

LESÕES DE PELE EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL¹

SKIN WOUNDS IN PREMATURE NEWBORNS HOSPITALIZED IN A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

LESIONES EN LA PIEL DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA NEONATAL

FERNANDA CAVALCANTE FONTENELE²

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO³

Objetivamos identificar e descrever as características das lesões de pele que acometeram os recém-nascidos pré-termos (RNPT) internados numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Estudo exploratório descritivo, quantitativo. Constituíram a amostra todos os RNPT's internados na UTIN de uma maternidade pública, que apresentaram lesões durante o período da coleta de dados; cujos pais autorizaram sua participação nesta pesquisa. Aplicamos a observação direta aos recém-nascidos durante a prestação da assistência, a fim de detectar cada lesão que surgisse na pele. As áreas corporais onde mais ocorreram lesões foram na face e o no couro cabeludo, sendo a maioria, lesões abrasivas hiperemiadas com perda de pequenas áreas da epiderme e lesões de cor escuras sem solução de continuidade, medindo em sua maioria menos de um centímetro. Constatamos que o índice de lesões dérmicas em prematuros ainda é significativamente alto, apesar de todos os cuidados dispensados com a pele destes.

UNITERMOS: Recém-nascido; Lesão; Pele; Prematuridade

We aimed at identifying and describing the characteristics of skin wounds that affected the preterm newborns (PTN) hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). It is an exploratory, descriptive and quantitative study. The sample was composed of all PTNs hospitalized in the NICU of a public maternity ward who presented lesions during the period of data collection and whose parents authorized their participation in this research. We employed the direct observation of the newborns during the assistance, in order to detect any wound that would appear. The corporal area where there were more lesions were the face and the scalp, the majority of them being abrasive lesions with hyperemia and with lost of small areas of the epidermis, and lesions of dark color without solution of continuity, measuring, mostly, less than one centimeter. We found out that the number of skin lesions in preterm newborns is still significantly high, in spite of all the care given to their skin.

KEY WORDS: Newborn; Lesion; Skin; Prematurity.

Objetivamos identificar y describir las características de las lesiones de piel que aparecieron en los recién nacidos pretérminos (RNPT) ingresados en una Unidad de Vigilancia Intensiva Neonatal (UVIN). Estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo. Constituyeron la muestra todos los RNT's ingresados en la UVIN de una maternidad pública, que presentaron lesiones durante el período de la colecta de datos; cuyos padres autorizaron su participación en esta investigación. Aplicamos la observación directa a los recién nacidos durante la asistencia dada, a fin de detectar cada lesión que surgiera en la piel. Las áreas corporales donde ocurrieron más lesiones fueron la cara y el cuero cabelludo, siendo la mayoría de esas lesiones abrasivas y muy coloradas con pérdida de pequeñas áreas de la epidermis y lesiones de memoria oscuras sin solución de continuidad, midiendo en su mayoría menos de un centímetro. Constatamos que el índice de lesiones dérmicas en prematuros aún es significativamente alto, a pesar de todos los cuidados dispensados con la piel de los mismos.

PALABRAS CLAVES: Recién nacidos; Lesión; Piel; Prematuro.

¹ Trabalho extraído da Monografia "Lesões de Pele em Recém-Nascidos Prematuros Internados Numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal" do Curso de Especialização em Enfermagem Neonatológica/UFC.

² Enfermeira da Unidade Neonatal da MEAC e da Unidade Neonatal do HGWA. Especialista em Administração Hospitalar e em Enfermagem Neonatológica. Membro do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio mãe-filho/UFC

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Prof^a Adjunta do Departamento de Enfermagem da FFOE/UFC. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Saúde do Binômio mãe-filho/UFC. E-mail: cardoso@ufc.br

INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, a Enfermagem como ciência dinâmica que é, vem se conscientizando da necessidade do saber científico associado ao cuidar. Desta forma, a cada dia amplia seus conhecimentos, na busca incessante de promover melhor qualificação em sua área de atuação, ajustando-se às mudanças nas expectativas e necessidades de manutenção da saúde de seus clientes, trabalhando juntamente com as demais áreas de conhecimento.

