



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

FERNANDA CAVALCANTE FONTENELE

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROPOSTAS PELA
NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION (NIC) PARA O DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM RECÉM-NASCIDOS**

Fortaleza
2013

FERNANDA CAVALCANTE FONTENELE

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROPOSTAS PELA
NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION (NIC) PARA O DIAGNÓSTICO DE
ENFERMAGEM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM RECÉM-NASCIDOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área Temática: Enfermagem no processo de cuidar da saúde da criança e do neonato.

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

Fortaleza

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- F763i Fontenele, Fernanda Cavalcante.
Intervenções de enfermagem propostas pela *nursing interventions classification* (NIC) para o diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada em recém-nascidos / Fernanda Cavalcante Fontenele. – 2013.
176 f.: il. color., enc.; 30 cm.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Doutorado em Enfermagem; Fortaleza, 2013.
Área de concentração: Enfermagem no processo de cuidar da saúde da criança e do neonato.
Orientação: Profa. Dra. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.
1. Recém-Nascido. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Diagnóstico de Enfermagem. I. Título.

CDD 610.7362

FERNANDA CAVALCANTE FONTENELE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROPOSTAS PELA *NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION* (NIC) PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA EM RECÉM-NASCIDOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em: 28/02/2013

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (Presidente/Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Tracy Heather Herdman (Membro Efetivo)
NANDA Internacional (EUA)

Prof^a. Dr^a. Maria Célia de Freitas (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof^a. Dr^a. Edna Maria Camelo Chaves (Membro Efetivo)
Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO)

Prof^a. Dr^a. Elisângela Teixeira Lima (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Emília Campos de Carvalho (Membro Suplente)
Universidade de Ribeirão Preto (USP/RP)

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Membro Suplente)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

DEDICATÓRIA

- ✚ A Deus, eterna sabedoria, que me permitiu mais esta conquista.
- ✚ À Prof^a. Dr^a. Vera Leitão, exemplo de dedicação e compromisso pela excelência do ensino de enfermagem.
- ✚ Ao meu filho Lucas e meu esposo Adelino, sempre presentes com apoio, incentivo e compreensão.
- ✚ Aos meus queridos pais, Vicente e Lurdes, e meus irmãos, Juliana e Gláucio, que tudo fizeram para que eu pudesse conquistar meus sonhos.
- ✚ A todos os profissionais de enfermagem, que anseiam melhorar a qualidade da assistência que prestam aos neonatos, buscando eficiência de suas ações e excelência do cuidar.

AGRADECIMENTOS

- ✚ A Deus, que me oportunizou mais este momento de crescimento profissional.
- ✚ À Prof^a. Dr^a. Vera Leitão, mais que uma orientadora, conselheira, amiga e parceira, uma história desde a especialização em Neonatologia.
- ✚ Às Professoras Dr^a. Lorena e Dr^a. Elisângela, pelo apoio durante a realização deste curso.
- ✚ À Professora Dr^a. Emilia Campos e a todos os integrantes do PROCAD/UFC, do qual tive o prazer em participar (Ribeirão Preto), o que muito contribuiu para concretização deste estudo.
- ✚ Às amigas Renata, Adriana, Rafaella e Manuella, amizade nascida em Ribeirão Preto (PROCAD/UFC), com quem compartilhei saudades e muitas alegrias.
- ✚ Aos professores Dr^a. Tracy Heather, Dr. Marcos Venícios, Dr^a. Célia Freitas, Dr^a. Elisângela Teixeira, Dr^a. Emília Campos e Dr^a. Edna Camelo, pela honra de tê-los em minha banca examinadora.
- ✚ Às Enfermeiras Dr^a.Regina Dodt e Dr^a. Islene Victor, amigas preciosas, cúmplices nesta caminhada.
- ✚ Aos enfermeiros da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital Infantil Albert Sabin e Hospital Geral Dr. César Cals, que se disponibilizaram a participar da pesquisa;
- ✚ Aos enfermeiros *experts*, peças fundamentais na consolidação deste estudo.

- ✚ Às Enfermeiras Dr^a. Eloah, Dr^a. Rita Paiva e Dr^a. Simone Meireles, pelo apoio nos momentos que muito precisei.

- ✚ À equipe de Enfermagem da Unidade Neonatal, em especial as enfermeiras: Ana Paula, Izélia, Márcia, Roberta, Keline, Alvani, Aline, Cinthia, Andréa, Karla, Glaucia, Amélia, Verônica, Sandra, Roselise, Ana Lúcia, Ana Rute, Betanha, Tereza, Fátima e Regiane, pelo apoio e incentivo para realização deste estudo.

- ✚ Às integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde do Binômio Mãe-filho/SABIMF/UFC, em especial às amigas Enf^a Dr^a. Márcia Oliveira e Enf^a Dr^a Socorro Sherlock, pelas palavras incentivadas sempre oportunas.

- ✚ A todos os amigos que torceram e contribuíram de alguma forma para efetivação desta caminhada.

“O cuidado com a pele é uma intervenção de enfermagem contínua, dinâmica, eficaz, individualizada, criteriosa e humanizada, visando promoção, manutenção ou recuperação da integridade da pele do recém-nascido, considerando os aspectos fisiológicos, ambientais e da assistência.”

Fontenele, Pagliuca, Cardoso, 2012

RESUMO

A assistência ao recém-nascido com integridade da pele prejudicada deve ser prioridade para equipe de enfermagem. Objetivou-se analisar o uso das intervenções propostas pela *Nursing Intervention Classification* (NIC) indicadas para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Estudo exploratório, descritivo, utilizando-se mapeamento cruzado em três unidades neonatais públicas, em Fortaleza-CE-Brasil. Participaram 42 enfermeiros atuantes em Neonatologia. A coleta de dados foi realizada de maio a setembro/2011, conforme a disponibilidade dos participantes. Aprovado pelo Comitê de Ética das instituições pesquisadas. No primeiro momento da coleta, os enfermeiros indicaram as atividades realizadas junto aos recém-nascidos com o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada. Em seguida, foi realizada comparação dessas atividades com as intervenções propostas pela NIC, caracterizando o mapeamento. A análise ocorreu entre outubro/2011 e janeiro/2012. Para revisão e refinamento do mapeamento, os resultados obtidos foram encaminhados a nove enfermeiros *experts* em diagnóstico de enfermagem, por meio do correio convencional e eletrônico. O mapeamento revelou que das 75 atividades sugeridas na NIC, 57 corresponderam às indicadas pelos enfermeiros. As mais citadas pelos enfermeiros como desempenhadas cotidianamente foram relacionadas ao cuidado com lesões: aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão; reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado; posicionar o paciente, de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado; e remover curativo e fita adesiva. Tratamento tópico: aplicar emolientes à área afetada; aplicar curativo oclusivo transparente sempre que necessário; e evitar o uso de sabonete alcalino na pele. Supervisão da pele: examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, ao edema e à drenagem; e documentar mudanças na pele e mucosas. As atividades sugeridas pela NIC mais realizadas segundo opinião dos enfermeiros (média ponderal entre 0,8 e 1) relacionadas ao cuidado com lesões: aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão; manter técnica asséptica durante realização; trocar curativos, conforme a quantidade de exsudato e drenagem; limpar com soro fisiológico ou substâncias não tóxicas; posicionar o paciente, de modo a evitar tensão

sobre a lesão e reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas. Referentes ao tratamento tópico: manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama; aplicar curativo oclusivo transparente; proporcionar higiene íntima; aplicar antibiótico tópico à área afetada; e aplicar emolientes à área afetada. Quanto à supervisão da pele: observar as extremidades quanto à cor, ao calor, ao inchaço, aos pulsos, à textura, ao edema e às ulcerações; monitorar cor e temperatura da pele; e examinar a condição da incisão cirúrgica. Após submissão do mapeamento à avaliação por enfermeiros peritos, foi sugerido que das 22 atividades de cuidado com a pele, 13 permaneceriam com a nomenclatura NIC. Com relação ao tratamento tópico, 23 atividades tiveram discretas alterações e 10 permaneceram inalteradas. Relativo à supervisão da pele, três foram modificadas e nove atividades mantiveram a nomenclatura NIC. Concluiu ser possível a utilização da NIC como terminologia padronizada para descrever os cuidados de enfermagem prescritos, uma vez que essa classificação mostrou-se, em sua maioria, adequada à realidade neonatal.

