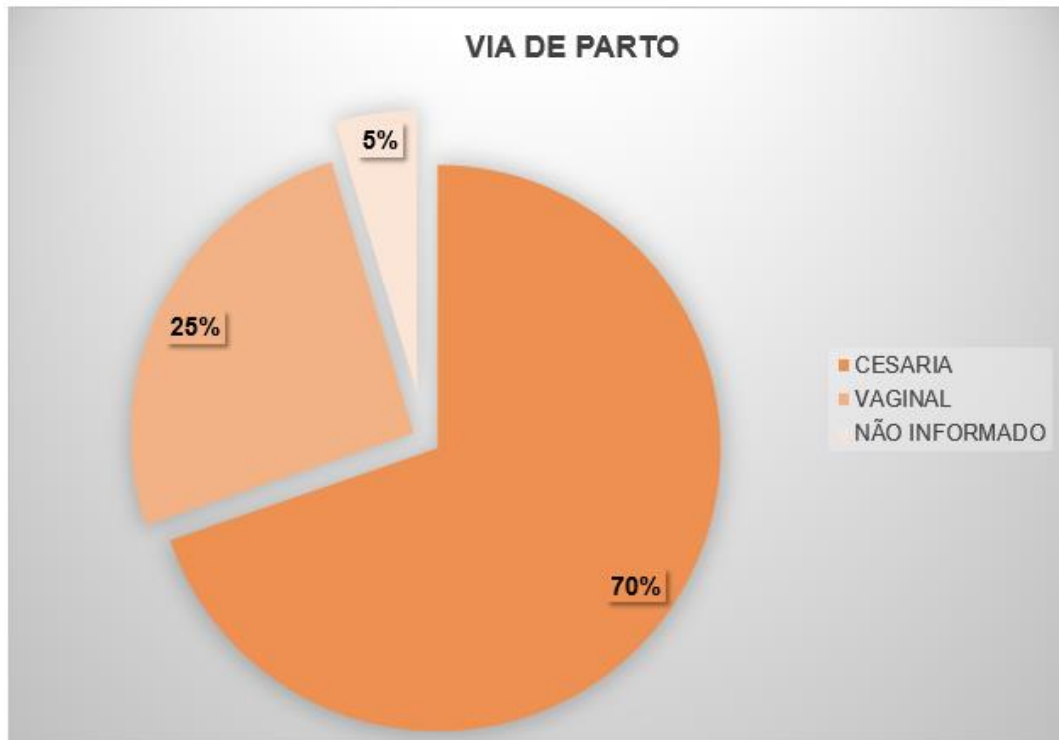
Na coleta de dados e após contabilização do estudo evidenciamos pela idade gestacional que houve 30 partos pré-termo (menos de 37 semanas completas menos de 259 dias de gestação), 11 partos a termo (De 37 semanas a menos de 42 semanas completas 259 a 293 dias de gestação) e 02 a termos (42 semanas completas ou mais 294 dias ou mais de gestação).

Segundo Brasil (2015), a maturidade tegumentar está diretamente relacionada a idade gestacional visto que a imaturidade deste órgão, no prematuro determina sua vulnerabilidade orgânica. Quanto menor a IG, maior a fragilidade da pele do neonato, que algumas vezes, ao mínimo manuseio ocorrem às lesões. A pele do neonato sofre um progressivo processo de adaptação ao ambiente extrauterino, o que exige cuidados especiais.

No prematuro, a barreira epidérmica desenvolve-se nas primeiras duas semanas de período pós-natal. No geral, a pele do RN apresenta-se com várias alterações ou lesões cutâneas. Essas lesões podem ser temporárias, inocentes, resultantes de uma reação fisiológica, ou podem indicar uma alteração córnea (CLOHERTY, EICHENWALD e STARK, 2011).

De acordo com Nascimento E Landim (2016), a epiderme do prematuro é diferente do RN a termo, pois o estrato córneo só começa a se desenvolver após as 30 semanas de idade gestacional (IG), adquirindo a espessura definitiva às semanas, logo, os prematuros menores de 34 semanas possuem um maior risco para perda de calor, água, calorias, eletrólitos e proteínas.

O gráfico aponta que 81,5% são prematuros de 26 a 36 semanas de gestação, sendo que a maior evidência de nascimento variou de 28 e 30 semanas de gestação segundo o levantamento de dados realizado pelo estudo, sendo assim o neonato tem maior probabilidade de desenvolver lesões de pele, pela imaturidade tegumentar e fisiológica da pele que é fina, sensível e malformada.



Fonte: Dados da pesquisa.

FIGURA 2: Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Via de Parto no Hospital de Referência de Belém/PA.

Foi evidenciado que ocorreram mais partos por via cesárea no total de 30, no total 70% e por via vaginal 11 partos com 25% e 8% não informados. Segundo Brasil (2015) quanto mais prematuro o bebê, maiores são os riscos para sua saúde, pois seus órgãos e sistemas ainda não estão completamente desenvolvidos, assim aumentando o número de casos de partos por via cesárea por diversas complicações. Mas, com os constantes avanços da medicina e os cuidados especiais dedicados a eles, as chances deles se desenvolverem normalmente e com qualidade de vida são cada vez mais altas.

No intuito de salvaguardar o bem estar materno-fetal tem se ampliado as indicações de operação cesariana, em virtude das causas maternas e fetais. Nesse contexto destacou-se que o cenário do estudo apresentou 70% de parto cesariano referência para gestação de alto risco (BRAQUIÃO, 2015).

QUADRO 2: Distribuição da variável diagnóstica de internação dos recém-nascidos no Hospital de Referência de Belém/PA.

DIAGNOSTICO DE INTERNAÇÃO	Nº DE RN	%
Síndrome da aspiração de mecônio	4	9,3
Afecções originadas no período perinatal não especificada	1	2,3
Baixo peso	1	2,3
Distúrbio metabólico, Convulsão e Meningite	1	2,3
Distúrbio respiratório, Icterícia e Hemorragia pulmonar	1	2,3
Gastrosquise	1	2,3
Meningite e Trocotraumatismo	1	2,3
Meningite, Pneumonia e Icterícia	1	2,3
Microcefalia, Insuficiência respiratória	1	2,3
Obstrução Intestinal não especificada	2	4,7
Pequeno para idade gestacional e Icterícia	1	2,3
Pequeno para idade gestacional e SDR*	1	2,3
Pequeno para idade gestacional e Síndrome do desconforto respiratório	1	2,3
Prematuro	8	18,6
Prematuro e Meningite tardia	1	2,3
Prematuro extremo, Desconforto respiratório	1	2,3
Síndrome da angustia respiratória, Sofrimento fetal	1	2,3
Distúrbio respiratório	14	32,6
Não Informado	1	2,3

Fonte: Dados da pesquisa.

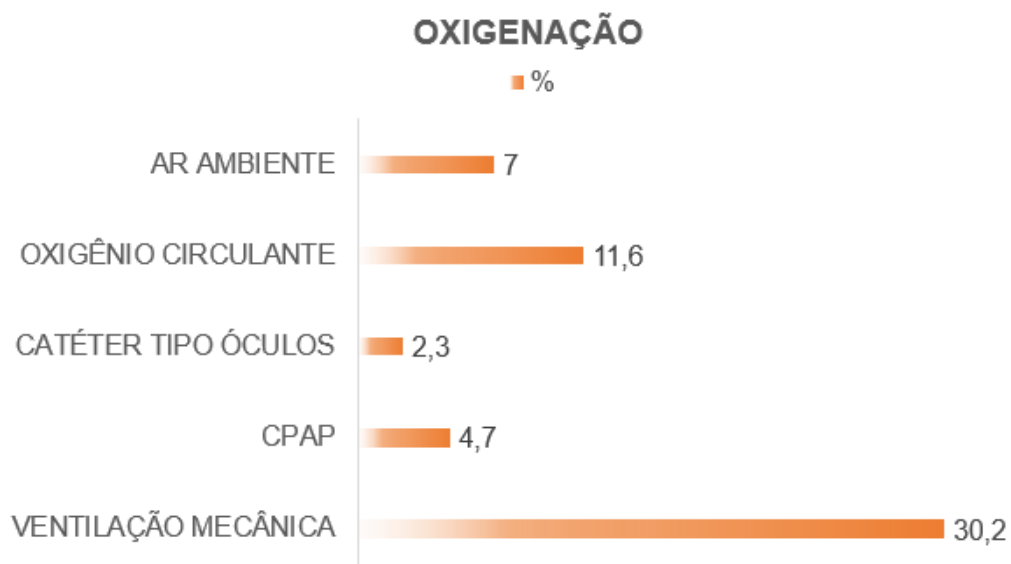
Em relação a variável da tabela 4 a maioria dos neonatos internados eram prematuros de acordo com gráfico da idade gestacional, sendo que o diagnóstico de internação evidenciou-se que 32,6% de internação entre os RN's, foi o distúrbio respiratório, seguido da prematuridade com 18,6%, posteriormente a síndrome de aspiração de mecônio com 9,3% dos casos, sendo que 4,7% por obstrução intestinal não especificada. Além desses diagnósticos foi encontrado afecções originadas no período perinatal não especificada, baixo peso, distúrbio metabólico, convulsão, meningite, icterícia, hemorragia pulmonar, gastrosquise, trocotraumatismo, pneumonia, microcefalia, prematuro extremo e sofrimento fetal, cada diagnóstico com 2,3%.

Para Tamez (2017), a síndrome do desconforto respiratório também conhecida como doença da membrana hialina (DMH), caracteriza-se pela falência dos alvéolos pulmonares causado pela deficiência de surfactante, o que provoca um aumento da necessidade de oxigênio e esforço respiratório, diminuindo 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.

Os prematuros, sendo a segunda maior causa das internações, podem apresentar várias intercorrências graves que exigem cuidados especiais, de acordo com às suas particularidades. Uma dessas intercorrências é a predisposição para o surgimento de lesões de pele, devido a imaturidade da pele (FONTENELE, 2008).