As enfermeiras acostumadas a pensar em solucionar seus problemas em relação aos cuidados relacionados aos pacientes, famílias e comunidades, descobrem a contribuição que disponibilizam no cenário das “boas práticas”. Evidenciam hoje cada vez mais o significado destas para o desenvolvimento do conhecimento científico¹.

Uma dessas adaptações é a eficiência do atendimento ao recém-nascido pré-termo (RNPT) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), dado o número crescente de nascimentos destes, que a cada dia se torna uma estatística real, além das expectativas e da capacidade planejada por estas instituições. Daí surge um desafio para o enfermeiro neonatologista, na busca de promover uma assistência adequada, levando em consideração esta fase tão importante da vida que é o período neonatal; não só pelo aspecto patológico em si, mas também em relação ao seu papel ainda indefinido na sociedade.

Para cuidar de um RNPT, a enfermeira precisa estar ciente das características peculiares que envolvem este ser e das várias transformações adaptativas pelas quais passará, durante o ajustamento à vida extra-uterina e de suas necessidades no decurso deste período de adaptação, tornando-se este fato uma dinâmica na qual o profissional reconhece o recém-nascido (RN) em sua importância e totalidade e que somente pode ser descrita quando realmente vivenciada.

Sabemos que a qualificação de uma UTIN não se faz apenas pelo uso de equipamentos precisos e eficazes, de última geração. Um fator indispensável para validar a qualidade da assistência é a estratégia do cuidar, o cuidar individualizado que implica diretamente na qualidade de vida do RNPT, na busca do restabelecimento de sua saúde e atenção voltada para promoção do bem-estar.

O RNPT, entretanto, diante de suas características peculiares, é digno ainda mais de uma atenção minuciosa por parte da equipe que o assiste; uma assistência holística, que esteja voltada não somente para sua patologia em evidência, mas para agravos e/ou complicações que possam vir a acometê-lo.

Ao longo de nossa trajetória de vida profissional, observamos constantemente o surgimento de lesões na pele dos RNPT's, as quais, muitas vezes, são colocadas em segundo plano pela equipe multiprofissional, que está com a atenção centrada na patologia, supostamente mais importante, ou ainda em outros órgãos considerados vitais.

A maioria das pessoas somente dão importância à pele quando esta sofre alguma alteração como: edemas, hiperemias, descamações, dentre outras².

A palavra lesão descreve uma separação de tecidos do corpo, define um ferimento devido a violência externa, ou descreve uma imperfeição. Especificamente, a palavra “lesão” pode ser encontrada com frequência em contextos de violência física ou emocional e é usada para representar um dano sério e difícil de se reparar¹.

Diante do compromisso de desenvolver um comportamento de proteção a saúde do RN, acreditamos ser um desafio cuidar da pele do RNPT, objetivando a manutenção da integridade desta membrana, visto que, além de ser o maior órgão do corpo, é também o de mais fácil acesso, favorecendo assim maior manipulação.

Quando a palavra “lesionado” é usada para descrever algo que aconteceu com o sistema social ou com o bem-estar de uma pessoa, significa dizer que o restabelecimento completo será difícil e levará um certo tempo. Lesões não são fáceis de se lidar³.

Devemos lembrar que a manutenção da integridade da pele é um fator necessário para o desempenho de suas funções e que alguns fatores, como traumatismos, queimaduras, dermatites, úlceras de pressão, imunidade diminuída, dentre outros, dificultam a integridade desta membrana.

Dada à imaturidade estrutural da pele dos prematuros, o estrato córneo e a epiderme apresentam-se mais finos, com permeabilidade pouco desenvolvida, causando mais perda de água pelo insensível aumento da demanda calórica, perdas de calor, aumento do potencial de absorção de toxinas, comprometendo assim sua função de defesa contra microorganismos⁴.