Palavras-chave: Recém-nascido. Cuidados de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem.

ABSTRACT

The assistance to newborns with impaired skin integrity should be a priority for the nursing staff. Thus, we aimed to analyze the use of the interventions proposed by the Nursing Intervention Classification (NIC) indicated for the nursing diagnosis Impaired skin integrity in the Neonatal Intensive Care Unit. This is an exploratory descriptive study using cross-mapping in three public neonatal units, in Fortaleza-CE, Brazil. The population was composed of 42 nurses working in neonatology. Data collection was conducted from May to September 2011, according to the availability of participants. The study was approved by the Ethics Committee of the institutions surveyed. In the first moment of collection, nurses indicated the activities they performed along with the newborns with the nursing diagnosis Impaired skin integrity. Next, we compared these activities with the interventions proposed by NIC, characterizing the mapping. The analysis occurred between October 2011 and January 2012. To review and refinement of the mapping, the results obtained were sent to nine nurses experts in nursing diagnosis through conventional mail and e-mail. The mapping revealed that from the 75 activities suggested by NIC, 57 corresponded to those indicated by nurses. The most mentioned by nurses as routinely performed were related to the care of injuries: apply an adequate bandage for the type of injury; reposition the patient at least once every two hours, as recommended; positioning the patient in order to avoid tension on the injury, as recommended; and remove bandage and tape. Topical Treatment: apply moisturizers to the affected area; apply a transparent occlusive dressing when necessary; and avoid the use of alkaline soap on the skin. Skin surveillance: examine the skin and mucous membranes for redness, excessive heat, edema and drainage, and document changes in the skin and mucous membranes. The activities suggested by NIC most performed according to the nurses' opinion (weighted average of 0.8-1) related to the care of injuries were: apply an appropriate bandage for the type of injury; maintain aseptic technique during performance; changing dressings according to the amount of exudate and draining; cleaning with saline or non-toxic substances; positioning the patient in order to prevent tension on the wound; and reposition the patient at least once every two hours. As regards to topical treatment: keep bed linen clean, dry and wrinkle-free; apply

transparent occlusive dressing; provide intimate hygiene; apply topical antibiotics to the affected area; and apply moisturizer to the affected area. As for the skin surveillance: observe the extremities for color, warmth, swelling, pulses, texture, edema and ulceration; monitor skin color and temperature; and examine the condition of the surgical incision. After submitting the mapping to the evaluation of expert nurses, it was suggested that, of the 22 activities of skin care, 13 remain with the NIC taxonomy. Regarding the topical treatment, 23 activities had minor changes and 10 remained unchanged. On the skin surveillance, 3 activities were modified and 9 kept the NIC taxonomy. We concluded that is possible to use the NIC as a standardized terminology to describe the nursing care prescribed, once this classification has proven, in most cases, appropriate to neonatal reality.

Keywords: Newborn. Nursing Care. Nursing Diagnosis.

RESUMEN

La atención al recién nacido con integridad de la piel perjudicada debe ser prioridad para el equipo de enfermería. El objetivo fue analizar el uso de las intervenciones propuestas por la *Nursing Intervention Classification* (NIC) indicadas para el diagnóstico de enfermería de integridad de la piel perjudicada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Estudio exploratorio, descriptivo y transversal mediante cartografía en tres unidades neonatales públicas, en Fortaleza-CE, Brasil. Participaron 42 enfermeras actuantes en neonatología. La recolección de datos se llevó a cabo de mayo a septiembre/2011, según la disponibilidad de los participantes. Aprobado por el Comité de Ética de las instituciones encuestadas. En el primer momento de la recolección de datos, los enfermeros indicaron que las actividades realizadas junto a los recién nacido con diagnóstico de enfermería integridad de la piel perjudicada. Luego, fue realizada comparación de estas actividades con las intervenciones propuestas por NIC, caracterizándose el diseño. El análisis ocurrió entre octubre/2011 y enero/2012. Para revisar y perfeccionar el mapeo, los resultados obtenidos fueron encaminados a nueve enfermeros *experts* diagnóstico de enfermería, a través de correo postal y electrónico. El diseño reveló que de las 75s actividades sugeridas en la NIC, 57 correspondieron a los indicados por los enfermeros. Las más citadas por los enfermeros como desarrolladas rutinariamente estaban relacionados con la atención a las lesiones: aplicar un vendaje adecuado para el tipo de lesión; cambiar la posición del paciente, por lo menos cada dos horas, según el caso; posicionar el paciente de manera que se evite la presión sobre la lesión, según sea apropiado; y eliminar vendaje y cinta. Tratamiento tópico: aplicar emoliente a la zona afectada; aplicar vendaje oclusivo transparente cuando sea necesario y evitar el uso de jabón alcalino en la piel. Supervisión en la piel: examinar la piel y las membranas mucosas como enrojecimiento, calor excesivo, hinchazón y drenaje, y documentar los cambios en la piel y las membranas mucosas. Las actividades propuestas por NIC más realizadas de acuerdo con la opinión de los enfermeros (promedio entre 0,8 y 1) en relación a la atención a las lesiones: aplicar un vendaje para el tipo de lesión; mantener una técnica aséptica durante la ejecución; cambiar vendajes como la cantidad de exudado y drenaje, limpieza con sustancias

salinas o no tóxicos; colocar al paciente con el fin de evitar que la tensión en la herida; y volver a colocar el paciente al menos una vez a cada 2 horas. En relación con el tratamiento tópico: mantener limpias, secas y libres de arrugas cama; aplicar vendaje oclusivo transparente; proporcionar higiene íntima; aplicar antibiótico tópico en el área afectada; y aplicar emolientes en la zona afectada. Cuanto a la vigilancia de la piel: observar las extremidades cuanto al color, calor, hinchazón, pulsos, textura, edema y ulceración; monitorear color y temperatura de la piel; y examinar el estado de la incisión quirúrgica. Después de la presentación de la evaluación de mapeo por enfermeras expertas, se sugirió que las 22 actividades de atención a la piel, 13 se mantenían con la nomenclatura NIC. En cuanto al tratamiento tópico, 23 actividades habían cambios menores y 10 permanecieron sin cambios. En la supervisión de la piel, 3 fueron modificadas y 9 actividades mantuvieron denominación NIC. Se encontró que es posible utilizar la NIC como terminología estandarizada para describir la atención de enfermería prescrita, ya que esta clasificación se presentó, en su mayoría, adecuada a la realidad neonatal.

Palabras clave: Recién nacido. Atención de enfermería. Diagnóstico de Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Diagrama 1 –	Processo seletivo dos artigos das bases de dados.....	49
Figura 1 –	Mecanorreceptores da pele.....	55
Diagrama 2 –	Processo metodológico para realização do mapeamento cruzado das atividades de enfermagem relacionadas ao diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada em RN.....	85
Gráfico 1 –	Lesões identificadas pelos enfermeiros como previamente ocorridas em sua unidade de trabalho. Fortaleza – 2011.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Taxonomia Nanda-I, segundo Domínios, Classes e Número de Diagnósticos.....	34
Quadro 2 –	Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem (níveis de 1 a 7).....	37
Quadro 3 –	Intervenções NIC, enfermagem neonatal (Cuidado com lesões).....	40
Quadro 4 –	Intervenções NIC, enfermagem neonatal (Tratamento tópico).....	41
Quadro 5 –	Intervenções NIC, enfermagem neonatal (Supervisão da pele).....	42
Quadro 6 –	Síntese dos artigos segundo título, autor, ano e periódico.....	50
Quadro 7 –	Distribuição das atividades propostas pela NIC no cuidado com lesões e o mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico integridade da pele prejudicada, Fortaleza, 2012.....	92
Quadro 8 –	Distribuição das atividades propostas pela NIC no tratamento tópico e o mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, Fortaleza, 2012.....	95
Quadro 9 –	Distribuição das atividades propostas pela NIC na supervisão da pele e o mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, Fortaleza, 2012.....	98
Quadro 10–	Distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, para a intervenção cuidado com lesões, revisadas e refinadas pelos <i>experts</i> , Fortaleza, 2012.....	109
Quadro 11–	Distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, para a intervenção tratamento tópico, revisadas e refinadas pelos <i>experts</i> , Fortaleza, 2012.....	111
Quadro 12–	Distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, para a intervenção supervisão da pele, revisadas e refinadas pelos <i>experts</i> , Fortaleza, 2012.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização dos enfermeiros segundo idade, tempo de formação, tempo de experiência em Neonatologia, artigos publicados sobre DE, titulação e formação na graduação sobre DE. Fortaleza – 2011.....	87
Tabela 2 –	Caracterização dos enfermeiros segundo atividade atual de trabalho predominante, prática clínica atual e contato com DE. Fortaleza – 2011.....	89
Tabela 3 –	Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,80 a 1,0 para a intervenção cuidado com lesões, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.....	100
Tabela 4 –	Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,51 a 0,79 para a intervenção cuidado com lesões, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.....	101
Tabela 5 –	Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,80 a 1,0 para a intervenção tratamento tópico, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.....	101
Tabela 6 –	Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,51 a 0,79 para a intervenção tratamento tópico, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.....	102
Tabela 7 –	Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,80 a 1,0 para a intervenção supervisão da pele, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.....	102
Tabela 8 –	Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,51 a 0,79 para a intervenção supervisão da pele, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.....	102
Tabela 9 –	Caracterização dos Enfermeiros <i>Experts</i> segundo idade, tempo de formação, tempo de experiência em Neonatologia, artigos publicados sobre DE, titulação e formação na graduação sobre DE. Fortaleza – 2012.....	103
Tabela 10 –	Caracterização dos Enfermeiros <i>Experts</i> segundo atividade atual de trabalho predominante, prática clínica atual e contato com DE. Fortaleza – 2012.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