A Síndrome da Aspiração Meconial é o terceiro diagnóstico com maior evidência no banco de dados da pesquisa. De acordo com Fernandes, Rudek e Souto (2015), a síndrome é uma patologia grave que ocasiona obstrução parcial ou total das vias aéreas, caracterizando-se por diversos graus de insuficiência respiratória. A aspiração do mecônio pode ocorrer tanto intraútero como nas primeiras respirações após o parto, sendo uma importante causa de morbimortalidade neonatal.

Segundo a pesquisa, 4,7% das internações foram por obstrução intestinal não especificada, sendo a quarta incidência das causas de internação. Na obstrução intestinal ocorre um bloqueio sem comprometimento vascular. Alimentos e fluidos ingeridos, secreções digestivas e gás se acumulam acima da obstrução. As funções secretoras e absorptivas da mucosa estão debilitadas e a parede intestinal se torna edemaciada e congesta. A distensão intestinal significativa é progressiva, e intensifica o peristaltismo e os distúrbios secretórios, aumentando os riscos de desidratação e progressão para obstrução por estrangulamento (NOVAES; MARGOTTO; SANTOS, 2013).



Fonte: Dados da pesquisa.

FIGURA 3: Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Oxigenação no Hospital de Referência de Belém/PA.

De acordo com Carvalho (2009) a oxigenoterapia, é um método de tratamento no qual ocorre a inalação de oxigênio (O₂), onde uma pressão menor do que a do ar ambiente facilita a troca de gases no pulmão, reduzindo assim o trabalho respiratório. É definida como a necessidade de administração de oxigênio por meio de dispositivos, tendo como objetivo promover a manutenção da oxigenação tecidual adequada.

O estudo demográfico mostrou que dos 43 neonatos internados, 30,2% encontrava-se em ventilação mecânica (VM) ou, como seria mais adequado chamarmos, o suporte ventilatório, que consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. A VM se faz através da utilização de aparelhos que, intermitentemente, insuflam as vias respiratórias com volumes de ar (CARVALHO, 2009).

Os Rn's com idade gestacional menor que 30 semanas ou com peso inferior a 1.000 gramas, necessitam de ventilação mecânica ou quando estão em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO₂ maior que 30%; e os neonatos que necessitam de cirurgia de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte (BRANQUIÃO, 2015)

Assim, o princípio do ventilador mecânico é gerar um fluxo de gás que produza determinada variação de volume com variação de pressão associada. As variações possíveis para esta liberação de fluxo são enormes e, com o progresso dos ventiladores microprocessados, as formas de visualizar e controlar o fluxo, o volume e a pressão estão em constante aprimoramento. Cada vez mais a equipe da UTI estará exposta a diferentes formas de apresentação e análise de parâmetros respiratórios fornecidas pelo ventilador, sofisticando as decisões clínicas (BRANQUIÃO, 2015)

Segundo a pesquisa, 11,6% dos neonatos estavam em oxigênio circulante, ou seja, apenas com o ar que circulava dentro da incubadora neonatal, que é um equipamento médico hospitalar utilizado com a função de auxiliar na manutenção do equilíbrio térmico de recém-nascidos prematuros. Além disso, a incubadora controla o teor de oxigênio e a umidade do ar circulante no interior da câmara, emite uma luz e nível sonoro apropriado para o recém-nascido. Para que a temperatura interna fique constante e ajustada corretamente, a incubadora possui um motor elétrico, que aciona um dispositivo com a função de fazer com que o ar aquecido fique circulando restritamente naquele ambiente. A incubadora neonatal favorece o desenvolvimento,

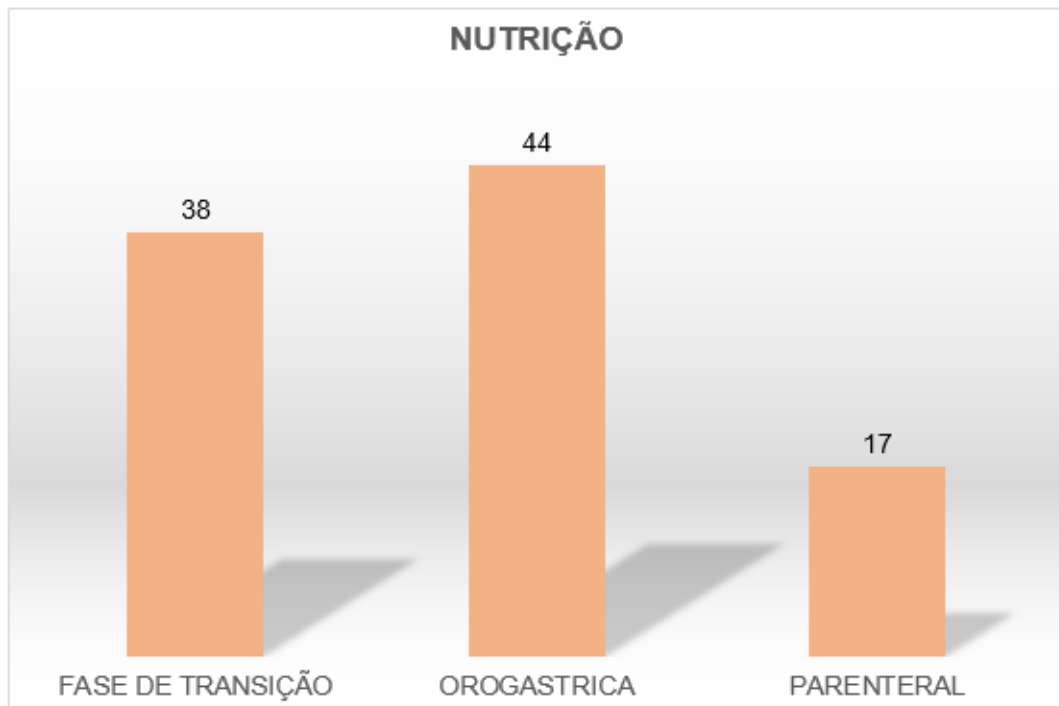
crescimento, resistência a doenças e sobrevivência dos recém-nascidos (BRAQUIÃO, 2015).

Foi constatado que 7% dos neonatos estavam em ar ambiente, ou seja, não precisava de nenhum modo de suporte ventilatório, estavam apenas utilizando o ar ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal que varia a sua temperatura entre 25 graus.

Foi verificado que 4,7% dos neonatos estavam em ventilação positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), ele é utilizado nos cuidados intensivos neonatais, em recém-nascidos prematuro com síndrome do desconforto respiratório, é constituído por uma máscara que é ligada através de um tubo a uma máquina, a máscara é colocada sobre o nariz e a boca, facilitando e melhorando a qualidade de vida do neonato. O CPAP consiste em um pequeno aparelho compressor de ar muito silencioso e de alta tecnologia que se conecta, através de um circuito flexível. Este aparelho previne a obstrução da garganta durante o sono e restabelece o sono normal ao indivíduo (BRANQUIÃO, 2015).

É um aparelho que fornece uma pressão positiva responsável por não deixar a via aérea fechar. Para que seja utilizado o CPAP é necessária uma máscara nasal ou oronasal, através da máscara o ar chega à via aérea do paciente. O CPAP nasal reduz a incidência de barotrauma provocado pela ventilação mecânica. Há uma tendência para a utilização do CPAP nasal a partir do nascimento, para todos pré-maturos com 28 semanas de gestação que respirem espontâneos. O uso do CPAP, pode desenvolver o aparecimento de lesões, pela aderência do esparadrapo que é usado para fixação na pele, ao ser retirado ele pode causar uma ruptura, lesionando a pele fina e sensível do neonato (TAMEZ, 2017).

Observou-se também que 2,3% dos neonatos estava com cateter tipo óculos ele é utilizado para administrar oxigênio em pacientes que precisam de fluxo de oxigênio de até 6 LPM (Litros Por Minuto) o cateter é descartável e de fácil colocação, permitido que o neonato se alimente sem interrupção do oxigênio, Geralmente em neonato o fluxo não deve ultrapassar de 1 LPM, pois pode provocar irritação da mucosa nasal e faringe, além de favorecer a deglutição de ar e a distensão abdominal, o cateter tipo óculos é indicado para Recém-nascido com drive respiratório próprio, que necessite apenas de oxigênio suplementar - saturação de oxigênio menor que 60% ou PaO₂ <50mmHg, com estresse respiratório mínimo; RN dependente de O₂ e Desmame da oxigenoterapia (BRAQUIÃO, 2015).



Fonte: Dados da pesquisa.

FIGURA 4: Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Nutrição no Hospital de Referência de Belém/PA.

Segundo Salge et al (2009), o RN de baixo peso é definido como todo nascido vivo com peso inferior a 2.500 gramas, e a prematuridade é classicamente definido, como o nascimento que ocorre antes da 37ª semana de gestação. Muitas vezes esses neonatos precisam ficar hospitalizados, é importante que o mesmo receba um bom suporte técnico e cuidados de uma equipe multiprofissional na UTIN, até que o mesmo se recupere e saia da situação de risco, o vínculo mãe-filho é prejudicado, quando o neonato precisa de hospitalização, isso dificulta o início da amamentação, um fator que pode complicar ainda mais a saúde da criança.

O RN prematuro pode apresentar problemas durante a sucção da amamentação, por falta de coordenação motora a sucção-deglutição e respiração, podendo apresentar risco de aspiração. Além disso, há um esforço excessivo e gasto de energia quando o neonato tenta sugar, podendo levar o mesmo a perder peso, a administração da dieta por sonda é realizada até que o neonato esteja apto para iniciar o processo de coordenação entre sucção, deglutição e respiração, o que ocorre normalmente entre a 32 a 35 semanas de gestação (BRAQUIÃO, 2015).