Sabemos que em uma simples admissão de um prematuro em uma UTIN, a utilização de dispositivos de apoio à vida como: fixação de sondas, cateteres, dentre outros, podem vir a ser causadores de lesões de pele, principalmente quando se trata de prematuridade extrema. Tornando assim as primeiras semanas de vida destes RN's, um desafio especial, pois há necessidade de fixar de maneira segura o tubo endotraqueal, os sensores, as sondas, o cateter de infusão venosa e outros materiais sobre a pele, sem, contudo, causar lesões, o que algumas vezes se torna inviável em virtude da fragilidade da pele dos bebês.

Antes de completar o primeiro mês de vida, 80% dos prematuros desenvolvem alguma injúria na pele. Ressalta ainda que 25% terão pelo menos um episódio de sepse até o 3º dia de vida, tendo a pele como principal porta de entrada⁴.

Evidenciamos que os RNPT's, por sua longa permanência nas UTIN's, ao longo de sua hospitalização, submetem-se às rotinas hospitalares criadas para atender as necessidades dos RN'S, tornando-se muitas vezes fatores predisponentes ao aparecimento de lesões, como: troca diária de protetor ocular, quando em uso de fototerapia, renovação da sonda orogástrica, higienização corporal e oral diárias, rodízio dos locais de sensores de oxímetro, mudança de decúbito, dentre outros. Todas estas atividades, por sua frequência repetitiva, tornam-se também um fator predisponente ao surgimento de lesões.

Preservar o manto ácido da pele é um cuidado importante pois a colonização da pele neonatal ocorre rapidamente após o nascimento e o número de bactérias, por unidade de área, aumenta 100 vezes durante a primeira semana de vida do recém-nascido⁵.

Diante da necessidade de determinados procedimentos terapêuticos com o RNPT, acabamos por expô-los a situações inevitáveis de agravos a sua delicada e sensível pele. A baixa idade gestacional justifica a fragilidade da pele que, por sua vez, favorece o surgimento de lesões, potenciais causadoras de infecções, que requerem um número maior de materiais e medicamentos especializados, prolongando, desta forma, o período de internação, proporcionando ainda o manuseio excessivo destes RN's.

Desta forma, este estudo teve como objetivo identificar e descrever as características das lesões de pele

que acometeram os recém-nascidos prematuros internados numa UTIN.

MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa exploratória-descritiva, desenvolvida numa abordagem quantitativa.

O presente estudo foi realizado em uma das três Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de uma instituição pública de nível terciário, pertencente à Universidade Federal do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-Ceará, constituindo referência para atendimento do binômio mãe-filho.

Constituíram o universo e a amostra todos os RNPT's que estiveram internados numa das UTIN's, que apresentaram lesões de pele durante o período da coleta de dados, ou seja, outubro a novembro/2004.

Inicialmente, encaminhamos uma solicitação de permissão para o desenvolvimento desta pesquisa para a Comissão de Avaliação do Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva (NESAR) e à Direção do hospital, esclarecendo sobre a relevância da aplicação deste estudo para o crescimento e desenvolvimento da qualidade da assistência de enfermagem desse nosocômio. Diante do consentimento, o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Encerradas estas etapas, contatamos com as mães dos recém-nascidos prematuros à medida que estes foram sendo internados. Num primeiro momento, houve um contato prévio, antes do início da coleta de dados, para que as mães pudessem tomar conhecimento do propósito do estudo, dos métodos, vantagens e importância de sua participação. Este primeiro contato deu-se na certeza de que seria resguardada a manutenção do anonimato e sigilo referente à não identificação das informações fornecidas, como também a opção de desistir a qualquer momento, se assim fosse seu desejo, de acordo com o que preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Reguladoras que tratam de pesquisa com seres humanos. Para comprovar o consentimento dos pais, na participação de seus filhos na pesquisa, solicitamos que assinassem um termo de consentimento pós-esclarecido, autorizando a participação destes.