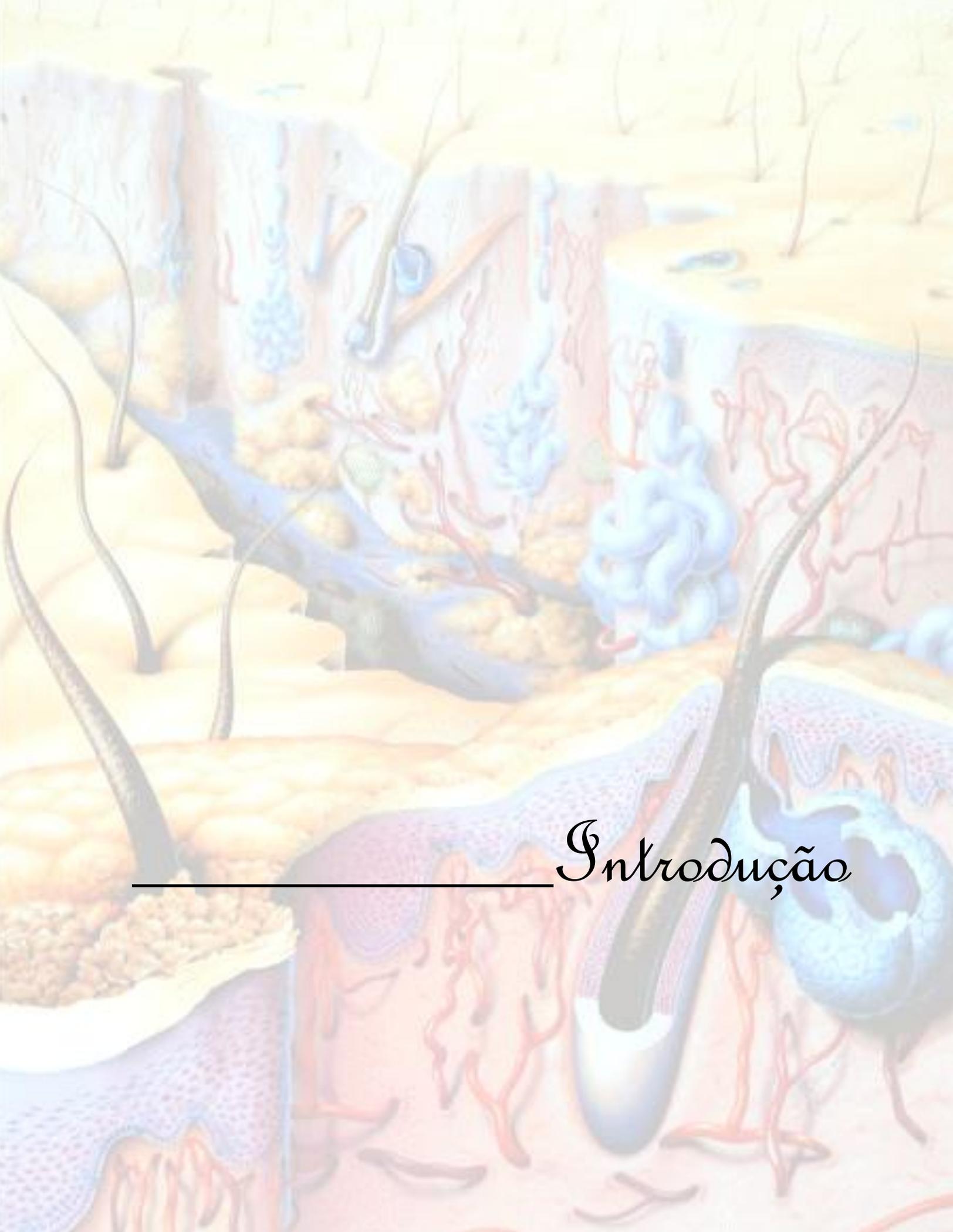
ACENDIO	<i>Association for Common European Nursing Diagnoses</i>
AENTDE	<i>Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería</i>
AWHONN	<i>Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses</i>
BH	Balanço Hídrico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
DAMR	De Algum Modo Realizado
DVP	Derivação ventrículo-peritoneal
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DP	Desvio Padrão
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EE	Exclusivo do enfermeiro
IG	Idade Gestacional
LILACS	<i>Latin American and Caribbean Health Science Literature Database</i>
ME	Membro da Equipe de Enfermagem
MP	Média Ponderal
MPR	Muito Pouco Realizado
MR	Muito Realizado
MMR	Muitíssimo Realizado
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NANDA - I	NANDA – International
NGC	<i>National Guideline Clearinghouse</i>

NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NLM	<i>National Library of Medicine</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NR	Não Realizado
OMS	Organização Mundial de Saúde
pH	Potencial de Hidrogénio
PM	Prescrição Médica
PUBMED	Publicações Médicas
PE	Processo de Enfermagem
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
RN	Recém-Nascido ou Recém-Nascidos
RNPT	Recém-Nascido Pré-termo
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCN	<i>Staphylococcus coagulase-negativa</i>
SINADEN	Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem
SOG	Sonda Orogástrica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TENS	Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea
TOT	Tubo Orotraqueal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
1.1	NANDA Internacional (NANDA-I) e o Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada	30
1.2	<i>Nursing Interventions Classification (NIC)</i>	35
1.3	Intervenções propostas pela NIC associadas ao diagnóstico de enfermagem da NANDA integridade da pele prejudicada	38
1.4	Justificativa e proposta da pesquisa	42
2	OBJETIVOS	45
3	REVISÃO DE LITERATURA	47
3.1	A pele	54
3.2	A pele do Recém-Nascido	57
4	MATERIAL E MÉTODO	76
4.1	Tipo de pesquisa	76
4.2	Local do estudo	76
4.3	População, amostra e critérios de inclusão	77
4.4	Coleta de dados	77
4.5	Os <i>experts</i>	81
4.6	Organização, análise e apresentação dos resultados	83
4.7	Aspectos éticos	84
4.8	Diagrama Metodológico	85
5	RESULTADOS	87
5.1	Perfil dos enfermeiros	87
5.2	Lesões identificadas pelos enfermeiros como previamente ocorridas nas unidades neonatais	90
5.3	Atividades referidas como pertinentes pelos enfermeiros para recém-nascidos com o diagnóstico integridade da pele prejudicada	91
5.4	Análise da opinião dos enfermeiros acerca do uso das atividades contidas na NIC para o RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada	99

5.5	Perfil dos <i>experts</i>	103
5.6	Revisão e refinamento do mapeamento comparativo pelos <i>experts</i>	106
6	DISCUSSÃO	115
6.1	Atividades mapeadas para a intervenção NIC: Cuidado com Lesões	118
6.2	Atividades mapeadas para a intervenção NIC: Tratamento Tópico	128
6.3	Atividades mapeadas para a intervenção NIC: Supervisão da Pele	134
6.4	Atividades sugeridas pela NIC mais realizadas segundo opinião dos enfermeiros para o RN com integridade da pele prejudicada	135
6.5	Atividades citadas pelos enfermeiros revisadas e refinadas pelos <i>experts</i> após mapeamento	143
7	CONCLUSÕES	149
	REFERÊNCIAS	153
	APÊNDICES	166
	ANEXOS	174



Introdução

1 INTRODUÇÃO

Na assistência ao recém-nascido (RN), a manutenção da integridade da pele tem-se tornado prioridade para equipe de enfermagem, diante da existência de alterações na pele que predispõem o RN ao risco de adquirir infecções quando internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

O RN ou neonato é a criança com idade de zero a 28 dias de vida, apresentando características únicas nesta fase (SANTANA *et al.*, 2002). Portanto, o cuidado com a pele do RN deve ser primazia nas ações do enfermeiro, e a manutenção de sua integridade, fator necessário para o desempenho de suas funções, já que alguns fatores, como traumatismos, queimaduras, dermatites, úlceras, imunidade diminuída, dentre outros, prejudicam esta membrana (FONTENELE, 2008). Constituindo, ainda, importante indicador de qualidade da assistência de enfermagem.