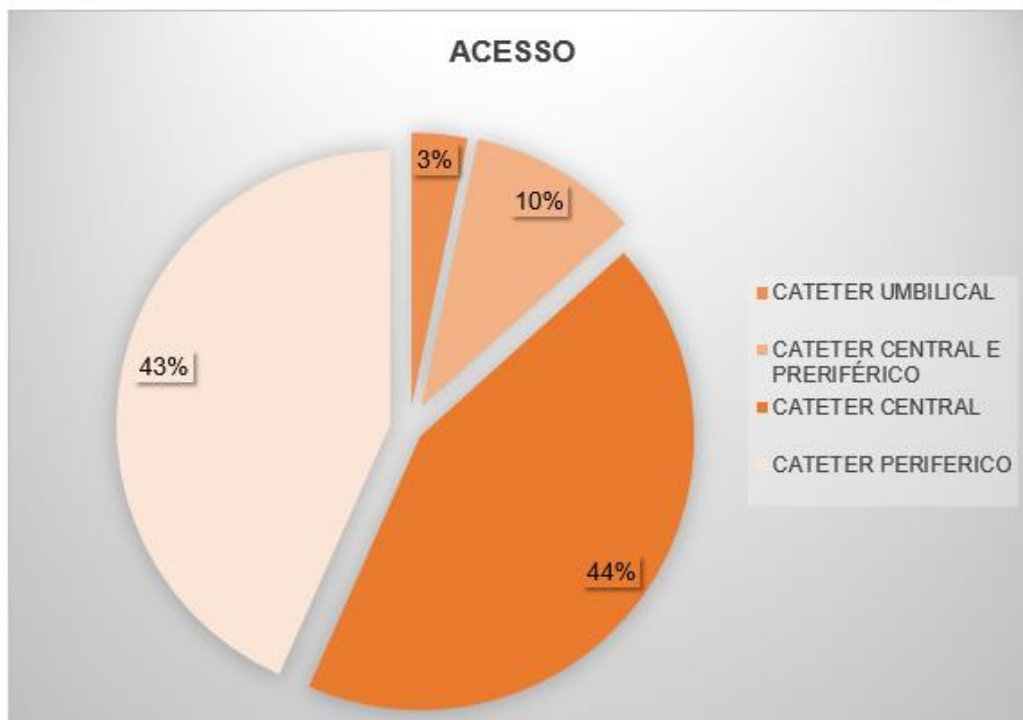
Segundo o gráfico, o estudo aponta que dos 43 neonatos internados na UTIN, 44% estão se alimentando por sonda orogástrica, a sonda é indicada para neonatos quando a sucção é um obstáculo para os RN's ou em casos de dificuldade de sucção, para poder ganhar peso sem aumentar o gasto de energia. A sonda é um dispositivo de primeira escolha para alimentação do recém-nascido, sua finalidade é administrar alimentos e medicações, controlar a aceitação e absorção da dieta através de mensuração do resíduo gástrico, drenar conteúdo gástrico e descomprimir o estômago, indicada em casos que o neonato tem sucção débil para administração de dieta, neonato prematuros que ainda não tem indicação de sucção, neonatos que exigem controle do resíduo gástrico ou que e foi submetido à ventilação por pressão positiva com auxílio de máscara de reanimação manual (ambú) para descompressão gástrica (TREVISAN, 2010).

A troca deve ser realizada preferencialmente após o banho ou higienização do neonato e o adesivo microporoso deve ser retirado da pele de forma delicada (BRAQUIÃO, 2015). E 38% dos neonatos encontrassem em fase de transição da gavagem para o peito ou copinho, com melhoria da sucção e deglutição, onde os mesmos são estimulados pouco a pouco a fazer a sucção de forma correta, em alguns casos é utilizado o copo como uma alternativa alimentar, para evitar o uso de mamadeiras devido ao fenômeno de “confusões de bicos”, na última etapa o neonato é alimentado no peito sem a necessidade do uso de sonda, na fase de transição o neonato é estimulado a fazer a sucção sem ajuda de sondas, esse processo é realizado passo a passo para que o neonato não faça tanto esforço, para que não ocorra o gasto de energia evitando assim a perda de peso, é importante ficar atento no momento da alimentação para evitar regurgitações ou asfixia (BRANQUIÃO, 2015).

Enquanto isso 17% dos neonatos, encontrasse em nutrição parenteral (NPP) que é um procedimento terapêutico essencial no tratamento intra-hospitalar do recém-nascido pré-termo, a NPP é administração de nutrientes diretamente na veia do neonato, quando não é possível obter os nutrientes através da alimentação oral, durante a nutrição por sonda parenteral, é importante observar e avaliar o local de inserção do cateter, avaliar a presença de edema, vermelhidão ou dor no local.

As principais indicações são depleção das proteínas plasmáticas, perda significativa ou incapacidade de manutenção do peso corpóreo, traumas e cirurgias, a Nutrição Parenteral é utilizada normalmente como terapia de apoio (complementando as necessidades nutricionais de pacientes em que via enteral não

consegue suprir) ou terapia exclusiva (onde uso da via enteral é proibido), sendo que em ambos os casos ela pode combater desnutrição, podendo até reverter quadro imunológico. As vias utilizadas para a administração da alimentação parenteral são a periférica e a central. Na primeira podem ser somente oferecidas soluções hiposmolares, hipoconcentradas e as gorduras. Já na segunda há infusão de soluções hipertônicas de glicose, proteínas, vitaminas entre outros (TREVISAN, 2010).



Fonte: Dados da pesquisa.

FIGURA 5: Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Acesso no Hospital de Referência de Belém/PA.

Na figura 5, encontram-se as variáveis dos acessos venosos que foi constatado no momento da coleta de dados. De acordo com a pesquisa realizada, pôde-se observar que 44% dos RN's internados na UTIN encontravam-se de cateter central, 43% estavam com cateter periférico, 10% dos neonatos encontravam-se de cateter central e cateter periférico. Essa combinação das duas vias de acessos é devido a necessidade de uma via de acesso para medicação e outra que deve ser exclusiva para a nutrição parenteral (NPP), e somente 3% dos RN's estavam de cateter umbilical.

Quanto aos cateteres venosos centrais, Neves Junior, et al (2010) explica que são utilizados em circunstâncias em que há precisão de acesso com longa permanência ou diretamente ligado ao sistema vascular, encontrados com frequência em hemodiálise, hemoterapia, quimioterapia e nutrição parenteral prolongada (NPP).

De acordo com os dados da pesquisa, foi encontrado uma porcentagem significativa de neonatos com utilização de cateter periférico com 44%. A terapia intravenosa é muito utilizada no ambiente hospitalar, principalmente por meio da inserção de cateteres venosos periféricos (DANSKI, et al 2016). Além disso é realizada para administração de medicamentos e soluções para chegar facilmente ao sistema circulatório, a fim de proporcionar uma melhora no quadro de saúde dos pacientes com uma eficácia e rapidez maior, bem como para profilaxia (SANTOS, et al, 2013).

Mesmo com baixo percentual na pesquisa por cateter umbilical, para Rodrigues, Gomes e Cunha, (2011) o cateterismo umbilical venoso é um dos dispositivos centrais mais frequentes nos RN's. Este tipo de cateterismo é recomendado nos casos de reanimação neonatal na sala de parto, infusão de drogas vasoativas ou drogas vesicantes que causam irritação por via periférica, monitorização de pressão venosa central e exsanguineotransfusão (CAVALCANTE et al, 2015).

Para Souza, et al (2011) a escolha do material que será utilizado para a punção venosa é de suma importância, pois interfere na manutenção do acesso, nas condições gerais do paciente e, conseqüentemente, na qualidade do cuidado de enfermagem. Outro fator relevante na punção venosa é a habilidade na execução do procedimento, que se dá por diferentes profissionais, ocasionando variabilidade no desempenho, além da fixação do cateter, que também se torna um fator de grande relevância.

Com a necessidade de fixar o cateter, o neonato fica exposto aos riscos de aparecimento de lesões, que o esparadrapo oferece. Devido à sensibilidade da pele do RN, o simples ato de retirar o esparadrapo acaba lesionado o local da inserção do cateter, por isso deve-se usar uma quantidade mínima de esparadrapo e, por precaução, colocar protetores à base de material suave entre este fixador e a pele, para prevenir o surgimento de lesões (SOUZA, et al, 2011).

QUADRO 3: Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável Locais da Lesão no Hospital de Referência de Belém/PA.

ÁREA CORPORAL	Nº DE RN	%
Lábios	24	55,8
Cabeça	3	6,9
Face	4	9,3
MMSS*	21	48,8
MMII**	18	41,8
Região Sacral	1	2,3
Tórax Posterior	3	6,9
Tórax Anterior	1	2,3
Coto Umbilical	6	13,9
Região Abdominal	6	13,9
Períneo	4	9,3
Sem Lesão	2	4,6

*MMSS – Membros Superiores

**MMII – Membros Inferiores

Fonte: Dados da pesquisa.

A tabela 5, mostra os locais mais frequentes de alterações de pele nos neonatos. De acordo com a pesquisa, os neonatos pesquisados apresentaram mais de uma lesão, com exceção de 2 neonatos que não apresentaram lesões. O primeiro local mais incidente de lesões foram os lábios, no qual 55,8% das crianças apresentavam essas lesões. Em seguida os MMSS com 48,8%, seguido dos MMII com 41,8%, o coto umbilical e a região abdominal teve a incidência de 13,9%, 9,3% apresentaram lesões no períneo e na face, 6,9% no tórax posterior e na cabeça, 2,3% dos neonatos tiveram lesões no tórax anterior e região sacral e 4,6% não apresentaram lesões.

As lesões desenvolvidas nos lábios, se deve ao fato de que é o local mais agredido por esparadrapo, devido a fixação de tubo orotraqueal e fixação de sonda orogástrica, ocasionando lesões (LIMA, MARTINS, BRUNORI, et al., 2016). A fixação dos cateteres, sondas, tubos são importantes, porém o uso do esparadrapo para fixar esses equipamentos acaba machucando a pele do RN, devido a imaturidade de sua pele (SOUZA, et al 2011).