Os dados foram coletados por meio de observação direta, dos recém-nascidos prematuros durante as trocas de: fraldas, de fixação dos tubos orotraqueais, de sondas, das retiradas de micropore e/ou esparadrapos que estavam fixados diretamente na pele dos recém-nascidos, durante as punções venosas, bem como durante os banhos, a fim de detectar cada alteração que pudesse ter surgido na pele destes, sugestiva de lesão.

As lesões identificadas foram mensuradas e registradas em um formulário previamente elaborado e, quando permitido, algumas foram fotografadas. Temos como métodos de medição da área lesionada: *medição linear*, mensuração do comprimento e altura da lesão com o auxílio de uma régua; *traçado*, onde a circunferência das bordas da lesão pode vir a ser mensurada com o auxílio de filme transparente, caneta porosa e papel milimétrico; e ainda a *fotografia*⁶.

Optamos pela mensuração linear, por ser de fácil desenvolvimento e pela fotografia.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Durante o período da pesquisa, observamos somente os recém-nascidos que foram internados em uma das unidades de terapia intensiva neonatal, haja vista a grande demanda de internações neste setor, tornando-se inviável a observação nas duas UTIN's.

PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS

Participaram deste estudo vinte RNPT's que, durante sua permanência na UTIN, apresentaram lesões de pele, independentemente do tempo de internação deles. Destes, dez RNPT's eram do sexo feminino (50,0%) e dez (50,0%) eram do sexo masculino.

Quanto ao tipo de parto, tivemos também uma homogeneidade nos dados, pois dez RNPT's (50,0%), nasceram de parto normal, ficando identificado metade da amostra, dez RNPT's (50,0%), como nascidos de parto cesariano. Na realidade, apesar de parecer uma variável sem valor estatisticamente significativo, o tipo de parto é muito importante, pois, dependendo do tipo de pele do RN e do excessivo manuseio deste durante seu nascimento, podem

acontecer traumas na pele, que poderão causar grandes complicações para o RNPT.

No que se refere à acomodação do RNPT no momento do surgimento da lesão, a maioria dos RN's estava alojada em incubadoras neonatais, aquecidas adequadamente, ou seja em ambiente térmico neutro.

Ambiente térmico neutro é aquele onde o RNPT utiliza o mínimo de calor possíveis, para manter a temperatura corporal estável, podendo variar entre 30,4°C e 35,0°C, de acordo com o peso e a idade do RN⁷.

Assim foram dezenove RNPT's (95,0%). Estava somente um RN acomodado em biliberço (5,0%), por estar necessitando de tratamento específico para hiperbilirrubinemia. Na realidade, esta informação é bem compreensível, considerando que os RNPT's quando nascem, necessitam de estar protegidos em ambientes adaptados para atender as suas carências fisiológicas.

Outro aspecto observado foi o índice de Apgar. Este método de avaliação foi criado pela Dra Virgínia Apgar, em 1949, até hoje é utilizado para avaliar as funções cardíacas, respiratórias e neurológicas do recém-nascido, tônus e coloração da pele, no primeiro e quinto minuto de vida⁸.

Detectamos nove RNPT's (45,0%) com apgar entre 8 e 9, também nove (45,0%) com o apgar entre 5 e 7, apenas um RN (5,0%) com Apgar entre 3 e 4, um RN (5,0%) sem registro, pois nada foi anotado no seu prontuário. Não foi identificado nenhum RN com Apgar entre 0 e 2, obviamente porque estes recém-nascidos, na maioria das vezes, não respondem à reanimação e quando sim, não sobrevivem por muitas horas.

Nossa tendência é pensar que a avaliação do índice de Apgar não tem influência no surgimento de lesões de pele, entretanto, devemos lembrar que estas respostas somente são satisfatórias quando os neonatos estão com os seus sistemas totalmente desenvolvidos, o que não ocorre nos prematuros, necessitando algumas vezes de suporte ventilatório, manobras de reanimação, intervenção esta muitas vezes lesiva aos prematuros, se não realizadas adequadamente.