Nesse sentido, manter a pele íntegra é prioridade no cuidado durante o período neonatal, especialmente no caso do Recém-Nascido Pré-termo (RNPT), pois a prevalência de sepse nesta idade após o terceiro dia de vida é de 21%, com taxa de mortalidade de 18%. A maioria desses casos ocorre na primeira semana de vida, quando a função da barreira epidérmica se encontra altamente comprometida (CUNHA; PROCIANOY, 2006).

Costa e Padilha (2011), afirmam que o discurso dos profissionais com relação ao cuidado do recém-nascido em busca da humanização na UTIN já vem de algum tempo, porém as práticas desenvolvidas dependiam de cada pessoa, de suas crenças e seus valores. Na perspectiva destes profissionais, o cuidado enfatizava a abordagem biomédica, tendo a doença como foco central do cuidado. Antes o recém-nascido era identificado pela patologia, desconsiderando-se muitas vezes a sua história. O foco do cuidado estava nas técnicas, na sobrevivência do recém-nascido, na habilidade e destreza do profissional. Considera-se este fator importante no cuidado com a pele do RN, para manutenção da integridade desta.

Com o crescimento da Neonatologia e conseqüente desenvolvimento de tecnologia específica, tem-se observado o surgimento de estudos que relatam diferentes experiências em unidades neonatais, algumas exitosas, como também

relatos de eventos indesejáveis relacionados à assistência ao RN. Rimdeika e Bagdonas (2004), informam que um dos primeiros casos descritos sobre queimaduras de pele em recém-nascido data de 1981, quando houve relato de uma queimadura causada por laringoscópio quente encostado no flanco de um bebê de cinco meses durante cirurgia ortopédica. Também De Luna, Martinez e Weisman (1985), já investigavam lesões dermatológicas vistas em um serviço neonatal, em pacientes submetidos a cuidados intensivos.

Fontenele e Cardoso (2005), publicaram resultados de pesquisa realizada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com 51 RN, onde, em que os que mais apresentaram lesões foram: os que pesavam menos de 1.000g (50%); e os que nasceram entre 30 e 34 semanas e seis dias de gestação (60%). No estudo de Fontenele (2008), dos 137 RN avaliados na UTIN durante o período de coleta de dados, 27% apresentaram alterações na integridade da pele, caracterizando uma predominância de hematomas (46%), eritema (18%), escoriações (12%), equimose (10%), pústulas (6%) e, ainda, outras em menor proporção (8%).

Nascimento *et al.* (2009), realizaram estudo avaliando 147 RN em uso de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) nasal por no mínimo dois dias, tendo sido observado 100% de ocorrência de lesões classificadas em: leve (79,6%), moderada (19,7%) e severa (0,7%). Fujii *et al.* (2010), em estudo com 81 RN em UTIN identificaram 13 neonatos que apresentaram úlceras por pressão, estando as mesmas relacionadas principalmente à textura da pele e intubação endotraqueal.

Stephen-Haynes (2012), relata que lesões de pele comumente ocorrem em indivíduos com fragilidade dérmica, principalmente os acometidos por alguma patologia ou ainda em uso de determinados medicamentos, exigindo avaliação criteriosa de profissionais assistenciais para determinar a terapêutica adequada ao cliente.

Não se pode afirmar um único fator relacionado ao surgimento de lesões em RN, entretanto acredita-se que é fundamental a existência de um modelo definido com relação à determinação de quais intervenções de cuidado com a pele devem ser aplicadas e como estas devem ser realizadas, direcionando o cuidado da pele do RN com a integridade da pele prejudicada. É necessário que esta assistência seja realizada

de forma padronizada e que as decisões não sejam tomadas por conta própria, sem preocupação com a uniformidade dos procedimentos clínicos, o que de certa forma fragiliza a assistência.

Os procedimentos clínicos visam reconhecer e predizer a evolução de agravos na condição de saúde, além de tratá-los ou preveni-los. Em relação à terapêutica, são diversas as estratégias e técnicas que os enfermeiros podem empregar na sua prática, sendo a mais utilizada a que congrega os procedimentos técnicos (CARVALHO, 2009).

Para Hur, Kim e Storey (2000), a categorização das atividades de cuidado de enfermagem é o primeiro passo para usar linguagem unificada e descrever esta atenção. Através da manutenção do desenvolvimento e da difusão dessa linguagem, haverá maior oportunidade para mostrar que as intervenções de enfermagem fazem diferença na evolução do paciente.

Na UTIN, a colonização da pele do RN é consequência de múltiplos fatores do ambiente hospitalar, entre eles o banho rotineiro que interfere na proteção fisiológica da pele, causando aumento no pH e propiciando a alteração dos micro-organismos da flora normal da pele por micro-organismos patogênicos do ambiente nosocomial. A partir de então, a pele do RN passa a ser colonizada com a flora hospitalar, que possui micro-organismos resistentes a antibióticos, como bactérias gram-negativas (TAMEZ; SILVA, 2010).

Denyer (2011), afirma que o RNPT, quando internado muitas vezes, requer uso de ventilação mecânica, alimentação parenteral ou enteral, fixação de adesivo diretamente na pele, que favorece o risco de danos na remoção e também aumenta o risco de infecção. Edwards, Conner e Soll (2004), mencionam ser a infecção hospitalar um problema grave e frequente no cuidado ao prematuro.

As culturas de pele dos neonatos internados em UTIN mostram como germes mais presentes o *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Serratia* e *Candida albicans*, micro-organismos que refletem o tipo de colonização nosocomial (CUNHA; PROCIANOY, 2006).

Em alusão às informações, reafirma-se ser a pele do recém-nascido, principalmente do RNPT, ainda despreparada em sua totalidade, não constituindo

barreira efetiva contra os possíveis agravos que o RN fica susceptível ao se deparar com o meio extrauterino. Portanto, recomenda-se cuidado meticuloso com a pele.

A manutenção da pele intacta é a barreira mais importante do RN contra infecções, perdas insensíveis, de proteínas e sangue, fornecendo controle efetivo da temperatura corporal. A pele muito fina do RN facilita a absorção de várias substâncias (GOMELLA *et al.* 2006).

O comprometimento da integridade da pele em RN é uma realidade nas unidades neonatais, mesmo naquelas mais desenvolvidas tecnologicamente. Revelando muitas vezes profissionais ainda despreparados para enfrentar esta realidade. Vários procedimentos realizados na pele resultam na quebra de sua integridade, constituindo grande desafio à assistência, mantê-la livre de complicações. Como exemplo, Rimdeika e Bagdonas (2004), referem à oximetria de pulso como método não invasivo de monitorização amplamente utilizado em unidades de terapia intensiva, tendo como complicações associadas queimaduras e necrose da pele.

Reportando-se à literatura, tem-se observado crescente desenvolvimento de pesquisas nesta temática, direcionada ao profissional assistencial. No estudo sobre prevenções de lesões na pele do RN realizado por Ikezawa (1998), um dos fatores que a despertou para esta questão foi a não aplicabilidade por parte da maioria dos profissionais de adoção de medidas preventivas de lesões durante a terapia intensiva. Ferreira e Madeira (2004), também, realizaram estudo sobre lesões de pele em RN, em que enfatizaram as atribuições, responsabilidades e a sensibilização da equipe de enfermagem e também a importância do cuidado diferenciado.

