



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL - MESTRADO ACADÊMICO**

ANA DULCE AMORIM SANTOS SOARES

**O CUIDADO DO ENFERMEIRO COM A PELE DE RECÉM-NASCIDOS
HOSPITALIZADOS**

**TERESINA
2018**

ANA DULCE AMORIM SANTOS SOARES

O CUIDADO DO ENFERMEIRO COM A PELE DE RECÉM-NASCIDOS
HOSPITALIZADOS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Silvana Santiago da Rocha

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

TERESINA
2018

ANA DULCE AMORIM SANTOS SOARES

O CUIDADO DO ENFERMEIRO COM A PELE DE RECÉM-NASCIDOS
HOSPITALIZADOS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovação em ____/____/2018

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha
Presidente/ Orientadora – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Eliana Campêlo Lago
1ª examinadora - Centro Universitário de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas
do Piauí (UNINOVAFAPI)

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia
2ª examinadora - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura
Suplente - Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Dedico este trabalho aos meus amados pais, Maria Aparecida e José Ribeiro, meu querido esposo, João Neto, minha irmã, Ana Clara, e a todos os recém-nascidos hospitalizados, que lutam bravamente, desde os primeiros minutos de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, sobretudo, a Deus, verdadeiro Mestre e Doutor, por sempre iluminar meus caminhos, me concedendo ânimo e forças para a realização deste projeto.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI), por minha trajetória acadêmica e pela oportunidade de crescimento profissional, na realização deste mestrado.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado Acadêmico, na pessoa da Prof.^a Dr.^a Maria do Livramento Fortes Figueiredo, pela atenção e dedicação à condução desse programa.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Silvana Santiago da Rocha, por todos os ensinamentos, pela atenção, incentivo, paciência e afeto a mim dedicados, desde a época da graduação até o mestrado.

Às docentes, membros da Banca Examinadora, Prof.^a Dr.^a Eliana Campêlo Lago, Prof.^a Dr.^a Márcia Teles de Oliveira Gouveia e Prof.^a Dr.^a Maria Eliete Batista Moura, pela disponibilidade de participação e pelas valiosas contribuições para o enriquecimento deste estudo.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, pela sabedoria compartilhada, competência e dedicação ao ensino e à pesquisa na área da enfermagem.

Ao corpo técnico-administrativo do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, pelo apoio na execução de tarefas acadêmicas.

Aos enfermeiros da Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), por aceitarem participar da pesquisa, pela disponibilidade e contribuição significativa durante a produção dos dados.

Aos meus pais, José Ribeiro Soares e Maria Aparecida Amorim Santos Soares, os meus maiores exemplos. Agradeço pelo amor incondicional, por não medirem esforços para a realização dos meus sonhos e por me educarem com o carinho e ensinamentos que nenhum grau acadêmico poderia me proporcionar. Vocês são o meu porto seguro e a razão das minhas lutas. Eu amo infinitamente vocês!

À minha querida irmã, Ana Clara Amorim Santos Soares, parceira de todas as horas, obrigada pela amizade sincera, incentivo e torcida por minhas vitórias.

Ao meu amado esposo e grande companheiro, João Neto, por todo amor, carinho, apoio, incentivo, paciência e compreensão. Obrigada por sempre acreditar

em mim e me motivar a enfrentar os desafios diários. Só tenho a agradecer a Deus, por ter colocado você na minha vida!

Aos familiares e amigos de longa data, por todo apoio e torcida. Aos companheiros da 10ª Turma do Mestrado em Enfermagem da UFPI, por tornarem essa jornada mais leve, compartilhando alegrias, aflições e experiências, especialmente às amigas Priscilla Cavalcante e Érica Neri, pela parceria, amizade e apoio durante esses dois anos.

A todos que contribuíram de alguma forma para a construção deste trabalho, os meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

A pele representa o maior órgão do corpo humano e exerce função de barreira protetora contra agentes patógenos externos. O recém-nascido hospitalizado, além de possuir diversas singularidades na pele que a tornam mais frágil, está exposto a fatores de risco para o desenvolvimento de lesões, como a realização de procedimentos invasivos, o uso de substâncias tóxicas irritantes e de adesivos para fixação de sensores, cateteres e sondas. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, deve estabelecer ações que minimizem riscos e propiciem a manutenção da integridade da pele dessa população. Assim, o estudo teve como objetivo analisar o cuidado de enfermeiros à pele de recém-nascidos hospitalizados. Trata-se de um estudo qualitativo, baseado no referencial metodológico da Pesquisa Convergente-Assistencial. Os participantes consistiram em quatorze enfermeiros da UTIN de uma maternidade pública. A produção dos dados ocorreu de março a setembro de 2017, em duas etapas. A primeira, ocorreu por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado; e a segunda, com a execução de grupos focais. O estudo obteve parecer de aprovação (nº 1.848.098) do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Os discursos foram analisados pela técnica de conteúdo de Bardin e discutidos com base no referencial temático atual, sendo elaboradas duas categorias: conhecimento e cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN, dificuldades e possibilidades no cuidado com a pele do recém-nascido na UTIN. Os resultados apontam que os conhecimentos dos participantes sobre os cuidados com a pele do recém-nascido foram adquiridos na graduação e complementam-se por meio de atividades de educação permanente, participação em eventos científicos e a experiência na UTIN. A prática abrange cuidados com o manuseio mínimo e mudança de decúbito; fototerapia; higienização das mãos, prevenção e controle de infecção; utilização de adesivos, fixações, curativos e terapia endovenosa; banho e higiene; ostomias; e sistematização da assistência de enfermagem. As dificuldades relatadas foram a falta de padronização nos registros, notificação exígua de lesões, resistência de alguns membros da equipe quanto às práticas defasadas, disponibilidade reduzida de materiais e conhecimento limitado no cuidado a ostomias. Entre as possibilidades, destacaram-se a existência de educação permanente no serviço, a comunicação interprofissional e a autonomia do enfermeiro no cuidado com a pele do recém-nascido. A execução dos grupos focais permitiu a elaboração conjunta de uma proposta de protocolo de cuidados preventivos de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados. Dessa forma, o produto deste estudo consiste na proposta de protocolo, que abrange os cuidados elencados pelos participantes, o qual foi justificado pela pesquisadora, com base na literatura científica atual. Assim, o aperfeiçoamento constante dos conhecimentos científicos do enfermeiro, aliado à sistematização da assistência de enfermagem e à valorização da subjetividade humana, contribuem efetivamente para a prestação de um cuidado seguro, humanizado e integral ao neonato hospitalizado. O empenho profissional, a utilização de evidências científicas e o incentivo da instituição possibilitam o desenvolvimento de protocolos assistenciais em prol de melhorias no cuidado.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem. Recém-Nascido. Pele. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

The skin represents the largest organ of the human body and exerts a protective barrier function against external pathogens. The hospitalized newborn, in addition to having several singularities in the skin that make it more fragile, is exposed to risk factors for the development of lesions, such as the performance of invasive procedures, the use of irritating topical substances and adhesives for fixation of sensors, catheters and probes. The nurse, as a member of the health team, must establish actions that minimize risks and promote the maintenance of the integrity of the skin of this population. Thus, the study aimed to: analyze the care of nurses of the skin of hospitalized newborns. This is a qualitative study, based on the methodological framework of the Convergent-Care Research. Participants consisted of fourteen NICU nurses from a public maternity hospital. The data was produced from March to September 2017, in two stages, the first one, through interviews with semi-structured script, and the second, with the execution of focus groups. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí (n  1.848.098). The discourses were analyzed by the Bardin content technique and discussed based on the current thematic reference, and two categories were elaborated: knowledge and care of the nurse with the skin of the newborn hospitalized in the NICU; difficulties and possibilities in the care of the newborn's skin in the NICU. The results indicate that participants' knowledge about newborn skin care was acquired at graduation and complemented by continuing education activities, participation in scientific events, and NICU experience. The practice covers care with minimal handling and change of decubitus; phototherapy; hand hygiene, infection prevention and control; use of adhesives, fixatives, dressings and intravenous therapy; bathing and hygiene; ostomy; and systematization of Nursing care. The difficulties reported were the lack of standardization in the records, minor notification of injuries, resistance of some team members to lagged practices, reduced availability of materials and limited knowledge of ostomy care. Among the possibilities, the existence of permanent education in the service, the interprofessional communication and the autonomy of the nurse in the care with the skin of the newborn stood out. The implementation of the focus groups allowed the joint elaboration of a protocol proposal for preventive care of skin lesions in hospitalized newborns. Thus, the product of this study consists of the protocol proposal, which covers the care listed by the participants, which was justified by the researcher, based on current scientific literature. Thus, the constant improvement of the scientific knowledge of the nurse, combined with the systematization of Nursing care and the valuation of human subjectivity, effectively contribute to the provision of a safe, humanized and integral care to the hospitalized neonate. The professional commitment, the use of scientific evidence and the encouragement of the institution make possible the development of care protocols in favor of improvements in care.

Keywords: Nursing Care, Newborn, Skin, Neonatal Intensive Care Units.

RESUMEN

La piel representa el órgano más grande del cuerpo humano y ejerce una función de barrera protectora contra agentes patógenos externos. El recién nacido hospitalizado, además de poseer diversas singularidades en la piel que la hacen más frágil, está expuesto a factores de riesgo para el desarrollo de lesiones, como la realización de procedimientos invasivos, el uso de sustancias tóxicas irritantes y de adhesivos para fijación de productos sensores, catéteres y sondas. El enfermero, como miembro del equipo de salud, debe establecer acciones que minimicen riesgos y propicien el mantenimiento de la integridad de la piel de esa población. Así, el estudio tuvo como objetivo: analizar el cuidado de enfermeros a la piel de recién nacidos hospitalizados. Se trata de un estudio cualitativo, basado en el referencial metodológico de la Investigación Convergente-Asistencial. Los participantes consistieron en catorce enfermeros de la UTIN de una maternidad pública. La producción de los datos ocurrió de marzo a septiembre de 2017, en dos etapas, siendo la primera, por medio de entrevistas con guión semiestructurado, y la segunda, con la ejecución de grupos focales. El estudio obtuvo un dictamen de aprobación (nº 1.848.098), del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí. Los discursos fueron analizados por la técnica de contenido de Bardin y discutidos con base en el referencial temático actual, siendo elaboradas dos categorías: conocimiento y cuidado del enfermero con la piel del recién nacido hospitalizado en la UTIN; dificultades y posibilidades en el cuidado de la piel del recién nacido en la UTIN. Los resultados apuntan que los conocimientos de los participantes sobre los cuidados con la piel del recién nacido se adquirieron en la graduación y se complementan por medio de actividades de educación permanente, participación en eventos científicos y la experiencia en la UTIN. La práctica incluye cuidados con el manejo mínimo y cambio de decúbito; fototerapia; higienización de las manos, prevención y control de infección; uso de adhesivos, fijaciones, curativos y terapia endovenosa; baño e higiene; ostomía; y sistematización de la asistencia de enfermería. Las dificultades relatadas fueron la falta de estandarización en los registros, notificación exigua de lesiones, resistencia de algunos miembros del equipo en cuanto a las prácticas desfasadas, disponibilidad reducida de materiales y conocimiento limitado en el cuidado a ostomías. Entre las posibilidades, se destacaron la existencia de educación permanente en el servicio, la comunicación interprofesional y la autonomía del enfermero en el cuidado con la piel del recién nacido. La ejecución de los grupos focales permitió la elaboración conjunta de una propuesta de protocolo de atención preventiva de lesiones de piel en recién nacidos hospitalizados. De esta forma, el producto de este estudio consiste en la propuesta de protocolo, que abarca los cuidados enumerados por los participantes, el cual fue justificado por la investigadora, con base en la literatura científica actual. Así, el perfeccionamiento constante de los conocimientos científicos del enfermero, aliado a la sistematización de la asistencia de enfermería ya la valorización de la subjetividad humana, contribuyen efectivamente a la prestación de un cuidado seguro, humanizado e integral al neonato hospitalizado. El empeño profesional, la utilización de evidencias científicas y el incentivo de la institución posibilitan el desarrollo de protocolos asistenciales en favor de mejoras en el cuidado.

Palabras-clave: Cuidados de Enfermería, Recién nacido, Piel, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGE – Ácido Graxo Essencial

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

bpm – batimentos por minuto

CCIH - Controle de Infecção Hospitalar

CEP/UFPI – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

CEP/MDER - Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa

cm – Centímetro

CPAP - *Contiunous Positive Airway Pressure*

FC – Frequência Cardíaca

g - Grama

HPIV – Hemorragia Peri-intraventricular

IG - Idade Gestacional

IRAS – Infecção Relacionada à Assistência em Saúde

LED – *Ligth Emitting Diode*

MDER – Maternidade Dona Evangelina Rosa

MS - Ministério da Saúde

NEPS - Núcleo de Educação Permanente em Saúde

nm – Nanômetro

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

PCR – Parada Cardiorrespiratória

pH – Potencial Hidrogeniônico

PICC - Cateter Central de Inserção Periférico

PNEP – Política Nacional de Educação Permanente

PNH – Política Nacional de Humanização

PE – Processo de Enfermagem

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

RDC - Resolução da Diretoria Colegiada

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UCN – Unidade de Cuidados Neonatais

UESPI – Universidade Estadual do Piauí

UFPI – Universidade Federal do Piauí

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UV – Ultravioleta

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1 Delimitação do problema e objeto de estudo	18
1.1 Objetivos	18
1.1.1 Geral	18
1.1.2 Específicos	18
1.2 Justificativa	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Estrutura anatômica da pele humana	20
2.2 Singularidades da pele do recém-nascido	21
2.3 O cuidado no contexto da enfermagem	24
2.4 O cuidado à pele do recém-nascido hospitalizado	27
3 METODOLOGIA	35
3.1 Tipo de estudo	35
3.2 Fases da pesquisa convergente-assistencial	36
3.2.1 Fase de concepção	36
3.2.2 Fase de instrumentação	36
3.2.2.1 Cenário do estudo	36
3.2.2.2 Participantes do estudo	37
3.2.2.3 Métodos de coleta de dados	38
3.2.3 Fase de perscrutação	39
3.2.3.1 Coleta de dados	40
3.2.4 Fase de análise e interpretação de dados	42
3.3 Considerações éticas e legais do estudo	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
4.1 Caracterização dos participantes do estudo	44
4.2 Conhecimento e cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN	47

4.2.1 Conhecimento adquirido na graduação, em treinamentos, capacitações e experiências prévias	47
4.2.2 Cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido na UTIN	56
4.3 Dificuldades e possibilidades no cuidado com a pele do recém-nascido na UTIN	101
4.4 Proposta de protocolo de cuidados de prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados	113
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	129
APÊNDICES	149
ANEXOS	155

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Delimitação do problema e objeto de estudo

Nas últimas décadas, a assistência à saúde em neonatologia tem avançado consideravelmente. Com o desenvolvimento das tecnologias terapêuticas, o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças congênitas têm proporcionado melhorias nos índices de mortalidade neonatal (SCHAEFER; NAIDOM; NEVES, 2016).

Não obstante, a qualidade da assistência à saúde do recém-nascido (RN) hospitalizado tem sido questionada, visto que a eficiência do cuidado passou a ser avaliada pela habilidade técnica e destreza nos procedimentos de suporte à vida, desfavorecendo a integralidade na assistência e a humanização nas condutas (ROCHA; FERREIRA, 2013).

Para Fontenele, Pagliuca e Cardoso (2012), o período neonatal requer um cuidado diferenciado, contínuo e humanizado da equipe de saúde, pois compreende uma fase repleta de modificações fisiológicas e alterações adaptativas essenciais. Ressalta-se, nesse contexto, a importância das ações de enfermagem para a promoção da qualidade de vida de recém-nascidos hospitalizados e diminuição das vulnerabilidades existentes fora do ambiente uterino.

Para garantir uma assistência adequada no período neonatal, a equipe de enfermagem deve estabelecer cuidados que facilitem a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Os cuidados prestados devem atender às necessidades de nutrição, hidratação, higiene, segurança e conforto, visando diminuir os estímulos predisponentes de doenças, injúrias ou agravos a esses seres tão vulneráveis (SILVA; MOURA, 2015).

Segundo Araújo et al. (2012), a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) constitui um ambiente que oferece tecnologias avançadas de cuidado, possibilitando a sobrevivência de muitos neonatos. Porém nesses ambientes, devido à grande complexidade de cuidados exigidos para a manutenção dos parâmetros vitais, o cuidado com a pele do recém-nascido torna-se, muitas vezes, secundário ou inexistente. Dessa forma, o risco de integridade da pele prejudicada eleva-se, favorecendo o desenvolvimento de lesões cutâneas e complicações associadas.

Nesse sentido, o cuidado com a pele tem importância fundamental na assistência à saúde do recém-nascido hospitalizado na UTIN. Sabe-se que a imaturidade da barreira epidérmica de neonatos diminui a defesa do organismo, em relação à excessiva proliferação microbiana presente no ambiente hospitalar. Isso torna a pele mais susceptível ao trauma e à toxicidade, por absorção percutânea de agentes patogênicos, o que pode causar Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS) e outras complicações graves, como a sepse (DANIEL; SILVA, 2017).

Conforme Souza (2015), a sepse neonatal é definida como uma síndrome clínica que se manifesta nos primeiros 28 dias de vida, com sinais de infecção (hipertermia ou hipotermia, taquicardia ou bradicardia, taquipneia ou alterações leucocitárias). Segundo a autora, a sepse grave corresponde a uma sepse complicada por disfunção de órgãos e hipotensão, já o choque séptico é caracterizado pelos sinais de sepse juntamente com taquicardia ($FC > 180$ bpm), sinais de perfusão tissular diminuída e hipotensão grave, com necessidade de reposição hídrica e medicações inotrópicas.

Para Oliveira, Marques e Prado (2017), a sepse não tratada pode evoluir rapidamente para o choque séptico, coagulação intravascular disseminada e óbito. Segundo estudo de revisão desses autores, os principais microrganismos causadores de IRAS com desfecho para sepse grave em UTIN são os *Staphylococcus spp*, comumente encontrados na pele humana e que podem facilmente ser absorvidos pelo organismo, na existência de lesões de pele.

De acordo com Brasil (2013a), estima-se que, no Brasil, 60% da mortalidade infantil ocorre no período neonatal, sendo a sepse neonatal uma das principais causas, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Para Camacho, Spearman e Stoll (2013), a sepse neonatal pode ser classificada em precoce e tardia. Na sepse precoce, o recém-nascido manifesta sintomas nos primeiros três dias de vida incompletos, ou seja, no período inferior a 72 horas de vida, podendo ser relacionada a fatores maternos. Nesse caso, os agentes patógenos encontrados em culturas são os presentes no canal do parto. Já na sepse tardia, as manifestações clínicas ocorrem a partir do quarto dia de vida, ou seja, no período superior as primeiras 72 horas do nascimento, e está relacionada com fatores de cuidados neonatais, acometendo, em geral, os recém-nascidos hospitalizados em UTIN, sendo os agentes responsáveis provenientes da flora nosocomial.

Segundo Silva et al. (2015), o aumento na sobrevida de recém-nascidos prematuros elevou diretamente a taxa de sepse tardia nas UTIN. Esses recém-nascidos, por necessitarem de longos períodos de internação, são submetidos a diversos tratamentos e procedimentos invasivos, que os expõem a maiores riscos de adquirir infecções.

Estudos clínicos sugerem que a utilização de cateter venoso central por tempo prolongado, a ventilação mecânica, a alimentação enteral por meio de sondas e as lesões de pele são os maiores fatores de risco para a sepse neonatal tardia, e que estratégias de prevenção devem ser implementadas na UTIN, para a diminuição dessa colonização microbiana (FREITAS et al., 2012).

Conforme Peytavi et al. (2012), diversos são os fatores predisponentes das lesões de pele em recém-nascidos na UTIN, tais como: o manuseio contínuo da equipe multiprofissional, a realização de procedimentos invasivos, a utilização de substâncias tóxicas irritantes, o uso frequente de adesivos para fixação dos sensores de monitorização e a exposição à flora nosocomial.

Assim, a manutenção da integridade da pele de recém-nascidos hospitalizados configura-se como um aspecto fundamental no cuidado da equipe de enfermagem, especialmente, entre aqueles neonatos de muito baixo peso (< 1.000 g) e idade gestacional (IG) inferior a 37 semanas, os prematuros (MIGOTO; SOUZA; ROSSETTO, 2013).

Nessa ótica, Santos e Costa (2014) destacam que o enfermeiro possui um papel fundamental na manutenção da integridade da pele do recém-nascido hospitalizado e na prevenção da problemática descrita. Por ser responsável pelas ações da equipe de enfermagem, o mesmo deve aliar sua fundamentação teórica e capacidade de liderança às habilidades assistenciais e de ensino, com a finalidade de reduzir as lesões de pele e as complicações associadas à assistência hospitalar, garantindo, assim, a humanização e a integralidade no cuidado prestado a essa clientela.

De acordo com Rocha e Ferreira (2013), a palavra humanização pode ser entendida como forma de enxergar e considerar o ser humano, a partir de uma visão geral, em busca da superação de uma assistência fragmentada. Assim, a enfermagem deve contribuir em pesquisas na área da humanização do cuidado, tendo em vista as especificidades de seu objeto de trabalho. De forma especial, na UTIN, a

humanização na assistência de enfermagem deve pautar-se no cuidado singular ao recém-nascido, na integralidade e no respeito à vida.

Estudo de Healy e Fallon (2014) revelou avanços significativos na assistência intensiva de enfermagem em neonatologia. Por meio do desenvolvimento de normas e boas práticas, os resultados neonatais vêm sendo melhorados, diminuindo os índices de morbimortalidade de recém-nascidos prematuros, de baixo peso ou com patologias congênitas. Contudo, essa melhoria na assistência tem exigido profissionais mais qualificados, ou seja, aptos ao cuidado individualizado e integral a esses recém-nascidos (SOARES et al., 2014; DIAS et al., 2016).

Para Nascimento e Silva (2014), os profissionais inseridos na UTIN devem buscar a harmonia no cuidado ao ser humano com a destreza nas tecnologias terapêuticas. Para que a assistência permaneça humanizada e segura, todos os profissionais da equipe de saúde devem conscientizar-se de que as deficiências técnico-científicas surgidas ao longo da trajetória acadêmico-profissional podem trazer danos aos clientes.

Dessa forma, Alves et al. (2016) apontam para uma necessidade de atualização dos conhecimentos e o aperfeiçoamento das habilidades de enfermeiros atuantes no cuidado intensivo neonatal, por meio do desenvolvimento de estudos científicos, práticas baseadas em evidências e da educação continuada, a fim de que esses profissionais obtenham a capacitação necessária para desempenhar uma assistência de qualidade, segura e eficaz.

Assim, o cuidado com a pele do recém-nascido deve ser um exercício diário na UTIN, no qual o enfermeiro (como líder da equipe de enfermagem) deve conhecer as peculiaridades da pele do neonato, desenvolvendo intervenções para minimizar os fatores de risco que comprometem a integridade da pele e predisõem o desenvolvimento de lesões e complicações à saúde dessa população (SANTOS; COSTA, 2015b).

Partindo do pressuposto de que a manutenção da integridade da pele representa um indicador na qualidade da assistência de enfermagem em neonatologia e que o enfermeiro constitui um elemento chave no cuidado ofertado a essa clientela, delimitou-se como objeto de estudo o cuidado do enfermeiro com a pele de recém-nascidos hospitalizados.

Nesse contexto, as questões norteadoras do estudo foram as seguintes: Como ocorre o cuidado do enfermeiro com a pele de recém-nascidos hospitalizados? Quais

são os conhecimentos em que o enfermeiro se baseia para a realização do cuidado à pele do recém-nascido hospitalizado? Quais são as dificuldades e possibilidades para a manutenção da integridade da pele de recém-nascidos no contexto hospitalar? Quais os cuidados de enfermagem necessários para a elaboração de um protocolo de prevenção das lesões de pele nessa clientela?

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

- Analisar o cuidado de enfermeiros à pele de recém-nascidos hospitalizados.

1.1.2 Específicos

- Identificar os conhecimentos que direcionam a prática de enfermeiros da UTIN no cuidado à pele de recém-nascidos hospitalizados;
- Descrever as dificuldades e as possibilidades de enfermeiros da UTIN no cuidado com a pele de recém-nascidos hospitalizados;
- Elaborar em conjunto com os enfermeiros da UTIN uma proposta de protocolo de cuidados de prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados.

1.2 Justificativa

O interesse por essa temática surgiu durante vivências curriculares em unidades de cuidados neonatais, nas quais se observou uma assistência técnica e deficitária de enfermeiros aos recém-nascidos hospitalizados, bem como a grande prevalência de injúrias de pele e de complicações associadas aos procedimentos assistenciais de rotina. Assim, emergiu o desejo de investigar como ocorre o cuidado do enfermeiro com a pele de recém-nascidos hospitalizados e os aspectos que interferem nesse processo.

A relevância deste estudo deve-se à importância da manutenção da integridade da pele para um desenvolvimento satisfatório do organismo de recém-nascidos, durante o período de internação hospitalar, e para melhorar a qualidade de vida dos mesmos, uma vez que a presença de lesões de pele, além de prolongar o período de

internação, torna esses indivíduos ainda mais vulneráveis ao agravamento das condições patológicas já existentes.

Portanto, compreender como ocorre o cuidado de enfermeiros com a pele de recém-nascidos hospitalizados configura-se como uma importante estratégia para identificar necessidades, fragilidades e potencialidades na assistência de enfermagem a essa população.

Aspira-se que este estudo possa contribuir para o aprimoramento das competências de enfermeiros atuantes no cuidado intensivo neonatal, por meio da produção de conhecimentos científicos. Além da elaboração de uma proposta de protocolo de cuidados de prevenção de lesões de pele em RN hospitalizados, a fim de padronizar as ações e os cuidados de enfermagem, qualificando, assim, a assistência prestada por esses profissionais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Estrutura anatômica da pele humana

A pele, ou *cútis*, é definida como uma estrutura essencial para a manutenção da vida, uma vez que funciona como um manto de revestimento do organismo e está envolvida também em diversas funções vitais. Dentre essas funções destacam-se a proteção do meio interno contra agentes físicos, químicos e biológicos externos, termorregulação e transmissão de informações sobre o ambiente para o sistema nervoso central. Por representar mais de 15% do peso corpóreo, é considerada o maior órgão humano (RIVITTI, 2014).

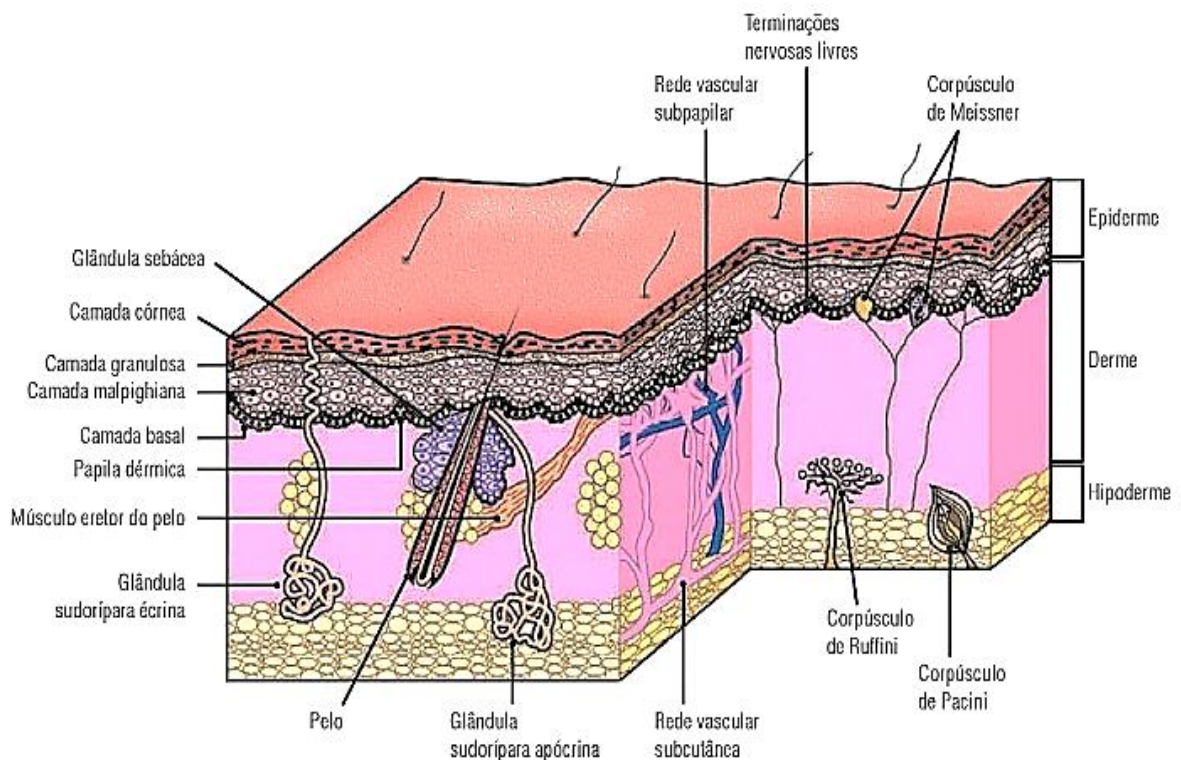
Conforme mostra a Figura 1, a pele é constituída pelas seguintes estruturas: epiderme, derme e hipoderme. Segundo Carvalho et al. (2015b), a função de barreira da pele é exercida pelo estrato mais superficial da epiderme, a camada córnea, que possui diversas propriedades, tais como: impermeabilidade relativa à água, a eletrólitos e à penetração de substâncias tóxicas; resistência relativa a substâncias corrosivas; além de ter ação protetora contra radiações ultravioletas solares, devido à presença de melanina, que absorve e difunde a energia radiante.

A epiderme consiste em uma camada superficial, formada por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado. Possui espessura que varia de 0,007 a 0,12mm. É composta de quatro camadas diferenciadas: basal, espinhosa, granulosa e córnea. Já a derme, camada intermediária, consiste em uma camada espessa e profunda, composta por diversas glândulas sebáceas, sudoríparas, folículos pilosos, vasos sanguíneos, fibras elásticas, colágenas, nervosas e músculos. As fibras elásticas e colágenas, que estão dispostas em seu interior, produzem as linhas de tensão e atuam como responsáveis pela tonicidade e elasticidade da pele (RIVITTI, 2014).

Vale destacar que uma extensa rede vascular fornece nutrientes à camada basal e às estruturas inferiores à derme. Essa camada é composta ainda por músculos e glândulas, que respondem aos impulsos motores transmitidos pelo sistema nervoso central para a pele, por meio de fibras do sistema nervoso autônomo. Na derme, existem também os receptores sensitivos, que respondem a estímulos de pressão, tato, temperatura e dor. A espessura da derme varia de 0,6 a 3mm, sendo formada por duas camadas principais, a papilar e a reticular (SOUZA, 2015).

A hipoderme, por sua vez, é a camada mais interna, responsável por conectar a derme aos tecidos adjacentes, permitindo o deslizamento da pele sobre as estruturas nas quais está apoiada. É formada, basicamente, por tecido conjuntivo frouxo e células adiposas entrelaçadas a vasos sanguíneos, que auxiliam na proteção mecânica, funcionando como isolante térmico e reservatório de nutrientes para o organismo (LAMÃO; QUINTÃO; NUNES, 2016).

Figura 1: Descrição anatômica da pele humana.



Fonte: (RIVITTI, 2014)

2.2. Singularidades da pele do recém-nascido

A pele do recém-nascido possui diversas singularidades, o que a torna mais susceptível a injúrias e a complicações patológicas no período neonatal. Por ser 40 a 60% mais fina que a de um indivíduo adulto, além de possuir menos folículos pilosos e uma menor aderência entre a epiderme e a derme, existe um maior risco de absorção cutânea de agentes patogênicos e substâncias nocivas ao organismo do recém-nascido, o que os predispõem ao surgimento de um maior número de infecções e de complicações associadas (BRASIL, 2011a; SIQUEIRA, 2014).

Sabe-se que o estrato córneo se torna funcionalmente maduro apenas entre 32 e 34 semanas de IG. Dessa forma, em recém-nascidos pré-termo (RNPT) a pele pode apresentar-se imatura e frágil, o que pode levar mais facilmente à perda de água, através da epiderme. Nos prematuros extremos, com IG menor que 24 semanas, o estrato córneo não existe. Nesses casos, a perda de água pode atingir até 30% do peso corporal no primeiro dia de vida, predispondo o neonato a quadros graves de desidratação, hipernatremia e hipotensão, o que dificulta consideravelmente a sobrevivência fora do ambiente uterino (SOUZA, 2015).

De acordo com Schaefer, Naidom e Neves (2016), o período para o completo desenvolvimento anatômico-fisiológico da pele é variável, podendo levar até 12 meses após o parto. Tal fato exige da equipe atuante no cuidado neonatal uma maior atenção voltada para a redução de agentes danosos, que possam interferir de maneira significativa na maturação natural da pele de neonatos.

Para Carvalho et al. (2015b), a idade gestacional é um fator determinante para o desenvolvimento e consistência da pele do recém-nascido, sendo que a pele desses indivíduos pode assumir diferentes texturas e características, dependendo do seu grau de maturação. Esses autores afirmam que quanto menor a idade gestacional, maior será a imaturidade da barreira cutânea, resultando em maior permeabilidade e maior risco de absorção de agentes patógenos ou substâncias tóxicas para o organismo do recém-nascido.

Conforme Santos e Costa (2015b), logo após o nascimento, inicia-se o período de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Essa fase é considerada complexa, pois o neonato que se encontrava em um ambiente aquecido, úmido, estéril e seguro, após o nascimento, terá que se adaptar a um ambiente frio, seco e permeado de microrganismos. Tal fase exige uma importante demanda de cuidados da equipe de saúde para a sobrevivência do recém-nascido, como a estabilização da respiração, a promoção da amamentação precoce, a regulação térmica e a manutenção do equilíbrio hídrico.

No que tange à capacidade de termorregulação da pele, Hockenberry e Wilson (2014) acrescentam que a produção de calor no organismo do neonato envolve a participação de importantes sistemas, como o neurológico, o cardiovascular e o metabólico; o que coloca o RNPT em desvantagem, tendo em vista, a sua imaturidade sistêmica, caracterizando a prematuridade como um dos principais fatores de vulnerabilidade à saúde do neonato.

Souza (2015) destaca que, ao nascer, a pele do recém-nascido é estéril e possui um potencial hidrogeniônico (pH) com tendência à alcalinidade (6 a 7,5); o que pode reduzir a defesa do organismo contra a proliferação microbiana e aumentar a perda de água transepidermica. Vale ressaltar que o pH ácido, presente na pele de um adulto, confere efeito protetor contra diversos microrganismos e infecções cutâneas.

Nesse sentido, Carvalho et al. (2015b) afirmam que o ideal para a proteção da pele de recém-nascidos é a utilização de produtos tópicos que possuam pH semelhante ao fisiológico no período neonatal, uma vez que, esses produtos não interferem com tanta intensidade no desenvolvimento do manto ácido da pele, preservando a função de barreira protetora contra a penetração de patógenos.

Conforme Araújo et al. (2012), o primeiro banho do recém-nascido deve ser postergado para sete horas após o parto, em recém-nascidos com IG superior a 38 semanas, Apgar maior que sete, peso adequado para a idade gestacional, temperatura corporal acima de 36,8°C, respeitando-se a estabilidade dos sinais vitais.

Rivitti (2014) ressalta que, nessa prática, os sabonetes alcalinos devem ser evitados, dando-se preferência a banhos rápidos com água potável morna, para a manutenção da homeostase térmica do neonato. O autor acrescenta ainda que, nos primeiros dias de vida, não é recomendado a utilização de cremes e loções no RN, pelo risco de alteração do pH e absorção percutânea aumentada. Vale destacar que diversas substâncias têm sido relacionadas à toxicidade em neonatos, especialmente, nos prematuros, tais como: fenol, ácido bórico, hexaclorofeno, ácido salicílico, sabonetes iodados, corantes com anilina e álcool benzílico.

Nessa ótica, Mendes et al. (2016) destacam que o emprego isolado de água potável morna no banho do RN é considerado inefetivo, já que a mesma não remove substâncias oleosas, como fezes e sebo. Dessa forma, estudos recomendam a utilização de agentes de limpeza suaves, que apresentem pH fisiologicamente adequado à higienização da pele do neonato (5,5 a 7).

Outra peculiaridade da pele do RN que justifica a postergação do banho é a presença do vernix caseoso ao nascimento. Tal substância consiste em um biofilme protetor que recobre a pele do neonato, permitindo a lubrificação do mesmo para a passagem no canal do parto, além de proteger contra a maceração do líquido amniótico e infecções, devendo ser removido precocemente apenas nos casos em que haja risco de transmissão de doenças maternas (NESS; DAVIS; CAREY, 2013).

Dyer (2013) salienta que, apesar da grande importância para a proteção da pele e prevenção de lesões, o vernix caseoso é removido, na maioria das vezes, pela prática errônea do banho precoce no RN em unidades hospitalares. Tal prática elimina de maneira vigorosa esse biofilme, por meio da utilização de sabonetes e outras substâncias de limpeza, expondo precocemente a pele do neonato a um ambiente desfavorável ao seu pleno desenvolvimento.

A avaliação da pele no período neonatal deve ser realizada de forma rotineira pela equipe de enfermagem, com o objetivo de detectar precocemente alterações cutâneas e estabelecer um plano de cuidados individualizado, para a manutenção da integridade da pele e saúde dessa população. Sabe-se que as alterações cutâneas encontradas no exame físico do recém-nascido podem ser diversas. Dessa forma, é necessário que o enfermeiro saiba reconhecer e diferenciar lesões congênitas de adquiridas, além das condições transitórias ou permanentes, benignas ou malignas, na pele do neonato (SOUZA, 2015).

Carvalho et al. (2015b) e Reginatto et al. (2017) apresentam as alterações transitórias mais comuns na pele do neonato, são elas: lanugo, hiperplasia de glândulas sebáceas, descamação cutânea, eritema tóxico, melanose pustulosa, cistos de mília, manchas mongólicas, entre outras. Os autores indicam, também, características de lesões iatrogênicas e infecciosas, alertando quanto à necessidade de realização do exame físico minucioso, para a detecção precoce de alterações danosas à saúde do recém-nascido, bem como para o estabelecimento de intervenções que minimizem as complicações desses eventos.

Com base na análise da literatura a respeito das particularidades da pele do RN, constata-se que devido à sua condição de maior fragilidade, a ocorrência de lesões de pele nessa população mostra-se bastante comum. Nota-se que, devido aos aspectos já discutidos, o cuidado à pele de recém-nascidos hospitalizados deve ser intenso e vigil, no objetivo de reduzir os fatores que intensificam essa vulnerabilidade e que aumentam o risco de integridade da pele prejudicada nessa população.

2.3 O cuidado no contexto da enfermagem

O conceito de cuidar e ser cuidado envolve o estabelecimento de uma relação afetiva, envolvente e significativa. O cuidado está relacionado à essência presente no ser humano, que o faz desempenhar zelo, responsabilidade e comprometimento com

o outro. Já o cuidar constitui uma prática que detém características técnicas, podendo envolver sentimentos, valores morais e éticos. Assim, a enfermagem pode ser definida como a ciência e filosofia do cuidado, uma vez que se caracteriza pela prática do cuidar aliada a aspectos humanísticos do ser que cuida e do ser cuidado (WALDOW, 2015).