Investigamos ainda o diagnóstico aplicado aos recém-nascidos. Ressaltamos que um dos critérios de escolha dos RN's que faziam parte da amostra era que fossem prematuros. Logo, 100,0% dos RN's que compõem a amos-

tra são prematuros. Chamamos atenção para o fato de que apenas quatro RN's (20,0%), inicialmente não tiveram a prematuridade associada a outra patologia, sendo diagnosticados somente com a *prematividade*.

Constatamos ter a maioria dos RNPT's apresentado *síndrome do desconforto respiratório* (SDR), ou ainda *doença da membrana hialina* (DMH), como também é referida, totalizando doze RN's (60,0%).

A SDR é um distúrbio do desenvolvimento pulmonar caracterizado pela deficiência de surfactante pulmonar endógeno, o que leva ao colapso dos alvéolos⁹.

Justifica-se este índice elevado, pois a relação de prematuros com SDR com IG < 32 semanas e peso < 1500g estão diretamente ligados representando um total significativo. Três RN's (15,0%), foram diagnosticados com *asfixia perinatal*. A imaturidade do RN, quando associada a asfixia perinatal predispondo aos piores prognósticos para um neonato.

A asfixia neonatal está justificada pela imaturidade dos centros respiratórios, deficiência de surfactante, fragilidade da caixa torácica, bem como maior vulnerabilidade do neonato¹⁰.

Somente um RN (5,0%) foi diagnosticado com *bronco aspiração de mecônio* (BAM), isto porque a BAM está mais associada aos RN's pós-termo. Constatamos que, na realidade, todos os diagnósticos foram relevantes, dado o fato de que em todos estava presente a prematuridade como diagnóstico principal e necessitaram de cuidados de UTIN.

Classificam-se como *recém-nascido pré-termo de muito baixo peso* (RNPTMBP), todo RNPT com peso entre 1000 e 1500g; *recém-nascido pré-termo de muitíssimo baixo peso* (RNPTMMBP), aquele com peso inferior a 1000g¹⁰.

Identificamos apenas um RNPTMBP (5,0%), o mesmo apresentou somente uma lesão (4,0%) na pele. Encontramos também, em maior número, nove recém-nascidos (45,0%) com peso entre 1500 e 2600g que manifestaram dez lesões de pele (42,0%). Neste grupo, também houve um recém-nascido que apresentou mais de uma lesão. Significativamente observamos que dez RN's (50,0%) eram RNPTMMBP e apresentaram algum tipo de lesão de pele, totalizando treze lesões (54,0%), pois alguns apresentaram mais de uma lesão.

Na realidade, segundo os dados, observamos que o peso é um dado muito importante quando se fala de lesões de pele, pois recém-nascidos prematuros apresentam pouco

tecido celular subcutâneo, pele delicada, frouxa, sem elasticidade, translúcida algumas vezes, pouca musculatura, ocorrendo freqüentemente instabilidade térmica, tendência para desidratação e propensão para o desenvolvimento de lesões. O baixo peso ao nascer deve chamar atenção de todos os profissionais que trabalham com recém-nascidos, pois sabemos que estes são os que mais precisam de atenção por parte da equipe que o assiste.

De acordo com a IG os RN's podem ser categorizados em três grupos de acordo com suas características distintas: *recém-nascido pré-termo limítrofe* é todo RNPT nascido com IG entre 35 e 36 semanas e 6 dias; *recém-nascido pré-termo moderado*; aquele RNPT que nasceu com IG entre 30 e 34 semanas e 6 dias; e *recém-nascido pré-termo extremo*; aquele RNPT que nasceu antes de completar 30 semanas de gestação¹⁰.

No estudo observamos somente um RNPT limítrofe (5,0%), com apenas uma lesão (4,0%). Tivemos ainda sete RN's (35,0%) apresentando 10 lesões de pele (42,0%), que foram classificados como *recém-nascidos pré-termo extremos*; tendo também esses prematuros apresentado mais de uma lesão.

Os problemas apresentados pelos RNPT's extremos ocorrem de forma mais intensa e com maior freqüência, o que muitas vezes não favorece o seu prognóstico¹⁰.