Nesse contexto, tem-se a Promoção da Saúde que segundo a Carta de Otawa (1986), resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida no Canadá, é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Os participantes desta Conferência acreditavam que, se todos se unissem e apresentassem estratégias para promoção da saúde, seguindo valores morais e sociais nela descritos, em 2000, a saúde para todos seria uma realidade. Destaca-se que quando o cliente é o RN, as diretrizes mudam, pois para atingir um estado de completo

bem-estar físico, mental e social, este permanece sob os cuidados intensivos de profissionais de saúde.

Em 1991, foi emitida a Declaração de Budapeste sobre Hospitais Promotores de Saúde, no 1º Encontro de Negócios Internacional de Rede de Hospitais, que determinou os critérios para hospitais que almejavam se inserirem na rede internacional, estabelecendo estratégias para garantia de serviços de boa qualidade, cuidados médicos e de saúde, pelos hospitais Promotores da Saúde. A proposta era tornar-se uma rede internacional modelo no período de cinco anos. Destaca-se a iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) que possui Centro de Colaboradores para promoção da saúde, formando rede internacional, nacional e regional de hospitais e serviços de saúde na Europa e em outros continentes (SILVA *et al.*, 2011). Entretanto, percebe-se que muito ainda há que se progredir.

Silva *et al.* (2011), mencionam que a promoção da saúde esta inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico. Esse processo de mudança no Brasil suscita a necessidade de novos olhares e ações voltadas às diversas áreas de atenção à saúde, inclusive aquelas desenvolvidas no âmbito de instituições hospitalares.

Logo, a assistência ao recém-nascido merece atenção especial com visão voltada para promoção da saúde. Atentar para patologia em evidência é tão importante quanto valorizar o ser humano que está sob seus cuidados, visto que o recém-nascido depende totalmente da sensibilidade e do conhecimento de toda equipe para interpretar e identificar suas manifestações. Destarte, percebe-se no valor que tem o perfeito estado da pele para satisfatório desenvolvimento do organismo e eficaz restabelecimento funcional. É necessário que o profissional tenha conhecimento sobre o conceito positivo de saúde, quando a saúde é vista como recurso para vida, e não como objetivo de viver, assumindo compromisso de desenvolver um comportamento de proteção à saúde do RN, no cuidado à pele deste, priorizando a manutenção da integridade dérmica.

A predisposição de buscar ampliar conhecimentos, crendo na realidade a qual está inserido e pela qual estabelece relações e interações, motiva e impulsiona o enfermeiro a ir à busca de informações, temas, estudos que subsidiem e aprimorem sua prática profissional em UTIN. Tal predisposição implica novos olhares sobre o gerenciamento das práticas de cuidado desenvolvidas, impulsionando o enfermeiro a descobrir novas formas de atuar, em conjunto, reconhecendo o valor da complexidade na singularidade do seu ser e fazer (KLOCK; ERDMANN, 2012).

Portanto, a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao RN hospitalizado é imprescindível e determinante na evolução clínica deste paciente, sendo primordial uma equipe de enfermagem preparada para atuar neste cenário. Pois, as especificidades dos cuidados em unidades neonatais tornam o atendimento mais complexo, justificando a necessidade de planejamento da assistência de enfermagem para atender à demanda do serviço (NEPOMUCENO, 2007).

Aprimorar a assistência de enfermagem ao RN com integridade da pele prejudicada, planejando melhor maneira de cuidar de sua pele, proporcionando cuidado singular quando se valoriza a preservação da ética e dos aspectos humanos, contribui para resultado positivo, enveredando no caminho certo na busca do restabelecimento de sua saúde com atenção voltada para promoção do bem-estar (FONTENELE, 2008).

Nesse âmbito para uma assistência mais individualizada e de qualidade, a equipe de saúde deve estar integrada, organizada e consciente do seu papel técnico-científico. Portanto, as atividades de enfermagem, necessitam ser definidas com base em fenômenos determinados por meio de avaliação clínica do paciente. Tais atividades podem ser direcionadas, tendo como ponto de partida o levantamento de dados que servirá de base para o diagnóstico de enfermagem e o planejamento da assistência, através do Processo de Enfermagem (PE).

O Processo de Enfermagem é uma atividade deliberada e organizada de assistir o cliente frente às suas necessidades. É uma forma sistemática e dinâmica de prestar cuidados, essencial a toda e qualquer abordagem de Enfermagem. Assim, pode ser usada para prestar melhor assistência. Por meio deste, a estrutura teórica da

enfermagem pode ser aplicada, e as ações de enfermagem, propostas de uma maneira deliberada, responsável e voltadas para o futuro (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O processo de cuidar em enfermagem, ou processo de enfermagem, é entendido como instrumento metodológico que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, Diagnósticos de Enfermagem (DE), e determinar as intervenções, para alcançar os resultados esperados (Resultados de Enfermagem), pelos quais ele é o responsável (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Considera-se que o processo sistematizado de enfermagem promova cuidado acurado, estando orientado a resultados, de uma forma geral, está constituído por cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A realização de cada etapa dessa metodologia de assistência indica que o enfermeiro deverá se basear em evidências clínicas que justifiquem sua tomada de decisão (ALFARO-LEFEVRE, 2010).

O uso do Processo de Enfermagem não garante o cuidado integral ao cliente, pois irá depender da percepção que o enfermeiro tem deste, porém permite maior visibilidade de sua prática. Andrade (2007), afirma que a utilização do processo de enfermagem na prática do enfermeiro contribui para sistematizar a sua assistência, e a utilização de sistemas reconhecidos de classificações, como a de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, colabora com linguagens uniformizadas que podem conferir visibilidade ao trabalho.

A aplicação do PE impulsiona o enfermeiro a examinar, continuamente, as ações, a adequação das atividades, o registro fidedigno, e a estudar a melhor forma de atender ao cliente. No contexto do desenvolvimento de estratégias que contribuam para adequada sistematização da assistência de enfermagem, tem-se sentido a necessidade de conhecê-lo e aplicá-lo, visando incrementar e enriquecer a prática do profissional de Enfermagem.

Portanto, julga-se necessário discorrer sobre os sistemas de classificação na prática da enfermagem para melhor compreensão e avaliação de determinadas situações, bem como elaboração de estratégias de manutenção da integridade da pele

do RN nas unidades neonatais, direcionando a assistência prestada rumo a excelência da qualidade.

1.1 NANDA Internacional (NANDA-I) e o Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada

Desde a década de 1970, a literatura tem despertado os enfermeiros para as contribuições que as classificações disponíveis na Enfermagem, sejam de fenômenos, intervenções ou resultados, possam, também, trazer, em diferentes vertentes, sobretudo ao disponibilizarem informações sobre as condições dos clientes ou pacientes e favorecerem o raciocínio clínico diagnóstico, terapêutico e de suas consequências, possibilitando comparações de dados de diferentes regiões, projetando tendências da prática, bem como no âmbito administrativo e, ainda, propiciando informações que favoreçam a tomada das melhores decisões (CARVALHO, 2010).

Em termos de padronização de Diagnósticos de Enfermagem, destaca-se o sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA Internacional (NANDA-I), no qual os diagnósticos reais e de risco são listados com suas características definidoras e seus fatores relacionados e de risco (JOHNSON *et al.*, 2009).

A NANDA-I é uma linguagem internacionalmente conhecida como uma fonte consolidada de terminologia de DE, estando disponível em várias línguas, entre elas chinês, dinamarquês, holandês, inglês, francês, alemão, islandês, italiano, japonês, norueguês, espanhol, além do português (SANTOS *et al.*, 2008).

Um diagnóstico de enfermagem constitui a base para seleção de intervenções de enfermagem, para que sejam alcançados resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (JOHNSON *et al.*, 2009). Constitui a segunda etapa do processo de enfermagem e pode ser considerada fonte de conhecimento científico para profissão, tornando-se fundamental para o planejamento da assistência ao paciente. Esta etapa é válida quando representa realmente o problema inferido por enfermeiros (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Ao identificar o DE, o enfermeiro planeja intervenções de acordo com as suas necessidades e as da pessoa, tendo em consideração as incapacidades com que se depara. Na enfermagem, destaca-se um número considerável de pesquisas direcionadas ao DE em crianças e adultos. Entretanto, quando se trata de Neonatologia, o número ainda é insuficiente, o que instiga a necessidade de mais estudos nesta área que levantem questionamentos, gerem novos conhecimentos e contribuam para o avanço da Enfermagem.