Beserra et al. (2014) corroboram, afirmando que o cuidado representa desvelo, atenção, solicitude, diligência e está relacionado ao convívio social. O cuidar, por sua vez, é destacado pelos autores como um modo de estar com o outro, na perspectiva em que envolve as diversas fases da vida e das relações humanas, desde o nascimento até a morte. Dessa forma, o ser humano, por ser vulnerável em diversas etapas de sua existência, manifesta durante toda sua vida a necessidade de um cuidado que considere suas fragilidades, sentimentos e necessidades.

O cuidado está presente no contexto da enfermagem e, de acordo com Boff (2017), a união entre trabalho e cuidado consiste em um desafio para o ser humano, não devendo representar oposição, mas sim composição. Para o autor, tal união representa uma relação de afeto, ternura, compaixão, convivialidade e medida justa, o que constitui um modo de ser essencial. Vale destacar que o cuidado emerge da natureza antropológica primitiva, sendo afluído quando o ser cuidado se torna importante para o ser que cuida, prevalecendo a interação e a subjetividade entre os sujeitos, em detrimento da dominação e distanciamento dos mesmos.

Carvalho et al. (2013) reiteram que o cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude, consiste em um modo de ser, ou seja, a forma como a pessoa é estruturada e realizada no mundo com os outros. Dessa forma, saber cuidar implica no aprendizado de cuidar de si e do outro, respeitando as possibilidades e as limitações existentes. Para os autores, os profissionais da enfermagem adquirem a capacidade humana de cuidar por meio da aquisição de conhecimentos apropriados aos papéis que estão reconhecidos pela sociedade, no exercício de sua profissão.

Boff (2017) explica que o cuidado é um modo de ser no mundo, ou seja, significa existir e coexistir no mundo com os outros. Segundo o autor, a construção da realidade humana está baseada em dois modos de ser no mundo: o trabalho e o cuidado. No modo de ser trabalho, o homem apodera-se do conhecimento e intervém no objeto de cuidado de forma objetiva, racionalizada, submetido à lógica das máquinas, ignorando a sensibilidade, a espiritualidade e a ternura humana, o que representa uma relação analítico-instrumental, de oposição entre cuidado e trabalho.

Em relação ao modo de ser cuidado, na visão do autor supracitado, o trabalho complementa o cuidado, uma vez que, a relação existente passa a ser de cordialidade, sujeito-sujeito, e não mais sujeito-objeto, pois a intervenção é substituída pela interação, convivência e comunhão entre os seres. Vale ressaltar que, no modo de ser cuidado, a subjetividade acompanha a sensibilidade no processo de cuidar, o que implica em ter empatia, intimidade, acolhimento e respeito à fragilidade das pessoas, por meio da oferta de conforto e repouso diante de suas necessidades.

Nessa ótica, Ceccato e Van Der Sand (2012) enfatizam que o processo de cuidar não deve se restringir apenas à identificação dos sinais e sintomas clínicos de estados patológicos, mas também deve considerar as modificações que ocorrem na estrutura dos seres humanos e que abalam a sua totalidade, pois a saúde deve ser entendida e abordada por parte de quem cuida, sob uma perspectiva ampla. Nesse sentido, a enfermagem deve pautar-se na visão holística do ser cuidado, para que se possa prestar uma assistência integral, humanizada e de qualidade.

Chernicharo, Freitas e Ferreira (2013) acrescentam que o conceito de cuidado está intimamente ligado ao de humanização, uma vez que, humanizar corresponde ao exercício de solidariedade, irmandade, amor e respeito ao outro. Dessa forma, a enfermagem, que tem em sua base a ação do cuidado, traz em seu próprio conceito o exercício da humanização.

Entretanto, a humanização do cuidado no contexto hospitalar, especificamente, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), está permeada por fragilidades e desafios. Tal fato está relacionado à grande demanda e à alta complexidade da assistência exigida dos profissionais nessas unidades. Nesse contexto, as práticas tecnicistas são, por muitas vezes, priorizadas em detrimento da subjetividade no cuidado. Assim, um dos principais desafios para a prestação de um cuidado humanizado nesses ambientes relaciona-se ao respeito à dignidade humana, considerando os sentimentos e valores, bem como a singularidade dos indivíduos hospitalizados (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

Em consonância, Carvalho et al. (2015a) destacam que a eficiência técnico-científica é essencial para o desenvolvimento das boas práticas de saúde no ambiente hospitalar, contudo, se as mesmas carecerem de respeito aos sentimentos e aos valores humanos, não existirá qualidade no cuidado prestado. Dessa forma, a subjetividade deve estar envolvida em todas as práticas assistenciais de saúde,

considerando aspectos humanísticos, como o diálogo, a escuta, a sensibilidade, o respeito e a empatia pelo ser cuidado e por sua rede social.

No contexto da humanização na atenção neonatal, o Ministério da Saúde preconizou ações que possibilitaram a valorização da individualidade e o respeito à dignidade humana, por meio de ações solidárias e bioéticas, que garantiram a adoção de boas práticas na assistência ao parto e nascimento saudável (BRASIL, 2011b).

Nessa ótica, Ferreira, Amaral e Lopes (2016) enfatizam a importância das estratégias de humanização no cuidado aos RN hospitalizados em UTIN, pois os mesmos apresentam suas fragilidades aumentadas perante o processo de adoecimento e internação hospitalar. Os autores destacam que, além da separação materna, o neonato hospitalizado na UTIN é exposto a um ambiente hostil, permeado de barulho, luminosidade e estímulos dolorosos. Ressaltam-se, também, os sentimentos de medo, insegurança e angústia vivenciados pelos pais e familiares desses pacientes, além do papel fundamental da enfermagem na oferta de apoio e acolhimento durante esses momentos de estresse.

Sabe-se que o enfermeiro é um profissional habilitado para exercer o cuidado ao ser humano com objetivo de promover a qualidade de vida e manter a sua integridade. O conhecimento técnico-científico adquirido em sua formação, associado à sensibilidade, à bioética e ao respeito aos valores dos indivíduos, constituem elementos essenciais para a atuação desse profissional, por meio do julgamento crítico-reflexivo e do comprometimento com a qualidade do cuidado prestado (COELHO et al., 2016).

Nesse sentido, percebe-se que o enfermeiro constitui um elemento chave no gerenciamento do cuidado ao RN hospitalizado, sendo responsável pelo direcionamento da equipe de enfermagem na prestação de uma assistência humanizada, integral, individualizada e segura. Dessa maneira, o cuidado desse profissional deve valorizar os aspectos biopsicossociais e espirituais do indivíduo assistido e de sua rede social, aliando a capacitação técnico-científica adquirida durante a formação à subjetividade e sensibilidade no processo de cuidar.

2.4 O cuidado à pele do recém-nascido hospitalizado

O cuidado com a pele do RN hospitalizado constitui um importante elemento na assistência neonatal, uma vez que, por meio das atividades desenvolvidas pelo

enfermeiro e pela equipe de enfermagem, embasadas em evidências científicas, de forma individualizada, possibilitam a prevenção e tratamento de lesões de pele nesses pacientes tão fragilizados (FARIA; KAMADA, 2018).

De acordo com o estudo de Soares et al. (2017), neonatos hospitalizados em UTIN estão mais propensos ao desenvolvimento de lesões de pele e complicações decorrentes. Isso ocorre devido à imaturidade anatômica e fisiológica do sistema tegumentar, além da realização frequente de procedimentos terapêuticos, manuseio contínuo da equipe de saúde, bem como à utilização de dispositivos médicos invasivos, que tornam a integridade da pele prejudicada.

Conforme Brasil (2012), os recém-nascidos hospitalizados nas UTIN são aqueles que se encontram em estado de saúde grave, com potencial risco de morte e que necessitam de cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional. São eles: RN em qualquer IG que esteja em insuficiência respiratória, necessitando de ventilação mecânica; prematuros extremos; neonatos de muito baixo peso (< 1.000 g); aqueles que tenham necessidade de intervenções cirúrgicas de grande porte ou pós-operatório de cirurgias de pequeno e médio porte; além daqueles que necessitam de nutrição parenteral, hemotransfusão, drogas vasoativas ou antibióticos para tratamento de infecções graves.

Para Costa e Cordeiro (2016), a hospitalização na UTIN expõe o neonato a diversos estímulos desagradáveis e procedimentos invasivos, que podem causar injúrias, como as lesões de pele, além de desconforto e dor. Na visão dos referidos autores, é fundamental que os profissionais de saúde, especificamente a equipe de enfermagem, tenham a capacidade de detectar precocemente, avaliar e tratar tais injúrias, a fim de reduzir o sofrimento do recém-nascido, proporcionando um cuidado seguro, individualizado e de qualidade a esses pacientes.

Assim, evidencia-se na literatura uma preocupação relevante em minimizar a incidência de lesões de pele evitáveis no cuidado em UTIN, uma vez que, a lesão de pele é considerada um evento adverso quando advém de procedimentos ou técnicas inadequadas, negligentes ou imprudentes, pela equipe de saúde, que associadas à fragilidade do organismo de neonatos, ocasionam danos graves à saúde dos mesmos (BONFIM et al., 2017; LANZILLOTTI et al., 2015).

Nesse sentido, o enfermeiro tem o dever de minimizar a ocorrência de tais eventos, uma vez que, a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, sobre o exercício profissional, determina a responsabilidade do enfermeiro quanto a prevenção e o

controle de danos que possam atingir os pacientes durante a assistência prestada. Consoante, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem também aponta, no capítulo II, artigo 45, o dever da enfermagem em garantir ao paciente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes da imperícia, negligência ou imprudência (BRASIL, 1986; COFEN, 2017).

Dessa forma, o principal foco no exercício da enfermagem consiste no cuidado livre de danos ao ser humano, o que corresponde à essência da profissão. Sob a ótica da neonatologia, o cuidado do enfermeiro voltado à pele do RN hospitalizado é uma preocupação relevante, uma vez que, a manutenção da integridade da pele representa um fator de qualidade na assistência de enfermagem. Sabe-se que tal conduta diminui a ocorrência de lesões de pele e, conseqüentemente, das IRAS, que são estreitamente associadas aos índices de morbimortalidade dessa população (DOMINGUES; MORAES; JUNIOR, 2012; SCHAEFER; NAIDOM; NEVES, 2016).

Para Lanzillotti et al. (2015), a prevenção das lesões de pele torna-se ainda mais significativa em recém-nascidos prematuros ou de muito baixo peso, hospitalizados em UTIN. Os autores destacam que, nessas unidades, os neonatos em condições críticas de saúde são submetidos a diversas intervenções para diagnóstico e tratamento de patologias, bem como a procedimentos terapêuticos que prejudicam integridade da pele, o que favorece a ocorrência de eventos adversos e complicações graves.

Romanelli et al. (2013) concordam que RN críticos são considerados mais suscetíveis às IRAS com desfecho para a sepse neonatal tardia. Para estes autores, a patologia de base, a deficiência no sistema imunológico, a flora microbiana presente na UTIN e os procedimentos invasivos de rotina em neonatos favorecem, significativamente, o desenvolvimento de infecções nosocomiais. Além disso, os autores destacam que as rupturas nas barreiras naturais da pele permitem que microrganismos oportunistas afetem o organismo, ocorrendo uma disseminação para a corrente sanguínea, o que pode ocasionar a sepse neonatal tardia.

Consoante a isso, estudos demonstram que entre os eventos adversos notificados mais frequentes em recém-nascidos estão lesões de pele e eventos associados à administração de medicamentos em cateteres periféricos. Sendo que, a lesão de pele e a submissão do neonato a múltiplos procedimentos invasivos, tão comuns em UTIN, podem facilmente levar a infecções com desfecho para a sepse neonatal tardia, considerada o tipo de evento adverso que causa maiores danos ao

RN, estando também entre as causas mais comuns de mortalidade neonatal (VENTURA; ALVES; MENESES, 2012; LANZILLOTTI et al., 2015).

A lesão de pele, além de provocar prolongamento no período de internação, provoca sofrimento e um sentimento hostil nos pais, uma vez que, representa dor tanto para o RN hospitalizado, como para sua família, o que dificulta a formação de vínculo com os profissionais de saúde. Dessa forma, a humanização e o respeito aos sentimentos e valores da rede social do neonato devem ser os principais objetivos das práticas de cuidado da enfermagem, na busca da redução do trauma e do estresse, causados pela hospitalização desses pacientes (MIGOTO; SOUZA; ROSSETO, 2013).

Sabe-se que o RN acometido por lesões de pele necessita de um maior dispêndio de tempo da equipe de saúde em relação aos outros neonatos, exigindo uma assistência criteriosa para o reestabelecimento efetivo da integridade cutânea lesada. Nessa ótica, a enfermagem, por acompanhar o cliente na maior parte do período de hospitalização e por ser responsável pela maioria dos cuidados prestados, é considerada primordial para a execução de um cuidado seguro, científico e individualizado (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Dessa forma, o enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem e detentor da tomada de decisão, deve conhecer tanto o aspecto anatômico-fisiológico da pele do neonato, como também deve manter-se atualizado sobre os principais cuidados de prevenção e tratamento de lesões cutâneas, bem como as tecnologias de cuidado neonatais preconizadas pela literatura científica. Assim, terá ferramentas suficientes para o planejamento de uma assistência baseada em evidências, além de orientar adequadamente os demais membros da equipe de enfermagem quanto à importância da manutenção da integridade da pele para a saúde dessa população (SANTOS; COSTA, 2015b).

Martins e Curado (2017) afirmam que os cuidados de enfermagem com a pele do RN devem iniciar-se ainda na sala de parto, onde este deve ser recebido em berço previamente aquecido, com temperatura de 25°C. Se houver necessidade de transferência para unidade de cuidados neonatais, o mesmo deve ser colocado em uma incubadora com a utilização de dispositivos de posicionamento adequados para a manutenção da posição fetal. Deve-se evitar, ainda, a manipulação excessiva por profissionais de saúde, minimizando procedimentos invasivos e a aplicação de adesivos para a fixação de sensores.

Apesar da importância da manutenção da integridade pele para um reestabelecimento efetivo da saúde de RN hospitalizados, estudos demonstram que poucas vezes a integridade cutânea é foco de atenção nas unidades de cuidados neonatais, visto que, a maioria dos cuidados de enfermagem descritos é voltada para outros sistemas orgânicos, considerados vitais. Observa-se que as necessidades de cuidado com a pele do neonato muitas vezes não são consideradas, devido ao acúmulo de procedimentos altamente estressantes, dolorosos e evitáveis (ROLIM et al., 2010).

Entre os principais fatores de risco associados ao aparecimento de lesões de pele em RN hospitalizados estão a prematuridade (IG < 37 semanas) e o peso \leq 1.500 gramas. Esses fatores relacionam-se, em sua maioria, a quadros patológicos e a maior necessidade de internações por longos períodos de tempo nas unidades de cuidados intensivos neonatais (ROMANELLI et al., 2013).

Pesquisa realizada em um hospital universitário descreve as lesões de pele mais prevalentes em recém-nascidos internados em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e UTIN. As lesões observadas foram classificadas e caracterizadas, conforme o disposto a seguir (MIGOTO; SOUZA; ROSSETTO, 2013).

- **Equimose:** lesão macular arredondada ou irregular de tamanho maior que 3mm. Possui coloração inicial azul púrpura, que esmaece para esverdeada, amarelada e acastanhada. Esta lesão surge como manifestação secundária ao extravasamento de sangue, que fica aprisionado na pele após um trauma.
- **Hematoma:** acúmulo de sangue bem localizado, fora do vaso sanguíneo. Na pele, fica aprisionado e, por isso, pode apresentar um aspecto abaulado. Também pode ser originado de um trauma.
- **Infiltração ou extravasamento:** caracteriza-se por apresentar edema e hiperemia, ocasionados pela administração acidental de qualquer volume, infundido por via endovenosa para o tecido adjacente. Pode evoluir para uma lesão de pele aberta quando o volume infundido for citotóxico.
- **Flebite:** processo inflamatório que resulta na formação de um cordão fibroso, ou seja, endurecimento da parede de um vaso perceptível à palpação, devido ação mecânica, bacteriana ou química, podendo apresentar calor, rubor e dor.

- **Necrose tecidual:** lesão irreversível da membrana celular, devido ao comprometimento vascular do local, resultante da falta de suprimento sanguíneo e morte celular.
- **Lesões nasais:** causadas pelo uso de cateter ou outro dispositivo nasal, que podem se apresentar em três estágios. Estágio leve, com presença de hiperemia; moderado, quando apresenta sangramento; e severo, quando há formação de necrose e destruição parcial ou total do septo nasal.
- **Lesão por adesivo:** caracterizada por abrasão da pele, eritema e ulcerações, provocadas pelo atrito na retirada de adesivos.
- **Lesão por pressão:** lesão originária da isquemia dos tecidos moles, em virtude da compressão e cisalhamento nas proeminências ósseas.
- **Granuloma umbilical:** ocorre durante o processo de mumificação do coto umbilical, podendo estar relacionado à infecção por *Staphylococcus spp* ou por outros microrganismos menos comuns. Caracteriza-se por eritema e endurecimento ao redor do coto, com presença ou não de secreção clara, serosa, sanguinolenta ou purulenta com odor fétido. Essa infecção favorece a formação de um tecido de granulação com presença de secreção.
- **Dermatite em região de fralda:** é a afecção cutânea mais prevalente em recém-nascidos. Caracteriza-se por eritema brilhante de aspecto envernizado. Pode haver pápulas eritematosas associadas ao edema e à descamação da pele, podendo também apresentar-se nas nádegas, coxas, parte inferior do abdômen, púbis, grandes lábios ou escroto.
- **Dermatite de contato:** reação inflamatória cutânea, desencadeada por um agente externo, com formação de eczemas, que são caracterizados por presença de eritema, vesículas, exsudação ou pápulas, sendo muitas vezes semelhante às queimaduras.

Nesse contexto, enfatiza-se que os dispositivos de apoio à vida, fixados por meio de adesivos para a monitorização contínua, além de complicações da terapia endovenosa, uso indiscriminado de substâncias tóxicas irritantes e ausência de mudança de decúbito estão entre os principais fatores que expõem os recém-nascidos às lesões de pele nas unidades neonatais (ROMANELLI et al., 2013; NESS; DAVIS; CAREY, 2013).

Congruente a isso, a falta de vigilância da pele, caracterizada pela ausência de um exame físico detalhado, o registro inadequado das alterações cutâneas e a falta de embasamento científico nas condutas dos profissionais de enfermagem são apontados como fatores agravantes para o desenvolvimento dessas lesões. Tal fato sugere uma fragmentação do cuidado em neonatologia, justificando, assim, a elevada incidência dos diagnósticos de integridade da pele prejudicada observados nas pesquisas, o que propicia a ocorrência de injúrias cutâneas potencialmente evitáveis (SANTOS; COSTA, 2014).

Quanto à prevenção das lesões de pele em unidades hospitalares, os principais cuidados de enfermagem identificados na literatura são: manutenção da pele higienizada, mudança de decúbito regular, utilização de hidrocolóides em proeminências ósseas e nos locais de fixação de sondas orogástricas, cateteres ou tubos orotraqueais, utilização de filme transparente, uso do óleo mineral ou de girassol para a retirada de adesivos, rodízio dos sensores de oximetria, temperatura, cuidados com fototerapia e coleta agrupada de exames, para evitar punções repetitivas (SANTOS; COSTA, 2015b).

O uso de escalas na prática assistencial é apontado, também, como um importante método para a uniformização da avaliação do estado de saúde de neonatos e padronização das intervenções de enfermagem em relação às alterações de pele, em recém-nascidos hospitalizados (SCHARDOSIM et al., 2014).

Martins e Curado (2017) reiteram, em seu estudo, a necessidade da utilização de escalas, de forma associativa à observação realizada no exame físico das condições de pele do RN, com o objetivo de realizar uma análise padronizada, sistematizada e efetiva, que facilite o cuidado prestado a essa clientela. Os autores defendem a utilização da Escala de Observação do Risco de Lesão de Pele em Neonatos. Tal instrumento revela-se valioso para a tomada de decisão do enfermeiro, além de ser efetivo para o planejamento e implementação de medidas preventivas, atuando como facilitador na melhoria do cuidado de enfermagem ofertado.

Com base na revisão de literatura realizada, percebe-se que a capacitação da equipe de enfermagem atuante no cuidado neonatal e a incorporação de ferramentas na sistematização da assistência devem ser estimuladas. A elaboração e implantação de protocolos de cuidado para a padronização de condutas, além da utilização das tecnologias de cuidado em saúde, devem ser consideradas estratégias essenciais

para a melhoria na atenção à pele do RN hospitalizado (SANTOS; COSTA, 2014; MARTINS; CURADO, 2017).

Tais medidas tornam-se iminentemente necessárias para a redução de iatrogenias e para a diminuição de complicações relacionadas ao desenvolvimento das lesões de pele, permitindo, dessa forma, que a segurança e a humanização no cuidado ao neonato sejam priorizadas, na assistência de enfermagem.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, baseada no referencial metodológico da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA). De acordo com Pivoto et al. (2013), a metodologia convergente-assistencial é caracterizada essencialmente pela convergência entre pesquisa, assistência e os participantes envolvidos na prática, concomitantemente, ao processo de construção do conhecimento. Propõe a reflexão e a produção de conhecimentos norteadores da prática, com a teorização e investigação dos fenômenos emergentes da assistência, no contexto onde ela acontece.

Segundo Trentini e Paim (2004), o pesquisador, ao desenvolver uma PCA, deve estar inserido no âmbito da prática assistencial. Assim, objetiva-se com esse método a construção de um conhecimento novo, que no presente estudo, consistiu na elaboração de uma proposta de protocolo de cuidados de prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados, juntamente com os enfermeiros da maternidade, cenário do estudo. Nessa perspectiva, almejou-se renovar as práticas assistências no campo estudado, visto que a PCA alia teoria, pesquisa e prática.

Segundo Pivoto et al. (2013), a PCA detém pressupostos que a caracterizam quanto ao seu modelo de aplicação, conforme é descrito em seguida:

- as questões e informações da pesquisa são fruto de experiências vivenciadas no contexto da prática e os resultados destinam-se à solução de problemas, introdução de inovações e melhorias no próprio local do estudo;
- o campo de pesquisa é o contexto do desenvolvimento das atividades assistenciais, onde o problema foi identificado e para o qual são almejadas mudanças;
- o pesquisador deve, necessariamente, fazer parte do contexto prático, mesmo que temporariamente, durante a pesquisa
- os participantes são aqueles envolvidos no contexto, tanto da pesquisa quanto da prática assistencial;
- valoriza-se a representatividade dos participantes, que contribuem de forma ativa, sugerindo, criticando e validando os resultados;

- a coleta e análise dos dados devem ser concomitantes à prática, não sendo estipuladas.

3.2 Fases da pesquisa convergente-assistencial

Quanto às fases da pesquisa convergente-assistencial, Trentini e Paim (2004) descrevem-nas como sendo as seguintes: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Os mesmos autores afirmam que tais fases são interrelacionadas, não acontecendo de forma linear. Em seguida, são descritas as referidas fases da PCA, conforme foram aplicadas no estudo.

3.2.1 Fase de concepção

Nesta fase, procede-se o estabelecimento da área de interesse, sendo pormenorizados os aspectos teóricos e práticos, além de considerar o interesse dos profissionais envolvidos. Resulta no tema de pesquisa, a partir do qual são estabelecidos a questão norteadora e os objetivos, sendo elaboradas a sustentação teórica, a introdução e a justificativa do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004; PIVOTO, et al., 2013).

3.2.2 Fase de Instrumentação

São adotadas as decisões metodológicas referentes ao cenário do estudo, participantes e métodos de produção dos dados (TRENTINI; PAIM, 2004; PIVOTO, et al., 2013).

3.2.2.1 O cenário do estudo

O presente estudo foi desenvolvido na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), localizada na Avenida Higino Cunha, bairro Ilhotas, na cidade de Teresina, Piauí. Sua capacidade abrange um total de 248 leitos obstétricos e 167 leitos neonatais. Trata-se da maior maternidade do estado, sendo considerada uma referência na rede municipal e estadual para a assistência materno-infantil do Piauí. A MDER é responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina e

apresenta uma média de 1200 internações por mês, das quais, 900 são para realização de partos (SESAPI, 2017).

A instituição também funciona como campo de estágio para cursos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e outras faculdades particulares, nos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, serviço social, odontologia e fisioterapia. Vale destacar, que a MDER abrange os Programas de Residência Médica em Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria (área de concentração, neonatologia), além da Residência em Enfermagem Obstétrica da UFPI.

A MDER oferece serviços de assistência materno-infantil ambulatorial, realização de exames complementares, atendimento de urgência e emergência, e internação. No que se refere à assistência neonatal, a referida maternidade dispõe de uma UTIN, uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e duas alas de Alojamento Conjunto para o Método Canguru (SESAPI, 2017).

Ressalta-se que cada uma dessas unidades dispõe de uma equipe multiprofissional, composta por neonatologistas, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que são dimensionados nos turnos da manhã, tarde e noite, conforme demanda setorial.

3.2.2.2 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram constituídos de quatorze enfermeiros, de um quantitativo total de 20 profissionais da UTIN da MDER. Foram incluídos no estudo aqueles enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa e que atendiam aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram os seguintes: ter, no mínimo, um ano de atuação na UTIN da MDER. Esse critério foi elencado por entender que a partir de um ano de experiência no referido setor, o profissional já possui vivência suficiente nas atividades desempenhadas junto ao recém-nascido hospitalizado e, portanto, poderia discorrer acerca das questões do estudo.

Além disso, considerou-se apenas àqueles enfermeiros pertencentes ao quadro ativo de funcionários no momento da coleta de dados. Foram excluídos do estudo os enfermeiros que estavam afastados de suas atividades profissionais por motivo de férias, licença médica ou licença sem vencimento, e àqueles que não

atuavam na assistência direta ao recém-nascido hospitalizado, por estarem designados às atividades administrativas e gerenciais.

3.2.2.3 Métodos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) e grupos focais. Para Manzini (2012), a entrevista semiestruturada tem como característica um roteiro com perguntas abertas, sendo indicada para o estudo de um fenômeno, com uma população específica. Segundo o autor, nesse tipo de entrevista, a apresentação das perguntas ao entrevistado deve ocorrer de maneira flexível. Sendo permitida ao entrevistador, a realização de perguntas complementares para melhor entendimento do fenômeno em questão.

Dessa forma, as entrevistas foram realizadas com o objetivo de obter informações de cada enfermeiro a respeito de sua experiência individual adquirida no serviço, além de identificar os conhecimentos que direcionam a prática dos mesmos no cuidado à pele dos recém-nascidos hospitalizados. Objetivou-se, ainda, por meio das entrevistas, levantar as principais dificuldades e as possibilidades desses enfermeiros relacionadas à manutenção da integridade da pele dos recém-nascidos hospitalizados na unidade supracitada.

A segunda etapa se deu por meio de encontros em grupos focais, os quais ocorreram em local, dia e hora, combinados com os enfermeiros participantes do estudo. Para Backes et al. (2011), o grupo focal representa uma fonte que intensifica o acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade.

De acordo com o referido autor, esse método desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes procuram abordá-los trabalhando como uma equipe. Nessa perspectiva, há uma intencionalidade de sensibilizar os participantes para operar na transformação da realidade de modo crítico e criativo.

Assim, a execução do grupo focal neste estudo teve a finalidade de socializar as informações obtidas previamente nas entrevistas e, a partir disso, desenvolver a proposta do protocolo de cuidados em conjunto com os enfermeiros participantes, tendo fundamentação no referencial teórico previamente levantado pela pesquisadora.

O áudio das falas dos participantes foi gravado, tanto no momento da entrevista quanto no momento da realização dos grupos focais, com a finalidade de reproduzir, de maneira fidedigna, o discurso dos participantes e a execução das estratégias desenvolvidas durante os grupos focais.

O fechamento amostral ocorreu por saturação teórica que segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), consiste na suspensão da inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual compreende três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A produção dos dados ocorreu mediante disponibilidade dos participantes em contribuir para a realização deste estudo. Após aceitação verbal, houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (ANEXO A), pelos mesmos. Os participantes receberam explicações prévias a respeito dos objetivos e das etapas de desenvolvimento do estudo, a garantia do anonimato das informações, além do direito de desistência da pesquisa em qualquer momento do processo. Para não identificar os participantes do estudo, os mesmos receberam nomes de flores como pseudônimos nos resultados e discussão apresentados adiante.

3.2.3 Fase de perscrutação

Esta fase inclui a produção e o registro dos dados, que se destinam a obter informações com dupla intencionalidade: produzir construções científicas nas atividades de pesquisa, e favorecer o aperfeiçoamento do cuidado prestado pela enfermagem. A fase de perscrutação permite o confronto da realidade da prática com a proposta do novo modelo de cuidado que está sendo construído (TRENTINI; PAIM, 2004).

Assim, ao aplicar o novo modelo de cuidado na prática, os enfermeiros participantes do estudo verificarão a validade da proposta do protocolo e o quanto este deve ser ajustado à realidade da qual emergiu, sugerindo possíveis adequações para torná-lo um modelo de fácil compreensão e implementação. Para isso, deve-se incluir as informações dispostas no referencial teórico levantado, essenciais para a

garantia da excelência e da eficiência do cuidado prestado (ROCHA; PRADO; SILVA, 2012).

3.2.3.1 Coleta de dados

A coleta de dados consistiu em duas fases. A primeira, correspondente às entrevistas, se deu nos meses de março a junho de 2017. Essa etapa aconteceu por meio de entrevistas individuais, previamente agendadas via contato telefônico, com um total de quatorze enfermeiros. Foram apresentados previamente aos participantes do estudo, a temática e a importância da pesquisa, além dos aspectos éticos adotados.

O local escolhido para a realização das entrevistas foi o repouso dos profissionais de enfermagem da UTIN, durante o momento mais adequado do plantão diurno ou noturno, no referido setor. Vale destacar que o repouso foi o local escolhido pelos próprios participantes do estudo, devido a possibilidade de privacidade e tranquilidade para responder as questões do roteiro de entrevista, em meio a rotina agitada e com muitas intercorrências da UTIN.

A unidade apresentava, no momento da coleta de dados, 20 leitos de cuidados intensivos neonatais, que eram distribuídos entre os enfermeiros escalados no setor, para as atividades assistenciais. Vale destacar que, durante a semana, em dias úteis, a escala da UTIN apresentava dois enfermeiros diaristas, um no turno da manhã e outro no turno da tarde, além de dois enfermeiros plantonistas de serviço diurno (SD). Já no período da noite, o quantitativo de enfermeiros era reduzido a dois plantonistas de serviço noturno (SN). Nos sábados, domingos e feriados, a UTIN contava apenas com dois enfermeiros plantonistas de SD e dois plantonistas de SN.

Ressalta-se que, durante algumas idas ao cenário do estudo para a coleta de dados, ocorreram dificuldades para a realização das entrevistas previamente agendadas. Tal fato se deve à considerável demanda de cuidados exigida dos profissionais no setor, além das intercorrências que aconteciam constantemente no plantão dos enfermeiros, como admissões de recém-nascidos graves, necessidade de realização de procedimentos invasivos, como passagem de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), além de assistência em paradas cardiorrespiratórias (PCR), com conseqüente reanimação cardiopulmonar (RCP), entre outros.

Antes da entrevista, foi apresentado o TCLE aos participantes e, mediante a aceitação dos mesmos em participar do estudo, foi realizada a assinatura do documento em duas vias: uma que ficou de posse do participante e outra com as pesquisadoras do estudo. As entrevistas foram gravadas em um aparelho celular, com duração média de 25 minutos, sendo transcritas, posteriormente, no programa *Word for Windows*.

No roteiro de entrevista foram realizadas as seguintes perguntas aos participantes: Qual foi o ano de conclusão da sua graduação em enfermagem? Realizou pós-graduação na área da enfermagem? Qual o seu tempo de atuação no serviço (UTIN)? Possui experiência prévia na assistência à saúde do RN hospitalizado? Já realizou treinamento, capacitação, ou cursos específicos para o cuidado à pele de RN hospitalizados?

Por meio das respostas dessas perguntas, foi possível caracterizar os participantes do estudo. Logo após, foram realizados os demais questionamentos: Que conhecimentos direcionam a sua prática de cuidados com a pele de RN hospitalizados? Como ocorre a prática de cuidados do enfermeiro com a pele de RN hospitalizados na UTIN? Quais são as dificuldades e as possibilidades no cuidado à pele de RN hospitalizados na UTIN? Que cuidados de enfermagem você considera necessários para elaboração de um protocolo de cuidados de prevenção das lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados na UTIN/MDER?

Ao finalizar as entrevistas, os participantes recebiam o agradecimento por aceitarem participar da pesquisa e, também, o convite para a participação na segunda etapa do estudo, os grupos focais. Com a finalização das entrevistas, foi realizada a digitação, análise e organização da primeira parte dos dados.

A partir da análise das respostas da pergunta “Que cuidados de enfermagem você considera necessários para elaboração de um protocolo de cuidados de prevenção das lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados na UTIN/MDER?”, foi possível elaborar o roteiro dos grupos focais (APÊNDICE B), que serviu como direcionamento na execução da segunda etapa de produção dos dados, bem como na construção da proposta do protocolo de cuidados, produto deste estudo.

A realização dos grupos focais ocorreu após agendamento prévio com os participantes, via contato telefônico e mensagens em um aplicativo de celular. Destaca-se a persistência e esforço da pesquisadora nessa fase do estudo, uma vez que, os enfermeiros participantes possuíam uma pequena disponibilidade para

participação nos grupos focais, devido ao cotidiano de trabalho na UTIN ser permeado de intercorrências e atividades assistenciais, além do fato de a maioria destes profissionais possuir outros vínculos empregatícios, o que dificultou a participação de alguns fora do horário do plantão no cenário do estudo.

Contudo, foram realizados quatro grupos focais no cenário do estudo, os dois primeiros com três participantes, e os dois últimos com quatro participantes. A duração média de realização dos grupos focais foi 40 minutos, nos quais foram gravados os áudios e realizadas anotações pela moderadora e pesquisadora do estudo. A análise das informações presentes nos áudios dos grupos focais teve o objetivo de auxiliar na construção da proposta do protocolo de cuidados, que está presente nos resultados e discussão do estudo.

3.2.4 Fase de análise e interpretação de dados

A análise dos dados do estudo foi realizada mediante técnica proposta por Bardin (2011), que incluiu três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Posteriormente à execução das entrevistas, a pesquisadora escutava as gravações de áudio realizadas e as transcrevia integralmente, com a finalidade de obter uma melhor visualização dos dados.

Após a transcrição, iniciou-se a fase de pré-análise, que foi desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais, possibilitando intuições na interpretação dos dados coletados. Nessa fase, foi realizada uma leitura flutuante, definição do *corpus* de análise e, posteriormente, foram levantadas as intuições a respeito dos dados. Vale destacar que foram obedecidos os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos dados, propostos por Bardin (2011).

Em seguida, partiu-se para a fase de exploração do material, que consistiu na construção das operações de codificação, levando em consideração os dados brutos na realização dos recortes de texto, transformando os mesmos em unidades de registro para classificação e agregação das informações em categorias temáticas. As categorias do estudo originadas dessa fase foram: conhecimento e cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN; e dificuldades e possibilidades no cuidado com a pele do recém-nascido na UTIN. Dessa forma, foi realizada a interpretação dos discursos com base no referencial teórico.

Ressalta-se que as unidades de registro foram utilizadas para a elaboração do roteiro dos grupos focais, os quais possibilitaram a construção da proposta do protocolo de cuidados de prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados, juntamente com os participantes do estudo.

3.3 Considerações éticas e legais do estudo

Este estudo foi realizado em obediência às Resoluções nº 466/12 e nº 510/2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Foi submetido à apreciação da Comissão de Ética em Pesquisa da Maternidade Dona Evangelina Rosa (CEP/MDER) e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP/UFPI), para análise dos aspectos éticos e legais do estudo (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

Foi aprovado pelo CEP/UFPI, sob Parecer de nº 1.848.098 (ANEXO B). A coleta de dados da pesquisa foi iniciada após a autorização da CEP/MDER e do parecer de aprovação do CEP/UFPI. Foram apresentados, a todos os participantes da pesquisa, os objetivos do estudo e o TCLE para assinatura dos mesmos antes da realização das entrevistas e grupos focais. Vale ressaltar, ainda, que esta pesquisa garantiu o anonimato, a privacidade, a proteção da imagem, a confidencialidade, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados colhidos no momento da realização das entrevistas e das discussões que emergiram na realização dos grupos focais permitiu a caracterização dos participantes e a formação de categorias e subcategorias, que serão apresentadas a seguir.

4.1 Caracterização dos participantes do estudo

Do quantitativo total de vinte enfermeiros da UTIN da MDER, foram entrevistados quatorze, sendo aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa já mencionados. O roteiro de entrevista semiestruturado abordou aspectos sobre a formação profissional e experiência prévia dos participantes do estudo, a saber: tempo de formação em enfermagem, realização de pós-graduação na área da enfermagem, tempo de atuação na UTIN, experiência prévia na assistência à saúde do RN hospitalizado e treinamentos, capacitações ou cursos específicos no cuidado à pele de RN hospitalizados.

A caracterização dos participantes do estudo está representada, a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo, Teresina/PI, 2017 (N=14).

(continua)			
Características		N	%
Sexo	Masculino	2	14,3%
	Feminino	12	85,7%
Tempo de formação em enfermagem (anos)	2 a 7	3	21,4%
	8 a 16	9	64,3%
	17 a 23	2	14,3%
Pós-graduação na área da enfermagem	Sim	13	93%
	Não	1	7%

Fonte: UTIN, MDER, Teresina/PI, 2017.

Tabela 1: Caracterização dos participantes do estudo, Teresina/PI, 2017 (N=14).

(conclusão)			
Tempo de atuação na UTIN (anos)	2 a 7	10	71,4%
	8 a 12	4	28,6%
Experiência prévia na assistência à saúde do RN hospitalizado	Sim	8	57%
	Não	6	43%
Treinamento, capacitação ou cursos específicos no cuidado à pele de RN hospitalizados	Sim	1	7%
	Não	13	93%

Fonte: UTIN, MDER, Teresina/PI, 2017.

No presente estudo, observou-se o predomínio de participantes do sexo feminino, correspondendo a um quantitativo de doze enfermeiras (85,7%). Esses dados são semelhantes aos que foram encontrados no estudo de Baptista et al. (2015), que revelou uma população de enfermeiros atuantes em uma UTIN majoritariamente do sexo feminino.

Quanto ao tempo de formação dos participantes do presente estudo, o mesmo variou de 2 a 23 anos, com uma predominância da faixa de 8 a 16 anos (64,3%). Achados que corroboram com a pesquisa de Santos e Camelo (2015), realizada com o objetivo de identificar o perfil sociodemográfico e profissional do enfermeiro, que atua em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Na referida pesquisa, os resultados mostraram um tempo de formação acadêmica dos enfermeiros variando de 1 a 25 anos, o que demonstra que nessas unidades, de uma forma geral, é possível encontrar tanto enfermeiros com pouca experiência em cuidados ao paciente crítico, como aqueles que possuem maior vivência na profissão. Essa realidade favorece a troca de conhecimentos e experiências entre esses profissionais, possibilitando o desenvolvimento de competências na prática assistencial.