Outro principal local de alteração na pele evidenciado nesse estudo foram os membros superiores, tendo 48,8% das alterações. Sendo este o primeiro local de escolha para punções venosas no recém-nascido, o que pode decorrer nestas lesões, principalmente a ruptura/lesão pequena em áreas localizadas (CARDOSO, et al., 2011). Além dessas, as lesões nos membros inferiores totalizaram 41,8% das alterações. Cardoso, et al (2011) explica que a segunda via de melhor acesso para

punção venosa são as vias periféricas nos membros inferiores, por isso as alterações cutâneas nessa parte do corpo tendem a ser com grande incidência.

O coto umbilical do RN atingiu 13,9% dos locais de lesões, isso se deve através dos benefícios da utilização do cateterismo umbilical que reduz o risco de infecção por ser manuseado poucas vezes, reduzindo a exposição de múltiplas punções vasculares e a diminuição bastante significativa das dissecções venosas, além de oferecer menos estresse, contribuindo ao desenvolvimento do sistema nervoso central, diminuição das dores, desconforto, preservação pilosa do RN e aumento da qualidade de vida durante o período de internação na UTIN (CAVALCANTE et al., 2015).

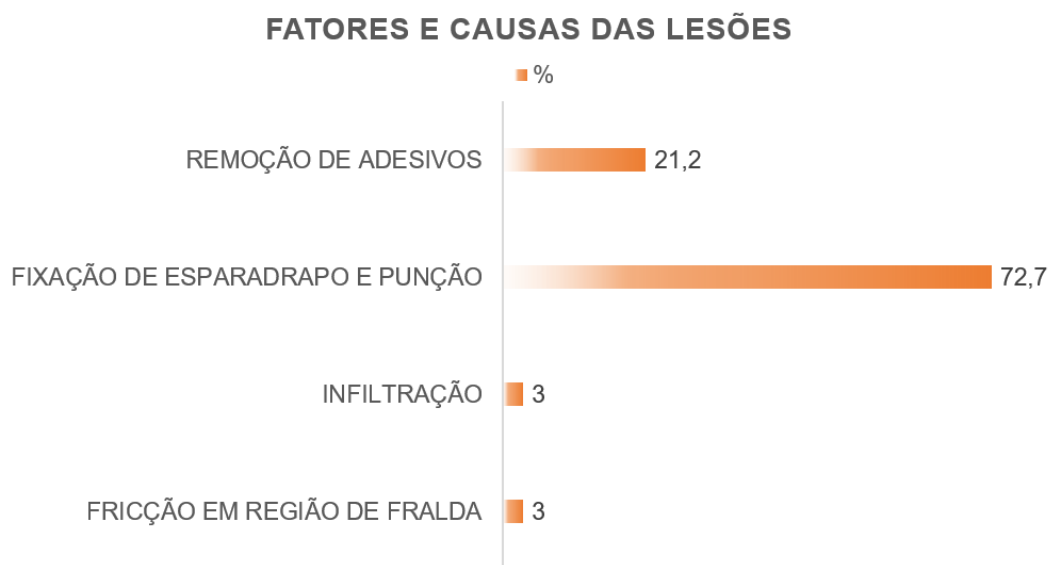
Na região abdominal, 13,9% dos neonatos obtiveram lesões, essas lesões são devido a procedimentos cirúrgicos, que em alguns dos casos se deve a cirurgias intestinais como gastrosquise, que é uma anomalia congênita da parede abdominal. Uma abertura nos músculos e na pele da parede abdominal que permite que os intestinos e outros órgãos abdominais saiam do abdômen (RAMOS, et al 2016).

A região da face foi um dos locais com incidência de lesões, totalizando 9,3%. Para Lobo, Machado e Selores (2009) as alterações na face do RN podem representar alterações congénitas, genéticas ou cirúrgicas, variando de acordo com o quadro clínico do neonato. De acordo com a pesquisa, foi encontrado lesões na região perineal. Santos e Costa (2014) explicam que isso ocorre devido à elevação da temperatura e umidade local pelo uso de fralda, que leva à maceração da pele, deixando-a vulnerável à irritação causada pelo contato com fezes e urina. Entre os fatores de risco mais comuns para desenvolver dermatite estão evacuações frequentes, uso de antibiótico e má absorção. A avaliação constante contribui para a detecção precoce e o tratamento adequado.

Os neonatos que desenvolveram lesão no tórax posterior tiveram suas lesões associadas ao posicionamento em sua acomodação, sendo que um deles apresentou bolhas na região acometida, sem motivo aparente. Alguns RN's desenvolveram lesões na cabeça devido a sua posição no leito, outros passaram por procedimento cirúrgico devido a hidrocefalia, que é uma patologia associada ao aumento anormal do fluido cefalorraquidiano dentro da cavidade craniana, acompanhado de expansão dos ventrículos cerebrais, e atrofia encefálica, e precisaram da cirurgia para diminuir a quantidade de líquido no cérebro por meio da drenagem do LCR do ventrículo lateral

para um compartimento extracraniano, a fim de diminuir a pressão intracraniana (OLIVEIRA, et al 2013).

Apenas 1 RN (2,3%) apresentou lesão no tórax anterior devido a descamação fisiológica da pele, e 2,3% dos RN's apresentaram lesão na região sacral. Segundo Paiva (2008) essa lesão pode ser justificada como a mais atingida por úlceras de pressão, levando em consideração a posição mais frequente no leito do RN, a de decúbito dorsal. Por fim, 2 neonatos (4,6%) não adquiriram lesão durante sua internação.



Fonte: Dados da pesquisa.

FIGURA 6: Distribuição dos recém-nascidos segundo a variável fatores e causas das lesões no Hospital de Referência de Belém/PA.

A figura 6, evidencia os principais fatores que causam as lesões que foram encontradas. De acordo com os resultados da pesquisa 72,7% das lesões foram causadas por fixação de esparadrapo e por punção venosa. Em segundo lugar, a remoção de adesivos com 21,2% e com 3% a infiltração, além da fricção na região da fralda também com 3%.

Uma das principais necessidades do RN internado em uma UTIN é a terapia intravenosa. Segundo Souza (2011), ela representa uma estratégia indispensável, recomendada para RN e crianças hospitalizadas nas situações em que há necessidade de suporte farmacológico, pelo risco iminente de morte. Além disso, apresenta via mais confortável para o neonato, quando há necessidade de diversas

doses diárias de medicamentos, no entanto, essas punções causam alteração na integridade da pele do neonato. Como a rede venosa do RN é frágil, deve-se estar atento para não perder o acesso, evitando expor a pele do paciente a mais um procedimento invasivo e traumático.

O esparadrapo também foi um fator agravante para a incidência de lesões de pele na UTIN. Ainda para Souza (2011) devido à sensibilidade da pele do RN, deve-se usar pouca quantidade de adesivo, ou usar adesivos que não causem danos na pele do RN, colocando protetores à base de material suave entre estes fixadores e a pele, para evitar o aparecimento de lesões cutâneas. Nos casos dos RN's que não são prematuros extremos, os mesmos não devem ser fixados com esparadrapo devido a pele fina e frágil.

Ainda assim, é necessário evitar o uso de esparadrapo constante, pois este é um fator causador de lesão de pele, e deve ser alternado o local de fixação de cada material para diminuir o risco de lesões. O ideal para fixar cateteres é o adesivo transparente chamado Tegaderm para se obter uma melhor visualização do local da inserção quanto a sinais de infiltração e inflamação (DERCOLI; DIAS, 2017).

Dercoli e Dias (2017) ainda explicam que essa cobertura adesiva transparente é antialérgica, resistente a água, favorável à permeabilidade gasosa e impermeável a contaminantes externos, além de ser um curativo estéril e não contém látex, eles ainda relatam que deve ser feita a troca dessa película (Tegaderm) a cada 7 dias.

A terceira principal causa de lesões foi a remoção dos adesivos, que causam descamação e irritação na pele. A retirada de adesivos e o uso de antissépticos na pele do RN antes e após procedimentos invasivos o expõem claramente a lesões. A utilização de soluções para remover esses adesivos deve ser limitada, pois causam ressecamento e são facilmente absorvidos pela pele, quando se faz necessário utilizá-los deve se retirar com água destilada (SOUZA, et al 2011).

Apesar da rotina de troca de fraldas na UTIN, a dermatite causada pelo contato prolongado e repetido com um irritante, sendo as fezes e a urina os principais agentes, são bastante frequente nos RN's. Como complicação, pode ocorrer infecção por *Candida albicans* (fungo oportunista, presente na flora), que produz inflamação perianal. As dermatites estão relacionadas com a limpeza do períneo e com os intervalos de troca de fraldas (SOUZA, et al 2011).

As infiltrações estão relacionadas aos casos de extravasamento de líquidos, infecção do sítio de inserção do cateter venoso periférico e/ou central. Os 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 (SANTOS, 2014).

TEMPO DE INTERNAÇÃO	Nº DE RN	%
> De 15 dias	17	39,5
< De 15 dias	26	60,4
Nº DE LESÕES		
> De 3 lesões	5	11,6
< ou até 3 lesões	36	83,7
Nenhuma lesão	2	4,6

Fonte: Dados da pesquisa.

QUADRO 4: Distribuição dos recém-nascidos segundo o variável tempo de internação e total de lesões no hospital de referência de Belém/PA.

Na tabela anterior, está descrito a quantidade de RN que estava em internação no período menor e maior que 15 dias, além da quantidade de neonatos que desenvolveram até 3 e mais que 3 lesões. Na pesquisa realizada com 43 neonatos, foram identificados que 83,7% dos RN's adquiriram até 3 lesões, 11,6% desenvolveram mais que 3 lesões e 4,6% não desenvolveram lesões, em aproximadamente 1 mês (30 dias). A internação foi contabilizada em menor que 15 dias, onde apareceram 26 neonatos (60,4%) e em maior que 15 dias, onde haviam 17 RN's (39,5%).