Reportando-se para as publicações sobre Diagnóstico de Enfermagem, em 1953, o termo diagnóstico de enfermagem foi utilizado por V. Fry para descrever um passo necessário ao desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem. Durante os 20 anos seguintes, as referências aos diagnósticos de enfermagem apareceram apenas esporadicamente na literatura. Em 1973, a primeira conferência sobre diagnósticos de enfermagem foi realizada para identificar o conhecimento de enfermagem e estabelecer um sistema de classificação compatível com a informática. Dessa conferência, surgiu o *National Group for the Classification of Nursing Diagnosis*, composto por enfermeiros de diferentes regiões dos Estados Unidos e do Canadá, representando todos os elementos da profissão: prática, educação e pesquisa. Neste primeiro momento, foram identificados 30 diagnósticos de enfermagem, periodicamente revisados e aperfeiçoados (CARPENITO-MOYET, 2005).

Em 1982, houve a criação da *North America Nursing Diagnosis Association* (NANDA) que assumiu os trabalhos dessas conferências e reuniu esforços para o desenvolvimento de todas as questões referentes ao diagnóstico de enfermagem.

Em março de 1990, durante a 9ª Conferência da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), a Assembleia Geral aprovou uma definição oficial de diagnóstico de enfermagem (NANDA, 1990): diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem proporciona a base para seleção das intervenções de enfermagem, visando alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

Em 2002, a organização foi renomeada *NANDA International* (NANDA-I). Além de revisar e aceitar os diagnósticos de enfermagem para adição à lista, a NANDA também revisa os diagnósticos de enfermagem previamente aceitos (NANDA-I, 2010).

Em 2005, incluía 172 diagnósticos, e a taxonomia II, 13 domínios e 47 classes (JOHNSON, 2009). A versão da NANDA-I (2009-2011) contém 201 diagnósticos de enfermagem. Antes da aplicação do termo “diagnóstico de enfermagem”, não havia padrão, precisão na assistência prestada (CARPENITO-MOYET, 2005).

Com o início da classificação formal dos diagnósticos de enfermagem, ficou amplamente aceito que os enfermeiros são diagnosticadores que usam o modo diagnóstico de raciocínio em colaboração com os pacientes, identificando os melhores diagnósticos para orientar as intervenções de enfermagem, com objetivo de atingir os melhores resultados para o paciente. Tendo os diagnósticos de enfermagem como o fundamento do atendimento, os enfermeiros precisam desenvolver competências para diagnosticar (NANDA-I, 2010).

A NANDA foi apresentada às enfermeiras brasileiras em uma publicação em português em 1990 pelas enfermeiras da Universidade Federal da Paraíba, lideradas pela Dr^a Marga Coler e lançada no 1º Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enfermagem. As versões oficiais da NANDA, da *Nursing Interventions Classification* (NIC) e da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) foram apresentadas em publicações na língua portuguesa, respectivamente, em 2000, 2002, 2003, 2006 e 2008 (BARROS, 2009).

É importante destacar a *Japan Society of Nursing Diagnosis* (JSND), organização dedicada à promoção de serviços de enfermagem de qualidade por meio de pesquisa, desenvolvimento e difusão de terminologias de enfermagem padronizadas para o diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem e resultados de enfermagem, desde 1995.

Em maio de 1996, foi apresentado no I Simpósio Internacional sobre Diagnóstico de Enfermagem em Barcelona a *Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería* (AENTDE), associação sem fins lucrativos,

com a ideia de reunir os interessados em estudar enfermagem e trabalho para uma linguagem comum entre os profissionais de enfermagem.

No Brasil, o estudo e a divulgação dos diagnósticos de enfermagem têm tomado impulso nas universidades nos últimos anos. Existem núcleos de pesquisadores em diferentes regiões que divulgam os seus achados em eventos nacionais específicos: Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem (SINADEN) e internacionais (NANDA Internacional, NIC/NOC); *Association for Common European Nursing Diagnoses* (ACENDIO) ou em demais eventos científicos da área (BARROS, 2009).

A Plataforma Lattes criada e mantida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) integra em um único sistema de informações: currículos, grupos de pesquisa e instituições das áreas de Ciência e Tecnologia do Brasil. Ao se buscar profissionais que trabalhem com Diagnósticos de Enfermagem, há registros de 482 grupos de enfermagem, sendo 21 sobre DE.

Em 1989, a NANDA publicou a Taxonomia I e, com base em diversas avaliações, após a conferência na bienal de abril de 1994, o Comitê de Taxonomia publicou, em 2001, a Taxonomia II, cuja estrutura foi aceita em sua conferência bienal, em 2000 (BRAGA; CRUZ, 2003; NANDA-I, 2010). Dentre os DE contemplados, tem-se Integridade da pele prejudicada (00046).

O diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada é constante na UIN, por isso se faz necessário que o enfermeiro seja conhecedor dos fatores de risco e intervenções para melhor cuidar do RN com alteração na pele (CARDOSO *et al.*, 2009). A preocupação em se estudar este diagnóstico tem-se mostrado crescente diante de alguns estudos evidenciados: Vieira *et al.* (2010) realizaram pesquisa com mulheres no pós-parto e identificaram que 40% das puérperas apresentaram integridade da pele prejudicada. Resende, Bachion, Araújo (2006) produziram investigação com idosos e identificaram o diagnóstico em 50% dos pacientes. No entanto, sua aplicabilidade em RN não está ainda amplamente divulgada, sendo necessário desenvolvimento desta abordagem. A edição NANDA-I (2012-2014) traz 16 novos diagnósticos: 13 domínios, 47 classes e 216 DE.

Quadro 1 –Taxonomia Nanda-I, segundo Domínios, Classes e Número de Diagnósticos.

Domínios	Classes	N
Promoção da saúde	1. Percepção da saúde	2
	2. Controle da saúde	8
Nutrição	1. Ingestão	17
	2. Digestão	
	3. Absorção	
	4. Metabolismo	
	5. Hidratação	
Eliminação e Troca	1. Função urinária	17
	2. Função gastrointestinal	
	3. Função tegumentar	
	4. Função respiratória	
Atividade/ Repouso	1. Sono/ repouso	32
	2. Atividade/ exercício	
	3. Equilíbrio de energia	
	4. Resposta cardiovasculares/ pulmonares	
	5. Autocuidado	
Percepção/ Cognição	1. Atenção	11
	2. Orientação	
	3. Sensação/ percepção	
	4. Cognição	
	5. Comunicação	
Autopercepção	1. Autoconceito	11
	2. Autoestima	
	3. Imagem corporal	
Papéis e Relacionamento	1. Papéis do cuidador	18
	2. Relações familiares	
	3. Desempenho de papéis	
Sexualidade	1. Identidade sexual	6
	2. Função sexual	
	3. Reprodução	
Enfrentamento/ Tolerância ao estresse	1. Respostas pós-trauma	37
	2. Respostas de enfrentamento	
	3. Estresse neurocomportamental	
Princípios da vida	1. Valores	11
	2. Crenças	
	3. Coerência entre valores/crenças/atos	
Segurança/ Proteção	1. Infecção	37
	2. Lesão física	
	3. Violência	
	4. Riscos ambientais	
	5. Processos defensivos	
	6. Termorregulação	
Conforto	1. Conforto físico	10
	2. Conforto ambiental	
	3. Conforto social	
Crescimento/ Desenvolvimento	1. Crescimento	4
	2. Desenvolvimento	
13	47	221

N= Número de Diagnósticos Fonte: NANDA-I (2012)

Dentre os 13 domínios apresentados pela NANDA-I (2013), o diagnóstico Integridade da pele prejudicada pertence ao domínio 11, Segurança/Proteção, correspondendo a classe 2 lesão física. Considera-se domínio uma esfera de atividade, estudo ou interesse; classe, uma subdivisão de grupo maior, divisão de pessoas ou coisa por qualidade, classificação ou grau NANDA-I (2010).