Destaca-se, ainda, que a maioria dos profissionais entrevistados na UTIN da MDER (93%) possuía pós-graduação na área da enfermagem. Tal fato demonstra a

sensibilização dos participantes do presente estudo na busca pela qualificação profissional.

O estudo de Soares et al. (2016) mostrou resultados semelhantes: 60% dos enfermeiros atuantes em uma Unidade de Cuidado Neonatal (UCN) possuíam pós-graduação em enfermagem, especificamente na área de saúde da criança/neonatologia. Esses aspectos revelam fatores positivos na qualidade do cuidado prestado ao RN hospitalizado, pois segundo os autores, a qualificação do enfermeiro em saúde da criança/neonatologia, na modalidade de pós-graduação, se configura como uma importante ferramenta no processo de trabalho na UTIN, em decorrência da complexidade de cuidados prestados pelo enfermeiro e da liderança exercida por este profissional.

O tempo de atuação dos participantes do presente estudo variou de 2 a 12 anos, destacando-se a faixa predominante de 2 a 7 anos (71,4%). Esses resultados são semelhantes à pesquisa de Sousa et al. (2017), em que os enfermeiros participantes tinham entre 2 a 6 anos de experiência em UTIN.

No que tange à experiência prévia na assistência à saúde do RN hospitalizado, entre os participantes do presente estudo, 8 enfermeiros relataram ter experiência anterior (57%), e 6 relataram não ter experiência prévia nessa área (43%). Quanto à realização de treinamentos, capacitações ou cursos específicos no cuidado à pele de RN hospitalizados, observou-se que a maioria dos participantes do estudo (93%) relatou não terem realizado.

Com esses resultados, percebe-se que, apesar de uma maior parcela dos participantes desse estudo possuir experiência prévia na assistência ao neonato hospitalizado, a maioria desses não participou de atividades de atualização específicas para o cuidado com a pele do RN na UTIN.

Isso revela uma lacuna na assistência prestada, o que denota a necessidade de aprimoramento por meio da oferta de cursos, treinamentos e capacitações específicas nessa temática, pela instituição em que esses enfermeiros atuam. Vale destacar que também cabe ao enfermeiro o empenho individual na busca da atualização permanente dos conhecimentos técnico-científicos, que embasam suas práticas de cuidado, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ofertada e garantir a segurança dos pacientes atendidos.

4.2 Conhecimento e cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN

O cuidado de enfermagem ao recém-nascido hospitalizado envolve dimensões que ultrapassam o domínio de conhecimentos científicos, tecnológicos e técnicos. O exercício do cuidar abrange um sentido mais amplo, pois exige do enfermeiro, além da sapiência adquirida em sua formação, uma visão holística, humana e individualizada do ser cuidado.

Contudo, os avanços significativos observados na assistência à saúde em neonatologia, especialmente nas UTIN, têm exigido profissionais qualificados em relação à complexidade terapêutica e tecnológica desses ambientes, enfatizando o tratamento de patologias e a manutenção vital, em detrimento de um cuidado subjetivo, humanizado, preventivo e integral à população assistida.

Nessa ótica, os discursos dos participantes desse estudo revelaram aspectos importantes quanto aos saberes teóricos e práticos adquiridos e a experiência no cuidado à pele do recém-nascido hospitalizado, que serão apresentados na categoria a seguir.

4.2.1 Conhecimento adquirido na graduação, em treinamentos, capacitações e experiências prévias

O saber da enfermagem inicia-se na formação acadêmica, na qual conceitos e teorias atribuem importantes significados à ciência do cuidar. É nesta fase que o profissional adquire a base de conhecimentos teórico-práticos necessários para desempenhar as atividades de sua profissão, que aliados à experiência laboral, bem como à participação em cursos, treinamentos e capacitações direcionam a práxis do enfermeiro na atenção à saúde do recém-nascido hospitalizado.

Observou-se, nos relatos dos participantes, que o cuidado à pele do RN na UTIN retoma conhecimentos adquiridos na graduação, conforme são apresentados a seguir.

[...] geralmente, eu utilizo mais os conhecimentos prévios de fisiologia, anatomia, patologia e o que a gente aprende sobre recém-nascido na graduação [...] é isso que me direciona em quais os tipos de intervenções que a gente deve ter [...] (Cravo)

[...] inicialmente, o embasamento é da graduação, que a gente tem o cuidado com o paciente e a pele de um modo geral e, particularmente, com o recém-nascido, principalmente o prematuro, que a pele é mais friável e mais passível de lesões. Aí a gente tem que ter um cuidado redobrado com essa pele, pra prevenir lesões e evitar mais sofrimento ao RN. Então, o primeiro conhecimento vem da graduação [...] (Hibisco)

[...] o nosso público, ele tem uma fragilidade de pele muito grande, por conta da prematuridade, que é muito comum aqui. Aí da graduação, a gente já sai sabendo que a pele de prematuros é mais friável e delicada do que as demais... Aí por conta disso, a gente sabe que tem alguns cuidados específicos pra evitar lesões [...] (Lavanda)

[...] eu sempre tive que ler sobre tudo, porque quando eu cheguei aqui eu não tinha experiência nenhuma, e o conhecimento que a gente adquire na academia ele é bem geral, né? [...] (Rosa)

Os enfermeiros reconhecem que os conhecimentos e habilidades adquiridas na formação acadêmica são importantes para o desempenho de suas atividades no cuidado ao recém-nascido. Embora a formação do profissional de enfermagem tenha um caráter de cuidado generalista, este profissional obtém, por meio da grade curricular, saberes e habilidades que o capacitam para exercer suas atividades nos mais diversos campos de atuação, inclusive na assistência altamente especializada presente na UTIN.

Para Canever et al. (2014), as atividades teórico-práticas desenvolvidas pelos alunos dos cursos de enfermagem ao longo da graduação, sob diversas perspectivas e cenários, tornam-se valiosas para a construção do processo educativo. Tais atividades abordam os saberes teóricos obtidos pelos acadêmicos, que serão aplicados posteriormente no ambiente de trabalho. De acordo com os autores, a formação generalista do enfermeiro proporciona aos discentes o desenvolvimento de uma visão ampla, no que se refere aos diferentes cenários de atuação, bem como favorece a capacitação básica para o ingresso dos mesmos no mercado profissional.

Winters, Prado e Heidemann (2016) salientam que a formação do profissional de enfermagem aborda o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, o que permite a construção de um perfil acadêmico e profissional com potencial para transformação da realidade assistencial, além da reestruturação dos serviços e instituições de saúde em que atuam. Nessa ótica, enfermeiros atuantes no cuidado

intensivo neonatal resgatam de sua formação acadêmica saberes relacionados não apenas à recuperação do estado de saúde de neonatos, mas também ao caráter preventivo em relação a agravos, como as lesões de pele, bem como são capazes de desenvolver ações que promovam a saúde e a qualidade de vida dessa clientela.

Nos discursos, os enfermeiros destacam a aplicação dos saberes provenientes da academia no cuidado em neonatologia, por meio do conhecimento das singularidades da pele do recém-nascido e da importância de ações preventivas das lesões de pele. Com isso, os mesmos objetivam a humanização e a qualidade na assistência, uma vez que, procuram minimizar o sofrimento do recém-nascido hospitalizado na UTI, caracterizando uma dimensão subjetiva no cuidado prestado.

A promoção e prevenção em saúde, bem como os conceitos de integralidade e humanização no cuidado, têm sido amplamente abordadas na formação acadêmica do enfermeiro no Brasil, uma vez que, o MS tem introduzido novos paradigmas no sistema de saúde atual. Com a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), novos processos de trabalho foram sendo construídos, considerando a singularidade dos sujeitos e a complexidade do processo saúde-doença, que passou a exigir dos profissionais a superação da fragmentação nas ações de saúde e a redução de danos, em defesa dos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS (COURA; SILVA; SENA, 2015; BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, vale ressaltar que a política de humanização ao parto, puerpério e assistência neonatal reformulou o modelo de assistência tradicional ao recém-nascido de alto risco, especialmente aos prematuros e de baixo peso, favorecendo o desenvolvimento de um cuidado voltado para as necessidades e especificidades desses indivíduos e de sua rede social (BRASIL, 2014; FERREIRA; AMARAL; LOPES, 2016).

Assim, os conhecimentos resgatados e relatados pelos participantes do estudo são produtos desse processo que, somados à prática no cenário da UTIN, dentre outros aspectos, embasam o cuidado do enfermeiro à pele do recém-nascido hospitalizado. Percebe-se, por meio dos discursos, que os enfermeiros consideram a experiência no cuidado ao recém-nascido hospitalizado um fator facilitador para o desempenho de suas atividades, uma vez que, a experiência profissional possibilita um melhor julgamento clínico e maior resolutividade de situações complexas, comuns no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, observa-se que o enfermeiro atuante no cuidado intensivo neonatal alia os conhecimentos adquiridos em sua formação à experiência advinda das atividades profissionais, destacando a importância do aprofundamento científico por meio de pesquisas na literatura, e uma carência de treinamentos ou capacitações voltadas especificamente para o cuidado à pele do recém-nascido hospitalizado, como mostram os discursos adiante.

[...] o que eu utilizo de conhecimento é o que eu aprendi na minha graduação e algumas coisas que eu pesquiso por mim mesma, em alguns livros e artigos [...] (Amarílis)

[...] até porque aqui a gente trabalha muito com esses bebês extremamente prematuros, de baixo peso, que favorece muito desenvolver lesão de pele. Aí sempre que tem um bebê desse aqui, eu procuro pesquisar, ler artigos, ver até quais produtos são melhores pra utilizar na pele deles [...] (Dália)

[...] existem alguns artigos que eu já li em relação aos cuidados com a pele desses recém-nascidos, a prática, o dia a dia mesmo [...] então, o que embasa mais é o nosso aprofundamento teórico e o cotidiano mesmo [...] (Alfazema)

[...] antes de vir pra cá, eu não tive assim um treinamento, capacitação ou conhecimento prévio especificamente sobre lesão de pele no RN da UTIN não, o que eu sabia era o geral, da graduação mesmo. Então, quando eu cheguei aqui, eu comecei a estudar, procurar na literatura, nos livros [...] também já cheguei a ler artigos sobre lesão de pele [...] (Jasmin)

Nota-se que, os enfermeiros percebem a importância do aprofundamento teórico específico no cuidado à pele do recém-nascido hospitalizado, e buscam suprir as deficiências desses saberes, por meio de buscas na literatura e aplicação dos conhecimentos adquiridos em sua prática de cuidados na UTIN.

Presotto et al. (2014) destacam que, no ambiente hospitalar, enfermeiros necessitam adquirir constantemente conhecimentos mediante diferentes recursos e estratégias de aprendizagem, com vistas a aperfeiçoar cada vez mais suas atividades na assistência à saúde, objetivando, também, a diminuição das deficiências existentes no processo da formação profissional. Para os autores, as pesquisas têm como principais dimensões o objeto do saber e a superação de suas lacunas, na busca de descobertas acerca de formas aprimoradas de atuação sobre o processo de trabalho.

Assim, os produtos oriundos dessa busca constituem novos modelos do saber, que podem ser empregados para a melhoria e efetividade do cuidado prestado.

Nessa ótica, Oliveira et al. (2014) concordam que, atualmente, enfermeiros têm sido os principais responsáveis pela adoção de práticas seguras nos serviços de saúde, bem como dos indicadores de qualidade da assistência. Tal fato reflete a busca desses profissionais pela eficiência e consonância do cuidado às evidências científicas, o que representa um avanço significativo na práxis da enfermagem, pois possibilita a melhoria na qualidade da assistência prestada. Esses aspectos podem ser observados nas falas seguintes.

[...] eu tanto vejo a questão de artigos, como sempre vou a congressos, procuro fazer cursos e participar dos treinamentos, quando tem [...] aqui a gente sempre se recicla [...] (Begônia)

[...] geralmente, nós enfermeiros já temos a prática, né? Aí a gente utiliza a experiência com recém-nascido na UTIN e o que a gente costuma ler em livros, periódicos e em outras fontes de interesse pra gente se atualizar e, com isso, melhorar a assistência [...] (Girassol)

[...] alguns conhecimentos que eu aplico na prática foram adquiridos em congressos e capacitações [...] (Bromélia)

[...] às vezes, aqui também tem alguns cursos que a gente faz, assim, não são específicos pra lesão de pele, mas que tratam de tudo do cuidado ao RN, de uma forma geral [...] eu também gosto de ler alguns artigos sobre esses assuntos [...] (Lírio)

A existência de cursos, treinamentos e capacitações sobre o processo de trabalho da enfermagem revela aspectos positivos para a qualidade da assistência prestada. Os enfermeiros afirmam, por meio de seus discursos, que essas atividades proporcionam atualização de seus conhecimentos, favorecendo o desenvolvimento das competências necessárias para um melhor desempenho de suas funções enquanto agentes do cuidar. Contudo, percebe-se certa carência na realização de cursos específicos, voltados para o cuidado com a pele do recém-nascido na UTIN, embora os depoentes revelem a existência de atividades educativas abordando o cuidado neonatal de uma forma generalizada.

Para Santos e Camelo (2015), o ambiente da unidade de terapia intensiva constitui um cenário de inovação e assistência especializada de enfermagem, que

demanda conhecimentos científicos diversificados quanto às especificidades em saúde requeridas pela clientela atendida. Dessa forma, o enfermeiro intensivista, por exercer atividades de gerência do cuidado prestado ao paciente em estado crítico, deve se manter atualizado e em busca da capacitação permanente, a fim de contribuir para a melhoria da prática assistencial.

Assim, a capacitação pode ser definida como um processo que traz saberes específicos ao profissional, que resultam no desenvolvimento de habilidades para exercer determinadas funções. A atualização técnico-científica desses profissionais pode acontecer por meio de capacitações no próprio ambiente de trabalho, treinamentos nos serviços de saúde, cursos de pós-graduação *latu-sensu* ou *stricto-sensu*, participação em eventos científicos (como palestras e congressos), dentre outros (SANTOS; CAMELO, 2015).

Para Oliveira et al. (2013), as instituições e serviços de saúde devem proporcionar atividades de educação permanente no cotidiano profissional, com o objetivo de detectar fragilidades na assistência e incentivar práticas inovadoras que surjam no ambiente laboral. Isso permite a ampliação da satisfação de enfermeiros no trabalho, além de reduzir práticas iatrogênicas e agravos à saúde do RN.

Sabe-se que a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) foi instituída em decorrência das necessidades de renovação das práticas educativas no campo da saúde, tendo como base o aprendizado relevante e a implementação de cenários pedagógicos que fomentassem a problematização da práxis, visando avaliá-la, revisá-la e transformá-la, nos diferentes processos de trabalho. Nesse sentido, a adoção da educação permanente em saúde tem incentivado o empoderamento e a integração profissional, por meio do compartilhamento de saberes de forma horizontal, promovendo a reflexão crítica e a articulação das equipes, em prol de melhorias no cuidado em saúde (BRASIL, 2007; FAGUNDES et al., 2016).

O compartilhamento de saberes acerca do cuidado à pele do recém-nascido foi apontado nas falas dos participantes do estudo, bem como a troca de experiências interprofissional, que representa a existência de um trabalho em equipe e do diálogo entre os profissionais na UTIN, em busca de melhorias na assistência.

[...] nós estamos sempre compartilhando conhecimentos aqui, tirando dúvidas das colegas a respeito do que utilizar, do que não utilizar, como utilizar nas lesões [...] quando chega algum

material novo aqui também, a gente procura discutir qual é a melhor forma da gente utilizar esses produtos [...] (Lavanda)

[...] eu até já encontrei uma tese que traz os cuidados que a gente deve ter com a pele dos bebês e que traz, inclusive, um protocolo. Aí eu trouxe pra coordenadora de enfermagem daqui, pra gente tentar discutir com os colegas [...] (Rosa)

[...] eu me lembro que uma vez eu imprimi um artigo que eu tinha lido sobre a pele do recém-nascido e trouxe pra cá, pra gente discutir no plantão com a equipe [...] (Alfazema)

[...] aí as nossas RTs e a coordenadora geral, que tem participado mais de congressos, eventos por aí a fora, elas sempre trazem as informações mais recentes e compartilham no grupo da gente [...] (Hibisco)

[...] a gente tem as RTs, que sempre fazem rodas de conversas e debates sobre os assuntos da prática, aí a gente sempre costuma conversar, discutir sobre essas questões [...] (Orquídea)

Observa-se, nos depoimentos, que a busca pela aplicação do conhecimento embasado em evidências científicas não acontece de forma individualizada na UTIN, uma vez que, os enfermeiros enfatizam a troca de saberes e experiências adquiridas, existente no ambiente de trabalho. A existência do trabalho em equipe é percebida quando os depoentes associam o compartilhamento de conhecimentos, com o objetivo de melhorias na assistência de enfermagem prestada.

Os enfermeiros que desempenham atividades gerenciais, assumindo a responsabilidade técnica e a coordenação do cuidado na UTIN, são reconhecidos entre os depoentes como colaboradores do processo de trabalho, uma vez que, proporcionam grupos de discussão, rodas de conversa e debates para o compartilhamento de conhecimentos, visando desenvolver competências e habilidades entre os membros da equipe.

Esses achados assemelham-se ao do estudo de Almeida et al. (2013), que enfatiza a liderança transformacional do enfermeiro responsável técnico como competência indispensável à prática profissional, destacando a interação profissional dialógica como uma estratégia fundamental para o engajamento efetivo da equipe na construção de novas ideias e rumos que a instituição almeja alcançar.

Esses autores ressaltam, ainda, que o enfermeiro líder que busca ouvir constantemente as necessidades da equipe, obtém mais resolutividade e,

consequentemente, maior efetividade no seu processo de trabalho. Nessa ótica, o enfermeiro responsável técnico e coordenador do cuidado deve valorizar a multiplicação de saberes entre os membros de sua equipe, porque, com isso, estes reconhecerão a necessidade de exercer suas funções com qualidade não apenas para satisfazer a instituição, mas principalmente para favorecer o próprio crescimento e a realização profissional.

Balsanelli e Cunha (2015) concordam nesse aspecto quando afirmam, em seu estudo, que a liderança transformacional aumenta a satisfação dos profissionais de enfermagem, uma vez que, a influência do enfermeiro líder na construção de ambientes favoráveis à prática profissional de qualidade motiva os membros da equipe a desenvolver competências e habilidades que contribuam positivamente na melhoria da prática assistencial.

Nota-se nos discursos que, além do compartilhamento de saberes entre a equipe de enfermagem, o profissional médico também contribui na troca de conhecimentos e atualizações científicas sobre o cuidado com a pele do RN na UTIN, conforme demonstram os seguintes relatos.

[...] quando alguns dos colegas vão pra um congresso, eles já trazem novas informações em relação a tudo. Tanto com relação aos cuidados com a pele, como também de outros cuidados [...] aqui a gente sempre se recicla. Até os médicos mesmo, quando vão pra algum evento, eles sempre trazem esse conhecimento e passam pra gente [...] (Begônia)

[...] e sempre que alguém vai pra algum congresso, pra algum evento, quando chega, repassa pra gente, se teve alguma mudança, alguma coisa nova pra melhorar, se teve alguma palestra [...] tem também alguns pediatras que vão pra esses eventos, e aí quando eles veem alguma coisa relacionada à enfermagem, ao cuidado com a pele do RN, eles trazem pra gente, pra que nós estejamos sempre nos atualizando [...] (Lírio)

Observou-se, nos depoimentos, a abordagem multiprofissional presente na assistência à saúde do recém-nascido hospitalizado na UTIN. A troca de conhecimentos entre médicos, enfermeiros e demais membros da equipe revela a sensibilidade conjunta em reconhecer o papel de cada profissional no cuidado ofertado. Dessa forma, os participantes da pesquisa reconhecem a existência da colaboração interprofissional, como ferramenta para a prestação do cuidado integral e humanizado na UTIN.

Para Barros e Ellery (2016), essa prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde, com diferentes experiências, trabalham em conjunto, a fim de prestar uma assistência de alta qualidade ao paciente e sua rede social. Tal colaboração favorece a integração dos profissionais de saúde, cujos conhecimentos e habilidades, quando somados, auxiliam na conquista de objetivos comuns.

Para os autores, a introdução de novos paradigmas no sistema de saúde, como o princípio da integralidade, suscita o desenvolvimento de práticas participativas, que transformem a realidade dos serviços de saúde, por meio do desenvolvimento de novos olhares. Para tal, é imprescindível a criação de espaços de encontro e troca de saberes, que consolidem a articulação multiprofissional nas instituições e serviços de saúde.

No que tange ao cuidado com a pele do recém-nascido hospitalizado, Schaefer, Naidom e Neves (2016) enfatizam, em seu estudo, que o conhecimento da dinâmica complexa, envolvendo as modificações fisiológicas da pele do recém-nascido em estado crítico, é de suma importância para todos os profissionais de saúde da UTIN. É necessário que todos esses profissionais, e não apenas a enfermagem, obtenham conhecimentos atualizados acerca dos fatores de risco para o desenvolvimento de lesões de pele, bem como compreendam a importância da adoção de ações que favoreçam a prevenção desses agravos nessa população.

Dessa forma, Fontenele, Pagliuca e Cardoso (2012) concordam que, para que o cuidado ao recém-nascido hospitalizado seja considerado humanizado, seguro, integral e eficaz, deve existir um esforço conjunto por parte da equipe de saúde em atender as necessidades singulares de cada neonato, no intuito de contribuir efetivamente para a recuperação do seu estado de saúde, bem como para o pleno desenvolvimento desses indivíduos.

Assim, pode-se inferir que, o conjunto de conhecimentos e habilidades direcionadores da prática de cuidados do enfermeiro com a pele de recém-nascidos hospitalizados na UTIN é oriundo da multiplicidade de saberes adquiridos desde a formação acadêmica, além da participação dos mesmos em eventos científicos, treinamentos e capacitações. A existência da educação permanente no ambiente de trabalho, bem como a troca interprofissional de conhecimentos e experiências sobre o cuidado ao recém-nascido, favorece o desenvolvimento de competências que qualificam a prática assistencial, mobilizando as diferentes categorias profissionais na busca da excelência desse cuidado.

Contudo, vale destacar a existência de algumas lacunas a serem superadas nesse processo, como a carência de treinamentos e capacitações admissionais na instituição que abordem a alta complexidade de cuidados exigidos no ambiente da UTIN, uma vez que, por possuir uma formação generalista, alguns enfermeiros relataram ter pouca ou nenhuma experiência prévia no cuidado ao recém-nascido hospitalizado neste setor. A maioria dos participantes relatou, ainda, não ter participado de nenhum curso, treinamento ou capacitação específica, voltados para o cuidado com a pele do RN hospitalizado, o que reflete um conhecimento restrito dos participantes, em relação a essa temática.

Desse modo, sugere-se que haja maiores incentivos por parte dos gestores das instituições e serviços de saúde, no desenvolvimento de tais atividades e na adoção de metodologias dialógicas, a fim de levantar as principais necessidades de conhecimento e capacitação da equipe, objetivando a qualificação da assistência por meio da reflexão crítica sobre a prática e integração profissional no processo de trabalho.

4.2.2 Cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido na UTIN

- Manuseio mínimo e mudança de decúbito

O cuidado à pele do RN constitui fator determinante na qualidade da assistência de enfermagem prestada na UTIN, uma vez que, a prevenção de lesões de pele reduz riscos de complicações e intercorrências associadas. Entre as intervenções prescritas pelo enfermeiro estão o manuseio mínimo e a mudança de decúbito, que devem ser adotadas conforme a estabilidade do neonato, com o objetivo de prevenir lesões de pele decorrentes da pressão prolongada, fricção e cisalhamento na pele do RN. As práticas relacionadas a esse cuidado foram descritas pela maioria dos enfermeiros entrevistados e são apresentadas a seguir.

[...] outra coisa é o manuseio mínimo do bebê que, dependendo da gravidade, a gente coloca a plaquinha com aviso por fora, na própria incubadora, daqueles que têm um risco hemodinâmico maior e maior risco também pra romper a integridade da pele, que são os prematuros extremos ou de muito baixo peso. Por exemplo, a gente tava aqui ontem mesmo com um bebezinho prematuro grave, de 580 g [...] (Lírio)

[...] aí tem também o manuseio mínimo, que a gente utiliza placas indicativas naqueles bebês que estão com um quadro grave de sangramento peri-intraventricular [...] São bebês que são muito instáveis quanto ao sangramento e, principalmente, quanto à questão pulmonar [...] então, são os cuidados que a gente tem, só mexe se for estritamente necessário, o que acaba evitando infecções por lesões de pele [...] (Begônia)

[...] tem RN aqui que, às vezes, tá muito edemaciado, tá comatoso, não tem nenhuma movimentação. Às vezes, como o bebê é muito grave, até o técnico de enfermagem fica assim meio receoso de movimentar [...] aí na hora que movimenta o RN, já cai a saturação, faz taquicardia [...] (Jasmin)

[...] fazemos, também, o manuseio mínimo nos RN de muito baixo peso. A gente faz a conduta neuroprotetora que, dependendo do peso, a gente troca a posição só a cada 36 ou 72 horas, e até pelo movimento da cabeça, a gente tem o cuidado pra não ficar mexendo muito [...] (Bromélia)

[...] então, são vários cuidados, como a questão também da mudança de decúbito pra evitar as lesões, as úlceras, né? Tem aqueles que não pode mudar muito, devido à conduta neuroprotetora nos bebês prematuros extremos. Então, a gente tem que ficar observando, mas os que podem, a gente orienta os técnicos a fazer a mudança de decúbito de 3/3horas, que é importante para prevenir as lesões de pele [...] (Dália)

Observa-se, nos discursos dos enfermeiros, o conhecimento da necessidade de mudança de decúbito, para evitar lesões por pressão nos recém-nascidos hospitalizados. Porém, esses profissionais relatam a restrição dessa conduta, quando existe instabilidade clínica do neonato. A equipe de enfermagem percebe a necessidade de alívio da pressão localizada, por meio da mudança de decúbito, principalmente no recém-nascido prematuro (IG < 37 semanas) ou de muito baixo peso (<1.000g), mas devido ao risco de complicações, como a hemorragia peri-intraventricular (HPIV), o desequilíbrio dos sinais vitais, a queda de saturação, taquicardia, entre outros, acaba manifestando receio de manusear o RN.

Silva e Moura (2015) destacam que, embora a mudança de decúbito traga benefícios ao recém-nascido na prevenção de lesões por pressão prolongada sobre as proeminências ósseas, a frequência dessa conduta deve ser estipulada no intuito de favorecer a circulação sanguínea, buscando, também, prevenir complicações ao organismo. Em alguns casos, os riscos de complicações decorrentes da mudança

frequente de decúbito em neonatos instáveis superam os efeitos positivos da prevenção de lesões por pressão.

Para Martins et al. (2015), as possibilidades do surgimento de consequências no desenvolvimento neurocomportamental de neonatos prematuros ou de muito baixo peso, durante o cuidado na hospitalização, originam-se da própria condição fisiopatológica, ou são causadas pelo uso da terapêutica, do ambiente da UTIN, do manuseio excessivo e de outros fatores que podem interferir no bem-estar desses recém-nascidos.

De acordo com Ratola et al. (2015), os recém-nascidos de muito baixo peso possuem maior risco de desenvolver instabilidade clínica, em decorrência da fragilidade inerente à prematuridade extrema que, na maioria das vezes, está associada a essa condição. Os autores explicam que o pulmão desses prematuros extremos pode apresentar um comprometimento estrutural e funcional, o que desencadeia a redução da produção de surfactante e da superfície disponível para as trocas gasosas. Tal condição proporciona a esses neonatos a incapacidade de realizar um trabalho respiratório eficaz, demandando a utilização de ventilação mecânica, na maioria das vezes.

Cabral e Velloso (2014) enfatizam, em seu estudo, que a terapia de reposição de surfactante exógeno nos recém-nascidos prematuros extremos de muito baixo peso permite melhoras significativas na oxigenação dos mesmos, levando à redução do desconforto respiratório e da necessidade de ventilação mecânica. Porém, os autores destacam evidências de que essa terapia, comumente empregada nas UTINs, está diretamente associada a eventos adversos, como a HPIV.

Conforme Ratola et al. (2015), a HPIV tem importância significativa devido à gravidade imediata e futura que pode desencadear, em relação à saúde desses recém-nascidos, podendo acarretar danos neurológicos graves, tais como: paralisia cerebral, deficiência visual e auditiva, retardo mental, hipertensão intracraniana aguda, lesão cerebral hipóxico-isquêmica e hidrocefalia pós-hemorragica. Os autores destacam, ainda, que a HPIV está descrita como a principal causa de morte encefálica entre os prematuros extremos.

Segundo Cabral e Velloso (2014), a HPIV ocorre comumente durante as primeiras 72 horas de vida. Tal período é considerado crucial para aplicação da conduta neuroprotetora, que preconiza o manuseio mínimo desses recém-nascidos, devido à uma maior possibilidade de alterações nos parâmetros cerebrovasculares,

pela imaturidade do sistema nervoso central que apresentam. Assim, nesses casos o manuseio mínimo deve ser estabelecido durante as primeiras horas de vida desses pacientes, a fim de garantir a maior estabilidade fisiológica dos mesmos.

Dessa forma, a conduta neuroprotetora evidenciada nos relatos dos participantes representa o cuidado dos enfermeiros com o manuseio mínimo dos recém-nascidos instáveis. A utilização de placas indicativas nas incubadoras, mencionada pelos depoentes, reflete a preocupação dos mesmos em informar aos demais profissionais envolvidos na assistência acerca da necessidade desse cuidado, a fim de evitar a piora no quadro neurológico dos recém-nascidos e, conseqüentemente, o desenvolvimento de complicações nos demais sistemas do organismo.

Os depoentes associam, ainda, tal conduta ao menor risco de infecções, uma vez que, a frequência mínima desse manuseio reduz as possibilidades de transmissão de agentes patógenos por contaminação cruzada entre os profissionais de saúde e os recém-nascidos.

Oliveira, Marques e Prado (2017) concordam, em seu estudo, que os agentes patógenos são transmitidos por contaminação cruzada no ambiente hospitalar, sendo transmitidos, na maioria das vezes, pelas mãos contaminadas dos profissionais que atuam em UTIN. Os autores reforçam que, nesses ambientes, as superfícies servem de abrigo para diversos tipos de microrganismos, devido às falhas na limpeza e processamento de artigos hospitalares, além do uso reduzido de precauções-padrão. Desse modo, a infecção pode se instalar rapidamente no organismo desses pacientes, dependendo das condições de saúde.

Nesse sentido, pode-se inferir que os participantes do presente estudo consideram o manuseio mínimo de recém-nascidos instáveis como uma estratégia de prevenção de infecções. Contudo, os mesmos concordam que essa conduta propicia o aparecimento de lesões por pressão, devido à fragilidade clínica desses neonatos e à restrição de movimento associada, o que favorece a diminuição da circulação sanguínea em superfícies corporais e o aparecimento das lesões de pele.

Em consonância com os relatos dos depoentes, a mudança de decúbito, além de aliviar pontos de pressão prolongada na superfície corporal e prevenir lesões de pele, favorece o alívio da dor e, conseqüentemente, proporciona maior conforto ao recém-nascido hospitalizado.

A partir dos relatos, observou-se que o cuidado com a mudança de decúbito ocorre de maneira rotineira na UTIN, por meio da realização agrupada de procedimentos necessários na prática assistencial, como a troca de fraldas, verificação dos sinais vitais e o rodízio de sensores. Tais procedimentos são realizados juntamente com a mudança de posicionamento do recém-nascido no leito, a cada 3 horas, com o objetivo de reduzir o estresse e as respostas fisiológicas e comportamentais do RN, diante do manuseio da equipe de saúde.

As falas enfatizam, ainda, a importância da utilização de coxins para alívio dos pontos de pressão localizada na pele dos neonatos, bem como da proteção das regiões mais susceptíveis ao desenvolvimento de lesões, conforme apresentado a seguir.

[...] o manuseio e a mudança de decúbito, a gente tem esse cuidado pra favorecer a circulação sanguínea. A gente tem o cuidado com o pavilhão auricular, porque, às vezes, ele fica muito deitadinho, aí é uma posição que não irriga muito essa região e as outras partes do corpo de forma geral. Aí quando o RN tá estável e não é de muito baixo peso, a gente sempre manuseia, troca de posição, põe lateral, prona, etc. Tudo pra evitar lesão de decúbito [...] (Begônia)

[...] tem, também, a mudança de decúbito a cada 3 horas, as técnicas fazem direitinho, mas a gente enfermeiro supervisiona, orientando e verificando realmente se essa mudança tá sendo feita. Aí nessa mudança de decúbito já são verificados também os sinais vitais, é feito o rodízio dos sensores. A verificação da temperatura do RN que tá em foto também é a cada 3 horas, o balanço hídrico, a troca de fraldas e a higiene perianal, tudo é a cada 3 horas, pra não ficar manipulando tantas vezes o RN [...] (Margarida)

[...] quando vão ser avaliados os sinais vitais, aí já troca logo de decúbito, troca a fralda e faz a troca dos sensores de oximetria também. Isso ocorre tanto por nós da enfermagem quanto pelos fisioterapeutas e médicos que atuam aqui também, pois é pra eles mudarem de decúbito sempre que vão manipular a criança a cada 3 horas também, eu sempre oriento [...] (Rosa)

[...] então, você observa que tem RN que, às vezes, fica muito tempo na mesma posição, aí é desconfortável, causa mais dor neles, tanto é que fica até com o edema posicional. Então, a gente tem que tentar diminuir isso e ficar observando pra ver se não dá mesmo pra virar assim um pouquinho, pra não ficar só numa posição, de uma forma que a gente consiga minimizar,

pelo menos, a pressão naquele local [...] então, a gente coloca alguma coisa pra proteger esses pontos, um coxim, um hidrocolóide, assim pra evitar lesão nesses locais [...] (Jasmin)

[...] mas eu tenho o cuidado de fazer uma rodilha de compressas, como se fosse um coxim, pra proteger a região occipital, evitar lesão por pressão, proporcionar conforto e diminuir a dor nesses bebês tão fragilizados [...] Eu gosto de botar uma compressazinha enrolada de um lado pra acolchoar, proteger também os calcâneos com hidrocolóide, pra não mexer muito, porque como eles são muito instáveis, não pode tá mudando de decúbito toda hora, aí a única coisa que a gente pode fazer é proteger as proeminências ósseas [...] (Bromélia)

Os discursos dos depoentes, apresentados anteriormente, mostram que os mesmos participam de forma ativa do gerenciamento do cuidado prestado aos recém-nascidos hospitalizados na UTIN, desenvolvendo intervenções de prevenção das lesões de pele, por meio da mudança de decúbito rotineira e do agrupamento de cuidados a cada 3 horas, a fim de minimizar a abordagem e o estresse causado ao neonato; além de orientações e supervisão da equipe envolvida no cuidado prestado.

Tais achados encontram congruência no estudo de Xavier et al. (2012), o qual afirma que a mudança de decúbito constitui uma importante estratégia de enfermagem para preservar a integridade cutânea de recém-nascidos prematuros, promovendo a distribuição dos pontos de pressão e, por meio disso, a redução na incidência de lesões por necrose tecidual. O estudo de Alves et al. (2016) também corrobora com essa prática, destacando que a mesma deve ser realizada rotineiramente na UTIN, a cada 2 ou 3 horas, respeitando-se a estabilidade clínica do RN.

Mendes et al. (2013) ratificam, em estudo, a importância desse cuidado, destacando que 40% da equipe técnica em enfermagem de uma UTIN associou a mudança de posicionamento à redução da dor em neonatos hospitalizados, o que caracteriza a promoção de uma assistência humanizada e holística a essa população.

Nos relatos das participantes Jasmin e Bromélia, pode-se observar a preocupação com o conforto e a redução da dor nos recém-nascidos hospitalizados na UTIN, uma vez que, as depoentes referem empenho na prática da mudança de decúbito, embora alguns neonatos estejam em quadros clínicos de instabilidade, o que dificulta essa conduta. Observa-se nessas falas, a preocupação dessas participantes em prestar um cuidado humanizado ao RN, pois nota-se o

reconhecimento acerca da fragilidade desses pacientes, bem como a busca pela promoção do conforto dos mesmos.

De acordo com Alves (2013), para cuidar é necessário projetar-se no lugar do outro, deixar aflorar a sensibilidade, sentir e ter a capacidade de reconhecer as necessidades emanadas pelo ser cuidado, além de escolher as melhores terapêuticas e utilizá-las de forma segura, respeitando, sobretudo, a dignidade humana.

Para Boff (2017), é a subjetividade que alimenta o enternecimento em face da fragilidade de um recém-nascido, uma vez que, o sentimento aflorado torna o ser cuidado importante para o ser que cuida. Essa premissa evidencia a existência de um cuidado repleto de ternura, responsabilidade e dedicação.

A partir disso, infere-se que o cuidado mencionado pelas participantes Jasmin e Bromélia demonstra empatia, solidariedade e compaixão com o outro, pois se observa que as mesmas enxergam as necessidades dos neonatos, realizando intervenções para diminuição do sofrimento associado ao processo de hospitalização.

Nesse sentido, as participantes mencionam a importância da mudança de decúbito e da proteção de proeminências ósseas e dos pontos de maior pressão na pele dos recém-nascidos, por meio do uso de coxins e hidrocolóides, a fim de reduzir a dor e proporcionar conforto e bem-estar a esses indivíduos.

Stein et al. (2012) concordam, quando ressaltam em estudo, que a utilização de coxins, coberturas protetoras das proeminências ósseas, como os hidrocolóides, e a administração de hidratantes corporais constituem importantes ações de prevenção das lesões por pressão em pacientes críticos. Vale destacar que em tal estudo, os enfermeiros participantes relataram utilizar um protocolo de cuidados de prevenção, acompanhamento e tratamento de lesões de pele. Nesse protocolo, a alternância de decúbito é realizada a cada 3 horas, conforme realização do exame físico.

Para os autores supracitados, o exame físico da pele é fundamental na avaliação de enfermagem aos pacientes na unidade de cuidados intensivos, uma vez que, é por meio de tal ação que, o enfermeiro realiza a avaliação e diagnóstico precoce de alterações cutâneas, estabelece o plano de cuidados individualizado e avalia a evolução das lesões que possam aparecer nessa clientela. Nessa ótica, o referido estudo resalta ainda que, pacientes em estado crítico de saúde possuem maiores riscos de desenvolver lesões por pressão, e que, por tal motivo, deve-se realizar rotineiramente a inspeção da pele dos mesmos, priorizando as regiões das proeminências ósseas.

Com relação à promoção do conforto mencionado pelas depoentes do presente estudo, Albuquerque e Albuquerque (2017) acrescentam estratégias de posicionamento adequado, que incentivam a posição flexora de neonatos, permitindo a manutenção do conforto, estabilidade, alinhamento postural, contenção de gastos energéticos e do estresse fisiológico e comportamental. Os recursos utilizados nessas estratégias são rolinhos feitos de panos ou compressas, com o objetivo de criar um ambiente de acolhimento corporal semelhante a um ninho, reproduzindo o útero da mãe, a fim de fornecer suporte à postura e ao movimento desses recém-nascidos, favorecendo também estímulos variados.

A fala de Bromélia, apresentada anteriormente, menciona a adoção desse tipo de estratégia quando relata a utilização de uma rodilha de compressas, no intuito de promover conforto e reduzir a dor, acolhendo também o neonato que se encontra afastado da figura materna, em decorrência do estado crítico de saúde. Tal estratégia funciona, também, como uma medida de prevenção das lesões de pele, pois alivia os pontos de pressão corporal localizada na pele dos recém-nascidos.