Os primeiros dias de internação em UTIN é o período de maior dificuldade para os neonatos, pois é o período em que o RN passa por vários procedimentos. O RN passa por um manuseio excessivo, tais como: passagem de sondas, cateteres, punções venosas e arteriais, fixação de sensores, entre outros. Sabe-se ainda que a pele do RN é frágil e com isso favorece a ocorrência de lesões (SCHAEFER, 2014). Por isso a incidência de lesões nos primeiros dias de vida são em maior quantidade.

Os principais fatores de risco identificados durante a pesquisa foram a terapia intravenosa, pois os RN's necessitam da punção e infusão de volume, o que acaba provocando lesões do tipo hematoma e infiltrações, além do adesivo, por lesionarem a pele devido à forte adesão e dificuldade de remoção devido a fragilidade da pele (FONTENELLE; CARDOSO, 2011).

6. CONCLUSÃO

Produzir o presente trabalho foi de suma importância para a construção de conhecimento para as autoras sobre um tema recorrente e muito presente para sua área de estudo. A pesquisa expôs os riscos de desenvolvimento das lesões, com foco nos neonatos da UTIN do hospital de referência de Belém/PA e a importância da prestação de uma assistência mais preventiva, no que diz respeito ao risco de lesão, tendo em vista que, a pele do RN é um órgão de extrema importância, multifuncional, que promove uma barreira mecânica contra os agentes externos, dentre outras funções que ela exerce.

Apesar, das pesquisas e desenvolvimento de novos métodos para a redução da incidência de lesão, crescerem, ainda é possível observar nas UTIN's um número significativos de lesões que em sua maioria são evitáveis. Vale ressaltar que as pesquisas sobre essa temática ainda não estão empregadas no cotidiano das universidades de Belém/PA, com tanta rigidez, acarretando na dificuldade de realização de outras pesquisas, quiçá, ajudar na identificação de possíveis falhas nos sistemas utilizados nas UTIN's, para observação de risco das lesões.

Compreender as necessidades de cuidados especializados com a pele do neonato e a necessidade de investir em conhecimento, é essencial para a vida profissional e acadêmica dos responsáveis pela prestação de cuidados dentro da UTIN, assim como, instigar nos pais um interesse por compreender o quadro clínico do neonato e participar ativamente do cuidado ao RN, quando possível. A UTIN é destinada a cuidados para a manutenção da vida do RN, porém, para que isso ocorra, são imprescindíveis rotinas e procedimentos que podem afetar a integridade cutânea, causando lesões em diversas áreas do corpo e de forma e causas distintas.

Partindo do objetivo de analisar a incidência de lesões cutâneas em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de referência, verificou-se que a área corporal com mais incidência de lesão, foram os lábios com 55,8%, devido ser uma região de constante fixação e remoção de esparadrapo por sonda orogastrica e tubo orotraqueal; MMSS e MMII com 48,8% e 41,8% respectivamente, em sua maioria lesões por punção, por encontrar-se nesses locais as melhores vias para acesso venoso.

Foi possível identificar ainda os fatores e causas mais comuns das lesões, com representatividade importante para fixação de esparadrapo e punção com 72,7%, remoção de adesivos com 21,2%, e infiltração e fricção em região de fralda com 3%. No que se refere ao tempo de internação, 39,5% dos neonatos estavam internados a mais de 15 dias, e 60,4% estavam internados a menos de 15 dias; já em relação ao número de lesões por RN, 11,6% apresentaram mais de 3 lesões, 83,7% apresentaram menos de 3 lesões. Contudo, outros aspectos para avaliação da incidência de lesão foram levados em consideração nessa pesquisa, assim como, as formas utilizadas para avaliação do risco de lesão dentro da UTIN.

Evidenciou-se que, as alterações da pele por ruptura ou lesão pelos procedimentos invasivos e não invasivos, predominaram. Contudo, durante o estudo foi possível perceber que o cuidado com a pele do recém-nascido prematuro é de grande importância, pois a falta de integridade é um fator que predispõe a infecções. Assim mostrou-se que é necessário identificar os fatores que agredem a pele e os agravos que estes podem oferecer à mesma, possibilitando o direcionamento da assistência de enfermagem de modo a prevenir lesões na pele do RN.

Por conseguinte, durante o período da coleta, os profissionais atuantes dos setores em que a pesquisa foi realizada, demonstraram interesse pela pesquisa e frisaram a preocupação com o número de lesões causadas pela fixação ou remoção do esparadrapo como um dos principais fatores causais das lesões, fato esse, também constatados pelas pesquisadoras ao fim da coleta. Diante disso, houve a necessidade de propor algumas formas de intervenção para diminuir a incidência de lesões cutâneas nesta unidade.

A primeira proposta é o adesivo Tegaderm, que por ser um adesivo que agride menos a pele do neonato, deve substituir o esparadrapo. Esse adesivo é impermeável a água, antialérgico, não contém látex e é transparente, além desses benefícios, por ser transparente, ele dá uma melhor visualização no local da inserção do cateter para ser mais visível os sinais de infecção, além do aparecimento de lesões. O Tegaderm pode permanecer por 7 dias, por isso não há a necessidade de retirar com frequência esse adesivo e consequentemente lesionar a pele do neonato.

A segunda proposta é a ECPRN, pois de acordo com informações dos servidores da UTIN, o instrumento para avaliar a condição de pele do neonato é a Escala de Braden Q, porém, de acordo com pesquisas elaboradas, essa escala avalia

somente o risco de lesão por pressão, e não é indicada para avaliar RN's, por tanto, é um instrumento que não contribui para a assistência adequada.

Já a ECPRN, é um instrumento de avaliação de condições da pele própria pro neonato, ela é a única escala validada nos EUA para uso na avaliação da pele do recém-nascidos, que já ganhou uma tradução para o português, foi validada clinicamente em 2012 e está sendo aplicada em alguns estudos no Brasil. Por tanto, ter um instrumento que identifique as condições da pele do recém-nascido, diariamente, favorece a toda equipe de assistência, além de dar subsídios para implementar e planejar estratégias que busquem reduzir as lesões e promover sua integridade.

Por fim, um passo decisivo para a saúde neonatal é representado pela proteção e preservação da pele do RN. Diante dessa evidência, surge o desenvolvimento de outros estudos sobre o assunto, com vistas a contribuir para as melhores práticas de enfermagem referentes aos cuidados com a pele. A expectativa que fica, é que as informações contidas neste trabalho sejam motivo de discussão e reflexão dos profissionais e a equipe que atuam nas UTIN. Desse modo, pode-se contribuir para uma possível reestruturação ou adaptação de rotinas no serviço, na assistência prestada no cuidado com a pele do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ADDOR, F.A.S; AOKI, V. **Barreira Cutânea na Dermatite Atópica**. An. Bras. Dermatol, 2010, vol. 85 n(2),184-194. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962010000200009&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 12/09/2018.

ADRIANO, L.S.M.; FREIRE, I.L.S.; PINTO, J.T.J.M. Cuidados Intensivos com a Pele do Recém-Nascido Pré-termo. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(1):173-80. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a22.pdf> Acesso: 13/10/2018.

BARRETO, N.S.; JALIL, S.M.A. Cuidados com Pele: Prevenção e cuidados com a pele do recém-nascido. **Rev. Conexão Eletrônica**. Vol. 15. Num. 1. Três Lagoas – MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html> Acesso em: 07/11/2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 24/10/2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 580, de 22 de Março de 2018**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>> Acesso em: 02/12/2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente: estado da arte e perspectivas**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/junho/03/2_c%20-%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20PNSP%20-%20setembro_2013.>> Acesso em: 30/09/2018.

_____. Ministério da Saúde. **Definições, DATASUS, 2017** Disponível em<
<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>Acesso em 05/06/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. 1ª ed. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folhetto.pdf> Acesso em: 18/11/2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/sobre-o-programa>> Acesso em: 19/10/2018.

_____. Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente. **Segurança do Paciente**. São Paulo, 2015. Disponível em: <<https://www.segurancadopaciente.com.br/noticia/entenda-o-que-e-seguranca-do-paciente/>> Acesso em: 24/10/2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Neonatologia**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3905402/mod_resource/content/1/manual_de_neonatologia.pdf> Acesso em: 20/09/2018.

NOVAES, M.R.C.G.; MARGOTTO, P.R.; SANTOS, A.L.B. **Perspectivas Terapêuticas na Síndrome do Intestino Curto**. In. Margotto PR. Assistência ao Recém-Nascido de Risco, ESCS, Brasília, 3ª Edição, 2013.

CARDOSO, J. M. R. M. et al. Escolha de veias periféricas para terapia intravenosa em recém-nascidos pela equipe de enfermagem. **Rev. Rene**, vol. 12, n. 2, Fortaleza, 2011.

CAVALCANTE, R.C et al. Cuidados de enfermagem na manutenção do cateter central de inserção periférica em neonatos: revisão Integrativa. **Rev. Pre. Infec e Saúde**. v.1, n. 2. 2015.

CARVALHO, W. B.; JOHNSTON, C. Efeitos da Ventilação Não-Invasiva com Pressão Positiva no Edema Agudo de Pulmão Cardiogênico. **Rev. Assoc Med Brás**. v. 52, n. 4, p.187-201. 2009

COHEN, B.A. **Dermatologia Pediátrica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008. Disponível em:< <http://elseviersaude.com.br/wp-content/uploads/2012/09/2010-e-sample-bologna.pdf>> Acesso em 28/10/2018.

COSTA, R.; PADILHA, M.I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o Cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem Brasileira. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, vol.44, n.1, São Paulo, 2010.

CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DANSKI, M.T.; JOHANN, D.A.; VAYEGO, S.A.; et al. Complicações Relacionadas ao Uso do Cateter Venoso Periférico: ensaio clínico randomizado. **Rev. Acta Paul Enfermagem**, Curitiba – PR, 2016.

DEALEY, C. **Cuidando de Feridas: um guia para as enfermeiras**. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2008, p. 18-20.