Para configurar a presença do diagnóstico Integridade da pele prejudicada, é necessário identificar durante a investigação as características definidoras e os fatores relacionados que compõem o mesmo. As características definidoras são as características dos indivíduos, das famílias e das comunidades passíveis de observação e verificação. Funcionam como indícios ou inferências que se agrupam como manifestações de uma doença real ou estado de saúde de bem-estar, ou um diagnóstico de enfermagem (CRAFT-ROSENBERG; SMITH, 2010). Os fatores relacionados oferecem o contexto para as características definidoras. Mostram algum tipo de relação padronizada com o diagnóstico de enfermagem. Podem ser descritos como antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuindo para ou apoiando o diagnóstico (CRAFT-ROSENBERG; SMITH, 2010).

É relevante destacar que os diagnósticos foram elaborados a partir de uma visão e prática de enfermeiros de outra cultura, sendo necessário adaptar esses diagnósticos para realidade local.

1.2 *Nursing Interventions Classification (NIC)*

Com o avanço na utilização dos diagnósticos de enfermagem na assistência, ensino e pesquisa, sistemas de classificação surgiram com objetivo de resgatar as informações sobre as respostas humanas tratáveis pela enfermagem, destacando-se a Classificação das Intervenções de Enfermagem (GUIMARÃES; BARROS, 2001).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem é a ordenação ou o arranjo das atividades de enfermagem em grupos ou conjuntos com base em suas relações e na determinação de designações de intervenções a estes grupos de atividades (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A construção da Classificação NIC teve início em 1987 por pesquisadores da Universidade de Iowa (BARROS, 2009; BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). Em 1992, foi lançada a primeira edição da NIC (com 336 intervenções), a segunda edição foi uma revisão e atualização publicada em 1996 (com 433 intervenções) quando apresentou pela primeira vez a Taxonomia I (construída entre 1990-1995) com seis domínios e 27 classes e trouxe um capítulo de ligação das intervenções da NIC com os diagnósticos de enfermagem da NANDA. A terceira edição foi publicada em 2000 com 486 intervenções, a quarta edição foi publicada em 2004 (com 514 intervenções) e, atualmente, tem-se a quinta edição lançada em 2010 no Brasil (com 542 intervenções) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A padronização da linguagem dos problemas e tratamentos de enfermagem tem sido desenvolvida para esclarecer e comunicar regras (McCLOSKEY; BULECHEK, 1996). Para responder adequadamente aos diagnósticos de enfermagem identificados e determinar o melhor tratamento, é necessário que os enfermeiros examinem as tendências de sua prática e avaliem a qualidade de cuidados prestados aos pacientes (CYRILLO, 2009).

Ao se trabalhar com a classificação proposta pela NIC, é interessante distinguir o significado da palavra “intervenção” e da conotação “atividade”: Uma intervenção de enfermagem é qualquer tratamento baseado no julgamento e conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente. Enquanto a atividade de enfermagem é considerada comportamento ou ação específica realizada pelo enfermeiro para implementar uma intervenção que auxilia o paciente a obter o resultado desejado. É necessária uma série de atividades para ser implementada uma intervenção (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010; JOHNSON *et al.*, 2009).

Alguns aspectos positivos da NIC devem ser considerados: é abrangente, possui atividades generalistas e específicas, é baseada em pesquisas com abordagem multimetodológica, é desenvolvida de maneira indutiva com base na prática existente, reflete a atualidade da prática clínica e da pesquisa, é de fácil utilização, possui linguagem clara e significativa, estabelece processo e estrutura para o aprimoramento contínuo, foi submetida a teste de campo, é acessível em inúmeras publicações, está

associada aos diagnósticos da NANDA, sendo reconhecida nacional e internacionalmente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Sendo classificação abrangente e padronizada, inclui as intervenções realizadas por enfermeiros com os pacientes de forma colaborativa ou independente, direta ou indireta para o tratamento de doenças, prevenção e promoção da saúde. Uma intervenção de cuidado direto é um tratamento realizado por meio da interação com o paciente (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

Destaca-se que as classificações ajudam no avanço da base de conhecimento de uma área, por meio da organização desse conhecimento e da descoberta dos princípios orientadores daquilo que é conhecido, identificam falhas que podem ser resolvidas (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A quinta edição lista 542 intervenções e mais de 12 mil atividades. As atividades estão agrupadas em 30 classes e sete domínios, continuamente atualizados após revisão.

Quadro 2 – Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem (níveis de 1 a 7):

Nível 1 - Domínios		Nível 2 - Classes
1	Fisiológico: Básico Cuidados que dão suporte ao funcionamento físico	A- Controle da Atividade e do Exercício: intervenções para organizar ou auxiliar a atividade física e a conservação e o gasto de energia. B- Controle da Eliminação: intervenções para estabelecer e manter padrões regulares de eliminação intestinal e urinária e controlar complicações resultantes de padrões alterados. C- Controle da Imobilidade: intervenções para controlar a restrição de movimentos do corpo e suas sequelas. D- Apoio Nutricional: intervenções para modificar ou manter a condição nutricional. E- Promoção do Conforto Físico: intervenções para promover o conforto, utilizando técnicas motoras. F- Facilitação do Autocuidado: intervenções para proporcionar ou auxiliar nas atividades de rotina diária da vida.
2	Fisiológico: Complexo Cuidados que dão suporte à regulação homeostática	G- Controle Eletrolítico e Ácido-básico: intervenções para regular o equilíbrio de eletrólito/ácido-básico e prevenir complicações. H- Controle de Medicamentos: intervenções para facilitar os efeitos desejados de agentes farmacológicos. I- Controle Neurológico: intervenções para otimizar a função neurológica. J- Cuidados Perioperatórios: intervenções para proporcionar cuidados antes, durante e imediatamente após uma cirurgia. K- Controle Respiratório: intervenções para promover a desobstrução das vias aéreas e a troca de gases. L- Controle da Pele/ Feridas: intervenções para manter ou recuperar a integridade tissular. M- Termorregulação: intervenções para manter a temperatura corporal dentro de um parâmetro normal. N- Controle da Perfusão Tissular: intervenções para otimizar a circulação de sangue e líquidos dos tecidos.

Fonte: BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010.

Quadro 2 – Taxonomia da Classificação das Intervenções de Enfermagem (níveis de 1 a 7):

Nível 1 - Domínios		Nível 2 - Classes
3	Comportamento Cuidados que dão suporte ao funcionamento psicossocial e que facilitam mudanças no estilo de vida	O- Terapia Comportamental: intervenções para reforçar ou promover comportamentos desejáveis, ou alterar comportamentos indesejáveis. P- Terapia Cognitiva: intervenções para reforçar ou promover funcionamento cognitivo desejável ou alterar funcionamento cognitivo indesejável. Q- Melhora da Comunicação: intervenções para facilitar o envio e a recepção de mensagens verbais e não verbais. R- Assistência ao Enfrentamento: intervenções para auxiliar o outro a contar com seus pontos positivos para adaptar-se a uma mudança de função ou atingir um nível elevado de funcionamento. S- Educação do Paciente: intervenções para facilitar a aprendizagem. T- Promoção no Conforto Psicológico: intervenções para promover conforto, utilizando técnicas psicológicas.
4	Segurança Cuidados que dão suporte à proteção contra danos	U- Controle na Crise: intervenções para oferecer ajuda imediata e de curto prazo em crises psicológicas e fisiológicas. V- Controle de Risco: intervenções para iniciar atividades de redução de riscos e manter o monitoramento dos riscos ao longo do tempo.
5	Família Cuidados que dão suporte à família	W- Cuidados no Nascimento dos Filhos: intervenções para auxiliar no preparo para o nascimento de um filho e o controle das mudanças psicológicas e fisiológicas antes, durante e imediatamente após o parto. Z- Cuidados na Educação de Filhos: intervenções para auxiliar a criação dos filhos. X- Cuidados ao Longo da Vida: intervenções para facilitar o funcionamento da unidade familiar e promover a saúde e o bem-estar dos membros da família ao longo do ciclo de vida.
6	Sistema de Saúde Cuidados que dão suporte ao uso eficaz do sistema de atendimento à saúde	Y- Mediação do Sistema de Saúde: intervenções para facilitar a interface entre o paciente/família e o sistema de atendimento à saúde. a- Controle do Sistema de Saúde: intervenções para oferecer e melhorar os serviços de apoio para prestação de cuidados. b- Controle das Informações: intervenções para facilitar a comunicação sobre o atendimento à saúde.
7	Comunidade Cuidados que dão suporte à saúde da comunidade	c- Promoção da Saúde da Comunidade: intervenções que promovem a saúde de toda uma comunidade. d- Controle de Riscos na Comunidade: intervenções que auxiliam na detecção ou prevenção de riscos à saúde para toda uma comunidade.