No que se refere ao agrupamento de cuidados, os participantes do presente estudo relataram que a mudança de decúbito é realizada a cada 3 horas, juntamente com outros cuidados prestados aos recém-nascidos na UTIN, como: rodízio de sensores de oximetria e temperatura, higiene perianal, troca de fraldas e verificação dos sinais vitais. Observou-se que a realização do agrupamento de cuidados tem o objetivo de reduzir a manipulação do neonato, diminuindo, dessa forma, suas reações fisiológicas e comportamentais.

Pereira et al. (2013) consideram essa prática efetiva por proporcionar, através do manuseio mínimo, uma redução do gasto energético e do estresse de recém-nascidos na UTIN. Porém, os autores enfatizam que esse agrupamento de cuidados deve ser realizado obedecendo a uma organização sistemática de ações, que considere as necessidades reais desses recém-nascidos, a fim de evitar, tão somente, o acúmulo de procedimentos desnecessários que potencializam a dor e o estresse nesses pacientes.

De acordo com Neto e Rodrigues (2015), é necessário que as tecnologias terapêuticas e as condutas tecnicistas não imperem sobre a subjetividade dos profissionais da UTIN, trazendo impessoalidade, frieza e desvalorização ao cuidado prestado. Desse modo, o cuidado não deve ser limitado à tecnologia empregada na assistência de enfermagem, mas deve envolver respeito aos valores e à dignidade

humana, além de ser baseado em conceitos éticos e no comprometimento com a pessoa e com a vida. Assim, a UTIN não deve representar um ambiente frio e hostil, que reduz o recém-nascido a um mero objeto de intervenção profissional.

Nesse sentido, o cuidado do enfermeiro deve considerar as necessidades humanas de forma integral, na busca da manutenção de um equilíbrio entre a visão técnico-científica e humanística no processo de cuidar. Esse cuidado deve, ainda, minimizar a vulnerabilidade do neonato hospitalizado, valorizando uma assistência que ultrapasse a execução técnica e se expresse por meio de condutas repletas de afeto, respeito e atenção.

- Fototerapia

O cuidado do enfermeiro com a pele dos recém-nascidos hospitalizados na UTIN aborda aspectos relacionados à fototerapia, terapêutica largamente empregada no tratamento da icterícia neonatal.

Segundo Galvan et al. (2013) e Filgueiras et al. (2017), a icterícia neonatal corresponde à manifestação clínica da hiperbilirrubinemia, ou seja, é caracterizada pelos níveis séricos de bilirrubina total em recém-nascidos superiores a 5mg%. Ainda de acordo com os autores supracitados, cerca de 60% dos recém-nascidos a termo e 80% dos prematuros desenvolvem essa condição, detectável clinicamente nos primeiros dias de vida.

Para Araújo et al. (2014), tal condição pode ser considerada fisiológica ou patológica, sendo, na maioria das vezes, transitória e benigna, sem a necessidade de tratamento. A icterícia neonatal pode ser relacionada a diversos fatores, como a prematuridade, comorbidades maternas, suporte nutricional, entre outros. Os autores destacam a existência de três tipos de icterícia no período neonatal, a saber: icterícia fisiológica própria do recém-nascido, icterícia por aleitamento materno e icterícia por doenças hemolíticas do recém-nascido.

Sena, Reis e Cavalcante (2015) salientam que o tratamento da icterícia não transitória deve abordar a patologia de base da hiperbilirrubinemia, podendo envolver procedimentos como a fototerapia; e em casos mais graves, a exangüineotransfusão. A fototerapia é descrita como o método mais utilizado, que consiste na aplicação de luz fluorescente sobre a pele exposta do recém-nascido, o que favorece a excreção

renal e hepática da bilirrubina e impossibilita a passagem da mesma para o Sistema Nervoso Central (SNC).

Filgueiras et al. (2017) enfatizam a importância da fototerapia no tratamento da icterícia não transitória no recém-nascido, quando destaca que a presença de quantidades elevadas de bilirrubina, por período prolongado no organismo, pode lesar permanentemente as estruturas neurológicas, como o globo pálido, os núcleos subtalâmicos, o hipocampo e o núcleo óculo-motor, originando uma seqüela clínica permanente, denominada *kernicterus* ou encefalopatia hiperbilirrubínica, causada pela neurotoxicidade da bilirrubina ao recém-nascido.

Nesse contexto, Machado, Samico e Braga (2012) consideram que, para o sucesso da fototerapia, o cuidado de enfermagem deve englobar ações, como a exposição adequada da superfície corporal do RN, ajuste apropriado da irradiância e da distância do foco de luz, proteção ocular, cuidados com a pele, monitorização dos sinais vitais e realização de balanço hídrico. Dessa forma, o enfermeiro, como líder da equipe de enfermagem, deve estabelecer intervenções que propiciem a efetividade dessa terapêutica de forma segura, minimizando eventos adversos e complicações associadas a esse procedimento, como queimaduras, lesões de retina e desequilíbrio hidroeletrólítico.

Análogo a essas informações, os cuidados apontados pelos depoentes do presente estudo incluíram a prevenção de queimaduras, por meio da abstenção do uso do óleo de girassol e de outras substâncias tópicas oleosas, utilização da proteção ocular no RN, exposição da área corporal adequada, monitorização da temperatura, rodízio de sensores, verificação da distância do foco e irradiância do equipamento.

[...] aí tem também o cuidado com a fototerapia que, apesar do ressecamento da pele, a gente não utiliza óleo nos bebês que estão em foto, nem creme, loção, hidratante, nada! A gente mantém a proteção ocular, deixa a pele exposta... Eu gosto de orientar a retirar as fraldinhas também. Aí tem a monitorização da temperatura, que já faz parte da rotina, pra avaliar se tem hipertermia ou hipotermia [...] (Rosa)

[...] aí os bebês que estão em fototerapia, a gente já não pode usar o AGE, porque já pode queimar a pele, tem que ficar com a fraldinha aberta. Tem, também, a proteção dos olhos, não pode de forma alguma ficar sem! Tem a questão da altura adequada do foco que a gente tem que observar se tá atingindo a área que era pra atingir, da irradiância também [...] (Lírio)

[...] a gente tem o cuidado de quando o bebê tá na foto não passar óleo de girassol na pele, aí a gente deixa a fraldinha aberta e sempre tem o cuidado com a proteção ocular, de tá fechando também os olhinhos dele direitinho, antes de colocar a proteção ocular [...] a verificação da temperatura do RN que tá em foto é a cada 3 horas, aí a gente orienta a trocar os sensores pra não queimar a pele, verifica a irradiância [...] (Margarida)

[...] outro cuidado com fototerapia é manter os olhos do RN sempre protegidos, né? A gente evita colocar qualquer coisa assim na pele, como óleo, pomadas, loções [...] quando o bebê tá hipotérmico, a gente costuma deixar ele num saquinho pra preservar temperatura, mas se ele tá na foto, ou a gente faz a foto ou retira esse saquinho, não dá pra deixar os dois, porque senão vai causar queimadura [...] (Amarílis)

Nos discursos apresentados, os participantes relataram não utilizar, na pele do RN sob fototerapia, loções, cremes ou substâncias hidratantes, como o óleo de girassol, também conhecido como Ácido Graxo Essencial (AGE), devido ao risco de queimaduras.

Tal prática é corroborada em estudo de Rosário et al. (2013), que enfatiza a necessidade de atenção do enfermeiro às possíveis alterações na pele do neonato exposta à fototerapia, não devendo utilizar substâncias oleosas, loções ou bálsamos para hidratação da pele. Segundo esses autores, tais substâncias, quando em contato com a fonte de luz e calor dos aparelhos utilizados nessa terapêutica, aumentam o risco de lesões de pele por queimadura, caracterizando um dos possíveis eventos adversos desse tratamento.

A proteção ocular enfatizada pelos depoentes consiste em uma importante medida de prevenção das lesões de retina, que podem ser causadas pela exposição prolongada aos raios luminosos provenientes da fototerapia. Porém, tal prática deve levar em consideração alguns fatores essenciais, a fim de evitar outras complicações, como as lesões de pele decorrentes de protetores oculares inapropriados.

Gonçalves et al. (2016) recomendam que a proteção ocular do RN submetido à fototerapia deve ocorrer por meio da utilização de protetores apropriados, constituídos por uma cobertura específica, produzida com material radiopaco, evitando-se a utilização de protetores improvisados, comumente confeccionados com gaze, recortes de filmes de raios-X e esparadrapo. Os autores destacam que a utilização da cobertura radiopaca específica é fundamental, uma vez que, os protetores oculares improvisados podem desenvolver irritação e lesões cutâneas,

devido à abrasividade do esparadrapo sobre a pele do neonato, bem como a possibilidade de ferimentos, decorrentes das arestas dos recortes dos filmes de raios-X.

O estudo supracitado destaca, ainda, que o protetor ocular deve ser retirado antes do banho, amamentação e troca de fraldas do RN, visando diminuir a possibilidade de contaminação do mesmo, além da necessidade de higienização ocular rotineira com soro fisiológico, devido ao risco de infecção associado ao acúmulo de secreção e uso dos protetores oculares. Souza (2015) corrobora com tal estudo, quando aponta a associação da maior ocorrência de conjuntivite neonatal e a utilização de protetores oculares sem a devida higienização.

Dessa forma, pode-se inferir que a proteção ocular utilizada na prática de cuidados dos depoentes deve seguir tais recomendações, com o objetivo de prevenir não apenas as lesões de retina relacionadas à fototerapia, mas também de evitar lesões de pele e infecções associadas à utilização inadequada desses protetores. Assim, cabe à instituição de saúde e gestores responsáveis, o fornecimento de materiais suficientes e adequados à prestação de uma assistência de qualidade nas UTIN, bem como é dever do enfermeiro atuante nestas unidades a orientação e supervisão da equipe de enfermagem, quanto às ações necessárias para o controle de complicações neonatais.

A exposição da área corporal foi apontada pelos participantes como aspecto importante no cuidado ao RN submetido à fototerapia, uma vez que, ao despirmo neonato, deixando-o somente com a fralda aberta, a superfície da pele em contato com a luz emitida é aumentada, favorecendo o sucesso desta terapêutica. Wolf et al. (2012) concorda com essa conduta, quando enfatiza que, para a fototerapia ser eficiente e reduzir os níveis séricos de bilirrubina a valores fisiológicos, é necessário que a maior parte da superfície corporal do RN seja exposta durante o procedimento.

Quanto à utilização da fralda, existe uma grande discussão na literatura com recomendações divergentes a esse respeito. Machado, Samico e Braga (2012) afirmam, em seu estudo, que o risco de comprometimento das gônadas do RN submetido à fototerapia é mínimo, uma vez que, o comprimento de onda utilizado na fototerapia penetra apenas 2 a 3 mm na pele.

Porém, estudo de revisão de Durán, García e Sánchez (2015) afirma que a fralda deve ser mantida fechada, pois funciona como uma proteção contra o risco de desenvolvimento do carcinoma de células escamosas dos genitais, associado à

penetração dos raios ultravioleta (UV) da fototerapia. Tal estudo recomenda que a fralda deve ser retirada apenas nos casos de hiperbilirrubinemia grave e em neonatos submetidos à fototerapia com lâmpadas de *Ligth Emitting Diode* (LED), o primeiro por apresentar benefícios superiores aos riscos; e o segundo, devido ao fato da fototerapia com LED não emitir luz infravermelha nem raios UV.

No que se refere à monitorização da temperatura do RN em fototerapia, os participantes do presente estudo relataram uma verificação rotineira pela equipe de enfermagem da UTIN, realizada a cada três horas, juntamente com a mudança de decúbito, verificação dos demais sinais vitais e o rodízio de sensores. Essa prática reflete o cuidado do enfermeiro para a prevenção de complicações como a hipertermia e as queimaduras, provenientes de sensores superaquecidos sobre a pele do RN (SOUZA, 2015).

Silva e Moura (2015) encontraram resultados semelhantes em estudo a respeito dos cuidados da equipe de enfermagem de uma UTIN com a pele de RNPT em fototerapia, tais como: evitar a proximidade excessiva da fonte luminosa com a pele do RN; mudança de decúbito a cada duas horas, para aumentar a área de exposição à fototerapia; avaliação do turgor cutâneo; aferição diária do peso, devido ao aumento das perdas hídricas que podem levar à desidratação; oferta hídrica adequada; rodízio de sensores e monitorização da temperatura corpórea com frequência, a fim de evitar o superaquecimento e as lesões por queimaduras; além da proteção ocular e da área genital do neonato.

A verificação da distância do foco de luz em relação ao RN e da irradiância do equipamento também foram ressaltadas pelos depoentes como aspectos relevantes no cuidado prestado. Contudo, os participantes não referiram conhecimentos acerca dos valores recomendados pelos fabricantes dos equipamentos de fototerapia utilizados na UTIN. Notou-se uma ausência de padronização a respeito dessa mensuração, o que representa uma lacuna na assistência prestada, conforme observado no relato a seguir.

[...] a gente tem um tipo de aparelho aqui, que é aquele que tem mais lâmpadas, o de LED... Aí nele tem a gradação da irradiação e da distância, que a gente coloca conforme a prescrição médica. Mas nas outras máquinas aqui de fototerapia, não tem especificado o nível de irradiância, nem da distância adequada não, aí a gente fica sem saber, porque não tem um padrão, nenhuma rotina assim pra seguir [...] (Dália)

O relato apresentado evidencia a carência de conhecimento dos participantes a respeito das recomendações do fabricante, sobre o uso e manuseio do equipamento utilizado na fototerapia empregada no setor, o que caracteriza uma falha no processo de treinamento e capacitação desses profissionais, e prejudica a condução adequada dessa terapêutica na UTIN.

O equipamento mencionado no relato de Dália corresponde ao modelo Bilitron® 3006, que tem sido amplamente utilizado em muitas instituições de saúde para o tratamento da icterícia neonatal patológica. De acordo com o manual desse equipamento, o mesmo dispõe de foco luminoso do tipo LED, que apresenta comprimento de onda irradiante entre 400nm a 500nm, medidos a 30 cm de distância do RN, o que demonstra, nesta condição, maior segurança e efetividade no tratamento da hiperbilirrubinemia (FANEM, 2009).

Ressalta-se, ainda no manual, que durante a aplicação de fototerapia, a temperatura ambiente deve estar na faixa de 18 a 28°C, devendo o equipamento se encontrar a uma distância mínima de 40 cm de outras fontes irradiantes de calor, com o objetivo de prevenir superaquecimento e complicações decorrentes, como as queimaduras (FANEM, 2009).

Para Ferreira et al. (2017), o conhecimento das recomendações do fabricante dos aparelhos utilizados em fototerapia é essencial na rotina do enfermeiro, uma vez que, favorece uma adequada condução do tratamento empregado, permitindo a prevenção de queimaduras, hipertermia, distúrbios hidroeletrólíticos e outros eventos adversos associados a essa terapia.

Machado, Samico e Braga (2012) apontam em estudo que, além desses cuidados, o enfermeiro deve orientar a equipe de enfermagem quanto ao registro das condições da pele do RN e a verificação rotineira da temperatura antes, durante e após a instalação da fototerapia. Esse cuidado se relaciona ao risco de hipertermia, que consiste em um dos efeitos adversos mais comuns dessa terapêutica, uma vez que, pode ocorrer aumento da temperatura do neonato, com consequente elevação do consumo de oxigênio, da frequência respiratória e do débito sanguíneo, o que pode ocasionar maior perda de água transepidermica, desidratação, ressecamento da pele e lesões cutâneas.

Quanto à termorregulação do RN e a prevenção de perda de água transepidermica, estudo de Santos e Costa (2015b) sugeriu a utilização de incubadoras com parede dupla, além da manutenção da umidificação interna relativa

em 85% durante a primeira semana de vida do RN, chegando a 70% na terceira semana, sendo reduzida gradativamente para 60% após este período, mantendo-se nesta porcentagem até o neonato atingir o peso de 1500 gramas. Tal estudo destaca ainda, a importância da manutenção de um ambiente térmico neutro durante esse período, sendo que a temperatura axilar do RN deve ser monitorada rotineiramente e mantida entre os valores de 36,5°C a 37,5°C

Percebe-se com isso que os cuidados com o RN submetido à fototerapia na UTIN englobam ações que visam não apenas à manutenção da integridade da pele, mas também ao reestabelecimento e manutenção do equilíbrio dos demais sistemas do organismo. Contudo, os participantes do presente estudo não relataram aspectos subjetivos no cuidado relacionado a essa terapêutica.

Sob a ótica de Boff (2017), observou-se um predomínio do modo de ser trabalho na assistência do enfermeiro prestada aos neonatos em fototerapia, uma vez que, os cuidados relatados restringiram-se às condutas técnico-científicas empregadas, sem mencionar a valorização dos aspectos humanísticos, como os relacionados à separação do binômio mãe-filho, o relacionamento e a comunicação da equipe de saúde com os pais e familiares que visitam a unidade.

Para Sousa, Felipe e Terra (2012), a situação vivenciada pelos pais que observam o filho fragilizado, despido, icterico, podendo pressupor desconforto no tratamento com a fototerapia, gera uma série de sentimentos e dúvidas nos mesmos em relação ao estado de saúde do recém-nascido. Nesse sentido, torna-se essencial que a equipe de enfermagem, mais precisamente o enfermeiro como gerente do cuidado, estabeleça um vínculo com a família que visita o neonato, proporcionando informações claras sobre o quadro clínico do RN e a evolução da terapêutica empregada, bem como acolhimento e apoio às mães, que têm os momentos de contato com o filho, muitas vezes restringidos à amamentação.

De acordo com Luchesi, Beretta e Dupas (2009), é fundamental que se permita a expressão dos sentimentos maternos em relação ao filho submetido à fototerapia, favorecendo que as mães embalem, acariciem e toquem o RN com suavidade, trazendo-os para junto de seu corpo, a fim de que sejam transmitidos a eles estímulos semelhantes aos do ambiente uterino e a sensação de que existem coisas boas no mundo.

Souza (2015) acrescenta que os profissionais de saúde atuantes na UTIN devem reconhecer a necessidade de interação do trinômio bebê-família-equipe,

identificando as demandas do neonato hospitalizado e de seus familiares, além de fornecer apoio e acolhimento para aqueles que apresentam dificuldades ou reações hostilizadas, em relação ao estado de saúde e evolução clínica do RN. A autora destaca, ainda, a importância do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, por parte da instituição de saúde, direcionadas à família e à equipe presente nessas unidades, com o objetivo de humanizar a assistência prestada, por meio da criação de grupos de apoio psicológico e religioso.

Assim, o cuidado do enfermeiro com a pele do RN em fototerapia vai além do domínio de conhecimentos técnico-científicos e do aparato tecnológico utilizado. É necessário o desenvolvimento de uma visão subjetiva, holística e singular, procurando minimizar o sofrimento humano do ser cuidado e de sua rede social, por meio da comunicação, acolhimento, apoio e afeto empregados no processo de cuidar.

- Higienização das mãos, prevenção e controle de infecção

O controle de infecção consiste em uma das principais estratégias que proporciona uma redução significativa nos eventos adversos decorrentes da assistência de enfermagem prestada na UTIN, uma vez que, diminui a incidência de IRAS associadas às lesões de pele em neonatos.

A prática de higienização correta das mãos dos profissionais e familiares que frequentam a UTIN, bem como a retirada de adornos, a não utilização de celular no setor, os cuidados com o manuseio e com os acessos vasculares, foram apontados pelos participantes deste estudo como estratégias de prevenção e controle de infecção, no cuidado com a pele do RN hospitalizado, como demonstrado adiante.

[...] eu acho que o básico de tudo é a lavagem das mãos, a gente só manuseia o RN aqui, com a lavagem das mãos correta e o uso do álcool em gel [...] (Hibisco)

[...] a gente tem o cuidado com a lavagem das mãos, de tá orientando tanto a equipe quanto os pais que visitam, pra lavar direitinho antes de manusear o RN ou depois, quando tocar em alguma coisa. Também tem que retirar os anéis, pulseiras e relógios, não usar celular na UTIN [...] (Bromélia)

[...] os pais e avós, sempre quando chegam aqui pra visitar a primeira vez, são orientados como lavar as mãos e a usar o álcool gel [...] A gente sempre procura dar essa orientação, mas

às vezes, tem alguma carência, porque o plantão é muito corrido, tem bebê muito grave ou muita intercorrência, aí pode ocorrer de a gente não dar tanta atenção assim pra algum pai ou familiar que tá vindo pela primeira vez, assim nessa questão de orientação e apoio mesmo [...] (Jasmin)

[...] eu oriento a manter as mãos limpas e bem lavadas, ter cuidado no manuseio dos bebês, especialmente aqueles que têm lesão de pele, cuidado na inserção dos acessos, e a gente enfermeiro tem que fazer bem a degermação das mãos antes de inserir o PICC, né? É basicamente isso [...] (Amarilis)

[...] eu nunca troco um curativo de PICC sozinha, eu estou sempre com uma técnica ali do lado, que é pra me ajudar, porque tem que ter o maior cuidado do mundo pra não contaminar esses acessos e lá na frente causar até uma sepse nesse RN [...] (Begônia)

Os relatos dos depoentes mostram a prática rotineira de higienização das mãos no cenário do estudo, por meio da lavagem com água e sabão, e da utilização do álcool gel. Para Souza et al. (2015), a higienização das mãos é uma conduta que objetiva a remoção de sujidade, material orgânico ou inorgânico, a fim de prevenir a contaminação cruzada nas instituições de saúde.

Os autores supracitados destacam que, aproximadamente, 1,4 milhão de pessoas em todo o mundo são acometidas diariamente por infecções evitáveis, relacionadas à assistência à saúde. No Brasil, cerca de 3 a 15% das pessoas hospitalizadas desenvolvem IRAS, fato este que pode causar agravamento no quadro clínico do paciente, provocando o prolongando seu tempo de internação, aumento nos custos do tratamento, além do risco de óbito por complicações, como a sepse.

Dessa forma, nota-se que a adesão à higienização das mãos pelos profissionais atuantes em terapia intensiva neonatal constitui um importante componente para a segurança do paciente, uma vez que, diminui os riscos de contaminação cruzada por microrganismos multirresistentes, presentes no ambiente hospitalar.

Estudo de Silva et al. (2017) mostrou uma adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos de 63,3% em uma UTIN, sendo que o álcool gel foi o produto mais utilizado pelos participantes (65%). Com base nisso, os autores defendem que a utilização do álcool gel, quando não existir sujidade visível nas mãos, proporciona uma maior adesão desses profissionais de saúde à higienização das

mãos, devido ao menor tempo gasto nessa técnica em relação à lavagem com água e sabão.

Nessa perspectiva, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010, tornou obrigatória a utilização do álcool líquido ou em gel na higienização das mãos dos profissionais, em todas as unidades de saúde do país (BRASIL, 2010).

Vale destacar que desde 2008 a Organização Mundial da Saúde (OMS) já havia proposto que a higienização das mãos, inclusive com o álcool gel, deveria ser adotada pelos profissionais em todas as unidades de saúde, independente dos recursos disponíveis. Para tal, a OMS indicou cinco momentos essenciais para realizar a higienização das mãos, a saber: 1) antes do contato com paciente; 2) antes da realização de procedimentos assépticos (como a inserção de cateteres ou administração de medicamentos endovenosos); 3) após o risco de exposição a fluídos corporais; 4) após o contato com paciente; e/ou 5) após o contato com áreas próximas ao paciente ou objetos inanimados (OPAS, ANVISA, 2008).

A fala de Bromélia remete à importância da higienização das mãos antes e após tocar no RN, superfícies ou objetos inanimados. A retirada de adornos e a não utilização do celular são apontadas, também, como intervenções efetivas para o controle de infecção na unidade, uma vez que, o manuseio frequente dos neonatos e a existência de lesões de pele nos mesmos favorece a contaminação cruzada, por meio da absorção percutânea de agentes patógenos.

Em consonância, Brasil (2012a) orienta a retirada de todo e qualquer adorno (joias, anéis, aliança, pulseiras e relógios) previamente à higienização das mãos e ao manuseio do RN, pois sob tais objetos podem ser acumulados diversos tipos de microrganismos causadores de infecções.

Nessa ótica, Lopes et al. (2014) defendem a importância da conscientização da equipe de saúde em relação aos telefones celulares, que podem alojar diversos tipos de vírus, fungos e bactérias. Sendo necessária a adoção de comportamentos preventivos relacionados à contaminação cruzada, decorrente do uso desses aparelhos no ambiente de trabalho.

Os depoentes do presente estudo descreveram, ainda, o cuidado dispensado na orientação e supervisão da equipe técnica de enfermagem, dos pais e familiares que frequentam a UTIN, quanto à adoção de práticas seguras relacionadas ao manuseio do RN e a prevenção de infecções. Porém, como enfatizado na fala de

Jasmin, o cotidiano agitado do setor, permeado de intercorrências e da necessidade de assistência ao RN em estado crítico, dificulta a educação em saúde proporcionada pelos enfermeiros, a prevenção de IRAS no setor, a comunicação e o vínculo com a família dos pacientes.

Estudo de Lorenzini, Costa e Silva (2013), com profissionais de enfermagem de uma UTIN na região sul do Brasil, mostrou resultados semelhantes que enfatizaram a superlotação e as intercorrências frequentes nessas unidades, como um importante fator que dificulta a prevenção e o controle das IRAS, o que gera dificuldades na prestação do cuidado e da assistência humanizada ao RN hospitalizado.

Desse modo, sugere-se que a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e o Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da instituição desenvolvam atividades rotineiras de educação em saúde voltada aos pais e familiares, bem como ações regulares de educação permanente, que sensibilizem a equipe de saúde atuante no setor, quanto à adoção de práticas seguras na assistência ao RN hospitalizado. Vale destacar a importância da participação do profissional enfermeiro membro da CCIH e do NEPS nessas atividades.

Nesse contexto, Silva et al. (2014) ressalta a relevância de ações desenvolvidas pela CCIH, como treinamentos e cursos específicos, centrados nos aspectos técnicos e biológicos, voltados para os profissionais de saúde, bem como de atividades educativas voltadas para a comunidade em geral. Os autores destacam, ainda, o papel fundamental do enfermeiro na educação permanente, direcionado à prevenção e ao controle da infecção hospitalar e dos demais eventos adversos relacionados à assistência em saúde, objetivando a atualização científica dos profissionais, a fim de favorecer o compartilhamento de saberes entre os mesmos.

Evidenciou-se, ainda, na fala de Jasmin que a demanda assistencial e burocrática de trabalho presente na UTIN exige uma atenção significativa por parte dos enfermeiros, o que revela uma lacuna no modelo de cuidado existente nesse setor. Durante o período de produção dos dados, notou-se em determinados momentos, o recém-nascido como um objeto de cuidado, e os pais ou avós, que visitavam mais frequentemente a unidade, como meros expectadores da assistência prestada ao neonato.

Para Silva (2004), culturalmente, a hospitalização na unidade de terapia intensiva traz aos familiares uma ideia de gravidade do estado de saúde, associada à perda do paciente. Nessa ótica, o contato da equipe de enfermagem com a família

do neonato ocorre, muitas vezes, de forma fragmentada, em curtos períodos de tempo, podendo inclusive ser restrito aos horários de visita pré-estabelecidos pela instituição, o que restringe e fere o direito do neonato de estar em contato com a sua família, no momento em que permanece mais fragilizado.

Souza (2015) destaca que o distanciamento dos pais e da família, em relação aos recém-nascidos hospitalizados na UTIN, pode trazer dificuldades para a recuperação dos mesmos. Tal fato ocorre, pois o reestabelecimento da saúde desses pacientes não depende exclusivamente das tecnologias terapêuticas e de condutas técnicas, mas exige um envolvimento da rede social do neonato nesse processo, proporcionando uma interação do trinômio bebê-família-equipe, além do fornecimento de apoio, carinho e acalento ao ser cuidado, que pode sentir a humanização presente nessa forma de cuidar.

No que se refere à comunicação, Puggina et al. (2016) defendem que a mesma consiste em um instrumento essencial para o cuidado humanizado, além da necessidade de empenho da equipe de enfermagem em diminuir as sensações de desequilíbrio biopsicossociais e espirituais apresentadas pelos pacientes e por seus familiares, procurando orientar, apoiar e confortar os mesmos rotineiramente. Os autores também destacam que, eventualmente, a comunicação verbal entre equipe-paciente-família pode se encontrar prejudicada, sendo necessária, nestes casos, a sensibilidade do profissional na identificação dos sentimentos, dúvidas e dificuldades de verbalização emanadas pelo ser cuidado e por sua rede social.

Assim, torna-se importante que os participantes do presente estudo, bem como todos os enfermeiros envolvidos no cuidado a recém-nascidos hospitalizados desenvolvam estratégias que permitam conciliar a demanda técnica, burocrática e assistencial exigida desses profissionais no setor em questão, com as necessidades humanísticas da clientela atendida. Objetiva-se, com isso, uma transformação no modelo de cuidado atual, na qual a valorização da subjetividade humana represente o foco e a qualidade da assistência prestada.

Vale destacar que a prevenção e o controle de infecção também foram relacionados aos cuidados com os acessos vasculares nos discursos dos participantes do presente estudo, os quais enfatizaram a importância da higienização das mãos e da adoção de técnicas assépticas. A fala de Amarílis remete a esse cuidado, quando menciona a importância da degermação adequada das mãos dos enfermeiros, para a passagem do PICC. Já o relato de Begônia, demonstra a

precaução adotada pela mesma, no que se refere ao auxílio do técnico de enfermagem durante o manuseio e troca de curativos de PICC.

Consoante a isso, estudo de Costa et al. (2016) acrescentam que o PICC é uma opção de acesso venoso central inserido à beira do leito em uma veia periférica do membro superior ou inferior, região cefálica ou cervical de recém-nascidos internados em UTIN, por profissional médico ou enfermeiro habilitado. Os autores ressaltam a associação desse procedimento à infecção de corrente sanguínea, enfatizando a exigência de adoção da técnica asséptica, bem como da participação de, no mínimo, dois profissionais qualificados e da prescrição médica, para a execução do procedimento.

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), nº 258 de 2001, o enfermeiro é um profissional que, dispondo de treinamento e habilidade por meio de curso específico, tem respaldo suficiente para a inserção do PICC em recém-nascidos. Sabe-se que para a execução de tal procedimento, o enfermeiro deve possuir a capacitação e competência necessária para desempenhar cuidados de enfermagem que minimizem os riscos de infecção e demais eventos adversos, bem como o estresse vivenciado pelo recém-nascido hospitalizado (COFEN, 2001).

O estudo de Costa et al. (2016) acrescenta, ainda, que para a realização desse procedimento, o profissional deve proceder corretamente a higienização das mãos, utilizar avental estéril, gorro, máscara cirúrgica e luva estéril, além de realizar o preparo da pele do recém-nascido, com a utilização de antisséptico adequado, de acordo com o peso.

Estudo de Medeiros et al. (2016) mostrou uma correlação entre a punção de 88,8% dos acessos venosos periféricos e 81% de PICC com a sepse neonatal, entre os recém-nascidos de muito baixo peso de uma UTIN. Os autores concluíram que os acessos vasculares constituem um dos principais fatores extrínsecos de risco para infecção em recém-nascidos de muito baixo peso, devido à imaturidade significativa da barreira epidérmica e imunológica dos mesmos.

Em consonância, os estudos de Nagata, Brito e Matsuo (2015), bem como o de Romanelli et al. (2013), afirmam que a execução desses procedimentos invasivos deve obedecer rigorosamente aos padrões de assepsia preconizados nas instituições de saúde, pois embora tais procedimentos sejam considerados essenciais no suporte

à vida de RNPT, os mesmos vêm sendo considerados os principais responsáveis pela elevada incidência de IRAS e complicações decorrentes em UTIN.

A utilização dos equipamentos de proteção individual (EPI) não foi relatada pelos participantes do presente estudo como prática de cuidados com a pele de recém-nascidos hospitalizados, em relação ao controle de infecção.

- Uso de adesivos, fixações, curativos e terapia endovenosa

A prática do enfermeiro nessa modalidade de cuidado abordou diversos aspectos relevantes, tal qual a redução da quantidade de adesivos utilizados nos recém-nascidos, como uma estratégia para a diminuição da incidência e dimensão das lesões de pele. Os depoentes ressaltaram a fragilidade cutânea dos neonatos hospitalizados na UTIN, associando a prematuridade e a condição clínica dos mesmos, ao maior risco de integridade da pele prejudicada, como demonstrado nos relatos abaixo.

[...] um dos pontos que a gente tem mais cuidado aqui é sobre o uso abusivo de adesivos, que a gente ainda vê muito [...] (Margarida)

[...] a gente procura diminuir os adesivos, mas só diminuir mesmo, porque não tem como deixar de usar [...] (Amarílis)

[...] às vezes, também, a gente chega no plantão, aí o RN tá com um monte de adesivos sem necessidade, eu tento tirar e deixar o mínimo de adesivos possíveis, porque toda vez que a gente vai tirar esses adesivos, machuca a pele do RN. Aqui a gente tem muitos equipamentos que precisam estar fixados neles, então, assim, eu procuro botar o tamanho menor possível pra fixar, pra não ter uma área tão grande de lesão [...] (Bromélia)

[...] tem que tá sempre orientando os técnicos pra colocar uma quantidade menor de adesivo, porque tem bebezinho com risco de integridade da pele prejudicada maior, aí você já tem que orientar a utilizar um adesivo que seja menos agressivo, em menor quantidade [...] (Dália)

[...] tem RN tão prematuro e frágil aqui, que quando se faz uma coleta de sangue, não tem nem como colocar um micropore ou um transpore, aí tem que ficar só comprimindo o local da punção pra sanar o sangramento, porque se você colocar qualquer coisa ele vai ter uma lesão de pele e sangrar mais [...] (Lírio)

A necessidade de utilização dos adesivos para fixação de dispositivos, como eletrodos, cateteres e sondas é indispensável em muitos casos na UTIN, porém, evidencia-se na fala dos enfermeiros, o reconhecimento da necessidade do uso moderado desses adesivos, para a redução da ocorrência de lesões de pele nos recém-nascidos hospitalizados nesse setor.

A orientação direcionada à equipe técnica de enfermagem, quanto à utilização adequada dos adesivos é enfatizada na fala do enfermeiro, destacando a importância da utilização de materiais apropriados, que sejam menos agressivos à pele do neonato. Contudo, existem situações em que a abstenção da utilização desses adesivos é apontada como a melhor opção para a prevenção das lesões de pele em RNPT, como mostra o relato de Lírio, a respeito da compressão no local da punção venosa após a coleta sanguínea, a fim de alcançar a hemostasia sem a necessidade de utilização do micropore ou transpore.

Tais achados corroboram com o estudo de Santos et al. (2013), que aponta o uso excessivo de adesivos como principal fator relacionado à ocorrência de lesões de pele em RN hospitalizados. Os autores destacam, ainda, que o uso indiscriminado das fitas adesivas na pele de neonatos prematuros provoca exposição à invasão microbiana, uma vez que, no momento da retirada ou troca rotineira das mesmas, poderá ocorrer a remoção parcial ou total da epiderme desses RNPT, facilitando a absorção de agentes patógenos e a ocorrência de infecções nosocomiais.

Convergente a isso, pesquisa de Mattos et al. (2013) aponta que a utilização de fitas adesivas não estéreis na pele de recém-nascidos deve ser proscrita no ambiente hospitalar, uma vez que, as mesmas propiciam a contaminação cruzada, concomitantemente à ocorrência das lesões de pele.

Silva e Moura (2015) destacam que o tamanho dos adesivos fixados sobre a pele de neonatos deve ser o menor possível, evitando-se o esparadrapo, devido à sua maior aderência e abrasividade. Schaefer, Naidom e Neves (2016) também apontaram em estudo, a importância da utilização de adesivos em pequenas quantidades, como sendo um dos cuidados fundamentais com a pele do recém-nascido internado em UTIN.

Outro aspecto relevante, ressaltado pelos depoentes, foi a remoção cuidadosa de adesivos, utilizando uma técnica específica e substâncias emolientes para minimizar o dano causado à pele dos neonatos, bem como reduzir a dor associada a esse procedimento, conforme os discursos a seguir.

[...] no momento de retirar tem que ter todo um cuidado pra não puxar de uma vez. A gente aprendeu aqui uma técnica, que tem que puxar o adesivo criando um vácuo, levantando assim aos poucos... tem que utilizar, também, um emolientezinho... Tudo isso é importante, tanto porque vai amenizar a dor no bebê, como também vai prevenir a lesão de pele [...] (Bromélia)

[...] inclusive, na troca dos curativos de cateter PICC, que é o enfermeiro quem faz, precisa ter todo um cuidado pra não puxar de uma vez o adesivo e lesionar a pele do RN [...] (Lírio)

[...] pra retirar os adesivos, a gente costuma usar o AGE, que amolece um pouquinho mais e facilita na hora de soltar e diminui também a dor [...] (Lavanda)

[...] eu uso mesmo é o óleo de girassol, que facilita mais pra remover o adesivo, mas alguns profissionais não gostam muito de utilizar, porque você geralmente retira um adesivo pra colocar outro, aí o óleo de girassol, ele diminui essa adesividade posterior. Aí tem gente que prefere utilizar a água destilada ou o soro [...] (Dália)

[...] o que eu utilizo pra retirar adesivos mais é o algodãozinho com a água destilada ou o óleo de girassol. A gente até já teve aqui uma substância própria pra retirar esses adesivos, que alguns representantes trouxeram, mas foi só como teste, eu não me lembro nem o nome, porque não é de uso rotineiro aqui [...] (Orquídea)

[...] temos o cuidado também na hora de retirar os adesivos... inclusive, a gente tá até com um sprayzinho aqui agora, que uns representantes deixaram, aí a gente coloca pra ajudar a remover, porque ele reduz bem a aderência na pele [...] (Begônia)

[...] tem até um produto que a gente tava utilizando aqui pra remover adesivos, mas eu não me recordo o nome. É um sprayzinho que a coordenadora geral da neo conseguiu e aí as nossas RT trouxeram pra gente utilizar aqui, ele é ótimo! Facilita muito pra remover os adesivos da pele dos RNs sem lesionar muito [...] (Margarida)

A remoção de adesivos da pele do recém-nascido fragilizado é considerada um momento de sofrimento e dor para o mesmo, devido à fragilidade cutânea e ao estado fisiopatológico que o mantém na UTIN, o que predispõe facilmente ao desenvolvimento de lesões.

De acordo com Souza (2015) e Costa et al. (2016), o enfermeiro deve avaliar a dor manifestada por neonatos hospitalizados, além de desenvolver estratégias que reduzam os efeitos nocivos da abordagem multiprofissional na UTIN. Contudo, existem dificuldades relacionadas à impossibilidade de verbalização do RN, que podem ser reduzidas pela análise dos comportamentos de desconforto ou por variações fisiológicas involuntárias. Além disso, ressalta-se que o enfermeiro deve estabelecer intervenções para reduzir a sensação dolorosa nesses pacientes, uma vez que, tal conduta contribui para a homeostase do organismo, evitando sequelas físicas e emocionais no RN e em sua família.

Sposito et al. (2017) corroboram tal afirmação e indicam, além dos registros subjetivos de enfermagem acerca da avaliação da dor observada em neonatos hospitalizados, a utilização da escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), um importante instrumento criado, em 1993, para avaliação da dor em RN a termo ou prematuros, no qual a presença de dor é determinada diante de escore superior a 3.