DERCOLI, D.C.; DIAS, D.M.V. Assistência de enfermagem no cuidado com a pele do recém-nascido prematuro. *Ling. Acadêmica*, Batatais, v. 7, n. 4. Ribeirão Preto – SP, 2017. p. 39-61.

FARIA, T.F. **Incidência de Lesões de Pele em Neonatos Internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Trabalho de conclusão de curso (enfermagem). Universidade de Brasília. Brasília, 01 de julho de 2015 {Ivone Kamada}. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10697/1/2015_TalitaFarajFaria.> Acesso em: 19/10/2018.

FARIA, T.F.; KAMADA, I. Lesões de Pele em Neonatos em Cuidados Intensivos Neonatais. **Rev. Eletrônica Enfermagem Global**. p. 120-128. Brasília, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/pt_1695-6141-eg-17-49-00211.> Acesso em: 24/10/2018.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.R.; OLIVEIRA, Z.N.P. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. **Rev. An Bras Dermatol**. São Paulo – SP, 2010. p.102-110.

FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L. Utilizando as escalas de Braden e Glasgow para prever o risco de úlcera por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. latino-am. enfermagem**. Nov-dez 16 (6): 973-8, 2008. Disponível em: <http://www.SciELO.br/SciELO.php?Script=sci_arttext&PID=S0104-11692008000600006. ISSN 1518-8345. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600006>> Acesso em: 19/10/2018.

FERNANDES, M.C.; RUDEK, M.; SOUTO, A.S. Recém-Nascidos Banhados em Líquido Amniótico Meconial: **Atendimento em Sala de Parto e Ocorrência de Síndrome da Aspiração Meconial**. Santa Catarina: Arquivo Catarinense de Medicina, 2015.

FONTENELLE, F.C.; CARDOSO, M.V.M.L. Lesões de Pele em Recém-Nascidos no Ambiente Hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 45(1):130-7. Fortaleza – CE, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/18>> Acesso: 05/10/2018.

FONTENELE, F.C. **Lesões de pele em recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

FONTELLAS, M.J. et al. **Metodologia da Pesquisa Científica**: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde. Goiás, 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME> Acesso em: 02/12/2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

KAWAMOTO, E. E.; et al. Curso de Especialização Profissional de Nível Técnico em Enfermagem – Livro do Aluno: Neonatologia de Risco. São Paulo: FUNDAP, 2011.

LIMA, D.M. DE; MARTINS, C.P.; BRUNORI, E.H.F.R.; et al. Fixação de Tubo Orotraqueal: tecnologia diferenciada para segurança do paciente. **Rev. de Enfermagem, UFPE online**. Recife – PE, 2016.

LOBO, I.; MACHADO, S.; SELORES, M. Alterações cutâneas fisiológicas e transitórias do recém-nascido. **Rev. Nascer e Crescer**. Vol. 18, n. 1, Hospital Geral de Santo Antônio, 2019.

MARTINS, C.P.; TAPIA, C.E.V. A Pele do Recém-Nascido Sob a Avaliação do Enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade da cutânea. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2009. set-out; 62(5): 778-83. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/23.pdf>> Acesso: 20/10/2018.

MIGOTO, M.T; SOUZA, S.N.D.H; ROSSETTO, E.G. Lesões cutâneas de recém-nascidos em unidade neonatal: estudo descritivo. **Rev. Brasileira online de enfermagem**. 12 (2): 377-92. Londrina, 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4042>.> Acesso em: 24/10/2018.

MURAHOVSKI, J. **Cuidados com a pele infantil**: I painel integrado latino americano de cuidados com a pele infantil, editora: limay. Ed. 2. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/painel-JJ-Fasciculo-2.pdf> Acesso em: 24/10/2018.

NASCIMENTO, R.R.; LANDIM, T.M.A. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões de pele no recém-nascido. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**. Salvador, v. 4, n. 4, 2016. p. 66-73. Disponível: <<http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Cuidados-de-enfermagem-na-preven%C3%A7%C3%A3o-de-les%C3%B5es-de-pele-no-rec%C3%A9m-nascido-prematuro-v-4-n-4.pdf>> Acesso em: 02/12/2018.

NEPOMUCENO, L.M.R. **Avaliação do indicador de qualidade “Integridade da Pele do Recém-Nascido”** como subsídio para a capacitação do pessoal de enfermagem. Dissertação da Universidade de São Paulo, 2007. p. 133. Disponível em: <[file:///C:/Users/Positivo/Downloads/Lilian_Rondonello%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Positivo/Downloads/Lilian_Rondonello%20(1).pdf)> Acesso em: 24/10/2018.

NEVES JUNIOR, M.A.; MELO, R.C.; GOES JUNIOR. A.M.O.; PROTTA, T.R.; ALMEIDA, C.C.; FERNANDES, A.R.; et al. Infecções em cateteres venosos centrais de longa permanência: revisão de literatura. **Rev. J Vasc Bras Vol. 9, Nº 1**. São Paulo – SP, 2010.

OLIVEIRA, M.L.F; PINTO, M.C.P.F; BEDENDO, J. **Cuidados com a pele do recém-nascido: um desafio para a equipe da unidade de terapia intensiva neonatal**; Vol.16, n.1, p.49-54. Out - Dez 2013: Disponível em:< https://www.mastereditora.com.br/periodico/20130929_161345.pdf> Acesso em: 24/10/2018.

OLIVEIRA, D.M.P. et al. Hidrocefalia: relação entre o conhecimento do cuidador e sequelas motoras. **Arq Bras Neurocir 32(2)**. Aracaju, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Assembleia Mundial de Saúde. **Resoluções WHA20.19 e WHA43.24 de acordo com o artigo 23 da Constituição**. Brasília, 2008. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>> Acesso em: 23/10/2018.

_____. **Estrutura conceitual para a classificação internacional para segurança do paciente.** Relatório Técnico Final. Genebra, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf> Acesso em: 09/10/2018.

PAIVA, L.C. **Úlcera de Pressão em Pacientes Internados em um Hospital Universitário em Natal/RN: condições predisponentes e fatores de risco.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal – RN, 2008.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teoria e Prática** 8 ed. Brasília: Guanabara KOOGAN, 2005, p. 337 a 340.

RAMOS, T.C.O. et al. Trauma Abdominal Fechado: Manejo na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Pediátrico Terciário. **Arq. Catarin Med.** ed. **45 n.2.** Santa Catarina – PR, 2016.

RODRIGUES, E.C.; GOMES, R.; CUNHA, S.R. Perdeu a veia: significados da prática da terapia intravenosa na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, n.3. Rio de Janeiro, 2011.

SANTA CASA. **Sobre a Santa Casa de Misericórdia.** Disponível em: <<http://santacasa.pa.gov.br/sobre/p.php?id=1>> Acesso em: 19/10/2018.

SANTOS, F.M. Análise de Conteúdo: A visão de Laurence Bardin. **Rev. Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1. São Carlos, 2012. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156>> Acesso em: 09/10/2018.

SANTOS, L.M.; HOLTZ, T.R.G.; SANTANA, D.M. et al. Critérios para a Fixação de Acessos Venosos Periféricos em Recém-Nascidos Prematuros. **Rev. de pesq.: cuidados é fundamental online.** Rio de Janeiro – RJ, 2013.

SANTOS, S.V. **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.

SANTOS, S.V; COSTA, R. Prevenção de Lesão de Pele em Recém-Nascidos: O conhecimento da equipe de enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.** Jul-Set; 24(3): 731-9. Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.> Acesso em: 24/10/2018.

SCHARDOSIM, J.M. **Adaptação Transcultural e Validação Clínica do Instrumento Neonatal Skin Condition Score para uso no Brasil.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SOUZA, A. M. et al. O cuidado de enfermagem com a pele do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **R. pesq.: cuid. fundam. online.** 2011.

SOUZA, B.V.N.; SANTANA, R.R.; SANTOS, M.S.; CIPRIANO, E.S.V.; BRITO, C.O.; OLIVEIRA, E.F. Repensando a Segurança do Paciente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Sistemática. **Rev. Cogitare Enferm.** v. 21 n. p. 2, Ipuiara – BA, 2016.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI Neonatal.** 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara KOOGAN, 2017, p. 114-116.

TREVISAN, B. F. **Nutrição enteral por sonda gástrica em recém-nascidos de pré-termo:** revisando técnicas. 2010. 35f Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

_____. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

VILLA, L.L.O.; SILVA, J.C.; COSTA, F.R.; et al. A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Fund. Care Online.** São Paulo, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Positivo/Downloads/5346-30680-1-PB.> Acesso em: 20/10/2018.

VOCCI, M.C. **Informativo para supervisão e cuidado com a pele/mucosa e avaliação de risco de lesões por pressão em pacientes pediátricos.** Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”. Faculdade de Medicina. São Paulo, 2016.

ORÇAMENTO

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Encadernação do projeto	6 unidades	3,00	18,00
Xerox do roteiro	60 unidades	0,10	6,00
Pasta sanfonada	1 unidade	20,00	20,00
Canetas	8 unidades	1,00	8,00
Refeições	10	12,00	120,00
Transporte das pesquisadoras	15	3,60	54,00
Encadernação em capa dura	1	45,00	45,00
Xerox colorida do projeto	85 folhas	1,00	85,00
Notebook	1	2.682,00	2.682,00
Xerox para orientação	20	0,10	2,00
TOTAL			3.040,00

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

Data: / /

Hora:

1. Dados de internação

Identificação:

Motivo:

Patologias pré-existentes () Sim _____ () Não

Tempo de internação: ___ dias

2. Dados do Nascimento/Parto

Data de Nascimento: / / .