Prontamente evidenciamos que no estudo em questão a maioria das lesões identificadas, isto, é treze lesões (54,0%), corresponde a *recém-nascidos prematuros moderados*, totalizando um número de doze recém-nascidos prematuros (60,0%).

Acreditamos ser este também um fator extremamente importante para o favorecimento do surgimento de lesões de pele, visto que a imaturidade da pele do recém-nascido é uma característica marcante do prematuro: peles friáveis, gelatinosas, hipersensíveis, sendo merecedoras de uma assistência especial e minuciosamente delicada.

Quanto menor a idade gestacional, maior é a fragilidade da pele do neonato, que requer atenção especializada, individualizada, porque algumas vezes, ao mínimo toque, ocorrem lesões que não podemos evitar, principalmente se levarmos em conta os prematuros extremos que hoje muito está presente nas unidades neonatais.

Procuramos identificar a área do corpo de cada RNPT onde mais ocorreram as lesões:

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA ÁREA CORPORAL DO RN ONDE OCORREU A LESÃO, FORTALEZA-CE, OUTUBRO A NOVEMBRO/2004

ÁREA CORPORAL	Nº RN	%
face	8	34,0
cabeça	7	29,0
MMSS*	3	13,0
abdome	2	8,0
MMII**	2	8,0
orelha	1	4,0
glúteo	1	4,0
TOTAL	24	100,0

* MMSS- Membros Superiores – ** MMII – Membros Inferiores

Constatamos que, nos RNPT's observados, a maioria das lesões ocorreram na face, totalizando oito (34,0%); seguida pelo couro cabeludo, com sete lesões (29,0%); os membros superiores (MMSS), três lesões (13,0%); duas lesões (8,0%) no abdome e duas lesões (8,0%) nos membros inferiores (MMII). Tivemos ainda uma lesão (4,0%) na orelha e uma lesão (4,0%) na região glútea.

Quando se trata de RNPT, os membros são locais de preferência para punções venosas. Lesões que ocorrem em extremidades como pés e mãos podem atingir outras estruturas, como tendões e nervos, causando alteração nos movimentos das extremidades⁷.

Isto é um fator preocupante, pois sabemos da necessidade de punções nos membros para uso de antibióticos, coletas diárias de exames laboratoriais, instalação de venóclise, testes de glicemias, dentre outros. Logo, faz-se necessário que o profissional esteja ciente de sua ação, de todos os riscos que esta pode proporcionar ao neonato, procurando cada vez mais melhorar a qualidade de sua assistência.

Consideramos ser de grande importância conhecermos a extensão da área atingida.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES SEGUNDO A EXTENSÃO, Fortaleza-Ce, Outubro a Novembro/2004

Extensão(cm)	Nº	%
< 1	6	25,0
1	5	21,0
2	4	17,0
3	3	12,0
4	4	17,0
>5	2	8,0
TOTAL	24	100,0

De acordo com a tabela 2, a maioria das lesões observadas, totalizando seis casos (25,0%), tinham o comprimento menor que 1cm. Elas correspondem a cinco casos no couro cabeludo (80,0%) e apenas um na face (20,0%). Cinco lesões (21,0%) correspondiam a 1cm, foram elas: três lesões na face (60,0%), uma no membro superior direito (20,0%) e outra no membro inferior direito (20,0%). Quatro lesões de 2cm (17,0%) também foram identificadas, correspondente a uma lesão na face (25,0%), uma na cabeça (25,0%) e duas nos membros superiores (50,0%). Identificamos ainda três lesões (12,0%) com 3cm de comprimento, sendo uma na face (33,3%), uma no couro cabeludo (33,3%) e uma na orelha direita (33,3%). Quatro lesões (17,0%) de 4cm também foram identificadas, distribuídas da seguinte forma: duas na face (50,0%), uma no abdome (25,0%) e outra em uma nádega (25,0%). Evidenciamos lesões com extensa área atingida, não tendo sido possível mensurar, ficando somente uma estimativa de duas lesões (8,0%), atingindo extensa área do abdome (50,0%), e outra que abrangeu pernas e genitália (50,0%). As características das lesões identificadas estão descritas a seguir:

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS, FORTALEZA-CE, OUTUBRO A NOVEMBRO/2004

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Lesões abrasivas hiperemiadas com perda de pequenas áreas da epiderme	8	33,5
Lesão violácea com perda da epiderme e da derme	1	4,0
Lesões de cor escuras sem solução de continuidade	7	29,0
Lesão violácea íntegra com bordas bem definidas	1	4,0
Lesões hiperemiadas e edemaciadas	2	8,5
Lesão equimótica sem solução de continuidade	1	4,0
Lesões violáceas com bordas bem definidas sem solução de continuidade	2	8,5
Lesões abrasivas hiperemiadas com perda de pequenos pontos da epiderme	2	8,5
TOTAL	24	100,0

A tabela 3 mostra que oito lesões (33,5%), foram causadas no momento da retirada da bandagem adesiva hipoalergênica elástica de algodão, material utilizado para fixar o TOT, vulgarmente conhecido como "bigode". Estas lesões são abrasivas, de coloração hiperemiadas, apresentando perda de pequenas áreas da epiderme.

Imaginemos, pois, como a pele dos prematuros é frágil e incapaz de desempenhar todas as suas funções, estando íntegra, na presença de lesões, acentua-se esta ineficácia.

Tivemos também sete casos (29,0%) de lesões por extravasamento de líquidos, onde podíamos observar lesões de coloração violácea em pele íntegra.

Observamos duas lesões (8,5%) causadas por medicações tóxicas acidentais, pois, não se tinha a intenção de deixar extravasar medicação sobre a pele dos prematuros. Estas lesões são hiperemiadas com grande extensão edemaciada.

Ocorreram também duas lesões (8,5%) abrasivas eritematosas com perda de pequenos pontos da epiderme, descamativas, sem sangramento, devido a retirada da fita hipovalérgica diretamente da pele do neonato. A fita hipovalérgica, amplamente utilizada nas unidades neonatais, devido seu excelente poder adesivo, algumas vezes também pode lesionar a pele dos neonatos, principalmente os de menor idade gestacional, no momento de sua retirada ainda que delicadamente.

Os prematuros têm uma maior tendência a desenvolver esfoliação da epiderme quando são removidos adesivos, isto porque os adesivos podem estar mais firmemente aderidos à epiderme do que a própria epiderme à derme⁴.

É por esta razão que algumas literaturas contra-indicam o uso de tintura de benjoin para ajudar na fixação do TOT, pois na realidade, facilita o trabalho do profissional, entretanto a maior capacidade de aderência torna-se prejudicial no momento da retirada do adesivo.

Um caso (4,0%) de RN apresentando hidrocefalia ocasionou o surgimento de uma úlcera de pressão, apresentando-se violácea, com perda da epiderme e da derme no couro cabeludo. Úlcera de pressão é qualquer lesão causada por pressão acumulada resultando em dano do tecido interno. Úlceras de pressão geralmente se localizam em proeminências ósseas¹¹.

Evidenciamos ainda dois casos (8,5%), ou seja, de coloração violácea com bordas bem definidas sem solução de continuidade. Estas lesões surgiram sem que ninguém soubesse a origem, sendo diagnosticadas e tratadas como origem infecciosa.

Também constatamos a existência de um caso (4,0%) de tocotraumatismo, onde o RN apresentou extensa área de lesão nos membros inferiores.

Uma das lesões que muito nos chamou atenção, embora só tenha acontecido um caso (4,0%), foi a queimadura do pé causada por sensor de oxímetro. Dada à fragilidade da pele do RNPT, entretanto, apesar do rodízio, foi inevitável o surgimento da lesão.

CONCLUSÃO

Os recém-nascidos que mais apresentaram lesões foram os que estavam inseridos na faixa de peso inferior a 1000g, 10 (50,0%), tendo apresentado 13 lesões (54,0%), pois alguns apresentaram mais de uma lesão.