Motta e Cunha (2015) acrescentam a importância da utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e do estresse no RN relacionados ao processo de hospitalização, enfatizando que tal conduta representa um componente essencial na garantia do cuidado humanizado e de qualidade ao recém-nascido. As medidas não farmacológicas destacadas pelas autoras envolvem a administração de soluções adocicadas (sacarose/glicose) na boca do neonato, promoção da sucção não nutritiva com dedo enluvado, estímulo à amamentação e ao contato pele a pele com a mãe, pai ou algum familiar do RN, além da contenção gentil e do enrolamento suave.

No que se refere à remoção de fitas adesivas, os enfermeiros participantes do presente estudo relataram utilizar uma técnica específica, desenvolvida pelos mesmos, na tentativa de minimizar os danos causados à pele do RN e a dor associada. A fala de Bromélia descreve essa técnica, acrescentando a importância da utilização de emolientes durante a remoção de adesivos, para a prevenção de lesões e redução da dor. Os participantes relataram, ainda, a utilização de água destilada, soro fisiológico e óleo de girassol, também conhecido como AGE, como os principais emolientes utilizados para facilitar a remoção de adesivos na pele dos neonatos hospitalizados na UTIN.

Essas informações vão de encontro ao estudo de Santos e Costa (2015b), o qual afirma que a remoção de adesivos deve ser realizada de forma cuidadosa e atraumática, além de recomendar a utilização de algodão embebido em água

destilada ou em óleo mineral, para facilitar o procedimento. Os autores destacam, também, a eficácia da utilização de emolientes, como o óleo de girassol, canola e petrolato, para a remoção de fitas adesivas, bem como para melhorar a função de barreira da pele, por meio da hidratação que proporcionam à mesma.

Nessa perspectiva, estudo de Pinto, Oliveira e Bedendo (2013), recomenda a remoção delicada dos adesivos utilizados na pele de RN hospitalizados, durante o momento do banho ou com a utilização de soluções emolientes. Segundo os autores, as soluções oleosas funcionam como emolientes efetivos na remoção das fitas adesivas, consistindo em uma considerável alternativa para o tratamento do ressecamento da pele de neonatos prematuros, uma vez que, potencializam a função protetora da barreira epidérmica e favorecem a cicatrização de lesões cutâneas superficiais.

Nos discursos, os enfermeiros também mencionaram a utilização esporádica de uma substância emoliente em forma de spray na UTIN, que foi trazida por representantes de distribuidoras de medicamentos e passou a ser utilizada no setor, por orientação da coordenadora geral de neonatologia da instituição.

A respeito das fixações dos curativos e da terapia endovenosa empregada na UTIN, alguns materiais utilizados na prática de cuidados com a pele do RN foram citados pelos depoentes como alternativas para a redução de lesões e preservação da integridade cutânea, como mostram as falas que seguem.

[...] a gente tem o hidrocoloide, o tensoplast, o transpore, o micropore, que a gente utiliza eles por serem menos irritantes pra pele do RN [...] também utilizamos o filme transparente que, além de ser menos abrasivo, facilita a visualização do PICC [...]
(Orquídea)

[...] a gente usa muito o tensoplast aqui pra fixar os tubos, porque ele fere menos a pele do bebê [...] (Rosa)

[...] o esparadrapo a gente só usa direto na pele em último caso, quando é pra fixar algum acesso periférico difícil, porque se utilizar outro material menos aderente vai ser mais fácil de perder esses acessos e de causar lesão, por infiltração ou extravasamento, porque tem alguns bebês aqui que se mexem muito, aí se não fixar bem, acaba causando uma lesão maior [...]
(Hibisco)

[...] na fixação das sondas e das prongas, a gente usa o hidrocoloide e por cima coloca o esparadrapo, que é pra evitar

lesionar a pele. A fixação do tubo endotraqueal, a gente antes usava só esparadrapo, hoje a gente já usa o tensoplast, que é um produto que causa também menos lesão na pele (Lírio)

[...] pra fixar sensores e nos curativos das feridas em geral, a gente usa transpore ou micropore e pra fixar sonda orogástrica, a gente usa o esparadrapo, mas por cima do hidrocolóide, sempre! Aí tem também o curativo transparente, que a gente usa pra fixar o PICC [...] (Dália)

[...] por ser uma instituição pública, a gente tem poucos recursos materiais pra evitar essas lesões, mas a gente tenta com o que tem... como na fixação dos tubos, que a gente pode utilizar o tensoplast, que agride menos, na fixação das sondas, a gente pode usar o hidrocolóide, porque ele protege e pode ficar na pele até 7 dias [...] a gente troca a cada 7 dias também o curativo do PICC, porque a gente usa o filme transparente aqui, aí ele não agride tanto a pele do RN e pode ficar por um tempo maior sem trocar [...] (Bromélia)

Os enfermeiros destacaram alguns materiais que utilizam como alternativas para a proteção da pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN, tais como: o hidrocolóide, relatado pela maioria dos depoentes, por ser utilizado rotineiramente sobre a pele dos neonatos para a fixação das sondas orogástricas, cateteres e prongas nasais.

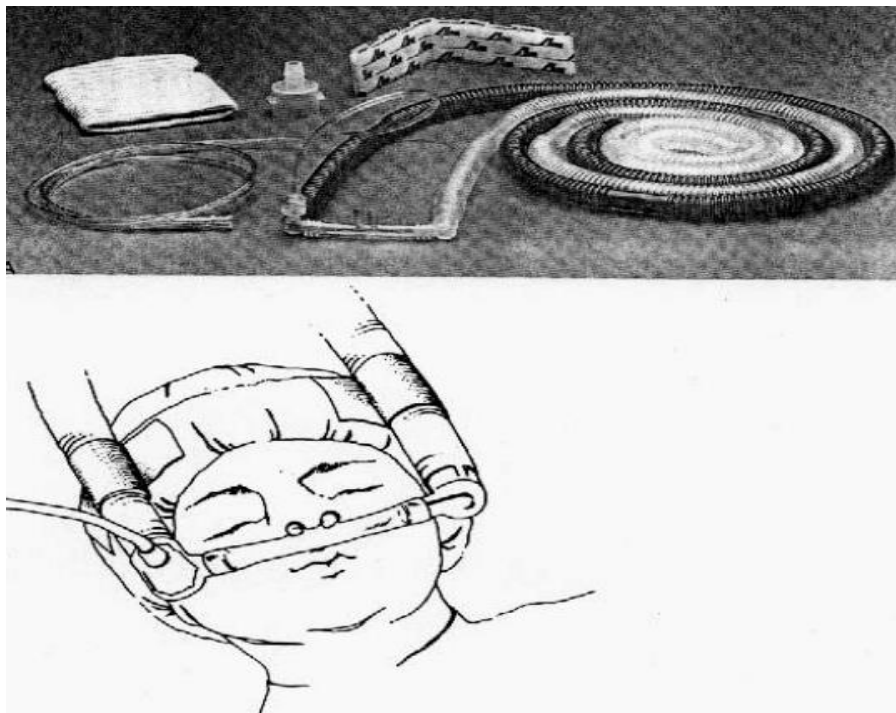
Conforme Malagutti e Kakiyama (2014), o hidrocolóide corresponde a uma placa composta por poliuretano unido à carboximetilcelulose, gelatina e pectina, que se molda facilmente às superfícies corporais, formando um gel viscoso, que previne lesões por pressão e por adesivo, e funciona como uma importante barreira protetora na pele humana. De acordo com os autores, a troca do hidrocolóide pode ser realizada num intervalo de três até sete dias, o que consiste em um fator positivo na utilização desse material para a fixação de sondas, cateteres e prongas nasais, uma vez que, permite a troca de tais dispositivos e dos adesivos de fixação, sem a necessidade de remoção concomitante da placa de hidrocolóide.

De acordo com Santos e Costa (2015b), a utilização de materiais à base de hidrocolóide, poliuretano ou silicone consiste em uma importante alternativa para a preservação da integridade cutânea de recém-nascidos em uso de dispositivos hospitalares. Esses materiais podem ser utilizados na pele, para proteger as proeminências ósseas da pressão corporal localizada, bem como para reduzir as lesões epidérmicas durante a remoção de adesivos utilizados nas fixações de sondas,

cateteres e prongas nasais. Segundo esses autores, tais materiais diminuem o trauma e devem ser colocados entre a pele, o dispositivo a ser fixado e o adesivo, funcionando como uma barreira protetora cutânea.

Semelhante a isso, estudo de Bonfim et al. (2014) destacam a importância da utilização da placa de hidrocolóide como barreira protetora de lesões no septo nasal de recém-nascidos, decorrentes do uso de prongas nasais. De acordo com os autores, a pronga nasal consiste em um tubo duplo, composto de material flexível, que é conectado às narinas do neonato, bem como a conexões ligadas em um sistema de ventilação mecânica e selo d'água, conforme mostra a Figura 2. Esse sistema é responsável pelo fornecimento de pressão positiva contínua em vias aéreas, também conhecido como *Contiunous Positive Airway Pressure* (CPAP), largamente utilizado em UTIN, no controle da insuficiência respiratória em neonatos.

Figura 2: CPAP e pronga nasal



Fonte: Brasil, 2012b.

Conforme recomenda Brasil (2012b), mediante a utilização do CPAP, deve-se checar periodicamente a posição da pronga, mantendo a cânula central afastada do septo nasal dos recém-nascidos, sendo essencial o uso da placa de hidrocolóide ou do filme transparente, para proteção da pele e das partes moles da narina e do septo

de neonatos. Essas recomendações visam prevenir lesões de septo, que vão desde uma simples hiperemia local até sangramento ou necrose tecidual.

O uso da placa de hidrocolóide na pele dos recém-nascidos para a fixação de sondas orogástricas, também foi relatado pelos participantes desse estudo como uma prática rotineira na UTIN, sendo a mesma corroborada pelo estudo de Schaefer, Naidom e Neves (2016), que elenca a utilização do hidrocolóide em proeminências ósseas e em locais onde serão fixadas sondas orogástricas ou tubos endotraqueais, como os principais cuidados a serem desempenhados por enfermeiros para a manutenção da integridade da pele de neonatos hospitalizados.

Quanto à fixação dos tubos endotraqueais, os depoentes mencionaram a utilização do Tensoplast®, uma bandagem elástica adesiva, considerada menos lesiva e com uma aderência relativamente efetiva à pele do RN. De acordo com a *BSN Medical* 2017, essa bandagem permite a passagem de ar e umidade à pele, possuindo risco de maceração reduzido, além de um substrato elástico moldável e resistente, o que garante a fixação dos tubos endotraqueais, reduzindo as lesões na pele dos recém-nascidos.

A fala de Lírio recorda a utilização de esparadrapo para a fixação dos tubos endotraqueais na UTIN, o que, segundo os participantes, originava uma maior ocorrência de lesões de pele nos recém-nascidos hospitalizados. Contudo, os depoentes afirmaram que essa prática não é mais realizada atualmente no cenário do estudo, sendo o esparadrapo utilizado apenas nos casos restritos à fixação de acessos venosos periféricos difíceis, conforme evidenciado no relato de Hibisco.

O discurso de Hibisco defende o uso do esparadrapo nesses casos, embasado no conhecimento empírico de que a utilização do esparadrapo reduz os riscos de lesões por extravasamento ou infiltração de medicações, por apresentar maior aderência à pele do RN.

Porém, um estudo de Santos et al. (2013) desaconselha tal prática, pelo fato de a fita adesiva do tipo esparadrapo não ser estéril, além de ser mais aderente à pele dos neonatos, o que favorece a ocorrência de infecções pela maior possibilidade de causar lesões cutâneas. O estudo ressalta, ainda, a importância da utilização de fitas adesivas estéreis e hipoalergênicas na fixação dos acessos venosos periféricos, que possibilitem a observação do local de inserção do cateter, de forma a detectar precocemente os sinais flogísticos comuns na existência de infecções.

Nessa perspectiva, Costa et al. (2016) recomendam o uso do filme transparente estéril para a proteção do sítio de inserção de cateteres periféricos e oclusão dos mesmos, uma vez que, permite a visualização da pele, além de servir como barreira para entrada de microrganismos.

Malagutti e Kakiyama (2014) descrevem o filme transparente como sendo uma membrana semipermeável, produzida a partir de poliuretano e outros polímeros sintéticos, que permite a troca de oxigênio e vapores de água entre a pele e o ambiente, permanecendo impermeável à entrada de microrganismos externos e demais substâncias tóxicas. Os autores enfatizam que o fato de esse tipo de cobertura ser transparente, facilita a observação contínua da pele do recém-nascido, permitindo a detecção precoce dos sinais de infecção.

Convergente a essas informações, Brasil (2017) recomenda que toda cobertura para cateter periférico deva ser estéril, podendo ser semioclusiva (gaze e fita adesiva estéril) ou por filme transparente semipermeável. Vale destacar que a utilização de gaze e fita adesiva estéril é recomendada somente quando a previsão de permanência do acesso periférico não supere 48h; do contrário, deve-se utilizar o filme transparente para cobertura e fixação, com recomendação de troca a cada sete dias, salvo nos casos em que estiver sujo, solto ou úmido, devendo ser trocado imediatamente nesses casos.

Martins, Oselame e Neves (2016) acrescentam que o filme transparente estéril deve ser utilizado também na oclusão e fixação do PICC, exceto na presença de sangue ou exsudato no sítio de inserção do mesmo, devendo, nesses casos, ser utilizado curativo com gaze e fita adesiva estéril, com uma troca estabelecida a cada 48 ou 72 horas; ou em período inferior, se a integridade da pele estiver comprometida. No caso do sítio de inserção do PICC encontrar-se limpo, seco e sem sinais flogísticos, deve-se utilizar o filme transparente, que possibilita uma melhor visualização do cateter e um tempo de permanência prolongado de até 7 dias.

Pode-se inferir, a partir disso, que o filme transparente previne o trauma na pele do neonato, devido à sua necessidade de remoção em uma frequência menor, o que favorece a redução das lesões cutâneas e infecções associadas (COSTA et al., 2016; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014; BRASIL, 2017; MARTINS; OSELAME; NEVES, 2016).

Os depoentes mencionaram a utilização do filme transparente apenas na fixação do PICC, o que configura uma falha na prática de cuidados com acessos

periféricos, uma vez que, a utilização do esparadrapo e demais fitas adesivas não estéreis, relatada pelos enfermeiros, é desaconselhada na literatura. A não utilização do filme transparente na oclusão e fixação de acessos periféricos pode estar relacionada à dificuldade de obtenção desse material na instituição de saúde, fato que foi apontado pelos participantes como uma das principais dificuldades para a prevenção da integridade da pele de neonatos hospitalizados na UTIN, conforme pode ser observado na fala de Bromélia.

Entre os cuidados apontados pelos depoentes, destacou-se a realização de rodízio dos sensores de oximetria, temperatura e eletrodos, por meio da troca dos locais de fixação dos mesmos, com o objetivo de evitar ou reduzir as lesões de pele, conforme mostram as falas dos participantes a seguir:

[...] uma coisa que a gente vê que dá muita lesão aqui, são os oxímetros, né? Lesão por oximetria de pulso e pelo sensor de temperatura também, aí a gente fica tendo o cuidado de pedir sempre pros técnicos ficarem fazendo o rodízio a cada 3 horas, entendeu? [...] (Alfazema)

[...] eu oriento ao técnico quando vai trocar a posição do RN, já fazer o revezamento da fixação dos sensores de oximetria, temperatura e dos eletrodos, porque aí já previne bastante essas lesões [...] (Begônia)

[...] aí os cuidados que a gente tem mais é com essa questão dos adesivos e o rodízio da fixação de sensores, porque os prematuros extremos, por exemplo, a pele deles é muito delicada, aí mesmo usando o micropore ou transpore pra fixar e trocando a cada 3 horas a fixação desses sensores, ainda ocasiona lesões [...] (Orquídea)

Os participantes do estudo enfatizam nos discursos a orientação direcionada à equipe de técnicos de enfermagem, quanto à necessidade de rodízio dos sensores e eletrodos, fixados por meio de fitas adesivas não estéreis na pele dos neonatos. A troca dos locais de fixação dos sensores é realizada rotineiramente, a cada três horas, juntamente com a mudança de decúbito e a troca de fraldas do RN. As fitas adesivas utilizadas na fixação de sensores relatadas foram o micropore e o transpore.

Esses achados corroboram com o estudo de Silva e Moura (2015), o qual afirma que o rodízio dos sensores deve ser realizado a cada 3 horas, com o objetivo de evitar a compressão prolongada dos locais em que os mesmos estão fixados, o que pode

causar lesões de pele nos recém-nascidos hospitalizados. Os autores também afirmam que a fita do tipo micropore ou transpore deve ser utilizada somente na pele de recém-nascidos a termo, ou seja, aqueles com a maturação cutânea bem desenvolvida, pois os prematuros possuem uma camada epidérmica mais fina e frágil, o que propicia o surgimento de lesões de pele, embora esses tipos de fitas adesivas sejam considerados hipoalergênicas.

Vale destacar que as fitas do tipo micropore e transpore são utilizadas em prematuros na UTIN de forma rotineira, para a fixação de sensores, bem como para a realização de curativos oclusivos com gaze, em feridas exsudativas ou sangrantes.

Nesse sentido, Santos e Costa (2015a) recomendam a utilização de tiras feitas de velcro, para a fixação de sensores de oximetria e temperatura, como uma alternativa de prevenção das lesões de pele causadas por esses adesivos em RNPT. Os autores afirmam, ainda, que os eletrodos para monitorização cardíaca em neonatos devem ser removidos quando não estiverem mais funcionando ou quando existir a certeza de que os mesmos não serão mais necessários.

Semelhante a esses achados, Mattos et al. (2013) aponta o uso de eletrodos de monitorização cardíaca à base de resina vegetal, como outra alternativa para minimizar os danos causados à pele de neonatos prematuros monitorizados.

Observa-se que a prática de cuidados com a pele do RN hospitalizado, em relação à utilização de adesivos, fixações, curativos e terapia endovenosa, envolve diversos aspectos e recomendações relevantes. Dessa forma, cabe ao enfermeiro da UTIN conhecer os aspectos e recomendações discutidos, além de aprofundar-se em evidências científicas para o desenvolvimento de ações que possibilitem a preservação da integridade da pele desses pacientes, bem como orientar e supervisionar a equipe de enfermagem, na busca de um cuidado humanizado e holístico, voltado para o neonato fragilizado e sua respectiva rede social.

- Banho e higiene

O cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN abrange, também, aspectos relacionados à higienização corporal. Os participantes do estudo mencionaram a prática do banho em neonatos estáveis, além da limpeza perianal, troca rotineira de fraldas e higiene de mucosas nos pacientes da unidade. Tais cuidados visam a remoção de sujidades e a redução da colonização microbiana

na pele do RN, bem como a prevenção de lesões cutâneas, conforme mostram os discursos seguintes.

[...] quanto à higiene, os bebês em que podem ser realizados banho no leito, eu oriento que seja feito pelos técnicos. Os que não podem, aí tem que ter todo um cuidado, é só a higiene simples mesmo, limpeza das vias aéreas, da boquinha, a troca de fralda a cada 3 horas [...] aí a gente não tem, assim, um protocolo pra realizar o banho não, a gente, enfermeiro, no caso, observa a estabilidade clínica, se o bebê tá sem aporte de O2, o peso, essas coisas [...] (Amarílis)

[...] a gente utiliza as fraldas descartáveis, que são trocadas a cada 3 horas junto com a troca de sensores, exceto nos recém-nascidos que estão em fototerapia contínua, que a gente troca conforme aparece evacuação [...] (Orquídea)

[...] tem que fazer a higiene pra evitar assaduras, que acontece bastante aqui [...] tem vezes que já foi feita a troca de fralda, mas a criança evacuou, aí tem que trocar a fralda novamente, principalmente, se o bebê já tem alguma uma lesão. Então, nesses casos, a troca tem que ser numa frequência maior [...] (Jasmin)

[...] até porque a gente tem que ver a questão do balanço hídrico, pesar a fraldinha, ver como tão as evacuações [...] aí a gente supervisiona a limpeza perianal que os técnicos fazem, observa nesse momento a pele do RN, se tem hiperemia, e já comunica pro médico prescrever alguma pomadinha pra dermatite, se for necessário [...] (Begônia)

[...] como as fraldas são trocadas de 3 em 3 horas, é mais um momento em que a gente observa se o bebê está com algum risco de lesão [...] então, a gente já passa pros técnicos que fazem essa troca de fraldas, pra quando eles notarem alguma alteração de pele, já nos relatar. Aí a gente avalia e já tenta intervir, antes que aquela hiperemia aumente e vire uma lesão grave [...] (Lavanda)

[...] a troca de fraldas é feita pelos técnicos, mas a gente tem que tá observando, tem que fazer uma supervisão mesmo, pra ver se eles não colocam muito apertada [...] tem a questão da troca também no horário correto, porque se demora demais, já pode causar uma lesão, uma assadura, uma dermatite de fralda, por conta da diurese e das fezes que ficam muito tempo ali [...] (Lírio)

Observa-se que os depoentes enfatizaram a importância da higiene corporal dos neonatos, com base nos parâmetros vitais apresentados pelos mesmos. Contudo, notou-se, no discurso de Amarílis, a ausência de um protocolo de cuidados para a realização do banho na unidade.

Percebe-se, por meio disso, uma necessidade de padronização da assistência de enfermagem, relacionada ao banho no RN hospitalizado, uma vez que, tal prática demanda cautela, devido à possibilidade de riscos à saúde desses pacientes. Fato que requer uma avaliação integral por parte do enfermeiro, para a garantia de um cuidado seguro e humanizado direcionado a essa clientela (NESS; DAVIS; CAREY, 2013).

Segundo Medeiros e Mascarenhas (2010), o banho humanizado constitui um procedimento que deve proporcionar relaxamento, conforto e bem-estar, reduzindo os estímulos estressores do ambiente e a desorganização psicomotora no recém-nascido. Tal procedimento consiste na imersão do RN em água morna, até a altura do pescoço, com a contenção do padrão flexor, por meio do enrolamento do neonato em uma toalha ou fralda, longe da exposição a correntes de ar. As autoras afirmam que o banho humanizado, se realizado em condições de estabilidade clínica, propicia a homeostase corporal, aliviando a dor e o desconforto do neonato.

Araújo et al. (2012) corroboram com tal prática, enfatizando que a mesma deve ser realizada somente após o alcance da estabilidade clínica do neonato. Além de recomendarem, em estudo, a postergação do banho para sete horas após o parto em recém-nascidos com IG superior a 38 semanas, Apgar maior que sete, peso adequado para a idade gestacional e temperatura corporal acima de 36,8°C.

Costa (2014) acrescenta que a duração do banho em neonatos hospitalizados deve ser curta, não podendo ultrapassar cinco minutos, além da necessidade de manutenção da temperatura da água entre 37-37,5°C; a fim de se evitar a hipotermia, acidose e a desestabilização cardiorrespiratória.

Santos e Costa (2015a) destacam que, em RNPT, o banho deve ser realizado somente duas semanas após o parto, utilizando apenas água morna para limpeza da pele e higiene perianal, sem a utilização de sabonetes ou emulsões. No caso dos prematuros extremos, ou com a presença de lesões de pele, o estudo recomenda a utilização apenas de água destilada, devido à maior fragilidade cutânea apresentada por esses neonatos.

Em consonância, Souza (2015) apresenta importantes recomendações acerca da realização e frequência do banho com água morna limpa, em recém-nascidos hospitalizados, a saber: em neonatos com peso superior a 2.500g e estáveis, o banho pode ser feito diariamente; em neonatos de baixo peso, entre 2.500 a 1.500g, deve-se realizar o banho em dias alternados; naqueles recém-nascidos de muito baixo peso, ou seja, abaixo de 1.500 até 1.000g, o banho deve ser realizado semanalmente. Já nos de extremo baixo peso, abaixo de 1.000g, deve-se avaliar a real necessidade desse procedimento, podendo ser realizado a cada 15 dias, desde que seja utilizada água morna esterilizada.

Santos e Costa (2015b) corroboram tais achados e afirmam que os banhos diários no recém-nascido prematuro ou de muito baixo peso, além de provocar a desestabilização fisiológica dos mesmos, podem facilmente prejudicar o desenvolvimento do manto ácido protetor da pele desses pacientes, proporcionando um aumento no pH cutâneo, irritação e ressecamento da pele, principalmente, se forem utilizados sabonetes ou loções inapropriadas. Para Oliveira, Pinto e Bedendo (2013), os produtos tópicos utilizados em neonatos devem ter ausência de efeitos irritantes, possuir um pH que não interfira com tanta intensidade na flora da pele, além de não serem tóxicos por via percutânea, oral ou inalatória.

Com base nisso, é possível inferir que o enfermeiro da UTIN deve avaliar criteriosamente o estado de saúde do recém-nascido antes de realizar o banho, procurando minimizar os estímulos estressores fisiológicos e comportamentais associados a esse procedimento, a fim de se prestar um cuidado humanizado, seguro e eficaz a esses pacientes (FREITAS et al., 2014).

A presença e a colaboração materna no momento do banho do recém-nascido hospitalizado também constituem importantes fatores na humanização da assistência prestada. Santos et al. (2013) corrobora tal afirmação quando destaca que o enfermeiro deve estimular o cuidado materno, procurando ensinar às mães, as tarefas cotidianas de cuidado ao RN, além de estimular a participação das mesmas nas atividades que proporcionam o contato pele a pele e o desenvolvimento do vínculo afetivo entre mãe e bebê. Com isso, a equipe de enfermagem da UTIN deve ser capaz de orientar, supervisionar e contribuir para o empoderamento do cuidado materno, valorizando todas as necessidades humanas.

Quanto à periodicidade da higiene perianal e da troca de fraldas, os enfermeiros relataram que os técnicos de enfermagem do setor realizam tais

atividades a cada três horas ou conforme são observadas novas evacuações nos recém-nascidos. Santos e Costa (2015b) concordam com tais práticas quando apontam a importância da inspeção rotineira da pele de neonatos hospitalizados, bem como o uso de fraldas descartáveis com boa absorção, e troca das mesmas a cada 3 ou 4 horas, ou conforme ocorra nova evacuação do RN. As autoras defendem, ainda, que a higiene perianal deve ocorrer de maneira suave, com a utilização de algodão e água morna, sem sabonetes ou substâncias irritantes.

Faria e Kamada (2018) reiteram esses achados, afirmando que a troca de fraldas deve ser realizada sempre que houver sujidade, pois tal conduta previne lesões de pele, como as dermatites de fralda. Ainda de acordo com as autoras, as dermatites de fralda são caracterizadas por lesões que ocorrem por meio do contato prolongado da pele com fezes e urina, o que provoca uma conversão da ureia em amônia, tornando o pH cutâneo da região mais alcalino e propício ao desenvolvimento de afecções, como as dermatites.

Nesse sentido, Costa et al. (2017) ressaltam que, apesar da importância significativa da troca rotineira de fralda para a prevenção de lesões de pele, tal prática pode ocasionar estresse, desconforto e dor no RN, que já se encontra fragilizado. Assim, as autoras destacam a importância de medidas não farmacológicas para a prestação de uma assistência humanizada a esses pacientes, como a utilização de redes de descanso nas incubadoras ou berços aquecidos, após o momento da troca de fraldas, afim de promover a estabilidade fisiológica e comportamental dos neonatos hospitalizados.

Dessa forma, pode-se afirmar que, embora as práticas de realização do banho e higiene na UTIN sejam necessárias para a prevenção das lesões de pele e infecções associadas, as mesmas podem desencadear efeitos estressores e nocivos à saúde do RN. Assim, o enfermeiro deve compreender a necessidade de promoção do conforto e bem-estar a esses pacientes, levando em consideração a singularidade dos mesmos e a dimensão psicoemocional envolvida no processo de cuidar (SANTOS et al., 2017).

Os participantes do presente estudo afirmaram, ainda, realizar atividades de supervisão da equipe técnica de enfermagem durante as práticas de higiene, destacando a importância da inspeção corporal do RN e da detecção precoce de lesões de pele, como as dermatites de fralda.

Contudo, a fala de Lavanda, apresentada anteriormente, mostra que o exame físico dos neonatos parece ser realizado, na maior parte do tempo, pelos técnicos de enfermagem, que são orientados a comunicar aos enfermeiros a ocorrência de possíveis alterações detectadas na pele do RN. A fala de Lírio, apresentada abaixo, confirma essa inferência. Nela, o depoente atribui a ausência de um exame físico acurado nos recém-nascidos à rotina agitada da UTIN e à demanda assistencial exigida do enfermeiro no setor.

[...] às vezes, a rotina daqui é muito agitada, o que não favorece um exame físico muito acurado. Às vezes, você tá num plantão agitado, com muitos RNs graves, admissões, transferências, aí acaba passando despercebido algumas coisas pra gente, e quem observa mesmo são os técnicos, que tão sempre ali trocando eles de 3 em 3 horas [...] (Lírio)

Tal conduta pode representar um risco à saúde do RN hospitalizado na unidade, uma vez que, o enfermeiro deve ser o responsável pelo exame físico dos pacientes, devido à capacidade de julgamento clínico deste profissional, cabendo privativamente ao mesmo o diagnóstico de enfermagem, a prescrição das intervenções e a avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009 resol. 358).

Nesse sentido, Soares et al. (2017) acrescentam a existência de diversas falhas na vigilância da pele do RN hospitalizado, que podem ser caracterizadas pela ausência de um exame físico detalhado do enfermeiro, bem como pelo registro inadequado das alterações cutâneas encontradas. Tal fato sugere uma fragmentação na assistência de enfermagem em neonatologia, o que justifica a elevada incidência de lesões de pele evitáveis nas unidades de cuidado neonatal.

Soares et al. (2016) corroboram com tais achados quando afirmam que a demanda excessiva de trabalho, o quantitativo insuficiente de pessoal e os aspectos relacionados ao gerenciamento da instituição podem refletir negativamente no processo de trabalho dos enfermeiros, os quais podem ser impelidos a adotar práticas errôneas, tecnicistas e restritamente burocráticas, em detrimento de um cuidado individualizado e holístico ao paciente.

Nessa ótica, percebe-se que o enfermeiro da UTIN deve exercer o gerenciamento do cuidado de maneira eficaz, realizando o julgamento clínico na assistência e a supervisão das ações executadas pela equipe técnica de enfermagem, além de valorizar a importância da realização de um exame físico minucioso e rotineiro

no RN hospitalizado. Somente a partir disso poderão ser estabelecidos os diagnósticos de enfermagem adequados e necessários para o planejamento de um cuidado seguro, integral e humanizado voltado para essa população.

- Ostomias

No que se refere às ostomias ou estomas, os participantes do presente estudo relataram possuir dificuldades em relação ao cuidado com a pele dos recém-nascidos hospitalizados. O conhecimento limitado e a deficiência de material na UTIN foram apontados pelos enfermeiros como os principais fatores que dificultam a prevenção das lesões de pele nesses pacientes, como pode ser observado nos relatos a seguir.

[...] quando tem RN com colostomia aqui, a gente acaba utilizando aqueles saquinhos coletores de urina ou então colocamos só a gaze com vaselina, pra tentar proteger um pouco a pele ao redor [...] às vezes, os bebês se movimentam muito, aí se eles estão com aqueles saquinhos descartáveis, não cola direito, saem as fezes e lesiona a pelezinha deles. É muito difícil a gente ter aquelas bolsas apropriadas pra colostomia de RN aqui, aí a gente improvisa e usa esses saquinhos ou a gaze, o que acaba lesionando a pele, porque vaza, não tem jeito. Ostomia pra gente aqui é sempre um pouco complicado [...] (Jasmin)

[...] no caso das ostomias, geralmente, queima muito, né? Aí pra prevenção dessas queimaduras, o nosso cuidado é pra que não fique vazando as fezes, limpar ao redor da ostomia, trocar o coletor sempre, pedir pro médico prescrever alguma pomada, medicamento [...] a gente tem o cuidado de ficar observando pra não extravasar, porque dependendo da ostomia, se as fezes entrarem em contato com a pele, aí queima mesmo [...] (Lírio)

[...] quanto às ostomias, a gente não tem assim uma rotina nem muito conhecimento não, até porque o cuidado com ostomia aqui é mais sazonal, quando aparece [...] (Orquídea)

Observam-se nos relatos apresentados, limitações na assistência de enfermagem ofertada aos pacientes ostomizados na UTIN, o que sugere a necessidade de um protocolo de cuidados específicos, voltado para a prevenção das lesões de pele nesses pacientes, além de uma abordagem profissional holística aos mesmos, que valorize as necessidades humanísticas no processo de cuidar.

Ostomia, estoma ou ostoma são palavras provenientes do vocabulário grego que significam *abertura* ou *boca*, e são utilizadas para caracterizar a exteriorização de uma víscera oca no corpo, podendo ser originada por diversas causas. Dependendo da parte originária do corpo, a mesma pode receber diversos nomes, sendo considerados estomas, as gastrostomias, colostomias, jejunostomias, esofagostomias, íleostomias, traqueostomias e urostomias (CRUZ; ANGELO, 2012).

Segundo Poletto et al. (2011) e Kayo et al. (2015), anomalias congênitas, deficiências genéticas ou traumas podem ocasionar a confecção de estomas respiratórios, gastrointestinais e urinários em qualquer fase da vida. Para os autores, as anomalias anorretais são as causas mais comuns da confecção de estomas intestinais de eliminação na população pediátrica, tais como: o megacólon congênito, a doença de Crohn, a enterocolite necrotizante, a retocolite ulcerativa, a polipose adenomatosa familiar e o carcinoma retal. Outras causas que podem levar à confecção de estomas respiratórios são: fistula traqueoesofágica, obstrução de traquéia, devido à traqueomalácia, entre outros.

Para Monteiro (2014), as urostomias na população pediátrica são, geralmente, originadas de complicações obstrutivas da pelve renal ou defeitos congênitos, como a mielomeningocele, válvula de uretra posterior e a má formação da coluna lombossacral. Rocha e Velhote (2015) acrescentam que as gastrostomias são realizadas em crianças, com a finalidade de alimentação a longo prazo, na existência de doenças neurológicas que impossibilitam a deglutição, como a atresia de esôfago e a estenose péptica.

Oliveira e Batista (2017) ressaltam que, independente da causa originária, a confecção de um estoma no recém-nascido representa um grande impacto na mãe e na rede familiar do mesmo. Desse modo, a equipe de saúde deve conhecer e empregar as melhores estratégias de cuidado voltadas a essa população, abordando tanto os aspectos clínicos envolvidos na assistência ao RN com estoma, bem como os sentimentos e dúvidas aflorados nos pais e familiares do neonato hospitalizado.

Cruz e Angelo (2012) corroboram essas informações, demonstrando em estudo que, as condições de saúde do RN hospitalizado na UTIN e submetido à realização de um estoma interferem na construção da identidade materna. Tal fato prejudica a imagem do filho saudável, idealizada pela mulher, durante a gestação, prejudicando também a idealização do seu papel de mãe, uma vez que gera na mesma um sentimento de ameaça ou subtração dos cuidados voltados ao filho ostomizado. Os

autores destacam também que, na maioria das vezes, os pais sentem-se meros visitantes do RN ostomizado na UTIN, o que intensifica o sofrimento dos mesmos em relação à anormalidade da imagem corporal visualizada no filho com estoma.

Sob a ótica de Boff (2017), percebe-se, nas falas dos participantes do estudo, uma predominância do modo de ser trabalho no cuidado dispensado ao neonato ostomizado, uma vez que, não foram mencionados aspectos subjetivos na assistência prestada, como a oferta de apoio e escuta sensível aos pais e familiares do RN com estoma ou estratégias de conforto e acalento direcionadas ao neonato, que se encontra em fragilidade física e emocional na UTIN.

Assim, Malagutti e Kakihara (2014) afirmam que, o enfermeiro deve estar atento a essas demandas subjetivas na assistência, pois a partir do momento em que é confeccionado um estoma no RN, cada um dos membros da família desse paciente é afetado, uma vez que o estoma não modifica somente o corpo e o funcionamento de um órgão na criança, mas altera também a interação familiar, as responsabilidades exigidas e as expectativas de vida futura dos mesmos. Dessa forma, o enfermeiro deve ir além dos cuidados técnicos requeridos pelo RN ostomizado, buscando ajudar a família a superar as dificuldades e os sentimentos de fragilidade que emergem dessa experiência precoce.

Os depoentes do presente estudo destacaram a falta de bolsas coletoras específicas para os estomas intestinais de eliminação e as dificuldades no cuidado às lesões periestoma, decorrentes da falta de conhecimento específico e da utilização de materiais inapropriados, como saquinhos coletores de urina descartáveis ou gazes com vaselina. A utilização de tais materiais consiste em uma alternativa encontrada pelos enfermeiros para a coleta dos efluentes provenientes dos estomas, porém, representa uma conduta que possibilita a ocorrência de lesões de pele, pelo fato de esses materiais não apresentarem características adequadas para manutenção da integridade da pele em recém-nascidos ostomizados.

De acordo com Collet, Silva e Aymone (2016), as bolsas coletoras são responsáveis por coletar resíduos eliminados do corpo através do estoma. Os autores afirmam que a escolha da bolsa apropriada para cada tipo de estoma deve ser realizada juntamente com um profissional estomaterapeuta, além do fato de que esses dispositivos devem obedecer a alguns requisitos básicos, como proteção da pele aderida, eficácia na coleta de resíduos, facilidade de manuseio e conforto ao paciente.

Jesus et al. (2014) afirmam que as dermatites periestoma consistem nas complicações mais comuns em pacientes ostomizados, sendo caracterizadas pela lesão cutânea decorrente de fluidos ileais alcalinos e ricos em enzimas digestivas, que, ao entrarem em contato direto com a pele, ocasionam irritações graves. Tais lesões ocorrem, também, devido à inadequação dos materiais utilizados na coleta de resíduos do estoma, além da abrasividade dos dispositivos colantes das bolsas coletoras, que, ao serem retirados frequentemente para troca, removem as camadas protetoras da pele, levando à hiperemia e erosão.

Nesse sentido, Malagutti e Kakahara (2014) defendem que o enfermeiro deve utilizar dispositivos adequados no cuidado aos estomas, incluindo protetores cutâneos, além de bolsas coletoras que contenham barreiras de proteção da pele periestoma, específicas para cada tipo de efluente.

Nota-se, no relato de Orquídea, uma limitação no conhecimento dos enfermeiros da UTIN, em relação à assistência de enfermagem aos neonatos ostomizados, o que evidencia a necessidade do desenvolvimento de atividades de educação permanente que priorizem essa temática, além da realização de treinamentos específicos, voltados aos profissionais de enfermagem atuantes na unidade.

Mendonça et al. (2015) concordam que o conhecimento do enfermeiro acerca do cuidado a ostomias é essencial na prática hospitalar, uma vez que, este profissional desenvolve um papel fundamental na construção de uma assistência individualizada e integral ao paciente ostomizado, pois além de ser o gerente do cuidado, é considerado um responsável pela promoção da qualidade de vida dessa população. Os autores enfatizam, ainda, a importância da inclusão dos familiares no processo de cuidado ao paciente ostomizado, visto que a presença dos mesmos é indispensável na recuperação desses pacientes.