Sexo () F () M

Peso: _____ kg

Via de parto () Vaginal () Cesárea

Idade gestacional:

Presença de lesão () Sim _____ () Não

3. Dados clínicos

Peso: _____ kg

Nutrição: Parenteral

() Cateter Umbilical Venoso (CUV)

() Cateter central de inserção periférica (PICC)

Enteral

() Orogástrica

() Nasogástrica

Oxigenação: () Cânula nasal

() Pressão Positiva Contínua Nas Vias Aéreas (CPAP)

() Ventilação Mecânica (VM)

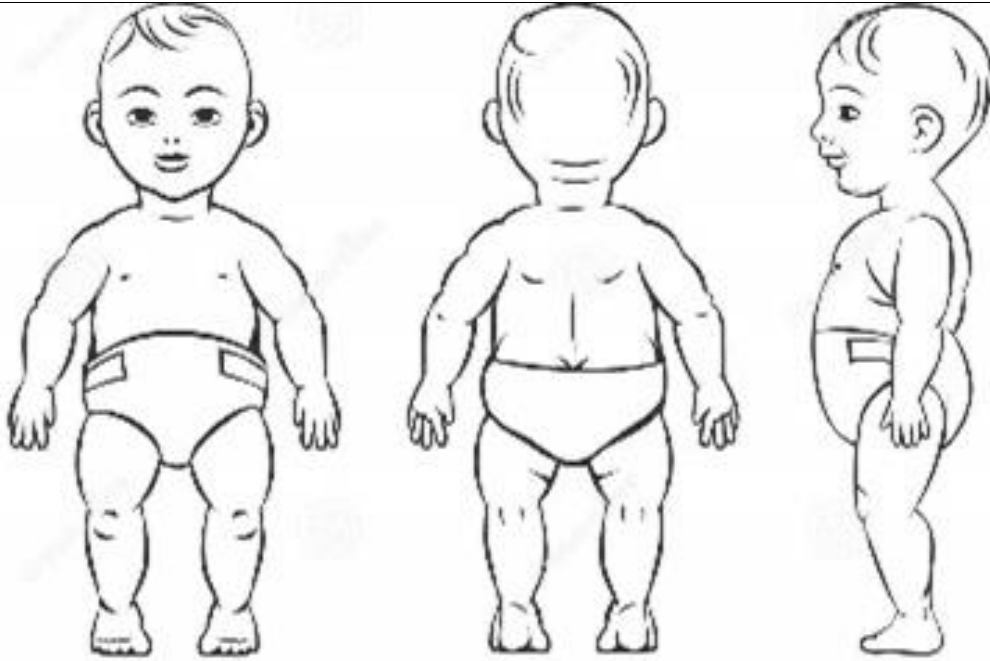
Acesso (Terapia Endovenosa): () Cateter central

() Cateter periférico

Fototerapia: () Sim () Não

Banho: () Esponja () Imersão

Produtos utilizados: _____



Fonte: Google Imagem

Nº de lesões: _____

Local da lesão: _____

Causa da lesão: _____

Tipo de lesão: _____

Terapêutica elegida p/ tratamento da lesão: _____

Considerações:

**APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS
(TCUD)**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Nós, Jakeline Batista Pereira, Jaqueline Téles de Sousa, Wanessa Lyandra Oliveira Santos, abaixo assinada(s), pesquisadoras envolvidas no projeto de pesquisa intitulado: “**INCIDÊNCIA DE LESÕES CUTÂNEAS EM NEONATOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA**”, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários de pacientes assistidos pelo serviço da UTIN, pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, bem como a integridade física e conservação dos documentos, a privacidade e anonimato de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito as lesões de pele em neonatos internados na UTI, aos procedimentos e métodos terapêuticos invasivos que levam as lesões cutâneas em neonatos no período de abril à Junho de 2019.

Trabalho de pesquisa a ser executado sob a orientação da Prof^ª. Msc Doutoranda Maria de Belém Ramos Sozinho, COREN-PA 45769, vinculado ao Centro Universitário do Pará (CESUPA).

Nós, pesquisadores acima descritos e abaixo assinados, comprometemo-nos, em caráter irrevogável, manter o sigilo e a confidencialidade em relação à identificação do sujeito e demais dados do prontuário por prazo indeterminado. Garantimos que as informações a serem coletadas, descritas acima, serão exclusivamente para realização do projeto presente projeto de pesquisa. Além disso, comprometemo-nos a observar todos os requisitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/12.

Em se tratando da ocorrência de dano material decorrente de falta de cuidado e falta de atenção por parte dos pesquisadores cabe indenização e responsabilização das mesmas, conforme determina a lei.

Belém, _____ de _____ de 20____.

Maria de Belém Ramos Sozinho (Orientadora da Pesquisa)

END / AV. Serzedelo Correa 999 apt. 1302,

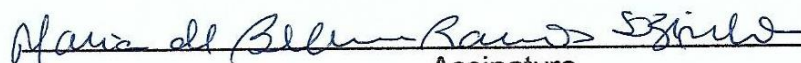
COREN/PA: 45769

RG: 2105752

CPF: 049.174.722-53

Bairro: Batista Campo. Belém - PA - CEP - 66033770

Fone: (91) 988301398


Assinatura

Jakeline Batista Pereira

Endereço: Alcindo Cacela, 3350 APT: 05.

Bairro: Cremação / Belém – PA

RG: 7750379

CPF: 038.529.682-75

Fone: (91) 993902412

Jaqueline Batista Pereira

Assinatura

Jaqueline Teles de Sousa

Endereço: Passagem São Lazaro, 27.

Bairro: Guamá / Belém – PA

RG: 7682387

CPF: 984.276.012-04

Fone: (91) 992831974

Jaqueline Teles de Sousa

Assinatura

Wanessa Lyandra Oliveira Santos

Endereço: Avenida Alcindo Cacela, 637 APT: 401B

Bairro: Nazaré- CEP: 66040020

RG: 7685524

CPF: 030.448.602-70

Fone: (91) 993180925

Wanessa Lyandra Oliveira Santos

Assinatura

TESTEMUNHAS:

Endereço: Do Comitê de Ética do CESUPA

Av. Nazaré nº 630 – Nazaré / Belém – PA, CEP: 66035-170.

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA AS MÃES**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com a Resolução do CNS/MS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

TÍTULO: INCIDÊNCIA DE LESÕES CUTÂNEAS EM NEONATOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

Pedimos a Sra. sua autorização para participação do seu/sua filho(a) como voluntário na pesquisa, a qual servirá para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), das discentes: Jakeline Batista Pereira, Jaqueline Teles de Sousa e Wanessa Lyandra Oliveira Santos, regularmente matriculadas no ano de 2019 do curso de bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário do Pará (CESUPA), tendo como orientadora a docente: Prof.^a. Doutoranda Maria de Belém Ramos Sozinho.

Esta pesquisa tem como objetivo geral. Analisar a incidência de lesões cutâneas em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de referência. Sua participação no estudo mencionado será voluntariada no sentido de permitir que as pesquisadoras utilizem os dados do prontuário do seu/sua filho(a) e o observem durante os manuseios realizados pela equipe, para identificar se há lesão, quais os tipos de lesão e os fatores de risco. A observação direta se dará pelo período da tarde, 1 única vez, há uma distância de 1 metro, durante 15 a 30 minutos.

Seguindo os preceitos éticos, informamos que sua participação será absolutamente sigilosa, não revelando o nome ou qualquer outro dado referente ao seu/sua filho(a) que possa identificá-lo(lá) no relatório final ou em qualquer publicação

posterior a respeito desta pesquisa, sendo resguardados os seus nomes em anonimato através do uso das iniciais RN que significa Recém-Nascido seguido por algarismos árabe em ordem crescente da coleta de dados (RN 1, RN 2, RN 3...), assegurando o bem-estar de seu/sua filho(a).

Os benefícios esperados nessa pesquisa para a instituição, são de reduzir a incidência de lesões cutâneas em neonatos na UTIN, levando em consideração a amostra que será obtida ao final da pesquisa e suas variáveis, da mesma maneira que, o conhecimento adquirido procedente da pesquisa contribuirá no desenvolvimento de alternativas para intervenção no tratamento e na melhora da qualidade de assistência aos neonatos, em relação a prevenção de lesões cutâneas, e aos principais fatores que causam as lesões, tal como, o benefício terapêutico com apoio ao bem-estar dos neonatos.

Os pesquisados serão beneficiados com a diminuição do índice de lesões através de cuidados mais eficazes e o acompanhamento do progresso das lesões através da escala de observação de risco de lesões de pele, melhorando a qualidade da assistência prestada mediante o resultado da pesquisa no qual será identificado as fragilidades da assistência no cuidado ao RN. Para as pesquisadoras os benefícios serão de adquirir conhecimento, melhorar a percepção, entendimento e habilidades relacionadas ao tema, e posteriormente fomentar a formação acadêmica, além de contribuir como requisito parcial de uma avaliação para conclusão do curso de graduação em enfermagem e colaborar com futuras pesquisas científicas dando subsídio a comunidade acadêmica através dos resultados adquiridos dessa pesquisa.

Os riscos destas pesquisas são mínimos, podendo surgir apenas um leve constrangimento para as mães dos neonatos participantes da pesquisa, incluindo mal-estar diante da observação dos seus filhos, indisposição para ouvir os esclarecimentos das autoras quanto a pesquisa, e recusa a assinar o TCLE, tendo em vista que, a pesquisa só acontecerá mediante a autorização da mãe, enquanto para os neonatos o risco será mínimo, evitando os possíveis incômodos auditivos causados por ruídos, vale ressaltar que, os riscos serão contornados e, será fornecido informações acerca do tema aos responsáveis dos pesquisados para entender o estudo e prevenir qualquer problema que afete o bem-estar do participante da pesquisa. Os possíveis riscos para as pesquisadoras serão de desconforto por algum comportamento inadequado dos pais do neonato, ou da equipe podendo causar apreensão.

Se você aceitar que seu/sua filho (a) participe desta pesquisa não acarretará nenhum prejuízo de ordem física ou moral, caso haja algum risco a pesquisa será imediatamente suspensa. Vale ressaltar que não terá nenhum tipo de despesa para seu/sua filho (a) participar desta pesquisa, bem como nada será pago pela participação dele (a). Em se tratando de possível violação dos direitos de seu/sua filho (a) decorrente da falta de cuidado e falta de atenção por parte das pesquisadoras cabe indenização e responsabilização das mesmas, conforme determina a lei.