As áreas corporais onde mais ocorreram lesões foram: na face, 8 lesões (34,0%) em razão do alto índice de prematuros em ventilação mecânica e no couro cabeludo, 7 lesões (29,0%), devido extravasamento de líquidos. O maior número de lesões, 11 (46,0%), mediam até 1cm.

A maioria das lesões eram: abrasivas hiperemiadas com perda de pequenas áreas da epiderme, 8 (33,5%) e lesões de cor escuras sem solução de continuidade (29,0%).

Constatamos, que o índice de lesões dérmicas em prematuros ainda é significativamente alto, mesmo com tantos recursos materiais específicos para a neonatologia e, apesar de todos os cuidados dispensados com a pele destes, somos levadas a reconhecer esta realidade que está presente na unidade neonatal. Devemos considerar que todos os fatores citados, juntos, são determinantes e predis põem ao surgimento de lesões.

A equipe de saúde, entretanto, deve estar ciente de que, independentemente do tipo, de sua localização e do fator desencadeante, lesão de pele é algo que devemos prevenir, principalmente aos prematuros.

Podemos comprovar que as lesões se agravam quanto menor o peso e a idade gestacional do recém-nascido e quanto maior a extensão destas. Ressaltamos mais uma vez a importância do papel da equipe multiprofissional diante do desenvolvimento de ações que promovam não só a integridade da pele, mas que este tenha interesse pelo paciente em sua totalidade, atentando para o atendimento de suas necessidades fisiológicas, interpretando a linguagem do

premature, já que este somente sabe se comunicar por meio de choro, expressão facial, movimentos dos membros, dentre outros, buscando sempre novos conhecimentos, com a intenção de assegurar um cuidado individualizado, visando ao prematuro como um ser em formação que merece uma atenção especial por parte da equipe que o assiste.

É fundamental que a equipe multiprofissional tenha consciência de suas ações e que estas estejam embasadas cientificamente para que possam assegurar a qualidade da assistência. Devemos considerar cada prematuro como único, que está precisando de nossa assistência e isto temos que fazer da melhor maneira possível, cuidando também da pele, que se configura como o primeiro órgão a entrar em contato com o cuidador ao manusear um recém-nascido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cianciarullo TT, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. 302p.
2. Montagu A. *Tocar – o significado humano da pele/ novas buscas em psicoterapia.*, 4ª ed. São Paulo: Summus; 1988. 131p.
3. Krasner DL, Rodeheaver GT, Sibbald RG. editors. *Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals.* 3th. ed. Wayne, PA; HMP Communications; 2001. 760p.
4. Hahn LP. *Pele do recém-nascido prematuro.* [on-line] [acessado 2004 out 11]. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/acad/pediatria/visitas/luciana.htm>>.
5. Ikezawa MK. *Prevenções de lesões na pele do recém-nascido com peso inferior a 2000g assistido em unidade neonatal: estudo experimental.* [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 1998. 107p.
6. Hayashi AAM, Bobroff MCC. *Implantação de um método de medição de feridas,* Nursing 2003 dez; 67(6):19.
7. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal – assistência ao RN de alto risco.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 190p.
8. Oliveira Filho EA, Oliveira EA. *Índice de Apgar – o que significa?* [on-line] [acessado 2004 nov 3]; Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br>>.
9. Lima GS, Braga TDAB, Menezes JÁ. *Neonatologia – Instituto Materno Infantil de Pernambuco.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. 376p.
10. Leone CR, Tronchin DMR. *Assistência integrada ao recém-nascido.* São Paulo: Atheneu; 1996. 378p.
11. Bergstrom, N. et al. *Treatment of pressure ulcers – Clinical Practice Guideline, number 15, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Maryland: Agency for Health Care Policy and Research Rockville; 1994. 153p. (AHCPR Publication nº 95-0652)*

RECEBIDO: 11/05/05

ACEITO: 29/10/05