Kamada e Melo (2015) acrescentam que, para a prestação de uma assistência de enfermagem adequada à criança estomizada, o enfermeiro necessita além de treinamentos técnicos, desenvolver sensibilidade e habilidade profissional, a fim de perceber as demandas biopsicossociais e espirituais do paciente e de sua rede familiar, minimizando as dificuldades enfrentadas pelos mesmos.

Assim, Souza (2015) destaca como principais cuidados de enfermagem direcionados a neonatos ostomizados, a realização da higiene periestoma com soro fisiológico; utilização da placa de hidrocolóide ao redor do estoma, como barreira

protetora cutânea; esvaziamento, troca e limpeza do dispositivo coletor, sempre que necessário; mensuração do débito coletado a cada plantão; e avaliação rotineira pelo enfermeiro, do aspecto dos efluentes e do estado geral do RN.

Vale ressaltar que o enfermeiro deve respeitar e valorizar as necessidades humanas, fornecendo apoio, acolhimento e escuta às inquietações e sentimentos das mães e dos familiares dos recém-nascidos ostomizados, além de estabelecer uma comunicação efetiva, baseada na subjetividade do cuidado, por meio da construção de vínculos com a população assistida na UTIN (SOUZA et al., 2016).

- **Sistematização da Assistência de Enfermagem**

O cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN abordou, também, aspectos relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aplicada no serviço, por meio da realização da anamnese, exame físico e demais etapas inter-relacionadas. Os depoentes enfatizaram a importância dos registros e da evolução de enfermagem, para a qualidade do cuidado prestado, destacando a notificação das lesões de pele como uma importante ferramenta para a redução da incidência dessa problemática no cenário do estudo. Tais achados podem ser observados nos depoimentos a seguir.

[...] quando o bebê chega aqui, é feito primeiramente a admissão, o exame físico, pra ver o peso do RN, a história materna e neonatal. Com o exame físico, a gente vê como tá o estado atual da pele dele, vê se tem alguma lesão de trajeto, que ocorreu antes de chegar na UTIN, lesão por pressão, ou por algum dispositivo médico. Aí, depois da primeira avaliação, que a gente faz na admissão, a gente evolui diariamente, a cada 12 horas ou de acordo com as nossas intervenções [...] (Cravo)

[...] na hora em que a gente admite o RN, a gente já olha logo, faz o exame físico completo, pra saber se tem lesão [...] a gente tem todo o cuidado de examinar logo na admissão, pra saber se esse RN já chegou com lesão de pele, e registra também, pra que os outros colegas saibam se foi desenvolvida antes, ou se foi depois de internado aqui na UTIN [...] (Begônia)

[...] a gente tem aquele cuidado de fazer a anamnese e, também, a cada plantão, quando a gente vai fazer a nossa SAE, a gente tem o cuidado de fazer a avaliação do bebê céfalocaudal, desde a cabeça até o pezinho. A gente olha as mãozinhas, olha as

costinhas dele, como é que tá o bumbumzinho, se não tem lesão começando [...] (Girassol)

[...] aqui a gente tem um livro próprio pra notificação, que é pra toda vez que a gente ver uma lesão de pele, a gente notificar, seja na admissão, ou durante a internação do RN na UTIN. Porque pode desenvolver aqui também, né? Aí quando a gente identifica uma lesão, a gente tem que notificar. Pelo menos eu notifico. Aí a nossa coordenadora e as RTs, depois faz uns levantamentos pra saber a incidência e diminuir essas lesões aqui [...] (Bromélia)

[...] a gente anotava, quando a gente percebia algum RN com lesão e notificava tudo em um livro, o controle era esse, mas ultimamente a gente não tá mais utilizando tanto esse livro pra notificar, porque a gente esquece de colocar [...] O que eu percebo muito é que a enfermagem faz tanta coisa e, às vezes, nós esquecemos de registrar, aí isso acaba prejudicando tanto os pacientes, como nós, os profissionais [...] (Alfazema)

[...] o que a gente sempre faz mesmo, quando encontra uma lesão de pele, é registrar na evolução e no livro da passagem de plantão, o que foi observado na lesão e quais os cuidados que a gente tomou no plantão [...] o livro que a gente notificava essas lesões, ele acabou ficando subutilizado, porque quase ninguém notifica, são raros os colegas aqui que fazem isso [...] (Dália)

Os participantes do estudo apontaram a utilização da SAE, enfatizando a realização da anamnese e do exame físico na admissão dos neonatos, como uma estratégia de detecção precoce das lesões de pele nos pacientes encaminhados à UTIN. O registro do processo de cuidado executado pelos enfermeiros é destacado nos relatos como uma forma de comunicação interprofissional e um instrumento facilitador para o seguimento assistencial da enfermagem na unidade.

Santos, Veiga e Andrade (2011) corroboram essas informações, afirmando que a anamnese e o exame físico possibilitam o conhecimento do cliente, o estabelecimento de vínculos, a identificação de alterações biopsicossociais e espirituais, além de permitir a definição dos diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

De acordo com Moreira et al. (2012), a SAE é embasada no Processo de Enfermagem (PE) e a sua utilização na UTIN tem uma importância fundamental para a qualidade do cuidado prestado, uma vez que, a assistência de enfermagem nessas unidades não deve ser limitada à garantia da sobrevivência dos neonatos hospitalizados,

mas também deve considerar o planejamento das ações, conforme as necessidades da população assistida.

Nessa ótica, Silva et al. (2016) acrescentam que as ações do enfermeiro necessitam ser documentadas e padronizadas, para que possam garantir a autenticidade e a otimização no processo de trabalho. Os autores afirmam que, quando o enfermeiro deixa de registrar algum procedimento ou orientação realizada, o cuidado prestado passa a não existir, tornando a assistência do mesmo inválida, o que pode culminar em processos ético-legais. Contudo, observa-se que na prática profissional, a maioria dos registros de enfermagem revelam-se superficiais ou incompletos, o que configura uma falha significativa no processo de cuidar.

Para Seignemartin et al. (2013), os registros de enfermagem devem apresentar clareza, objetividade, fidedignidade e precisão. Além de estarem legíveis, a fim de permitir um planejamento assistencial efetivo, bem como a comunicação interprofissional a respeito da evolução do paciente, com vistas à garantia da integralidade no cuidado.

Assim, de acordo com os relatos apresentados, infere-se que o enfermeiro da UTIN reconhece a necessidade de registro dos cuidados prestados ao recém-nascido hospitalizado, descrevendo a realização da evolução de enfermagem de forma rotineira, além de anotações no livro da passagem de plantão, acerca das informações coletadas na anamnese e alterações encontradas no exame físico, além dos procedimentos e intervenções executadas.

A notificação das lesões de pele foi descrita por meio dos registros dos enfermeiros na evolução de enfermagem e no relatório da passagem de plantão, além da utilização de um livro específico, no qual os mesmos notificam a ocorrência das injúrias cutâneas observadas nos recém-nascidos. De acordo com a fala de Bromélia, as notificações são utilizadas para a realização de levantamentos acerca da incidência dessas lesões na população hospitalizada na UTIN, além de subsidiar estratégias para a redução dos diagnósticos de integridade da pele prejudicada no setor.

Entretanto, como evidenciado nos relatos de Alfazema e Dália, destaca-se a subnotificação dessas lesões na unidade, o que representa uma lacuna no cuidado do enfermeiro, além de dificultar o gerenciamento de riscos e o planejamento das estratégias de prevenção dessa problemática. Observa-se no discurso de Alfazema, que a mesma atribui essa falha ao esquecimento dos profissionais de enfermagem em realizar o registro da assistência prestada, o que, segundo a depoente, ocasiona

prejuízos tanto à clientela assistida quanto aos profissionais envolvidos no processo de cuidar.

Esses achados condizem com o estudo de Mittag et al. (2017), que destaca o papel fundamental da monitorização de eventos adversos, por meio da notificação de lesões de pele, no gerenciamento de riscos e, conseqüentemente, na segurança do paciente. Porém, as autoras destacam na pesquisa realizada em um hospital de ensino da cidade de Curitiba que, apesar da existência de instrumentos para a notificação de eventos adversos no cenário do estudo, a maioria dos enfermeiros (52%) não realizou notificações das lesões de pele, o que demanda intervenções por parte da estrutura organizacional dos serviços de saúde no que se refere à aplicação da SAE, implementação de protocolos assistenciais e qualificação profissional.

Novaretti et al. (2014) corroboram com essas informações, atribuindo a ocorrência de eventos adversos em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva à sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem. Os autores explicam que os pacientes hospitalizados nessas unidades são mais vulneráveis a esses eventos, devido ao dimensionamento inadequado do quadro de pessoal da enfermagem, à utilização frequente de tecnologias terapêuticas complexas e ao elevado número de intervenções realizadas nesses ambientes.

Nesse sentido, Figueiredo et al. (2018) destacam que eventos adversos, como as lesões de pele, devem ser amplamente investigados, desde os fatores contribuintes para a sua ocorrência até os fatores que possam mitigá-los, além dos métodos para detecção de incidentes, avaliação das características dos pacientes e evolução dos mesmos diante de ações implementadas para o desenvolvimento de avanços na segurança do cuidado. Para os autores, a prática dos registros e a discussão a respeito das circunstâncias e condutas profissionais que propiciam a incidência de tais eventos, constituem um caminho a ser seguido para a transformação da práxis de enfermagem e da realidade nos serviços de saúde.

Dessa forma, nota-se que a realização adequada dos registros de enfermagem, bem como a notificação rotineira das lesões de pele, por meio da utilização de instrumentos específicos, contribuem para a melhoria na qualidade do cuidado do enfermeiro ao RN hospitalizado na UTIN. A aplicação do Processo de Enfermagem, utilizando a SAE, representa uma importante ferramenta para o planejamento e organização da assistência, além de favorecer a comunicação interprofissional, a abordagem integral ao paciente e a otimização do serviço de saúde.

4.3 Dificuldades e possibilidades no cuidado com a pele do recém-nascido na UTIN

Essa categoria retrata as dificuldades e as possibilidades apontadas pelos depoentes em relação ao cuidado com a pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN. Entre as dificuldades relatadas, destacou-se a falta de padronização nos registros e a notificação exígua de lesões, como demonstrado nas falas que seguem.

[...] eu vejo que falta uma padronização nos registros, assim, do que a gente observou na lesão, do estado do RN [...] a gente poderia usar uma escala, que é algo mais objetivo né pra avaliar as lesões? Mas a gente não usa ainda. Os nossos registros são mais subjetivos mesmo, de acordo com a visão de cada enfermeiro [...] (Dália)

[...] dificuldade tem, porque os nossos registros não são padronizados, cada um faz a sua avaliação e escreve de um jeito. Por exemplo, se um colega enfermeiro diz na evolução dele que a pele do bebê tá um pouco hiperemiada, o que é pouco pra ele pode não ser pouco pra mim. E aí, como é que eu vou saber se ali já não era uma lesão mesmo? [...] outra dificuldade que eu vejo é na parte das notificações de lesões, que nem sempre são realizadas por todos os enfermeiros aqui na UTIN [...] (Orquídea)

[...] eu acho que uma grande dificuldade é na questão das notificações de lesões, porque a gente tem um livro aqui, mas não há uma sensibilização suficiente pra registrar as lesões de pele, são pouquíssimos enfermeiros que fazem essa notificação. Além do mais, a nossa avaliação das lesões aqui, ela é muito subjetiva, a gente não utiliza nenhuma escala, nada do tipo, pra caracterizar mais objetivamente essas lesões que a gente encontra [...] (Rosa)

A falta de padronização dos registros a respeito da avaliação do recém-nascido foi abordada pelos participantes como uma das dificuldades em relação à manutenção da integridade da pele dos pacientes na UTIN. Conforme observado nos relatos, a predominância da avaliação subjetiva do enfermeiro dificulta a continuidade da assistência de enfermagem, uma vez que, prejudica a tomada de decisão e o estabelecimento de um plano de cuidados fidedigno a essa clientela.

Os participantes sugerem a utilização de escalas na prática assistencial, em associação à avaliação subjetiva da pele do recém-nascido, a fim de permitir a uniformidade dos registros e a padronização das intervenções de enfermagem,

baseadas nas alterações da pele observadas no exame físico dos neonatos hospitalizados na unidade.

Moreira et al. (2012) ratificam esses achados, afirmando em estudo que a falta de padronização nos registros de enfermagem pode dificultar a assistência individualizada voltada às necessidades reais do recém-nascido. Pereira, Coelho e Bachion (2016) corroboram essas informações e acrescentam que a preocupação da enfermagem com a utilização e documentação correta dos cuidados prestados constitui um fenômeno relevante. Na visão desses autores, o desenvolvimento e uso de instrumentos padronizados, com base nas teorias de enfermagem, favorecem a aplicação correta do Processo de Enfermagem, proporcionando melhorias no gerenciamento do cuidado em UTIN.

De acordo com Montanholi, Merigh e Jesus (2011), a padronização da assistência de enfermagem, bem como de seus registros, direciona o julgamento clínico do enfermeiro no processo de tomada de decisão, facilitando a elaboração de um plano de cuidados adequado e voltado às necessidades de cada neonato.

Schardosim (2012) reitera essas informações e infere que a monitorização das condições da pele do RN serve para direcionar os cuidados do enfermeiro, devendo, portanto, ser realizada de forma objetiva e sistemática. Porém, observa-se nas instituições de saúde que tal avaliação é descrita, muitas vezes, de forma predominantemente subjetiva, o que gera discrepâncias nas ações de enfermagem, ocasionadas pela experiência clínica diferente e subjetividade de cada profissional. Nesse sentido, os autores defendem a utilização de escalas na prática de enfermagem, com o objetivo de padronizar a avaliação do estado de saúde dos clientes e, conseqüentemente, favorecer a elaboração de protocolos assistenciais.

Schardosim et al. (2014) sugerem a inserção da *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS) na prática assistencial da enfermagem brasileira, por se tratar de um instrumento validado, objetivo e de fácil aplicação, que pode auxiliar as equipes de neonatologia na avaliação das condições da pele de RN hospitalizados. Vale destacar que a utilização da NSCS em UTIN é relevante, pois permite classificar o risco de integridade da pele prejudicada de neonatos críticos, por meio da avaliação de três fatores: secura, eritema e ruptura/lesão. Dessa forma, observou-se em estudo que a aplicação desse instrumento demonstrou ser importante para a padronização e qualidade do cuidado prestado a essa população.

Quanto à notificação das lesões de pele, apontada nos relatos dos participantes do presente estudo, a mesma mostrou-se exígua na UTIN. Esse fato se assemelha aos resultados apresentados no estudo de Saraiva (2015), que destacou a ocorrência das lesões de pele como um dos eventos adversos frequentes, durante a internação de neonatos em uma UTIN, além da considerável taxa desses eventos adversos, subnotificados na unidade (49%).

Tais achados demonstram a necessidade de incentivo nos serviços de saúde à notificação das lesões de pele, uma vez que, as mesmas apresentam grandes possibilidades de prevenção. A autora supracitada destaca, ainda, que as instituições de saúde necessitam estimular os profissionais de enfermagem a adotar comportamentos seguros, que reduzam os riscos e a incidência de danos preveníveis aos pacientes neonatais.

A literatura também destaca que a mensuração de eventos adversos, como as lesões de pele, é considerada difícil, pois depende da notificação voluntária dos profissionais de saúde, que, na maioria das vezes, não realizam essa notificação por temerem punições, exposição e julgamento perante os colegas da equipe, entre outras consequências (MATTSON et al., 2013; WONG et al., 2015).

De acordo com Lanzillotti et al. (2016), a cultura de culpabilizar os profissionais envolvidos na ocorrência de erros relacionados à assistência à saúde pode explicar a subnotificação de eventos adversos em UTIN. Isso configura uma falha latente no cuidado de enfermagem, que pode ser detectada mediante a utilização de sistemas de notificação. Os autores destacam o Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária (NOTIVISA) como uma ferramenta relevante, que pode ser utilizada em todos os serviços de saúde, uma vez que, registra incidentes, inclusive eventos adversos, de forma voluntária e anônima. Vale destacar que os dados gerados pelo NOTIVISA subsidiam o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), propiciando o desenvolvimento de ações de proteção e segurança à saúde.

Nessa ótica, Lanzillotti et al. (2015) ressaltam em estudo que a ocorrência de incidentes, como as lesões cutâneas na população neonatal, é preocupante e pode ter causas advindas da ausência de protocolos assistenciais específicos, falta de incentivo institucional, imperícia profissional ou fragilidade no trabalho em equipe. Tal estudo sugere a utilização de sistemas de notificação, além da realização de treinamentos e de educação continuada para as equipes atuantes no cuidado em

UTIN, em prol da redução dessa problemática e de melhorias na qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Com base nisso, sugere-se o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a padronização dos registros de enfermagem na UTIN, bem como a utilização de instrumentos objetivos de avaliação da pele do RN, na prática assistencial. Percebe-se, também, que a notificação das lesões de pele, por meio de um sistema informatizado, é fundamental para a redução da ocorrência desses eventos adversos no setor, a fim de estimular a cultura de segurança entre os profissionais da instituição e promover melhorias no cuidado ofertado aos recém-nascidos hospitalizados.

Outra dificuldade apontada pelos participantes do presente estudo foi a falta de colaboração da equipe e a resistência de alguns profissionais em práticas defasadas, conforme apresentando nos relatos adiante.

[...] a dificuldade maior, assim, é a falta de colaboração da equipe, a resistência, porque a gente conversa, orienta e cobra, aí alguns fazem o que é certo, outros não fazem, insistem em práticas defasadas também, o que acaba ficando complicado [...] (Hibisco)

[...] as dificuldades que tem, é mais a adesão da própria equipe, que você tem que tá em cima toda hora, cobrando, observando, por exemplo, se os técnicos estão fazendo mesmo o rodízio dos sensores, se estão trocando direitinho as fixações [...] (Bromélia)

[...] tem também a resistência de algumas pessoas da equipe em não realizar as condutas recomendadas pela gente, porque elas sabem o que tem que fazer pra prevenir lesão, como a mudança de decúbito, rodízio de sensores, mas não é toda vez que fazem, aí a gente tem que ficar cobrando direto [...] (Lírio)

[...] o que dificulta muito aqui é a equipe, porque por mais que a gente faça as orientações, existe uma resistência de alguns profissionais, por exemplo, em utilizar muitos adesivos, a gente orienta que tem que ser o mínimo possível, aí eles persistem em utilizar muitos adesivos desnecessários. A gente sempre conversa e, por mais que a gente converse, acaba acontecendo ainda, principalmente, aqueles profissionais mais velhos. Então, às vezes, a gente reclama, aí eles fazem cara feia e não tem jeito, a assistência acaba ficando prejudicada [...] (Margarida)

Observa-se, a partir dos relatos, que os enfermeiros compreendem e executam a função de líder da equipe de enfermagem da UTIN, embora tenham mencionado situações em que encontram dificuldades na gestão do cuidado ao RN hospitalizado.

Os participantes destacaram seu posicionamento diante da resistência de alguns profissionais técnicos de enfermagem, além da adoção de uma postura impositiva com os mesmos, a fim de reduzir a resistência desses profissionais em práticas defasadas e errôneas no processo de trabalho.

Os participantes relataram que, apesar de realizarem orientações à equipe técnica de enfermagem, procurando diminuir os conflitos por meio da conversa/diálogo, alguns profissionais insistem em não executar corretamente as prescrições de enfermagem, o que acaba gerando desentendimentos, insatisfação, desmotivação e má qualidade no cuidado prestado.

Para o enfrentamento dessa problemática, Amestoy et al. (2016) apontam a necessidade do estabelecimento de relações baseadas na escuta e no diálogo interprofissional na enfermagem. De acordo com os autores, as conversas entre enfermeiro e técnicos de enfermagem devem possibilitar uma comunicação efetiva, que leve em consideração os conhecimentos dos profissionais, inclusive, dos mais antigos, além das vivências e convicções de cada um, buscando chegar a um acordo coerente com as práticas recomendadas pela literatura para a segurança do paciente.

Nessa ótica, Moura et al. (2013) acrescentam que o enfermeiro deve compreender a importância da liderança como uma aprendizagem contínua e dinâmica para toda a equipe, mostrando-se capaz de liderar os profissionais de enfermagem, de forma que os mesmos se sintam valorizados e entusiasmados em exercer corretamente suas atribuições, trabalhando em conjunto para o alcance de objetivos comuns. Dessa forma, os autores destacam que, para o enfermeiro exercer uma boa liderança, o mesmo deve possuir habilidade em relacionamento interpessoal, competência na tomada de decisões, flexibilidade, criatividade, além de apoiar e facilitar o desenvolvimento do processo de trabalho.

Essas informações se assemelham ao estudo de Rodrigues et al. (2016), que demonstrou que os conflitos entre os membros da equipe podem ocasionar falta de comprometimento com as atividades desempenhadas no trabalho ou, até mesmo, frustração de alguns profissionais. Assim, para a construção de um trabalho em equipe, torna-se necessário que o enfermeiro proporcione o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando ser flexível no estabelecimento de regras, valorizando as negociações e os acordos entre os demais profissionais, a fim de compartilhar as decisões e responsabilidades no cuidado. Ressalta-se que o respeito, a cordialidade e a tolerância se mostram fatores positivos na condução desse processo.

Para Balsanelli e Cunha (2016), a liderança eficaz do enfermeiro é aquela que melhora a qualidade do cuidado de enfermagem, na medida em que inspira e motiva a equipe a assimilar ações inovadoras e transformadoras. Além de estimular o compromisso dos profissionais com a mudança, por meio de uma relação de respeito e confiança entre líder e liderados, garantindo a efetividade no atendimento, em decorrência da satisfação empregada no trabalho.

Dessa forma, o exercício de uma liderança dialógica consiste em uma importante alternativa para o enfrentamento da dificuldade apontada pelos depoentes do presente estudo, em relação à falta de colaboração e resistência da equipe em práticas defasadas na UTIN. A comunicação horizontal entre enfermeiro e técnicos de enfermagem, aliada à co-responsabilização do cuidado ao RN e à valorização da equipe de trabalho favorecem a resolução dos conflitos e propicia o acontecimento de mudanças relevantes nas práticas assistenciais.

O conhecimento limitado no cuidado a ostomias também foi apontado pelos participantes desse estudo como um aspecto que dificulta o cuidado do enfermeiro com a pele de RN na UTIN, como pode ser observado a seguir.

[...] porque, geralmente, quando surge um bebê com ostomia, a gente sempre tem dificuldades, como o que a gente deve utilizar nessa ostomia, como fazer a troca daquelas bolsas de karaya, sempre eu vejo que tem muito essa dificuldade [...] (Girassol)

[...] outra dificuldade também é no cuidado com ostomias, que a gente tem esse déficit de conhecimento, de quais materiais adequados pra usar, como cuidar de ostomia em recém-nascido prematuro, que a gente não vê isso na graduação [...] (Rosa)

[...] o que ajuda mais é que a gente tem como recorrer às estomaterapeutas, que a gente tem contato, na amizade [...] aí sempre que aparece ostomia aqui e surgem essas dificuldades, a gente entra em contato e pede algumas orientações [...] (Alfazema)

[...] a dificuldade mesmo aqui é quando aparece uma criança com ostomia, porque a gente não tem tanta aproximação com esse conhecimento na graduação, né? A gente até vê ostomias na academia, mas é mais de uma forma geral, pelo menos na minha formação foi assim, não vi nada direcionado ao RN com ostomia [...] Aí a gente fica sem muita direção pra exercer os cuidados [...] ostomia aqui pra gente é sempre um pouco complicado [...] (Jasmin)

Os depoentes mencionaram as dificuldades na assistência ao RN ostomizado, destacando o conhecimento limitado advindo da formação acadêmica generalista dos mesmos. Os participantes relataram, ainda, que buscam um direcionamento para os cuidados ofertados a essa população, por meio da comunicação e de orientações fornecidas por enfermeiros estomaterapeutas que frequentam esporadicamente o setor.

No contexto do cuidado à pessoa estomizada, o enfermeiro estomaterapeuta se destaca como um profissional capacitado, por possuir conhecimento, treinamento e habilidades específicas para assistir à criança com estoma. Porém, na ausência do mesmo no serviço de saúde, o enfermeiro generalista deve ser minimamente capacitado para assistir essa população, bem como prover orientações de cuidado à família do paciente nessa condição (KAYO et al., 2015; CESARETTI et al., 2015).

Assim, percebe-se nos relatos dos participantes do presente estudo, uma necessidade de investimento da instituição de saúde na qualificação dos profissionais de enfermagem da UTIN, a fim de se obter melhorias na assistência ofertada a essa clientela.

Em consonância a esses achados, Poletto et al. (2011) afirmam que a falta de profissionais capacitados gera impacto direto no cuidado à criança ostomizada e em seus familiares. De acordo com os autores, o enfermeiro generalista deve possuir conhecimento teórico-prático suficiente para assistir à criança estomizada, além de desempenhar habilidades educativas para preparar os pais e familiares no cuidado da criança com estoma e no manejo dos dispositivos utilizados.

Mauricio, Souza e Lisboa (2013) corroboram essas informações e sugerem a oferta de cursos de capacitação, especialização e educação permanente a enfermeiros que atuam diretamente no cuidado a clientes ostomizados, a fim de favorecer melhorias na assistência prestada a essa população, nas instituições de saúde. Vale destacar, também, a necessidade da busca individual de aprofundamento científico nessa temática, pelos enfermeiros da UTIN, uma vez que, a co-responsabilização pela execução de práticas seguras e de qualidade no cuidado ao RN hospitalizado deve ser estabelecida tanto à equipe como à instituição de saúde.

Melo e Kamada (2015) concordam que a assistência adequada prestada pelo enfermeiro às crianças ostomizadas demanda treinamentos técnicos, sensibilidade e habilidade no trabalho. Para isso, é fundamental que o enfermeiro esteja familiarizado com os dispositivos utilizados em cada tipo de estoma, além de saber lidar com as

demandas biopsicossociais e espirituais do paciente e da família envolvida nesse processo. Ressalta-se que o enfermeiro deve desenvolver, também, estratégias que possibilitem prevenir as dermatites periestoma, executando a limpeza e a troca adequada dos dispositivos utilizados, bem como orientar os pais e familiares do paciente estomizado no cuidado a essa condição.

A disponibilidade e qualidade reduzida de materiais também foram retratadas pelos participantes como dificuldades na prática de cuidados do enfermeiro para a manutenção da integridade da pele de neonatos hospitalizados.

[...] as dificuldades maiores são a falta de material adequado, a qualidade ruim de alguns materiais, como hidrocoloide que não gruda, transpore que não gruda, aí você tem que tá toda hora colocando e trocando sonda, porque o hidrocolóide é que ajuda a fixar a sonda. Então, toda hora você tem que trocar, o que não era pra ser assim [...] (Amarílis)

[...] às vezes, faltam alguns materiais e substâncias pra prevenir lesões de pele, por deficiência da gestão mesmo. Isso não ocorre com frequência, mas acontece e se torna uma dificuldade pra gente [...] (Cravo)

[...] o problema aqui é a falta de material, porque, às vezes, faltam algumas coisas e a gente tem que utilizar o que não é muito apropriado na pele do RN [...] (Dália)

[...] dificuldade mais é em relação à falta de material, porque nem todo material adequado tem aqui, falta alguns materiais importantes, que a gente poderia utilizar na pele do RN, pra conseguir a proteção que deveria, mas a gente nem sempre tem acesso e isso é um fator que dificulta muito a prevenção de lesões aqui [...] (Lavanda)

A prevenção das lesões de pele em RN hospitalizados na UTIN demonstrou ser uma tarefa desafiadora para os participantes, uma vez que, a instituição não dispõe de materiais em número suficiente e qualidade adequada para a proteção cutânea dos neonatos. Em decorrência disso, alguns materiais não indicados acabam sendo utilizados na pele dos recém-nascidos, conforme relatado por Dália. Cravo atribui essa problemática à deficiência da gestão da instituição de saúde, amenizando que não ocorre rotineiramente, mas que representa uma dificuldade significativa na prática assistencial.

Esses resultados encontram consistência no estudo de Rodrigues et al (2016), que aponta a escassez, ou até mesmo a falta de materiais, como fatores limitantes do cuidado de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Tal fato pode levar os profissionais a improvisar ou a substituir os materiais utilizados, o que acaba gerando uma redução da qualidade da assistência prestada aos pacientes. Na visão dos autores, a falta de recursos leva à insatisfação e desmotivação profissional no trabalho, uma vez que, ultrapassa a capacidade do trabalhador em realizar um cuidado adequado e seguro à população atendida.

Para Silveira et al. (2012), as condições inapropriadas de trabalho, como a precariedade e a insuficiência de recursos materiais, são as principais dificuldades apontadas pelos profissionais de unidades de cuidados complexos, que fazem os mesmos se sentirem impotentes e frustrados, no desempenho das atividades laborais.

A responsabilização da gestão mencionada no depoimento de Cravo encontra sustentação no estudo de Abreu, Gonçalves e Simões (2014), que também atribui à gestão institucional os problemas emergidos na assistência em unidades de terapia intensiva, como a escassez de equipamentos, recursos e materiais. Nesse sentido, os autores sugerem o estabelecimento da gestão participativa nos serviços de saúde, em que a preocupação com a qualidade do cuidado e com a melhoria das condições de trabalho prevaleça sobre as questões burocráticas e administrativas.

Amaral, Ribeiro e Paixão (2015) concordam e apontam em pesquisa que a falta de recursos materiais no ambiente hospitalar prejudica a realização das atividades laborais, comprometendo a segurança do paciente e a qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem.

Com base nos aspectos discutidos, pode-se inferir que a disponibilidade e qualidade reduzida dos materiais utilizados no cuidado do enfermeiro com a pele do recém-nascido na UTIN representa uma problemática significativa, que interfere na qualidade da assistência prestada e na segurança da clientela atendida. Dessa forma, cabe aos gestores dos serviços e instituições de saúde, o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a oferta em qualidade e quantidade adequadas de insumos, para garantir uma assistência eficaz aos neonatos hospitalizados, a fim de favorecer melhorias no cuidado e proporcionar o aumento na satisfação dos profissionais de saúde.

Entre as possibilidades relatadas pelos participantes do presente estudo, destacaram-se a existência de educação permanente no serviço, a comunicação

interprofissional e a autonomia do enfermeiro, conforme pode ser observado nos discursos que seguem.

[...] as possibilidades é que sempre tem reuniões, orientações e capacitações aqui [...] existe um núcleo de educação permanente na casa, que sempre desenvolve atividades, como também, a gente faz grupos de discussão aqui na própria UTIN. Às vezes, no próprio plantão mesmo, a gente reúne os funcionários e passa algumas informações, vídeos, faz rodas de conversa [...] (Lírio)

[...] o que ajuda muito são as rodas de conversa, a comunicação interprofissional, a educação permanente, que existe aqui, por meio do núcleo [...] (Margarida)

[...] tem também as rodas de conversa. Sempre que as nossas RTs recebem materiais novos ou alguma orientação, elas passam pra gente, quando tem alguma mudança recente ou algum produto novo, elas sempre chamam todos os enfermeiros e fazem reuniões pra discutir e melhorar a assistência [...] (Bromélia)

[...] uma das possibilidades que eu vejo é, principalmente, a capacidade e a autonomia que o enfermeiro capacitado tem pra investigar, avaliar, prevenir e tratar lesões de pele [...] (Orquídea)

[...] um lado facilitador é a autonomia que a gente tem pra saber o que nós vamos utilizar em certas lesões [...] eu vejo que, através do conhecimento, a gente tem essa autonomia pra intervir [...] a gente chega e diz pro médico: “olha Dr., eu vou utilizar isso, porque a lesão tá desse jeito e segundo a literatura, esse produto é mais adequado”. Quando a gente se capacita, a gente tem essa autonomia e é uma coisa muito boa [...] (Girassol)

Os enfermeiros valorizaram, em seus depoimentos, a existência de educação permanente no serviço, bem como a realização rotineira de rodas de conversas, reuniões e grupos de discussão, objetivando a troca de informações relevantes e atuais no cuidado à pele do recém-nascido hospitalizado na UTIN.

Para Soares et al. (2016), isso representa um aspecto positivo, pois a educação permanente em saúde é vista como uma estratégia significativa para a qualidade do cuidado, uma vez que, contribui para a qualificação contínua dos profissionais, possibilitando ações pontuais, a fim de prevenir os problemas que possam emergir na assistência à saúde.

De acordo com Brasil (2009), a educação permanente em saúde acontece por meio de intervenções intencionais, previamente planejadas, que possuem a missão de fortalecer os conhecimentos, as práticas e as atitudes dos profissionais envolvidos no cuidado. Vale destacar que esse processo permite, além da educação profissional, a transformação da realidade dos serviços de saúde, de forma progressiva e sistemática.

Conforme Paim e Backes (2015), a implementação de práticas educativas no cotidiano hospitalar favorece uma assistência à saúde qualificada, integral e resolutiva, que busca, não apenas a atualização profissional e a troca de saberes, mas também direciona a mobilização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, para a transformação da realidade dos serviços, por meio da criatividade e inovação. Para os autores, estratégias de aprendizagem, como as rodas de conversas e os grupos de discussão, favorecem o desenvolvimento do pensamento crítico dialógico, possibilitado por meio do espaço de participação coletiva, que colabora para a produção de novos conhecimentos em busca de transformações.

Em relação à comunicação interprofissional mencionada como uma possibilidade no cuidado ao recém-nascido hospitalizado na UTIN, Neto et al. (2016) corroboram esse aspecto positivo, pois segundo os autores, a vivência de momentos que favoreçam a comunicação interprofissional representa uma estratégia de superação das fragilidades cotidianas encontradas na prática assistencial da unidade de cuidados intensivos.

Broca e Ferreira (2012) evidenciaram em estudo que a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem é otimizada em função do cuidado ofertado ao cliente, por meio da interação dialógica; compreensão da interdependência no processo de trabalho; reconhecimento profissional; compartilhamento e atualização de conhecimentos, por meio de reuniões em grupo e rodas de conversa, quando os assuntos couberem a todos da equipe ou conversas individuais e reservadas, quando assim as situações vivenciadas pelos membros da equipe requerer.

Assim, é possível inferir que a comunicação entre os profissionais de enfermagem da UTIN representa um elemento fundamental para a qualidade do cuidado prestado, uma vez que, representa o alicerce das relações interpessoais no ambiente de trabalho, possibilitando a busca conjunta de melhorias assistenciais, que favoreçam a humanização, a segurança do paciente e a adoção de uma abordagem integral ao neonato hospitalizado.

A autonomia do enfermeiro, no cuidado com a pele dos recém-nascidos internados na UTIN, representa outra possibilidade na manutenção da integridade da pele dessa população. Os relatos de Orquídea e Girassol, previamente apresentados, evidenciam essa afirmação, quando relacionam o conhecimento e a capacitação profissional do enfermeiro à possibilidade do mesmo de realizar intervenções efetivas para a prevenção e o tratamento das injúrias cutâneas nessa clientela.

O conhecimento pode ser definido como uma fonte primária para a autonomia profissional. Por meio dele, o enfermeiro adquire respeito e confiança dos demais profissionais da equipe, além de desempenhar um trabalho interdisciplinar eficiente. O conhecimento e a capacitação profissional são importantes para a assistência direta e para a resolutividade dos problemas de saúde da clientela atendida. Também favorece ao profissional um empoderamento, com plena capacidade de atuação coerente e eficaz (BRUM et al., 2015).

Esse empoderamento encontra consonância no estudo de Santos et al. (2017), que afirma que o enfermeiro detém autonomia no manejo das lesões de pele, quando acumula independência moral e intelectual para a tomada de decisões de forma livre, demonstrando competência para realizar escolhas seguras e conscientes, que favoreçam os aspectos preventivos e os relacionados ao tratamento de afecções cutâneas. O estudo aponta a utilização de protocolos assistenciais de enfermagem como um instrumento facilitador do desenvolvimento da autonomia do enfermeiro no manejo das lesões de pele, uma vez que, tal ferramenta direciona as intervenções de enfermagem sem a interferência de outros profissionais da equipe de saúde.

Nesse contexto, Pires (2009) destaca que a interferência direta de outros profissionais, principalmente médicos, nas intervenções de enfermagem consiste em um fator negativo para o estabelecimento da autonomia do enfermeiro no ambiente hospitalar. Pode ser citada, a exemplo disso, a resistência médica quanto à prescrição de coberturas pelo enfermeiro, no que diz respeito ao manejo das lesões de pele em pacientes hospitalizados. Entretanto, o autor ressalta que essa interferência não construtiva pode ser contornada por meio da criação e da implementação de protocolos de cuidados de enfermagem, para a prevenção e tratamento de lesões cutâneas.

Segundo Brum et al. (2015), os protocolos respaldam as práticas dos profissionais de enfermagem, no que diz respeito à avaliação, diagnóstico, planejamento, tratamento, evolução e registro de todos os dados do paciente. Assim

como na implantação de ações de educação permanente, incluindo a equipe, o paciente, os familiares e os demais cuidadores.

Para tal, são necessários o aperfeiçoamento e a padronização dos procedimentos de prevenção e tratamento de feridas, além do empenho dos profissionais de enfermagem na construção de protocolos que detenham respaldo legal e científico, justificados por meio de evidências atuais, a fim de otimizar o cuidado direcionado ao paciente com risco ou diagnóstico presente de integridade da pele prejudicada (GIL, 2009; SANTOS et al., 2017).

Assim, nota-se que o enfermeiro da UTIN deve insistir na busca individual pelo conhecimento e aprofundamento científico, além da necessidade relevante do incentivo da instituição de saúde, na construção de protocolos assistenciais de enfermagem, objetivando o aprimoramento do cuidado direcionado à pele do recém-nascido hospitalizado e o estímulo ao empoderamento da enfermagem no manejo das injúrias cutâneas.

4.4 Proposta de protocolo de cuidados de prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados

A proposta de protocolo a seguir apresenta os cuidados de enfermagem para a prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados em UTIN. Ressalta-se que, os cuidados apresentados foram elencados pelos participantes do estudo à medida que se realizavam os grupos focais.

Dessa forma, após a enumeração dos cuidados, foram realizadas buscas na literatura científica atual a respeito da temática de cuidados de enfermagem com a pele de neonatos hospitalizados, a fim de justificar, complementar e enriquecer a proposta de protocolo, construída juntamente com os profissionais participantes do estudo.

Utilizaram-se os manuais do Ministério da Saúde, que preconizam as melhores práticas baseadas em evidências na assistência à saúde de recém-nascidos, além de consensos e estudos, que abordaram a realidade dos cuidados para a prevenção das lesões de pele em neonatos. Assim, as pesquisas foram realizadas nas seguintes bases de dados internacionais: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE/ PUBMED (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences).

Os descritores utilizados foram: recém-nascido, newborn, recién nacido; pele, skin, piel; cuidados de enfermagem, nursing care, cuidados de enfermería; unidades de terapia intensiva neonatal, neonatal intensive care units, unidades de terapia intensiva neonatal. O material levantado permitiu a complementação da proposta de protocolo, construída pelos enfermeiros nos grupos focais, além de justificar os cuidados explicitados, conforme as evidências científicas encontradas.