Após a obtenção dos dados, os mesmos serão organizados para análise e o resultado final da pesquisa será apresentado no CESUPA e demais eventos científicos, e/ou publicado.

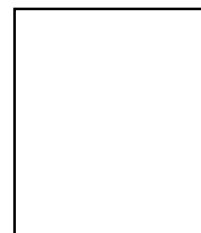
Para qualquer outra informação, entrar em contato com as pesquisadoras no número 91 99318-0925 / 91 99283-1974 / 91 99390-2412.

Declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto esclarecida sobre o conteúdo da mesma. Afirmo ainda que, por minha livre vontade, aceito que meu/minha filho(a) seja participante voluntário(a) dessa pesquisa, permitindo que seus dados sejam utilizados para coleta e autorizando sua observação, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas e rubricadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Belém do Pará – PA. / / 20__.

Assinatura da Participante



Impressão do dedo polegar caso não saiba assinar.

Belém ____ de ____ 20 ____.

Maria de Belém Ramos Sozinho (Orientadora da Pesquisa)

END / AV. Serzedelo Correa 999 apt. 1302,

Bairro: Batista Campo Belém-PA- CEP-66033770

Fone: 988301398



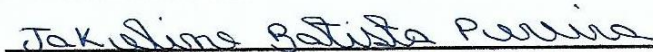
Assinatura

Jakeline Batista Pereira

Endereço: Alcindo Cacela, 3350 APT: 05

Bairro: Cremação/ Belém-PA

Fone: 99390-2412



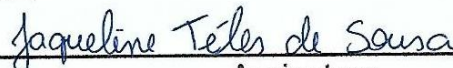
Assinatura

Jaqueline Téles de Sousa

Endereço: Passagem São Lazaro, 27 Altos.

Bairro: Guamá/ Belém-PA

Fone: (91) 99283-1974



Assinatura

Wanessa Lyandra Oliveira Santos

Endereço: Avenida Alcindo Cacela, 637 APT: 401B

Bairro: Nazaré- CEP: 66040020

Fone: (91) 99318-0925



Assinatura

TESTEMUNHAS:

Endereço: Do Comitê de Ética do CESUPA

Av. Nazaré nº 630 – Nazaré / Belém – PA, CEP: 66035-170.

Telefone: (91) 4009-2100 ramal 2155.

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA OS FUNCIONÁRIOS**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com a Resolução do CNS/MS 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

TÍTULO: INCIDÊNCIA DE LESÕES CUTÂNEAS EM NEONATOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

Convidamos você para participar da pesquisa como voluntária, a qual servirá para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), das discentes: Jakeline Batista Pereira, Jaqueline Teles de Sousa e Wanessa Lyandra Oliveira Santos, regularmente matriculadas no ano de 2019 do curso de bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário do Pará (CESUPA), tendo como orientadora a docente: Prof.^a. Doutoranda Maria de Belém Ramos Sozinho.

Esta pesquisa tem como objetivo geral. Analisar a incidência de lesões cutâneas em uma unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital de referência. Sua participação no estudo mencionado será voluntariada no sentido de permitir que as pesquisadoras observem sua assistência prestada ao Recém-Nascido (RN) durante os manuseios de rotina, para identificar se há lesão, quais os tipos de lesão e os fatores de risco. A observação direta se dará pelo período da tarde, 1 única vez por RN, há uma distância de 1 metro, durante 15 a 30 minutos.

Seguindo os preceitos éticos, informamos que sua participação será absolutamente sigilosa, não revelando o nome ou qualquer outro dado referente que possa identificá-lo(lá) no relatório final ou em qualquer publicação posterior a respeito desta pesquisa, sendo resguardados o seu nome em anonimato, assegurando o seu bem-estar.

Os benefícios esperados nessa pesquisa para a instituição, são de reduzir a incidência de lesões cutâneas em neonatos na UTIN, levando em consideração a amostra que será obtida ao final da pesquisa e suas variáveis, da mesma maneira que, o conhecimento adquirido procedente da pesquisa contribuirá no desenvolvimento de alternativas para intervenção no tratamento e na melhora da qualidade de assistência aos neonatos, em relação a prevenção de lesões cutâneas, e aos principais fatores que causam as lesões, tal como, o benefício terapêutico com apoio ao bem-estar dos neonatos.

Os pesquisados serão beneficiados com a diminuição do índice de lesões através de cuidados mais eficazes e o acompanhamento do progresso das lesões através da escala de observação de risco de lesões de pele, melhorando a qualidade da assistência prestada mediante o resultado da pesquisa no qual será identificado as fragilidades da assistência no cuidado ao RN. Para as pesquisadoras os benefícios serão de adquirir conhecimento, melhorar a percepção, entendimento e habilidades relacionadas ao tema, e posteriormente fomentar a formação acadêmica, além de contribuir como requisito parcial de uma avaliação para conclusão do curso de graduação em enfermagem e colaborar com futuras pesquisas científicas dando subsídio a comunidade acadêmica através dos resultados adquiridos dessa pesquisa.

Os riscos destas pesquisas são mínimos, podendo surgir apenas um leve constrangimento para as mães dos neonatos participantes da pesquisa, incluindo mal-estar diante da observação dos seus filhos, indisposição para ouvir os esclarecimentos das autoras quanto a pesquisa, e recusa a assinar o TCLE, tendo em vista que, a pesquisa só acontecerá mediante a autorização da mãe, enquanto para os neonatos o risco será mínimo, evitando os possíveis incômodos auditivos causados por ruídos, vale ressaltar que, os riscos serão contornados e, será fornecido informações acerca do tema aos responsáveis dos pesquisados para entender o estudo e prevenir qualquer problema que afete o bem-estar do participante da pesquisa. Os possíveis riscos para as pesquisadoras serão de desconforto por algum comportamento inadequado dos pais do neonato, ou da equipe podendo causar apreensão.

Caso haja relatos da equipe que presta assistências aos neonatos, de possível interrupção no processo de cuidado no momento da observação, por partes das pesquisadoras, a pesquisa será suspensa imediatamente e deverá ser retornada somente em momentos oportunos para todos. Em se tratando do risco de dano aos

prontuários, decorrente de falta de cuidado e falta de atenção por parte das pesquisadoras cabe indenização e responsabilização das mesmas para a instituição.

Se você aceitar que seja feita a observação da sua assistência, nesta pesquisa não acarretará nenhum prejuízo de ordem física ou moral, caso haja algum risco a pesquisa será imediatamente suspensa. Vale ressaltar que não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Em se tratando de possível violação dos seus direitos decorrente da falta de cuidado e falta de atenção por parte das pesquisadoras cabe indenização e responsabilização das mesmas, conforme determina a lei.

Após a obtenção dos dados, os mesmos serão organizados para análise e o resultado final da pesquisa será apresentado no CESUPA e demais eventos científicos, e/ou publicado.

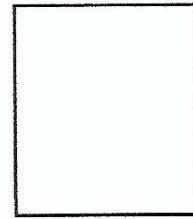
Para qualquer outra informação, entrar em contato com as pesquisadoras no número 91 99318-0925 / 91 99283-1974 / 91 99390-2412.

Declaro que li as informações sobre a pesquisa e que me sinto esclarecida (o) sobre o conteúdo da mesma. Afirmando ainda que, por minha livre vontade, aceito participar como voluntária cooperando com a coleta das informações para a pesquisa, autorizando que as pesquisadoras observem os cuidados prestados ao RN por mim, e registrem tudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar por minha participação.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas e rubricadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Belém do Pará – PA. / / 20__.

Assinatura da Participante



Impressão do dedo
polegar caso não saiba
assinar.

Belém _____ de _____ 20__

Maria de Belém Ramos Sozinho (Orientadora da Pesquisa)

END / AV. Serzedelo Correa 999 apt. 1302,

Bairro: Batista Campo Belém-PA- CEP-66033770

Fone: 98830-1398

Maria de Belém Ramos Sozinho

Assinatura

Jakeline Batista Pereira

Endereço: Alcindo Cacela, 3350 APT: 05

Bairro: Cremação/ Belém-PA

Fone: 99390-2412

Jakeline Batista Pereira

Assinatura

Jaqueline Téles de Sousa

Endereço: Passagem São Lazaro, 27 Altos.

Bairro: Guamá/ Belém-PA

Fone: (91) 99283-1974

Jaqueline Téles de Sousa

Assinatura

Wanessa Lyandra Oliveira Santos

Endereço: Avenida Alcindo Cacela, 637 APT: 401B

Bairro: Nazaré- CEP: 66040020

Fone: (91) 99318-0925

Wanessa Lyandra Oliveira Santos

Assinatura

TESTEMUNHAS:

Endereço: Do Comitê de Ética do CESUPA

Av. Nazaré nº 630 – Nazaré / Belém – PA, CEP: 66035-170.

Telefone: (91) 4009-2100 ramal 2155.

APÊNDICE E – CARTA DE ACEITE DA ORIENTADORA



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PARÁ
ÁREA DAS CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

DECLARAÇÃO

Eu, Professor(a) Maria de Belém Ramos Sozinho, aceito orientar o trabalho intitulado INCIDÊNCIA DE LESÕES CUTÂNEAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA, de autoria da(s) aluna(s) Jakeline Batista Pereira, Jaqueline Téles De Sousa, Wanessa Lyandra Oliveira Santos. Declaro ter total conhecimento das normas de realização de trabalhos científicos vigentes, segundo o Manual para Elaboração de Trabalhos Científicos, adotados pelo curso de Enfermagem, bem como na banca examinadora por ocasião da defesa do trabalho.

Belém, PÁ, 11 de novembro 2018

Maria de Belém Ramos Sozinho

Assinatura e carimbo

Maria de Belém Ramos Sozinho