Quadro 1 - Proposta de protocolo de cuidados de prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na UTIN	Justificativas baseadas em evidências científicas atuais
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar anamnese e exame físico na admissão do RN; - Realizar exame físico do RN, a cada plantão; - Buscar sinais de lesões de pele como hiperemia, ressecamento, descamação, erupções e fissuras; - Registrar alterações encontradas no exame físico; - Registrar os cuidados de enfermagem prestados, a cada plantão; 	<p>O exame físico realizado na admissão deve ser repetido diariamente, para se ter uma avaliação contínua e fidedigna das condições da pele do RN (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012; ALVES et al., 2016).</p> <p>Justificativa: Avaliar a pele do RN admitido na UTIN, de forma sistemática, identificando o risco de integridade da pele prejudicada e as lesões preexistentes.</p> <p>As observações e intervenções do enfermeiro necessitam ser documentadas, para que possam garantir a autenticidade e a otimização no processo de trabalho (SILVA et al., 2016).</p> <p>Os registros de enfermagem possibilitam um planejamento assistencial efetivo, com vistas à integralidade do cuidado (SEIGNEMARTIN et al., 2013).</p> <p>Justificativa: O registro do processo do cuidado é um instrumento facilitador no seguimento assistencial de enfermagem, além de contribuir para a comunicação interprofissional.</p>

<p>- Estabelecer um plano de cuidados individualizado ao RN, utilizando a SAE;</p> <p>- Notificar as lesões de pele encontradas</p>	<p>O enfermeiro deve estar atento às necessidades de cada recém-nascido, estabelecendo um plano de cuidados individualizado, por meio da aplicação da SAE (MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).</p> <p>Justificativa: A aplicação do Processo de Enfermagem, utilizando a SAE, representa uma importante ferramenta para o planejamento e organização da assistência.</p> <p>As lesões de pele caracterizam-se como eventos adversos, que devem ser notificados, para a determinação da magnitude de sua ocorrência, identificação de estratégias para a diminuição do número de casos e, conseqüentemente, para a melhoria do cuidado fornecido ao RN (LANZILLOTTI et al., 2016).</p> <p>Justificativa: Estimular a cultura de segurança entre os profissionais da UTIN e promover melhorias na assistência ao neonato hospitalizado.</p>
<p>Cuidados de enfermagem com a pele do recém-nascido na UTIN</p>	<p>Justificativas baseadas em evidências científicas atuais</p>
<p>• Manuseio mínimo e mudança de decúbito</p> <p>- Realizar conduta neuroprotetora em RN instáveis</p> <p>- Realizar mudança de decúbito nos RN estáveis a cada 3 horas</p>	<p>A conduta neuroprotetora preconiza o manuseio mínimo durante as primeiras 72 horas de vida dos RN com quadro de instabilidade nos parâmetros cerebrovasculares, a fim de se evitar complicações no estado de saúde desses pacientes (CABRAL; VELLOSO, 2014)</p> <p>Justificativa: Evitar a piora no quadro neurológico de RN instáveis e o desenvolvimento de complicações nos demais sistemas do organismo.</p> <p>A mudança de decúbito, a cada 2 ou 3 horas promove a distribuição dos pontos de</p>

<p>- Proteger as proeminências ósseas com placas de hidrocolóide e uso de coxins</p> <p>- Evitar massagear a pele do RN sobre as proeminências ósseas</p> <p>- Preparar o leito do RN, mantendo os lençóis limpos, esticados e sem dobras</p>	<p>pressão e com isso, a redução da incidência de lesões de pele.</p> <p>A mobilização do RN deve ser realizada levando-se em consideração o quadro clínico do paciente (XAVIER et al., 2012; MENDES et al., 2013; ALVES et al., 2016).</p> <p>Justificativa: A mudança de decúbito previne o desenvolvimento de lesões por pressão, favorecendo uma melhor circulação corporal e alívio dos pontos de pressão na pele do RN.</p> <p>O uso de coxins e coberturas protetoras das proeminências ósseas, como os hidrocolóides, constituem importantes ações de prevenção das lesões por pressão em pacientes críticos (STEIN et al., 2012)</p> <p>Os coxins diminuem a pressão do peso corporal localizada, favorecendo um aumento na circulação local, o que impede a isquemia e o desenvolvimento de lesões de pele. (NESS; DAVIS; CAREY, 2013, SANTOS; COSTA, 2014).</p> <p>Justificativa: Diminuir a fricção e o cisalhamento nas áreas que são favoráveis ao desenvolvimento de lesões por pressão e reduzir a pressão corporal localizada na pele do RN.</p> <p>A fricção e o cisalhamento podem danificar os tecidos superficiais da pele do RN, ocasionando lesões como flictemas e abrasões. A massagem sobre as proeminências ósseas e as dobras nos lençóis podem intensificar o risco do desenvolvimento dessas lesões (SOUZA, 2015).</p> <p>Justificativa: Evitar forças mecânicas externas que predisponham o aparecimento de lesões.</p>
---	---

<p>• Fototerapia</p> <p>- Utilizar proteção ocular no RN em fototerapia</p> <p>- Utilizar protetor ocular apropriado no RN</p> <p>- Evitar o uso de protetores oculares improvisados com esparadrapo e filme de raio X</p> <p>- Retirar proteção ocular do RN antes do banho, da troca de fraldas e da amamentação</p> <p>- Proceder a higienização rotineira dos protetores oculares, de acordo o material constituinte dos mesmos</p> <p>- Expor a maior quantidade possível da superfície corporal do RN, deixando-o somente com a fralda fechada, quando utilizados aparelhos que emitam raios UV</p> <p>- Expor a maior quantidade possível da superfície corporal do RN, deixando-o despido ou com a fralda</p>	<p>O contato ocular do RN com os raios da fototerapia pode levar ao ressecamento da córnea, além de favorecer o desenvolvimento de lesões na retina, devido à vascularização imatura no período neonatal (SOUZA, 2015; GONÇALVES et al., 2016).</p> <p>Justificativa: Proteger o RN das lesões de córnea e retina, que podem ser causadas pela exposição prolongada aos raios luminosos da fototerapia.</p> <p>Protetores oculares improvisados com recortes de filmes de raio X e fitas adesivas podem causar lesões cutâneas, devido à abrasividade dos adesivos e à possibilidade de ferimentos, decorrentes das arestas dos filmes de raio X (GONÇALVES et al., 2016).</p> <p>Justificativa: Evitar ferimentos na pele do RN, decorrentes de protetores oculares inadequados.</p> <p>A maior ocorrência de conjuntivite neonatal está associada à utilização de protetores oculares sem a devida higienização (GONÇALVES et al., 2016; SOUZA, 2015).</p> <p>Justificativa: Diminuir o risco de infecções associadas ao acúmulo de secreções e sujidades nos protetores oculares.</p> <p>Para a efetividade da fototerapia é necessário que a maior parte da superfície corporal do RN seja exposta durante o procedimento, a fim de que os raios luminosos alcancem a maior parte da bilirrubina presente na pele (WOLF et al., 2012).</p> <p>A fralda consiste em uma proteção para as gônadas do RN, contra o risco de desenvolvimento do carcinoma das células</p>
--	--

<p>aberta, quando utilizados aparelhos com lâmpadas de LED</p> <p>- Não utilizar substâncias oleosas na pele do RN submetido à fototerapia</p> <p>- Realizar inspeção rotineira na pele do RN, procurando identificar alterações sugestivas de lesões</p> <p>- Avaliar sinais de boa hidratação no RN (aspecto de mucosas, fontanela bregmática anterior e mensuração de débito urinário)</p> <p>- Monitorar a temperatura do RN em fototerapia, procurando mantê-la entre 36,5 a 37,5°C</p> <p>- Aferir a temperatura do RN a cada 3 horas</p> <p>- Realizar rodízio dos sensores de oximetria e temperatura a cada 3 horas</p>	<p>escamosas nos genitais, associado à penetração dos raios UV na fototerapia (DURÁN; GARCÍA; SÁNCHEZ, 2015).</p> <p>Os aparelhos com lâmpadas de LED não emitem raios UV (DURÁN; GARCÍA; SÁNCHEZ, 2015).</p> <p>Justificativa: Garantir a efetividade da terapêutica e sobretudo, a segurança do paciente.</p> <p>Deve-se observar o estado da pele do RN exposto à fototerapia, não utilizando substâncias oleosas, loções ou bálsamos, devido ao risco de queimadura (ROSÁRIO et al., 2013).</p> <p>A fototerapia favorece a perda de água transepidermica e alterações nas evacuações, podendo causar desidratação, ressecamento da pele e o desenvolvimento de injúrias cutâneas (SANTOS; COSTA, 2015a)</p> <p>Justificativa: Prevenir os eventos adversos associados à fototerapia e detectar precocemente alterações cutâneas.</p> <p>A permanência do RN sob fototerapia por tempo prolongado pode favorecer ao desenvolvimento de hipertermia, ressecamento da pele e até mesmo, queimaduras (SANTOS; COSTA, 2015a; SOUZA, 2015).</p> <p>A equipe de enfermagem deve realizar o rodízio de sensores e a monitorização da temperatura corpórea do RN em fototerapia, a cada 3 horas, a fim de evitar o superaquecimento e as lesões por queimaduras (SILVA; MOURA, 2015).</p> <p>Justificativa: Evitar o desequilíbrio hidroeletrólítico ocasionado pela perda de água transepidermica, além de prevenir as queimaduras no RN sob fototerapia.</p>
--	---

<p>- Posicionar o foco de luz a 30 cm de distância do RN</p> <p>- Ajustar o nível de irradiância para a faixa do comprimento de onda de 400 a 500 nm</p> <p>- Verificar o funcionamento das lâmpadas a cada plantão, ou sempre que reposicionado o foco sobre o RN</p> <p>- Manter a temperatura ambiente da UTIN entre 18 a 28°C</p> <p>- Posicionar o equipamento de fototerapia a uma distância ≥ 40cm outras fontes irradiantes de calor</p> <p>• Higienização das mãos, prevenção e controle de infecção</p> <p>- Higienizar as mãos antes e depois de manusear o RN.</p>	<p>No modelo Bilitron 3006, recomenda-se que o foco de luz seja posicionado a 30 cm do paciente, para evitar o superaquecimento da pele e o desenvolvimento de queimaduras (FANEM, 2009; SOUZA, 2015).</p> <p>A molécula de bilirrubina absorve luz visível na faixa compreendida entre 400 e 500 nm, com pico máximo em torno de 460 nm (FERREIRA; NASCIMENTO; VERÍSSIMO, 2009; FANEM, 2009).</p> <p>Recomenda-se a verificação periódica do funcionamento das lâmpadas utilizadas em fototerapia, observando se as mesmas não estão escurecidas e se todas acendem, com objetivo de ofertar maior irradiância ao RN, aumentando a positividade do tratamento (LEITE; CASTRO, 2013).</p> <p>Deve-se monitorar a temperatura ambiente, frequentemente, para evitar o superaquecimento durante o tratamento fototerápico, a fim de prevenir complicações no mesmo (FANEM, 2009; FERREIRA et al., 2017).</p> <p>Manter distância mínima de 40 cm de outras fontes irradiantes de calor (FANEM, 2009).</p> <p>Justificativa: Garantir a eficácia do tratamento fototerápico e a prevenção de eventos adversos.</p> <p>- Lavar as mãos com água e sabão na presença de sujidade visível; podendo-se utilizar o álcool gel, na ausência de sujidade visível nas mãos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012a).</p>
---	---

<p>- Retirar adornos antes de manusear o RN</p> <p>- Não utilizar o celular na UTIN.</p> <p>- Utilizar os equipamentos de proteção individual (EPI) – luvas de procedimento, jalecos, máscaras, toucas e óculos de proteção.</p> <p>- Utilizar materiais individualizados no cuidado ao RN.</p> <p>- Realizar limpeza e desinfecção rotineira nos equipamentos de cuidado ao RN.</p>	<p>Justificativa: As mãos representam a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência à saúde.</p> <p>Os profissionais de saúde devem retirar todo e qualquer adorno, tais como: joias, anéis, alianças, pulseiras e relógios; e não utilizar o celular no ambiente da UTIN (LORENZINI; COSTA; SILVA, 2013)</p> <p>Justificativa: Sob tais objetos podem acumular-se microrganismos causadores de infecções, podendo estes, tornar-se os agentes de complicações graves, como a sepse neonatal.</p> <p>O uso dos EPI e a realização dos procedimentos assistenciais de forma asséptica minimizam riscos e constituem fator de bloqueio na disseminação de patógenos entre a população assistida na UTIN (DANIEL; SILVA, 2017).</p> <p>Justificativa: Conferir proteção ao profissional, diante da exposição ocupacional a agentes biológicos, além de evitar a contaminação cruzada.</p> <p>A utilização de materiais individualizados no cuidado ao RN hospitalizado é indispensável para evitar a contaminação cruzada na UTIN, especialmente quando o RN estiver colonizado com agentes multirresistentes (BRASIL, 2011a; SOUZA, 2015).</p> <p>Justificativa: Proteger contra infecções e complicações associadas.</p> <p>A limpeza e desinfecção de equipamentos de cuidado ao RN, como termômetros, estetoscópios, incubadoras e outros transdutores deve seguir a rotina da instituição (OLIVEIRA; MARQUES; PRADO, 2017).</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Uso de adesivos, fixações, curativos e terapia endovenosa - Limitar a utilização e a troca constante de adesivos sobre a pele do RN - Não utilizar esparadrapo na pele do RN - Remover cuidadosamente os adesivos da pele do RN - Utilizar emolientes na remoção de adesivos da pele do RN - Utilizar placas de hidrocolóide sobre a pele do RN para a fixação de sondas orogástricas, cateteres e prongas nasais 	<p>Justificativa: Evitar a colonização do RN por microorganismos patógenos e a sua disseminação para artigos e superfícies do ambiente.</p> <p>O uso excessivo de adesivos constitui o principal fator relacionado à ocorrência de lesões de pele em RN hospitalizados (SANTOS et al., 2013).</p> <p>A utilização de adesivos em pequenas quantidades e a remoção mínima dos mesmos representam cuidados efetivos de enfermagem na prevenção das lesões de pele no RN (SCHAEFER; NAIDOM; NEVES, 2016)</p> <p>Deve-se evitar a utilização de esparadrapo sobre a pele de neonatos, pelo fato do mesmo não ser estéril e favorecer infecção percutânea, além da maior aderência e abrasividade que esse produto apresenta (SANTOS et al., 2013; SILVA; MOURA, 2015)</p> <p>A remoção de adesivos deve ser realizada de forma cuidadosa e atraumática, utilizando-se emolientes como, água destilada, soro fisiológico, óleo de girassol, canola ou petrolato, para facilitar o procedimento (SANTOS; COSTA, 2015a).</p> <p>Justificativa: Minimizar os danos causados à pele dos neonatos, além de reduzir a dor e o sofrimento dos mesmos.</p> <p>O hidrocolóide se molda facilmente às superfícies corporais, formando um gel viscoso, que previne lesões por adesivo e por pressão, funcionando com uma barreira protetora da pele. O período de troca varia de 3 a 7 dias (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014; BONFIM et al., 2014; BRASIL, 2012b).</p>
---	--

<p>- Utilizar fitas adesivas estéreis, transparentes e hipoalérgicas na fixação de cateteres venosos periféricos e centrais</p> <p>- Realizar coleta agrupada de exames e evitar punções repetidas</p> <p>- Após a coleta de sangue, comprimir o local com algodão estéril e seco.</p> <p>- Realizar rodízio dos sensores de oximetria, temperatura e eletrodos a cada 3 horas</p>	<p>Adesivos hipoalérgicos e transparentes minimizam a irritação cutânea, além de permitir a visualização direta da inserção do cateter. Funcionam como uma barreira semipermeável, podendo permanecer até 7 dias no sítio de inserção (COSTA et al.,2016; MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014; BRASIL, 2017; MARTINS; OSELAME; NEVES, 2016).</p> <p>Justificativa: Os adesivos devem ser utilizados de forma criteriosa, a fim de se evitar lesões cutâneas, quadros infecciosos, dor e sofrimento no RN.</p> <p>Punções repetidas aumentam o risco de lesões por infiltração ou extravasamento, além de proporcionar um maior rompimento da integridade cutânea e dor no RN (HOCKENBERRY; WILSON, 2014; SANTOS; COSTA, 2015b).</p> <p>A coleta de exames laboratoriais dispensa o uso de adesivos para hemostasia, uma vez que a simples compressão no local por alguns minutos é suficiente para sanar o sangramento, evitando lesões de pele decorrentes do uso de adesivos (SOUZA; 2015).</p> <p>Justificativa: Minimizar lesões de pele decorrentes de punções errôneas e da retirada de adesivos.</p> <p>O rodízio de sensores e eletrodos deve ser realizado a cada 3 horas, com o objetivo de evitar a compressão prolongada dos locais em que os mesmos estão fixados e lesões de pele (SILVA; MOURA, 2015).</p> <p>Justificativa: A troca rotineira da fixação de sensores e eletrodos minimiza o comprometimento cutâneo do RN.</p>
--	---

<p>- Preferir tiras feitas de velcro para a fixação de sensores e eletrodos na pele do RN</p> <p>• Banho e higiene</p> <p>- Postergar o banho do RN a termo para sete horas após o parto</p> <p>- Considerar estabilidade clínica, peso e IG do RN para a realização do banho</p> <p>- Garantir que o banho não possua tempo superior a 5 minutos</p> <p>- Manter a temperatura da água entre 37 a 37,5°C</p> <p>- Não realizar banhos diários em neonatos prematuros ou de muito baixo peso</p> <p>- Utilizar somente os sabonetes ou emulsões de pH semelhante à pele do RN, com ausência de substâncias irritantes em sua composição</p>	<p>A fixação de sensores e eletrodos realizada por meio de tiras de velcro representa uma importante alternativa para a prevenção de lesões de pele, causadas pelos adesivos rotineiramente utilizados na pele do RN (SANTOS; COSTA, 2015a).</p> <p>Justificativa: Preservar a integridade da pele do RN.</p> <p>O banho deve ser realizado somente após o alcance da estabilidade clínica do neonato, devendo ser postergado para sete horas após o parto em RN com IG superior a 38 semanas, Apgar ao nascer > 7, peso adequado para a IG e uma temperatura corporal > 36,8°C (ARAÚJO et al., 2012).</p> <p>A duração do banho em neonatos hospitalizados deve ser curta, não devendo ultrapassar 5 minutos de duração, além da necessidade de manutenção da água morna, a uma temperatura entre 37 a 37,5°C (COSTA et al., 2014)</p> <p>Os banhos diários no RN prematuro ou de muito baixo peso provocam a destabilização fisiológica, além de prejudicar o desenvolvimento do manto ácido protetor da pele, proporcionando irritação, ressecamento e fissuras (BRASIL; 2012b; SANTOS; COSTA, 2015b).</p> <p>Justificativa: Evitar complicações como a hipotermia e a desestabilização cardiorrespiratória, decorrentes do banho no RN.</p> <p>Os produtos tópicos utilizados em neonatos devem ser ausentes de efeitos irritantes, possuir pH que não interfira com tanta intensidade na pele, além de não serem tóxicos por via percutânea, oral ou inalatória</p>
--	--

<p>- Realizar higiene perianal com algodão e água morna ou soro fisiológico nos RN hospitalizados, a cada 3 horas, ou conforme nova eliminação</p> <p>- Realizar troca de fraldas dos RN hospitalizados a cada 3 horas, ou conforme nova eliminação</p> <p>• Ostomias/Estomas</p> <p>- Observar o aspecto da pele periestoma, a cada exame físico</p> <p>- Manter a pele periestoma limpa, íntegra e seca</p> <p>- Realizar limpeza da pele periestoma com algodão embebido em água morna, ou em soro fisiológico, conforme necessidade</p> <p>- Avaliar o aspecto dos efluentes e o estado geral do RN, a cada exame físico</p>	<p>(BRASIL, 2011a; OLIVEIRA; PINTO; BEDENDO, 2013).</p> <p>Justificativa: Evitar alterações no pH cutâneo do RN, toxicidade e a ocorrência de lesões de pele.</p> <p>A higiene perianal e a troca de fraldas devem ocorrer a cada 3 horas, ou sempre que houver sujidade, pois tais condutas previnem o aparecimento de lesões de pele, como as dermatites de fralda (SANTOS; COSTA, 2016b; FARIA; KAMADA, 2018)</p> <p>Justificativa: Prevenir lesões de pele, como as dermatites de fralda.</p> <p>O enfermeiro deve estar atento às características da pele ao redor do estoma, com o objetivo de prevenir as complicações associadas a esse procedimento (SOUZA, 2015).</p> <p>Orienta-se a higienização diária do estoma, ou com maior frequência, a fim de se evitar o acúmulo excessivo de secreções e irritações cutâneas locais (AVELINO, 2017).</p> <p>Para a prevenção de dermatites, a região periestoma deve ser mantida limpa e livre de umidade. A limpeza pode ser feita com água morna ou com soro fisiológico, por meio de movimentos suaves, para prevenir irritações na pele (PAULA; CESARETTI, 2015).</p> <p>Deve-se avaliar rotineiramente o aspecto do conteúdo drenado de estomas no recém-nascido, com o objetivo de detectar precocemente, alterações no procedimento cirúrgico e na estabilidade clínica do paciente (SOUZA, 2015).</p>
---	--

<p>- Em estomas intestinais de eliminação, utilizar placa de hidrocolóide na pele periestoma, realizando a troca após 3 a 7 dias, ou conforme necessidade</p> <p>- Em estomas urinários e intestinais de eliminação, realizar esvaziamento dos efluentes, quando os mesmos atingirem 1/3 do volume total do dispositivo coletor</p>	<p>O hidrocolóide em placa se molda facilmente às superfícies corporais, formando um gel viscoso, que previne lesões, funcionando como uma importante barreira protetora na pele humana (MALAGUTTI; KAKIHARA, 2014)</p> <p>Quando o efluente ultrapassa 1/3 da capacidade da bolsa coletora, a mesma pode tornar-se pesada, além de causar vazamento, descolamento ou desprendimento, o que favorece o desenvolvimento de lesões de pele (MORAIS; OLIVEIRA; SILVA, 2012)</p> <p>Justificativa: Garantir a integridade da pele periestoma e a prevenção de injúrias cutâneas no recém-nascido.</p>
---	--

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que o período neonatal requer um cuidado integral, seguro e humanizado por parte do enfermeiro, uma vez que, envolve uma fase complexa de adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino. Verificou-se que, nessa fase, a pele detém singularidades que a tornam mais susceptível ao desenvolvimento de lesões e complicações associadas, às quais são intensificadas com a prematuridade e o baixo peso ao nascer.

Observou-se que, apesar de favorecer uma redução considerável nos índices de mortalidade infantil, a hospitalização em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tem propiciado uma elevação na incidência dos diagnósticos de integridade da pele prejudicada em recém-nascidos. Nesse sentido, compreendeu-se que tal fato está relacionado à sobreposição da assistência tecnicista de enfermagem a uma abordagem holística e humanizada, voltada para esses pacientes tão fragilizados.

Por meio do percurso metodológico da Pesquisa Convergente Assistencial e da análise de conteúdo de Bardin, foi possível destacar aspectos relevantes acerca do cuidado de enfermeiros com a pele de recém-nascidos hospitalizados em UTIN.

Notou-se que os conhecimentos que direcionam o cuidado dos participantes com a pele dos neonatos retomam os saberes adquiridos na formação acadêmica e se complementam por meio de atividades de educação permanente, participação em eventos científicos, aprofundamento na literatura e a experiência laboral.

A existência do compartilhamento de saberes e da troca de experiências, evidenciadas nos discursos dos enfermeiros, apontaram a existência de um trabalho em equipe e do diálogo interprofissional na unidade. Contudo, a realização de treinamentos e capacitações específicas para o cuidado com a pele de recém-nascidos hospitalizados mostrou-se escassa no cenário do estudo, o que prejudica a qualidade da assistência de enfermagem prestada a essa população.

Dessa forma, visualizou-se a necessidade de maiores incentivos, por parte dos gestores da instituição e do serviço de saúde, no desenvolvimento de tais atividades e na adoção de metodologias dialógicas, a fim de levantar as principais necessidades de conhecimento e capacitação da equipe, objetivando a busca pela excelência do cuidado em neonatologia.

A rotina descrita pelos participantes do estudo revelou uma predominância do modo-de-ser trabalho em detrimento do modo-de-ser-cuidado na assistência aos

recém-nascidos hospitalizados, evidenciada pela valorização do caráter tecnicista no cuidado de enfermagem, que abordou aspectos como o manuseio mínimo; mudança de decúbito; fototerapia; higienização das mãos, prevenção e controle de infecção hospitalar; utilização de adesivos, fixações, curativos e terapia endovenosa; banho e higiene; ostomias e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Nesse contexto, a integralidade do cuidado ao recém-nascido hospitalizado na UTIN se mostrou prejudicada, uma vez que, a subjetividade e a valorização de aspectos humanísticos foram pouco abordadas nos discursos dos participantes. Dessa forma, entende-se que os enfermeiros necessitam desenvolver um novo olhar, que contemple a totalidade do ser cuidado, a fim de considerar as necessidades humanas na assistência à saúde, demonstrando sensibilidade, respeito, afeto e empatia pelo neonato e por sua respectiva rede familiar.

Os resultados obtidos nessa pesquisa destacaram, ainda, como dificuldades para o cuidado com pele dos recém-nascidos hospitalizados na UTIN, a falta de padronização nos registros de enfermagem, a notificação exígua das lesões de pele, a resistência de alguns membros da equipe em práticas defasadas, a disponibilidade reduzida de materiais e o conhecimento limitado dos enfermeiros no cuidado às ostomias. As possibilidades relacionadas a esse cuidado corresponderam à existência de educação permanente no serviço, a comunicação interprofissional e a autonomia do enfermeiro no processo de cuidar, acerca da prevenção e do manejo de injúrias cutâneas na população assistida.

Por fim, a realização dessa pesquisa permitiu elaborar uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem, para a prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados. Vale destacar que esse produto foi construído a partir da colaboração dos seus participantes, por meio dos dados obtidos nas entrevistas e nos grupos focais, além da justificativa dos cuidados apresentados nesse protocolo, com base na literatura científica atual.

Dessa forma, o produto desse estudo é relevante para o direcionamento do cuidado de enfermeiros à pele de neonatos hospitalizados em UTIN, pois contribui para a segurança e qualidade da assistência prestada em neonatologia. Nessa perspectiva, cabe aos gestores da instituição de saúde o incentivo à aplicação desse instrumento na práxis de enfermagem, em busca da sistematização e da padronização dos cuidados prestados.

Espera-se que, posteriormente, novas perspectivas possam ser incluídas a essa proposta inicial, a fim de otimizar tal ferramenta com a inclusão de novos cuidados baseados na literatura, que proporcionem a validação e a utilização futura desse importante instrumento de trabalho.

Assim, o delineamento desse estudo permitiu concluir que o aperfeiçoamento constante dos conhecimentos científicos do enfermeiro, aliado à sistematização da assistência e à valorização da subjetividade humana, contribui efetivamente para a prestação de um cuidado seguro, humanizado e integral ao neonato hospitalizado.

Para tanto, consideram-se necessários o incentivo da instituição de saúde e o empenho dos profissionais de enfermagem, na construção de protocolos assistenciais baseados em evidências científicas, em prol de melhorias no cuidado ofertado.

REFERÊNCIAS

- ABREU, R.M.D.; GONÇALVES, R.M.D.A.; SIMÕES, A.L.A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.3, p. 386-93, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0386>. Acesso em 15 dez. 2017.
- ALBUQUERQUE, T.M; ALBUQUERQUE, R.C. Estratégias de posicionamento e contenção de recém-nascido pré-termo utilizadas em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.**, v.1, n.1, p. 40-51, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4254>. Acesso em 18 out. 2017.
- ALMEIDA, E.; et al. Liderança do enfermeiro responsável técnico: um fazer necessário para o exercício profissional. **Rev. pesq. cuid. fundam. online**, v 6, n3, p:998-1006, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750623014>. Acesso em 12 out. 2017.
- AMARAL, J.F.; RIBEIRO, J.P.; PAIXÃO, D.X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Esp. Saúde**, v.16, n.1, p. 66-74, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/19158>. Acesso em 15 dez. 2017.
- AMESTOY, S.C. et al. Exercício da liderança do enfermeiro em um serviço de urgência e emergência. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.7, n.1, p. 38-51, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22065>. Acesso em 12 dez. 2017.
- ALVES, E.F. O Cuidador de enfermagem e o cuidar em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Ciênc. Biol. Saúde**, v.15, n.2, p. 115-22, 2013.
- ALVES, M.S.I.; et al. O cuidado diferenciado da enfermagem com a pele do neonato na unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v. 3, n. 3, p. 92-100, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/01/O-cuidado-diferenciado-da-enfermagem-com-a-pele-do-neonato-na-unidade-de-terapia-intensiva-v-3-n-3.pdf>. Acesso em 16. Jul, 2017.
- ARAÚJO, B.B.M.; et al. A enfermagem e os (des)cuidados com a pele do prematuro. **Rev. pesq. cuid. fundam. online**, v.4, n.3, p. 2679-91, jul/set. 2012. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1834/pdf_607. Acesso em 20 fev. 2017.
- ARAÚJO, I.R.B.; et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com icterícia neonatal: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPI**, v.3, n.1, p.120-24, Jan/Mar,

2014. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/1381/pdf>. Acesso em 19 out. 2017.

AVELINO, M.A.G. et al. Primeiro Consenso Clínico e Recomendações Nacionais em Crianças Traqueostomizadas da Academia Brasileira de Otorrinolaringologia Pediátrica (ABOPe) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Braz. J. Otorhinolaryngol.**, v.83, n.5, p. 498-506, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v83n5/pt_1808-8694-bjorl-83-05-0498.pdf. Acesso em 16 dez. 2017.

BACKES, D.S.; et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo. v.35, n.4, p.438-442. 2011.

BALSANELLI, A.P; CUNHA, I.C.K.O. Liderança do enfermeiro em unidade de terapia intensiva e sua relação com ambiente de trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.23, n.1, p.:106-13, jan/fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00106.pdf. Acesso em 16 out. 2017.

BAPTISTA, S.S.; et al. Manejo clínico da amamentação: atuação do enfermeiro na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. UFSM**, v.5, n.1, p. 23-31, jan/mar. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/14687/pdf>. Acesso em 15 ago. 2017.

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009, 216p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, E.R.S; ELLERY, A.E.L. Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: desafios e possibilidades. **Rev. Rene**, v.17, n.1, p.10-19, jan/fev. 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324044160003>. Acesso em 15 out. 2017.

BESERRA, P. et al. Sofrimento humano e cuidado de enfermagem: múltiplas visões. **Esc. Anna Nery**. v. 18, n.1, p.175-80, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0175.pdf>. Acesso em 25 nov. 2017.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2017.

BONFIM, S.F.S.F.; et al. Lesão de septo nasal em neonatos pré-termo no uso de prongas nasais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.5, p.826-33, Set/ Out., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00826.pdf. Acesso em 18 out. 2017.

BONFIM, S.F.S.F.; et al. Prevenção de lesão de septo nasal em neonatos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf**, v. 16, n. 2, p. 443-52, abr/jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21350>. Acesso em 15 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, COFEN, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, GM/MS**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930 /MS/GM, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em 1 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em 20 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde – neonatologia**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro3-Neonatologia.pdf>. Acesso em 15 jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente: relatório sobre autoavaliação para higiene das mãos**. Brasília (DF): ANVISA; 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510/2016**. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** – Cuidados com o recém-nascido pré-termo. 1.ed., v.4, Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** – Cuidados gerais. 2.ed., v.1, Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** - Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. 2. ed., v.3, Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009.

BROCA, P.V.; FERREIRA, M.F. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n.1, p. 97-103, 2012.

BRUM, M.L.B. et al. Protocolo de assistência de enfermagem a pessoas com feridas como instrumento para autonomia profissional. **Rev. Enferm. UFSM**, v.5, n.1, p.50-7, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15177>. Acesso em 16 dez. 2017.

BSN MEDICAL, 2017. Disponível em: <http://www.bsnmedical.com/products/orthopaedics/category-product-search-o/physiotherapy-bandages/physiotherapy/tensoplastr.html>. Acesso em 19 out. 2017.

CABRAL, L.A; VELLOSO, M. Comparing the effects of minimal handling protocols on the physiological parameters of preterm infants receiving exogenous surfactant therapy. **Braz. J. Phys. Ther.** v. 18, n.2, p. 152-64, mar/apr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000154>. Acesso em 18 out. 2017.

CAMACHO, G.A; SPEARMAN, P.W; STOLL, B.J. Neonatal infectious diseases: evaluation of neonatal sepsis. **Pediatr. Clin. North Am.** v. 60, n. 2, p. 367-80, 2013.

CANEVER, B.P.; et al. Processo de formação e inserção no mercado de trabalho: uma visão dos egressos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.35, n.1, p. 87-93, mar. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000100087&lng=en&tlng=en. Acesso em 21 ago. 2017.

CARVALHO, D. O. et al. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. **Rev. Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 61-74, 2015a.

CARVALHO, V.O.; et al. Consenso de Cuidados com a Pele do Recém-nascido. Brasil: **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2015b. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/flipping-book/consenso-cuidados-pele/>. Acesso em 18 jul. 2017.

CARVALHO, E.E.; et al. O saber cuidar do ser humano: uma abordagem para o cuidado de enfermagem na perspectiva de Leonardo Boff. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v. 7, n.esp, p.990-4, mar. 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Dulce/Downloads/11566-26923-1-PB.pdf>. Acesso em 10 jul. 2017.

CECCATO, S.R; VAN DER SAND, I.C.P. O cuidado humano como princípio da assistência de enfermagem à parturiente e seus familiares. **Rev. Eletr. Enf.**, v.3, n.1, 2012. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 13 jul. 2017.

CESARETTI, I.U.R. et al. Cuidando de pessoas no período pré, trans e pós-operatório de cirurgias geradoras de estomias. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

CHERNICHARO, I.M.; FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.66, n.4, p. 564-70, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a15.pdf>. Acesso em 23 nov. 2017.

COELHO, M.P.; et al. O ensino do cuidado nos cursos de graduação em enfermagem do Brasil: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v.10, n.2, p. 647-56, fev. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Ana%20Dulce/Downloads/11001-24133-1-PB.pdf>. Acesso em 12 out. 2017.

COLLET, J.A.; SILVA, F.P.; AYMONE, J.L.F. Bolsas coletoras utilizadas por estomizados: uma análise tridimensional. **Design & Tecnologia**, v. 11, 2016. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/151143>. Acesso em 4 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 564/2017. **Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.**

Disponível em:

<http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2017/12/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>. Acesso em 15 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 258 de 12 de julho de 2001.** Dispõe sobre a inserção de cateter periférico central pelos enfermeiros. Brasília, 2001. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resolucofen-2582001_4296.html. Acesso em 15 out. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html. Acesso em 22 nov. 2017.

COSTA, C. P. M.; SQUARCINA, D. F.; PAULA, M. A. B. O especialista em Estomaterapia. In: PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETTI, I. U. R.(Org). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado.** São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

COSTA, K.F. et al. Manejo clínico da dor no recém-nascido: percepção de enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal. **J. res. fundam. care online**, v.8, n.1, p.3758-69, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3950/pdf_1786. Acesso em 3 dez 2017.

COSTA, K.S.F. et al. Rede de descanso e ninho: comparação entre efeitos fisiológicos e comportamentais em prematuros. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. espec., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500407&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 3 dez. 2017.

COSTA, P.; et al. Fatores de risco para infecção de corrente sanguínea associada ao cateter central de inserção periférica em neonatos. **Acta paul. enferm.**, v. 29, n. 2, p. 161-68, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000200161&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 18 out. 2017.

COSTA, R.; CORDEIRO, R.A. Desconforto e dor em recém-nascido: reflexões da enfermagem neonatal. **Rev. Enferm. UERJ.** Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 1-6, 2016. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11298/17853>. Acesso em 25 nov. 2017.

COURA, K.R.A; SILVA, K.L; SENA, R.R. A formação do enfermeiro em relação às políticas de saúde na expansão do ensino superior. **Rev. Enferm. UFPE on line**,

v.9, n.5, p. 7826-34, mai. 2015. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10531/11430>.

Acesso em 22 ago. 2017.

CRUZ, A.C.; ANGELO, M. Estomas em neonatologia: um resgate da memória materna. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.46, n.6, p.1307-12, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/04.pdf>. Acesso em 15 dez. 2017.

DANIEL, V.P; SILVA, J.S.L.G. A enfermagem e sua colaboração na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Pró-univerSUS**. v.8, n.1, p. 3-7, Jan/Jun. 2017.

2017. Disponível em: <http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/687>.

Acesso em 18 out. 2017.

DIAS, M.S.; et al. Atuação do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido: proposta de um novo processo de trabalho. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.**, v.1, n.6, p. 1930-34, jan/abr. 2016. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/919>. Acesso em 14 jul.

2017.

DOMINGUES, G; MORAES, F.R.R.L; JÚNIOR, M.A.F. Tempo de permanência dos cateteres venosos periféricos e seus riscos para flebite relacionado ao sítio de inserção. **Rev. Científica Linkania Júnior**. v.2, n.2, p. 2:1-10, 2012. Disponível em:

<http://linkania.org/junior/article/view/50/44>. Acesso em 14 out. 2017.

DURÁN, M; GARCÍA, J.A; SÁNCHEZ, A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. **Enfermería Universitaria**, v.12, n.1, p.41-45, 2015.

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741842007>. Acessa em: 17 out. 2017.

DYER, J.A. Newborn skin care. **Seminars in perinatology**, v.37, n.1, p. 3-7, 2013.

FÁBRICA DE APARELHOS NACIONAIS DE ELETRO MEDICINA (FANEM). **Manual do Usuário: Bilitron® Modelos 3006 BTI, 3006 BTP e 3006 BTB Fanem**

(fototerapia azul), Bilispot® Modelos 006 BB e 006 BP (fototerapia halógena).

São Paulo; 2009.

FAGUNDES, N.C.; et al. Educação permanente em saúde no contexto do trabalho da enfermeira. **Rev enferm UERJ**, v.24, n.1, 2016. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.11349>. Acesso em 16 out. 2017.

FARIA, T.F.; KAMADA, I. Lesões de pele em neonatos em cuidados intensivos neonatais. **Enfermería Global**. v. 17, n.1, 2018. Disponível em:

<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/273671/219631>. Acesso em 22 nov. 2017.

FERREIRA, A.L.C.; NASCIMENTO, R.M.; VERÍSSIMO, R.C.S.S. Irradiância dos aparelhos de fototerapia nas maternidades de Maceió. **Rev. Latino-Am**

Enfermagem, v.17, n.5, p. 1-7, 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/pt_16.pdf. Acesso em 16 dez. 2017.

FERREIRA, G.M.; et al. Avaliação de equipamentos fototerápicos utilizados no tratamento da hiperbilirrubinemia neonatal. **Rev. Enferm UFPI**. v. 6, n.3, p; 45-52, Jul/Set. 2017. Disponível em:

<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6044/pdf>.

FERREIRA, J.H.P; AMARAL, J.J.F; LOPES, M.M.C.O. Equipe de enfermagem e promoção do cuidado humanizado em unidade neonatal. **Rev. Rene**, v.17, n. 6, p. 74149, nov/dez. 2016. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6455/4704>. Acesso em 21 ago. 2017.

FIGUEIREDO, M.L. et al. Análise da ocorrência de incidentes notificados em hospital-geral. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.1, p. 121-30, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0111.pdf. Acesso em 11 dez. 2017.

FILGUEIRAS, S.; et al. Atenção à evolução da icterícia fisiológica para prevenção de kernicterus. **Rev. Interdisc. Cienc. Med.**, v.1, n.2, p. 36-45, 2017. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/22>. Acesso em 19 out. 2017.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan, 2008.

FONTENELE, F.C; PAGLIUCA, L.M.F; CARDOSO, M.V.M.L. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Esc. Anna Nery (impr.)**. Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.480-85, set. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300008. Acesso em 15 jul. 2017.

FREITAS, B.A.C.; et al. Sepsis tardia em pré-termos de uma unidade de terapia intensiva neonatal: análise de três anos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v. 24, n.1, p. 78-85, 2012.

FREITAS, P. et al. Variações nos parâmetros fisiológicos e comportamentais de recém-nascidos pré-termo submetidos à higienização corporal: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48(esp), p.182-7, 2014.

GALVAN, L.; et al. Causas de icterícia em neonatos internados em hospital no sul de Santa Catarina. **Arq. Catarin. Med.**, v.42, n.3, p.47-53, Jul/Set., 2013. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1243.pdf>. Acesso em 17 out. 2017.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2009.

GONÇALVES, P.A.; et al. Cuidados oculares ao recém-nascido sob fototerapia: conhecendo a prática de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v.10, n.7, p.2386-94, Jul., 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/7591>. Acesso em 18 out. 2017.

HEALY, P; FALLON, A. Developments in neonatal care and nursing responses. **British J. of Nursing**, v.23, n.1, p. 21-24, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24406492>. Acesso em 18 dez. 2017.

HOCKENBERRY, M.J; WILSON, D. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

JESUS, B.C. et al. Prevenindo e tratando lesões periestoma. **Rev. Cientefico**, v.14, n.29, p. 37-48, 2014. Disponível em: <https://revistacientefico.devrybrasil.edu.br/cientefico/article/viewFile/3/4>. Acesso em 6 dez. 2017.

KAYO, C.M.M. et al. Cuidando de crianças com estomia. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

LAMÃO, L.C.L; QUINTÃO, V.A; NUNES, C.R. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesão por pressão. **Rev. Científ. Interdisciplinar**. v.1, n. 1, p. 122-81, out/dez, 2016. Disponível em: <http://famescbji.srvroot.com:8081/multaccess/index.php/multaccess/article/view/9/9>. Acesso em 13 ago. 2017.

LANZILLOTTI, L.S. et al. Eventos adversos e incidentes sem dano em recém-nascidos notificados no Brasil, nos anos 2007 a 2013. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.32, n.9, p.1-13, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n9/1678-4464-csp-32-09-e00100415.pdf>. Acesso em 8 dez. 2017.

LANZILLOTTI, L.S.; et al. Eventos adversos e outros incidentes na unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.977-46, 2015. Disponível em: http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00937.pdf. Acesso em 15 out. 2017.

LEITE, M.G.C.; CASTRO, M.S. Irradiância dos aparelhos de fototerapia em hospital universitário. **Pediatria Moderna**. v. 50, n. 10, p. 466-70, 2013. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5918. Acesso em 23 nov. 2017.

LOPES, L.P.; et al. Telefones celulares de profissionais de enfermagem: possibilidade de contaminação microbiana. **J. Infect. Control.**, v.3, n.4, p.194-96, 2014. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/46732/Congresso%20Brasileiro%20>

[20de%20Controle%20de%20Infeccao%20e%20Epidemiologia%20Hospitalar.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#). Acesso em 18 out. 2017.

LORENZINI, E; COSTA, T.C; SILVA, E.F. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 4, p. 107-13, Dez. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472013000400014&script=sci_arttext&tIng=es. Acesso em 15 out. 2017.

LUCHESI, B. M; BERETTA, M. I. R; DUPAS, G. Tratamento com fototerapia: a vivência das mães. **J. res. fundam. care online**, v. 1, n. 2, p. 245-254, set./dez. 2009. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/331/0> Acesso em 23 dez. 2017.

MACHADO, S.P.C; SAMICO, I.C; BRAGA, T.D.A. Conhecimento, atitude e prática sobre fototerapia entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n.1, p. 34-41, Jan/Fev., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/05.pdf>. Acesso em 19 out. 2017.

MALAGUTTI, W; KAKIHARA, C.T. **Curativos, estomia e dermatologia: uma abordagem multiprofissional**. 3. ed. Martinari, São Paulo, 2014.

MANZINI, E.J. Uso da entrevista em dissertações e teses produzidas em um programa de pós-graduação em educação. **Rev. Percorso – NEMO**, v. 4, n. 2, p. 149- 171, 2012. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/Percorso/article/viewFile/18577/10219>. Acesso em 15 out. 2017.

MARTINS, C; OSELAME, G.B; NEVES, E.B. Cateter central de inserção periférica: revisão sistemática. **Rev. Aten. Saúde**, v. 14, n. 47, p. 99-107, Jan./Mar., 2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3358. Acesso em 18 out. 2017.

MARTINS, C.O.A; CURADO, M.A.S. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. **Rev. Enferm. Referência**, v.4, n.13, 2017.

MARTINS, E.M.; et al. Os agravos no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro: ênfase no manuseio. **Rev. Tend. da Enferm. Profis.**, v.7, n.1, p.1481-85, 2015. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2015/12/retep-7-1-web.pdf#page=29>. Acesso em a7 out. 2017.

MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva: reflexão na ótica Dejouriana. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.11, suplement., p. 34-41, 2012.

MATTSON, O.T. et al. Assessment of the global trigger tool to measure, monitor and evaluate patient safety in cancer patients: reliability concerns are raised. **BMJ Qual. Saf.**, v. 22, n. 7, p. 571-79, 2013.

MATTOS, R.M.; et al. Métodos e coberturas utilizados para prevenir e tratar lesões de pele em recém-nascidos. **Brazilian J. of Enterostomal Therapy**, v.11, n.1, 2013. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/325>. Acesso em 14 out. 2017.

MAURICIO, V.C.; SOUZA, N.V.D.O.; LISBOA, M.T.L. O enfermeiro e sua participação no processo de reabilitação da pessoa com estoma. **Esc. Anna Nery (impr.)**, v. 17, n.3, p. 416-22, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127728368003.pdf>. Acesso em 15 dez. 2017.

MEDEIROS, F.V.A.; et al. A correlação entre procedimentos assistenciais invasivos e a ocorrência de sepse neonatal. **Acta Paul. Enferm.**, v.29, n.5, p.573-78, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307049357013.pdf>. Acesso em 13 ago. 2017.

MEDEIROS, J.S.S.; MASCARENHAS, M.F.P.T. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 51-60, 2010.

MELO, M.C.; KAMADA, I. O papel da família no cuidado à criança com estoma intestinal: uma revisão narrativa. **Rev. Estima**, v. 13, n.3, 2015. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/219>. Acesso em 6 dez. 2017.

MENDES, B.R.; et al. Critical assessment of the pH of children's soap. **J. Pediatr.**, v.92, n.3, p.290-95, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.08.009>. Acesso em 13 out. 2017.

MENDES, L.C.; et al. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v.7, n.11, p. 6446-54, nov. 2013. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8528/1/2013_art_fcfontenele.pdf. Acesso em 17 out. 2017.

MENDONÇA, S.N. et al. Orientações de enfermagem e implicações para a qualidade de vida de pessoas estomizadas. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v. 9, n. supl.1, p.296-304, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10339/0>. Acesso em 6 dez. 2017.

MIGOTO, M.T; SOUZA, S.N.D.H; ROSSETTO, E.G. Skin lesions of newborns in a neonatal unit: an observational study. **Online braz j nurs.** v.12, n.2, p.:377-92, 2013.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MITTAG, B.F. et al. Cuidados com lesão de pele: ações da enfermagem. **Rev. Estima**, v.15 n.1, p.19-25, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/447>. Acesso em 15 dez. 2017.

MONTANHOLI, L.L.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.19, n.2, p. 1-8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_11. Acesso em 12 dez. 2017.

MONTEIRO, S.N.C. **Qualidade de vida: percepção de crianças e adolescentes estomizados e seus pais e/ou responsáveis**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, DF. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15346>. Acesso em 5 dez. 2017.

MORAES, J.T.; OLIVEIRA, R.C.O.; SILVA, M.N. Conhecimento do enfermeiro da atenção primária de saúde de um município de Minas Gerais sobre o cuidado em estomias. **Rev. Estima**, v.10, n.4, 2012. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/78>. Acesso em 17 dez. 2017.

MOREIRA, R.A.N. et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade neonatal. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n.4, p. 710-16, 2012. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30379>. Acesso em 10 dez. 2017.

MOTTA, G.C.P.; CUNHA, M.L.C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 1, p.131-35, 2015. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/117307/000966524.pdf?sequence=1>. Acesso em 1 dez. 2017.

MOURA, G.M.S.S. et al. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n.2, p. 198-204, 2013.

NAGATA, E; BRITO, A.S.J; MATSUO, T. Nosocomial infections in a Brazilian neonatal intensive care unit: a 3-year cohort study. **J. Infect. Control**. v.4, n.1, p.1-5.

NASCIMENTO, R.R; LANDIM, T.M.A. Cuidados de enfermagem na prevenção de lesões de pele no recém-nascido prematuro. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, v. 4, n. 4, p. 66-73, jul./dez. 2016. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/article/cuidados-de-enfermagem-na-prevencao-de-lesoes-de-pele-no-recem-nascido-prematuro-v-4-n-4/>. Acesso em 15 out. 2017.

NASCIMENTO, V.F; SILVA, R.C.R. Assistência de enfermagem ao recém-nascido pré-termo frente às possíveis intercorrências. **Rev. Enferm.**, v.4, n.2, p.429-38, abr/jun. 2014 Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10252>. Acesso em 15 jul. 2017.

NETO, D. A. et al. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, v. 29, n.1, p. 43-50, 2016. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40846964007.pdf>. Acesso em 16 dez. 2017.

NETO, J.A.S.; RODRIGUES, B.M.R.D. A ação intencional da equipe de enfermagem ao cuidar do RN na UTI neonatal. **Cienc. Cuid. Saúde**. v.14, n.3, p.1237-44, 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22320>. Acesso em 26 nov. 2017.

NESS, M.J; DAVIS, D.M.R; CAREY, W.A. Neonatal skin care: a concise review. **Int. J. Dermatol.** v.52, n.1, p.14-22, jan. 2013.

NOVARETTI, M.C.Z. Sobrecarga de trabalho da enfermagem e incidentes e eventos adversos em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n.5, p. 693-699, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0692.pdf>. Acesso em 11 dez. 2017.

OLIVEIRA, C.M.; BATISTA, E.C. Maternidade e anomalia anorretal: um estudo de caso. **Inter Scientia**. v.5, n.1, p. 1-16, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/495/464>. Acesso em 5 dez. 2017.

OLIVEIRA, E.B.; et al. Fatores de risco psicossocial em terapia intensiva neonatal: repercussões para a saúde do enfermeiro. **Rev. Enferm. UERJ**, v.21, n.4, p.490-95, out/dez, 2013. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10020/7810>. Acesso em 12 out. 2017.

OLIVEIRA, P.A; MARQUES, S.A.K; PRADO, P.M.A. Infecções relacionadas à assistência em saúde em unidades de terapia intensiva neonatal: uma revisão integrativa. **Rev. Enfermería Global**, vol. 16, n. 1, p. 1-14. 2017. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/238041/201681>. Acesso em 18 out. 2017.

OLIVEIRA, R.M.; et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.18, n.1, jan/mar, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127730129017.pdf>. Acesso em 15 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Manual do observador: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos, Brasília, (DF), 2008.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf. Acesso em 15 out. 2017.

PAIM, C.C.; ILHA, S.; BACKES, D.S. Educação permanente em saúde em unidade de terapia intensiva: percepção de enfermeiros. **J. res. fundam. care online**, v.7, n. 1, p. 2001-10, 2015. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3586/pdf_1442.

Acesso em 15 dez. 2017.

PAULA, P.R.; MATOS, D. Complicações precoces e tardias nas estomias intestinais e pele periestoma. In: SANTOS, V.L.C.G.; CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

PEREIRA, F.L.; et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.6, p.1272-78, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01272.pdf>.

Acesso em 17 out. 2017.

PEREIRA, R.B.; COELHO, M.A.; BACHION, M.M. Tecnologias de informação e registro do processo de enfermagem: estudo de caso em UTI neonatal. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 18, p. 1-13, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.35135>.

Acesso em 12 dez. 2017.

PEYTAVI, U.B.; et al. Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. **Pediatr. Dermatol.**, v.29, n.1, p.1-14, jan/fev, 2012.

PINTO, M.C.P.F; OLIVEIRA, M.L.F; BEDENDO, J. Cuidados com a pele do recém-nascido: um desafio para a equipe da unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. UNINGÁ Review**, v.16, n.1, p.49-54, Out/Dez, 2013. Disponível em:

https://www.mastereditora.com.br/periodico/20130929_161345.pdf. Acesso em 13

out. 2017.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n.5, p. 739-44, 2009.

PIVOTO, F.L.; et al. Pesquisa convergente-assistencial: revisão integrativa de produções científicas da enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.3, p. 843-9, jul/set, 2013.

POLETTI, D. et al. A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n.2, p. 319-27, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a14v20n2>. Acesso em 15 dez.

2017.

PRESOTTO, G.V.; et al. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. **Rev. Rene**, v.15, n.5, set/out, 2014. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324032944005.pdf>. Acesso em 12 out. 2017.

PUGGINA, A.C.G. et al. Diagnóstico de enfermagem comunicação verbal prejudicada na prática clínica: uma revisão integrativa. **REFACS (online)**, v.4, n.2,

p.135-144, 2016. Disponível em:

<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/1644/1488>.

Acesso em 21 dez. 2017.

RATOLA, A.; et al. Prática Ventilatória em Recém-Nascidos de Extremo Baixo Peso.

Acta Pediatr. Port., v.46, n.2, p.113-8, 2015. Disponível em:

<http://actapediatrica.spp.pt/article/view/3999/5074>. Acesso em 18 out. 2017.

REGINATTO, F.P. et al. Prevalência e caracterização das afecções cutâneas neonatais nas primeiras 72 horas de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 3, p. 238-

45, 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3997/399750854006.pdf>.

Acesso em 3 dez. 2017.

REIS, C.C.A.; SENA, E.L.S.; FERNANDES, M.H. Humanização do cuidado nas

unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **J. res. fundam. care online**, v. 8, n.2, 2016.

RIVITTI, E.A. **Manual de dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti**. São Paulo.

Artes Médicas, 2014.

ROCHA, D.K.L; FERREIRA, H.C. Estado da arte sobre o cuidar em neonatologia:

compromisso da enfermagem com a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem em Foco**, v.4, n.1, p. 24-28, jan. 2013. Disponível em:

<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/497>. Acesso em

20 fev. 2017.

ROCHA, P.K; PRADO, M.L; SILVA, D.M.G.V. Pesquisa Convergente Assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65,

n.6, p.1019-25, nov-dez, 2012.

ROCHA, R.F.C.; VELHOTE, M.C.P. Estomias na criança. In: SANTOS, V.L.C.G.;

CESARETTI, I.U.R. **Assistência em Estomaterapia: cuidando de pessoas com estomia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

RODRIGUES, I.L. et al. Facilidades e dificuldades do trabalho em terapia intensiva:

um olhar da equipe de enfermagem. **J. res. fundam. care online**, v.8, n.3, p. 4757-65, 2016. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3881>. Acesso

em 15 dez. 2017.

ROLIM, K.M.C.; et al. Permanência da membrana semipermeável na pele do recém-nascido: um cuidados diferenciado. **Rev. Rene, Fortaleza**. v.11, n.1, jan/mar, 2010.

ROMANELLI, R.M.C.; et al. Risk factors and lethality of laboratory-confirmed bloodstream infection caused by non-skin contaminant pathogens in neonates. **J. Pediatr (Rio J)**. v.89, n.2, p.189-96, 2013.

ROSÁRIO, S.S.D.; et al. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com icterícia em uma maternidade. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 7(esp), p.7017-23, Dez., 2013.

Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3237>. Acesso em 18 out. 2017.

SANTOS, E.I. et al. Facilidades e dificuldades à autonomia profissional de enfermeiros no cuidado de pessoas com feridas: estudo de representações sociais. **Rev. Estima**. v.15, n.1, p. 3-9, 2017. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/view/445>. Acesso em 15 dez. 2017.

SANTOS, F.C; CAMELO, S.H.O. O enfermeiro que atua em Unidades de Terapia Intensiva: Perfil e Capacitação Profissional. **Cultura de los Cuidados** (Edición digital), v. 19, n.43, 2015. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52599/1/Cult_Cuid_43_13.pdf. Acesso em 18 ago. 2017.

SANTOS, L.F. et al. Forças que interferem na maternagem em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Texto Contexto Enferm.**, n.26, v.3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1260016.pdf>. Acesso em 4 dez. 2017.

SANTOS, L.M.; et al. Critérios para a fixação de acessos venosos periféricos em recém-nascidos prematuros. **J. res. fundam. care online**, v.5, n.1, p. 3238-50, 2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/5057/505750897008.pdf>. Acesso em 14 out. 2017.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 355-58, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a21v64n2.pdf>. Acesso em 10 dez. 2017.

SANTOS, S.V; COSTA, R. Cuidados com a pele do recém-nascido: o estado da arte. **J. res. fundam. care online**, v.7, n.3, p. 2887-2901, jul./set, 2015a.

SANTOS, S.V; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.24, n.3, p.731-39, jul/set, 2015b.

SANTOS, S.V; COSTA, R. Tratamento de lesões de pele em recém-nascidos: conhecendo as necessidades da equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.46, n.8, p:985-92, 2014.

SARAIVA, C.O.P.O. **Segurança do paciente em terapia intensiva neonatal: identificação e análise de eventos adversos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN. Disponível em: <http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/20802/1/CeciliaOliviaP araguaideOliveira DISSERT.pdf>. Acesso em 12 dez. 2017.

SCHAEFER, T.I.M; NAIDOM, A.M; NEVES, E.T. Skin care to newborns admitted in neonatal intensive care unit: integrative review. **J. res. fundam. care online**, v.8, n.4 p. 5156-62, 2016.

SCHARDOSIM, J.M. **Adaptação transcultural e validação clínica do instrumento neonatal Skin Condition Score para uso no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/67151/000872848.pdf?sequence=1>. Acesso em 12 dez. 2017.

SCHARDOSIM, J.M.; et al. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.22, n.5, p.834-41, 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DO PIAUÍ (SESAPI). Maternidade Dona Evangelina Rosa, 2017. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/33-maternidade-evangelina-rosa>. Acesso em 17 out. 2017.

SEIGNEMARTIN, B. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem no pronto-atendimento de um hospital escola. **Rev. Rene**, v.14, n. 6, p. 1123-32, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3724>. Acesso em 11 dez. 2017.

SENA, D.T.C; REIS, R.P; CAVALCANTE, J.B.N. A importância da atuação do enfermeiro no tratamento da icterícia neonatal. **Rev. Eletrônic. Estácio Saúde**, v.4, n. 2, p. 160-70, 2015. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/saudesantacatarina/article/view/1762>. Acesso em 18 out. 2017.

SILVA, A.C.; et al. A enfermagem frente à educação permanente na prevenção e no controle da infecção hospitalar. **Rev. Pró-univerSUS**. v.5, n.2, p. 5-10, Jul./Dez, 2014. Disponível em: <http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/514>. Acesso em 13 out. 2017.

SILVA, A.P.B.; et al. Hand hygiene in neonatal and pediatric intensive care units: comparative study. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 24, n.1, p. 35-40, Jan/Mar, 2017. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/555/255>. Acesso em 13 out. 2017.

SILVA, L.N; MOURA, C.M.A.B. Nursing care with the skin of newborn preterm. **Rev. Enferm. UFPI**, v.4, n.4, p. 4-7, Oct-Dec. 2015. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3456>. Acesso em 1 mar. 2017.

SILVA, L.R.; et al. Aspectos perinatais relacionados à hemorragia intracraniana em recém-nascidos de muito baixo peso no sul do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**

v.37, n.4, p.159-63, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n4/0100-7203-rbgo-37-04-00159.pdf>. Acesso em 14 jun. 2017.

SILVA, M.J.P. **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola,2004.

SILVA, T.G. et al. Conteúdo dos registros de enfermagem em hospitais: contribuições para o desenvolvimento do processo de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v.7, n.1, p. 24-27, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/679>. Acesso em 11 dez. 2017.

SILVEIRA, R.S. et al. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enfermagem em Foco**, v.3, n.2, p. 93-96, 2012.

SIQUEIRA, A.A.F. O nascimento biológico da criança. **Rev. Bras. Crescim. Desenv. Humano**, n. 1, v. 1, p. 44-53, 2014.

SOARES, A.C.O.; et al. Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v.21, n.2, p.01-10, abr/jun. 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42897/28163>. Acesso em 20 ago. 2017.

SOARES, A.D.A.S. et al. Nursing care with the skin of hospitalized newborns: integrative review. **Intern. Arch. of Medicine**. v. 10, n. 189, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://imedicalsociety.org/ojs/index.php/iam/article/view/2657/2190>. Acesso em 23 nov. 2017.

SOARES, L.G.; et al. Enfermagem neonatal em cuidados intensivos: o olhar das famílias. **Rev. Rene**, v. 15, n.1, p. 12-21, jan-fev, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3071>. Acesso em 17 jul. 2017.

SOARES, M.I. et al. Gerenciamento de recursos humanos e sua interface na sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermería Global**. v. 15, n.42, p. 353-64, 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n42/pt_administracion3.pdf. Acesso em 10 dez. 2017.

SOUSA, F.C.P.; et al. A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v.26, n.3, p. 2-8, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1180016.pdf>. Acesso em 21 ago. 2017.

SOUZA, A.B.G. **Unidade de terapia intensiva neonatal: cuidados ao recém-nascido de médio e alto risco**. Ed. Atheneu, 2015.

SOUZA, J.J.; FELIPE, A.O.B.; TERRA, F.S. Fototerapia: os sentimentos das mães de recém-nascidos submetidos a essa terapia. **Ciências Biológicas e da Saúde**.

Londrina, v. 33, n. 2, p. 231-40, 2012. Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/download/9928/1217>.

Acesso em 8 dez. 2017.

SOUZA, L.M.; et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.36, n.4, p.21-28. Dez. 2015. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090>.

Acesso em 15 out. 2017.

SOUZA, M.M.T. et al. Apoio emocional realizado por enfermeiro ao paciente ostomizado. **Rev. Port. Enferm. S. Mental**, v. 4, n.esp., 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe4/nspe4a08.pdf>. Acesso em 7 dez. 2017.

SPOSITO, P.B. et al. Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, p. 1-9, 2017. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/2814/281449566067.pdf>. Acesso em 1 dez. 2017.

STEIN, E.A.; et al. Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva. **J. res. fundam. care online**, v.4, n.3, p. 2605-12, jul./set. 2012. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750894018>. Acesso em 17 out. 2017.

TRENTINI, M; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o saber fazer e o saber pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2.ed. Florianópolis (SC): Insular; 2004.

VENTURA, C.M.U; ALVES, J.G.B; MENESES, J,A. Eventos adversos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n.1, p.49-55, jan-fev. 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267022810007.pdf>. Acesso em 13 out. 2017.

WALDOW, V.R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig. Enferm. Imagen Desarr.** v. 17, n. 1, p. 13-25, 2015. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/html/1452/145233516002/>. Acesso em 21 nov. 2017.

WINTERS, J.R.F; PRADO, M.L; HEIDEMANN, I.T.S.B. A formação em enfermagem orientada aos princípios do Sistema Único de Saúde: percepção dos formandos.

Esc. Anna Nery Rev. de Enfermagem, v.20, n.2, p.248-53, 2016. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127745723006.pdf>. Acesso em 21 ago. 2017.

WOLF, M.; et al. Management of neonates with hyperbilirubinemia: improving timeliness of care using a clinical pathway. **Pediatrics**, v.130, n.6, Dez. 2012.

Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/130/6/e1688>. Acesso em 16 out. 2017.

XAVIER, S.O.; et al. Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n.esp.2, p. 814-18, dez. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6036>. Acesso em 18 out. 2017.

WONG, B.M. et al. Application of a trigger tool in near real time to inform quality improvement activities: a prospective study in a general medicine ward. **BMJ Qual. Saf.**, v. 24, n.4, p.272-81, 2015.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL - MESTRADO ACADÊMICO**

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa: O cuidado do enfermeiro com a pele de recém-nascidos hospitalizados

Data da entrevista ___/___/___

1. Caracterização dos participantes do estudo

- a) Qual foi o ano de conclusão da sua graduação em enfermagem? _____
- b) Realizou pós-graduação na área da enfermagem? () sim () não
- c) Qual o seu tempo de atuação no serviço (UTIN)? _____
- d) Possui experiência prévia na assistência à saúde do RN hospitalizado?
() sim () não
- e) Já realizou treinamento, capacitação, ou cursos específicos para o cuidado à pele de RN hospitalizados? () sim () não

2. Com relação ao cuidado com a pele de RN hospitalizados na UTIN- MDER:

- a) Que conhecimentos direcionam a sua prática de cuidados com a pele de RN hospitalizados?
- b) Como ocorre a prática de cuidados do enfermeiro com a pele de RN hospitalizados na UTIN?
- c) Quais são as dificuldades e as possibilidades no cuidado à pele de RN hospitalizados na UTIN?
- d) Que cuidados de enfermagem você considera necessários para elaboração de um protocolo de cuidados de prevenção das lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados na UTIN/MDER?



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL - MESTRADO ACADÊMICO**

APÊNDICE B – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

Pesquisa: O cuidado do enfermeiro com a pele de recém-nascidos hospitalizados

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

Discente: Ana Dulce Amorim Santos Soares

1 Grupo focal

O grupo focal consiste em uma abordagem de pesquisa qualitativa, na qual é desenvolvida a interação de um pequeno grupo de participantes, em um ambiente de situação informal, de forma a elucidar aspectos significativos de um fenômeno em comum (BARBOUR, 2009).

A execução do grupo focal neste estudo tem a finalidade de socializar as informações obtidas previamente nas entrevistas aos participantes da pesquisa, e a partir disso, desenvolver a proposta do protocolo de cuidados, **em conjunto com os enfermeiros participantes**, tendo fundamentação no referencial teórico previamente levantado pela **pesquisadora**, que atuará como **mediadora**, na execução do mesmo.

1.1 Objetivo

- Descrever os cuidados de enfermagem necessários para elaboração de uma proposta de protocolo de cuidados de enfermagem para a prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados.

2 Entrevista individual

Quais cuidados de enfermagem você considera necessários para elaboração de um protocolo de cuidados de prevenção das lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados na UTIN/MDER?

2.1 Respostas das entrevistas individuais para serem socializadas e discutidas em grupo:

❖ Sistematização da Assistência de Enfermagem

- Anamnese e exame físico do RN
- Identificação do RN com risco ou lesão de pele preexistente
- Estabelecer plano de cuidados de enfermagem
- Registro e notificação das lesões de pele avaliadas
- Utilização da SAE

❖ Cuidados de enfermagem com a pele do RN na UTIN

Cuidados com o manuseio mínimo e mudança de decúbito

- Respeitar conduta neuroprotetora em RN instáveis
- Mudança de decúbito de 3/3 horas, nos RN estáveis
- Agrupamento de cuidados
- Uso de coxins e hidrocolóide para evitar LPP
- Diminuir a pressão localizada do peso corporal do RN
- Proteger e não massagear proeminências ósseas
- Manter lençóis esticados, sem dobras

Cuidados com fototerapia

- Proteção ocular do RN
- Retirar a roupa do RN, deixando apenas a fralda
- Verificação da irradiância das lâmpadas de fototerapia

- Verificação da umidade das incubadoras
- Verificação da temperatura do RN em fototerapia de 3/3 horas
- Inspeção na pele do RN a cada mudança de decúbito
- Não utilizar óleo de girassol na pele do RN sob fototerapia
- Prevenção de queimaduras

Cuidados com higienização das mãos, prevenção e controle de infecção

- Lavagem das mãos
- Uso do álcool gel
- Evitar celular na UTIN
- Retirar adornos (anéis, alianças, pulseiras, brincos, etc)
- Higienização das mãos antes e após tocar em cada RN
- Uso de EPI'S (luvas, máscaras, uniforme cirúrgico, óculos de proteção)
- Uso de materiais individualizados no cuidado ao RN

Cuidados com adesivos, fixações, curativos e terapia endovenosa

- Diminuição do uso e da troca frequente de adesivos
- Utilização de adesivos adequados na fixação de tubos orotraqueais, cateteres e sondas
- Uso do hidrocolóide abaixo do adesivo, para proteção da pele
- Curativo com filme transparente em cateteres vasculares
- Respeitar o tempo da troca de adesivos e fixações, exceto na existência de alterações de pele ou sujidade
- Retirar delicadamente os adesivos e fixações com emolientes
- Rodízio na fixação dos sensores de oximetria, temperatura e de eletrodos
- Coleta agrupada de exames laboratoriais
- Evitar adesivos para hemostasia na coleta de exames
- Observar a pele ao redor de acessos vasculares (centrais e periféricos) a cada exame físico

Cuidados com o banho e higiene

- Avaliar o peso e a estabilidade clínica do RN antes de realizar o banho

- Postergar o banho do RN prematuro e/ou de baixo peso
- Se apto ao banho, não utilizar sabonetes irritantes na pele do RN
- Higienização perianal com algodão e água morna limpa
- Troca de fraldas a cada 3 horas, ou a cada evacuação

Cuidados com ostomias/estomas

- Observação da pele periestoma rotineiramente
- Detecção precoce de sinais flogísticos ou alterações inesperadas no estoma
- Coletar débito do estoma em bolsa coletora
- Troca da bolsa coletora, se ocorrer descolamento ou vazamento
- Utilização do hidrocolóide
- Higienização do estoma com água morna limpa

REFERÊNCIA

BARBOUR, R. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009, 216p.

ANEXOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL - MESTRADO ACADÊMICO**

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: O cuidado do enfermeiro com a pele de recém-nascidos hospitalizados.

Pesquisadora: Ana Dulce Amorim Santos Soares

Orientadora: Prof^a Dr^a. Silvana Santiago da Rocha

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem.

Telefone para contato: (86) 99933-5910/ 81090304

Prezado(a) Participante:

Você está sendo convidado(a), de forma totalmente **voluntária**, a responder as perguntas de um roteiro de entrevista, previamente elaborado pelas pesquisadoras deste estudo, além de participar de um grupo focal, que será agendado conforme a sua disponibilidade. Antes de concordar em participar deste estudo, e de responder as perguntas da entrevista, ou de participar do grupo focal, é essencial que você compreenda as informações e observações contidas neste documento. As pesquisadoras deste estudo deverão responder todas as suas dúvidas, antes que você manifeste qualquer decisão referente à sua participação na pesquisa. Caso concorde em participar, o(a) Senhor(a) terá o direito de **desistir**, a qualquer momento, de participar deste estudo, sem perder os benefícios aos quais tenha direito, e sem estar sujeito a nenhuma penalidade.

Objetivos do estudo: Analisar o cuidado de enfermeiros à pele de recém-nascidos hospitalizados; Identificar os conhecimentos que direcionam a prática de enfermeiros da UTIN no cuidado à pele de recém-nascidos hospitalizados; Descrever as dificuldades e as possibilidades de enfermeiros da UTIN no cuidado com a pele de recém-nascidos hospitalizados; Elaborar em conjunto com os enfermeiros da UTIN uma proposta de protocolo de cuidados de prevenção de lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados.

Justificativa do estudo: Promover a manutenção da integridade da pele de recém-nascidos hospitalizados, para o desenvolvimento satisfatório do organismo dos mesmos, durante o período de internação hospitalar. Contribuir para a melhora na qualidade de vida dos mesmos, uma vez que a presença de lesões de pele, além de prolongar o período de internação, torna esses indivíduos ainda mais vulneráveis ao agravamento das condições patológicas já existentes. Portanto, compreender como ocorre o cuidado de enfermeiros com a pele de recém-nascidos hospitalizados configura-se como uma importante estratégia para identificar necessidades, fragilidades e potencialidades na assistência de enfermagem a essa população.

Métodos: Consiste em uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial, na qual, uma das pesquisadoras deste estudo (Ana Dulce Amorim Santos Soares), realizará uma entrevista com você, no objetivo de levantar os conhecimentos que direcionam a sua prática de cuidado à pele de recém-nascidos hospitalizados, além de conhecer as suas dificuldades e possibilidades para a manutenção da integridade da pele dos recém-nascidos hospitalizados. Para a obtenção dessas informações, solicitaremos que você responda as perguntas de um roteiro de entrevista, e caso permita, será realizada a gravação do áudio de suas falas. Posteriormente à entrevista individual, você será convidado a participar de um grupo focal, que será previamente agendado, com os demais participantes desse estudo. No grupo focal, serão discutidas as principais condutas de enfermagem necessárias e apontadas pela literatura científica, para a elaboração de um protocolo de cuidados de prevenção das lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados. Os dados desta pesquisa ficarão sob propriedade das pesquisadoras, e somente serão divulgados com o objetivo de produção de conhecimento científico. Vale destacar, que a sua identidade será totalmente preservada em todas as fases desta pesquisa. Também salientamos que esta pesquisa não terá ônus financeiro para você.

Riscos: A sua participação nesta pesquisa não representará nenhum risco de ordem física, porém algumas questões do roteiro de entrevista, ou mesmo a sua participação no grupo focal poderá lhe causar algum desconforto e/ou constrangimento. Para reduzi-los, os(as) participantes serão sensibilizados, anteriormente à entrevista e ao grupo focal, a respeito do não julgamento sobre as respostas e as discussões que irão emergir. Os(as) participantes serão assegurados de que a divulgação dos dados ocorrerá somente no âmbito da pesquisa, de forma a preservar a identidade dos mesmos.

Benefícios: Serão indiretos, pois este estudo contribuirá para um maior conhecimento científico da enfermagem sobre o tema abordado, e para a qualificação de enfermeiros e demais profissionais envolvidos no cuidado ao recém-nascido hospitalizado. Tal estudo visa ainda, obter benefícios futuros para os serviços de assistência à saúde do recém-nascido, uma vez que, objetiva qualificar a assistência de enfermagem prestada, por meio da elaboração de um protocolo de cuidados de prevenção das lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados. Assim, almeja-se contribuir para a evolução no campo do ensino e da pesquisa na área da saúde, no cuidado de enfermagem em neonatologia, e na elaboração de programas e políticas públicas que englobem essa importante temática.

Sigilo: As informações fornecidas pelos participantes serão mantidas em total sigilo, e a privacidade dos mesmos será garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Vale destacar, que os(as) participantes deste estudo terão sua identidade preservada em todas as fases da pesquisa, até mesmo quando os resultados forem divulgados em periódicos, congressos, ou para quaisquer fins científicos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, Eu,

_____, estou de acordo em participar desta pesquisa, e ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficarei de posse de uma delas.

Teresina, _____ de _____ de 201_____

Assinatura do participante

Nº da Identidade

Assinatura da Pesquisadora Responsável
Silvana Santiago da Rocha

Endereço - Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Campus Universitário Petrônio Portela Bloco 12

Bairro Ininga CEP: 64.049-550

Telefone: (86) 3215-5558

E-mail mestradoEnfermagem@ufpi.edu.br

ppgenf@ufpi.edu.br

Web: www.ufpi.br/mestEnfermagem

Cômite de Ética e Pesquisa (CEP/UFPI)

Endereço - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.

Pró Reitoria de Ensino e Pós-Graduação

CEP: 64.049-550 - Teresina - PI.

Telefone: 86 3237-2332

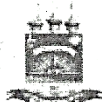
E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

Web.: www.ufpi.br/cep



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL - MESTRADO ACADÊMICO**

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/UFPI



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO DO ENFERMEIRO COM A PELE DE RECÉM-NASCIDOS HOSPITALIZADOS

Pesquisador: silvana santiago da rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62427416.6.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.848.098

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, baseada no referencial metodológico da Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA) que será desenvolvido em uma maternidade de referência na rede municipal e estadual para a assistência materno-infantil do Piauí. No que se refere à assistência neonatal, a maternidade referida dispõe de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e duas alas de Alojamento Conjunto para o Método Canguru. Os participantes do estudo serão constituídos de enfermeiros, atuantes na assistência direta aos recém-nascidos hospitalizados na UTIN e na UCINCo da instituição. A produção dos dados será feita mediante entrevista semiestruturada e grupo focal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o cuidado de enfermeiros à pele de recém-nascidos hospitalizados.

Objetivos Secundários:

1. Identificar os conhecimentos que direcionam a prática de enfermeiros no cuidado à pele de

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

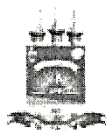
UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Continuação do Parecer: 1.848.098

recém-nascidos hospitalizados;

2. Descrever as dificuldades e os aspectos facilitadores de enfermeiros relacionados à manutenção da integridade da pele de recém-nascidos no contexto hospitalar.
3. Discutir as condutas de enfermagem necessárias para a elaboração de um protocolo de cuidados de prevenção das lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Algumas questões presentes no roteiro de entrevista, ou mesmo a participação dos enfermeiros nos encontros para o grupo focal poderão causar algum desconforto e/ou constrangimento pessoal e para reduzi-los, os participantes serão sensibilizados anteriormente à entrevista e ao grupo focal, a respeito do não julgamento e o aspecto sigiloso sobre as respostas e as discussões que irão emergir. Os participantes serão também assegurados de que a divulgação dos dados ocorrerá somente no âmbito da pesquisa, de forma a preservar a identidade dos mesmos.

Benefícios: Serão indiretos, pois este estudo contribuirá para um maior conhecimento científico da enfermagem sobre o tema abordado, e para a qualificação de enfermeiros e demais profissionais envolvidos no cuidado ao recém-nascido hospitalizado. Tal estudo visa ainda, obter benefícios futuros para os serviços de assistência à saúde do recém-nascido, uma vez que, objetiva qualificar a assistência de enfermagem prestada, por meio da elaboração de um protocolo de cuidados de prevenção das lesões de pele em recém-nascidos hospitalizados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante pois almeja contribuir para a evolução no campo do ensino e da pesquisa na área da saúde, no cuidado de enfermagem em neonatologia, e na elaboração de programas e políticas públicas que abordem englobem essa importante temática

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados e conferidos pelo secretário do CEP durante a validação documental.

Recomendações:

Sem Recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

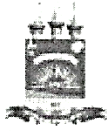
Projeto apto a ser iniciado pois encontra-se elaborado em consonância com a Resolução 466/12.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Continuação do Parecer: 1.848.098

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_795707.pdf	27/11/2016 12:09:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/11/2016 12:09:02	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	22/11/2016 18:36:59	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	22/11/2016 18:36:10	silvana santiago da rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_Pesquisadores.pdf	22/11/2016 18:34:47	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Silvana.pdf	22/11/2016 17:50:47	silvana santiago da rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradofinalizado.pdf	15/11/2016 00:53:22	silvana santiago da rocha	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/11/2016 00:51:25	silvana santiago da rocha	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/11/2016 00:50:41	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	OficiodeAutorizacaodapesquisa.pdf	15/11/2016 00:29:35	silvana santiago da rocha	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista.pdf	15/11/2016 00:10:30	silvana santiago da rocha	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	15/11/2016 00:04:27	silvana santiago da rocha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
UNIVERSITÁRIO MINISTRO



Continuação do Parecer: 1.848.098

TERESINA, 02 de Dezembro de 2016

Lúcia Moura

Assinado por:
Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
(Coordenador)

Profa. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria PROPEAQ Nº 10/2016

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br