Fonte: BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010.

1.3 Intervenções propostas pela NIC associadas ao diagnóstico de enfermagem da NANDA Integridade da Pele Prejudicada

Para Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), uma relação ou associação entre um diagnóstico de enfermagem e uma intervenção de enfermagem retrata uma ligação que os faz ocorrerem de forma conjunta, de modo a ser obtido um resultado ou a solução do problema de um paciente. As ligações facilitam, para o enfermeiro, o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão clínica, por meio da identificação das intervenções de enfermagem que constituem opções de tratamento para resolução de um diagnóstico de enfermagem.

As intervenções propostas pela NIC descritas como essenciais por serem abrangentes e em grande número apresentam-se divididas em 45 especialidades. Para Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), intervenções essenciais são aquelas referentes a um conjunto limitado de intervenções centrais, que define a natureza de uma especialidade.

É importante lembrar que o conjunto de intervenções essenciais não inclui todas as intervenções utilizadas por enfermeiros em uma determinada especialidade. Entretanto, inclui as intervenções que são utilizadas com maior frequência, de forma predominante, ou as que são essenciais para o papel do enfermeiro especialista. Elas foram selecionadas a partir de pesquisa de 1995 a 1996. Inicialmente, eram 39 áreas de especialidades publicadas na terceira edição.

Neste estudo, optou-se por trabalhar somente com três intervenções: cuidado com lesões; cuidado com a pele: tratamentos tópicos; e supervisão da pele. Tendo sido consideradas de maior prioridade, diante de sua evidência constante nos serviços de Neonatologia. Destaca-se que enfermeiros desconheciam tal divisão, tendo sido descritas as atividades pertinentes ao DE estudado.

Para facilitar a compreensão, têm-se explicitadas as intervenções propostas pela NIC associadas ao diagnóstico de enfermagem da NANDA Integridade da pele prejudicada, de acordo com os níveis em que foram classificadas, com suas respectivas atividades.

Quadro 3 – Intervenções NIC, enfermagem neonatal (Cuidado com lesões).

Especialidade: Enfermagem Neonatal
Cuidado com lesões (p.488)
Definição: Prevenção de complicações em feridas e promoção da cicatrização
<p>Atividades:</p> <p>Remover curativo e fita adesiva</p> <p>Tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário</p> <p>Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor</p> <p>Medir o leito da lesão, conforme apropriado</p> <p>Remover o material inserido na lesão, se necessário</p> <p>Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado</p> <p>Colocar a área afetada em imersão, conforme apropriado</p> <p>Oferecer cuidados no local da incisão, se necessário</p> <p>Administrar cuidados na úlcera de pele, se necessário</p> <p>Aplicar o unguento adequado à pele/lesão, conforme apropriado</p> <p>Aplicar curativo adequado ao tipo de lesão</p> <p>Reforçar o curativo, se necessário</p> <p>Manter técnica asséptica durante realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado</p> <p>Trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem</p> <p>Examinar a lesão a cada troca de curativo</p> <p>Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão</p> <p>Posicionar o paciente, de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado</p> <p>Reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado</p> <p>Encorajar a ingestão de líquidos, conforme apropriado</p> <p>Encaminhar o paciente a médico especialista em feridas, conforme apropriado</p> <p>Encaminhar o paciente ao nutricionista, conforme apropriado</p> <p>Aplicar unidades de estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) para intensificar a cicatrização da lesão, conforme apropriado</p> <p>Colocar dispositivos para alívio da pressão, conforme apropriado</p> <p>Orientar o paciente e a família sobre armazenagem de descarte de curativos e materiais</p> <p>Orientar o paciente e a família sobre procedimento de cuidado com a lesão</p> <p>Orientar o paciente e a família sobre sinais e sintomas de infecção</p> <p>Documentar local, tamanho e aspecto da lesão</p>

Fonte: BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010.

Quadro 4 – Intervenções NIC, enfermagem neonatal (Tratamento tópico).

Especialidade: Enfermagem Neonatal
Cuidados da pele: tratamentos tópicos (p.582)
Definição: Aplicação de substâncias tópicas ou manipulação de dispositivos para promoção de integridade da pele e minimização de degradação da pele
<p>Atividades:</p> <p>Evitar o uso de roupas de cama com textura áspera</p> <p>Limpar com sabonete bactericida, conforme apropriado</p> <p>Vestir o paciente com roupas folgadas</p> <p>Cobrir a pele com talco medicinal, conforme apropriado</p> <p>Tirar esparadrapos e resíduos</p> <p>Oferecer suporte a áreas edemaciadas (p.ex., travesseiros debaixo dos braços), conforme apropriado</p> <p>Aplicar lubrificante aos lábios hidratados e mucosa oral, sempre que necessário</p> <p>Esfregar costas/nuca, conforme apropriado</p> <p>Trocar o cateter com preservativo, conforme apropriado</p> <p>Aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado</p> <p>Colocar forros para incontinência, conforme apropriado</p> <p>Massagear ao redor da área afetada</p> <p>Aplicar dispositivo de ostomia com tamanho exato, sempre que necessário</p> <p>Cobrir as mãos com luvas imobilizadoras, conforme apropriado</p> <p>Proporcionar higiene íntima, sempre que necessário</p> <p>Evitar providenciar aplicações de calor local</p> <p>Evitar o uso de sabonete alcalino na pele</p> <p>Imergir em banho coloidal, sempre que apropriado</p> <p>Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama</p> <p>Virar o paciente imobilizado, no mínimo a cada duas horas, conforme agenda específica</p> <p>Usar dispositivos sobre a cama (p. ex., pele de carneiro) que protejam o paciente</p> <p>Aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado</p> <p>Aplicar talcos secantes a dobras de pele profundas</p> <p>Iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal, sempre que necessário</p> <p>Aplicar curativo oclusivo transparente (p. ex., Tegaderm ou Duoderm), sempre que necessário</p> <p>Aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado</p> <p>Aplicar agente anti-inflamatório tópico na área afetada, conforme apropriado</p> <p>Aplicar emolientes à área afetada</p> <p>Aplicar agente antifúngico tópico na área afetada, conforme apropriado</p> <p>Aplicar agente desbridante tópico à área afetada, conforme apropriado</p> <p>Pintar ou borrifar as verrugas com nitrogênio líquido, conforme apropriado</p> <p>Examinar diariamente a pele em pessoas com riscos de degradação</p> <p>Documentar o grau de degradação da pele</p> <p>Adicionar umidade do ambiente usando umidificador, se necessário</p>

Fonte: BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, (2010).

Quadro 5 – Intervenções NIC, enfermagem neonatal (Supervisão da pele).

Especialidade: Enfermagem Neonatal
Supervisão da pele (p.584)
Definição: Coleta e análise de dados do paciente para manter a integridade da pele e das mucosas
<p>Atividades:</p> <p>Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, ao edema e à drenagem</p> <p>Observar as extremidades quanto à cor, ao calor, inchaço, pulsos, à textura, ao edema e às ulcerações</p> <p>Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado</p> <p>Usar um instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele</p> <p>Monitorar cor e temperatura da pele</p> <p>Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios</p> <p>Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões</p> <p>Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos</p> <p>Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito</p> <p>Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas</p> <p>Examinar as roupas quanto à compressão</p> <p>Documentar mudanças na pele e mucosas</p> <p>Instituir medidas de prevenção de mais deterioração</p> <p>Orientar os familiares/cuidador sobre sinais de degradação da pele, conforme apropriado</p>

Fonte: BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010.

1.4 Justificativa e proposta da pesquisa

Atentando para estas atividades propostas pela NIC através das intervenções: cuidado com lesões, cuidado com a pele: tratamentos tópicos e supervisão da pele da pele, questiona-se: há padronização do cuidado de enfermagem no tratamento do RN com integridade da pele prejudicada? Que atividades são realizadas no cuidado ao recém-nascido relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada? As atividades realizadas por enfermeiros estão relacionadas com as atividades propostas pela *Nursing Interventions Classification* para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada?

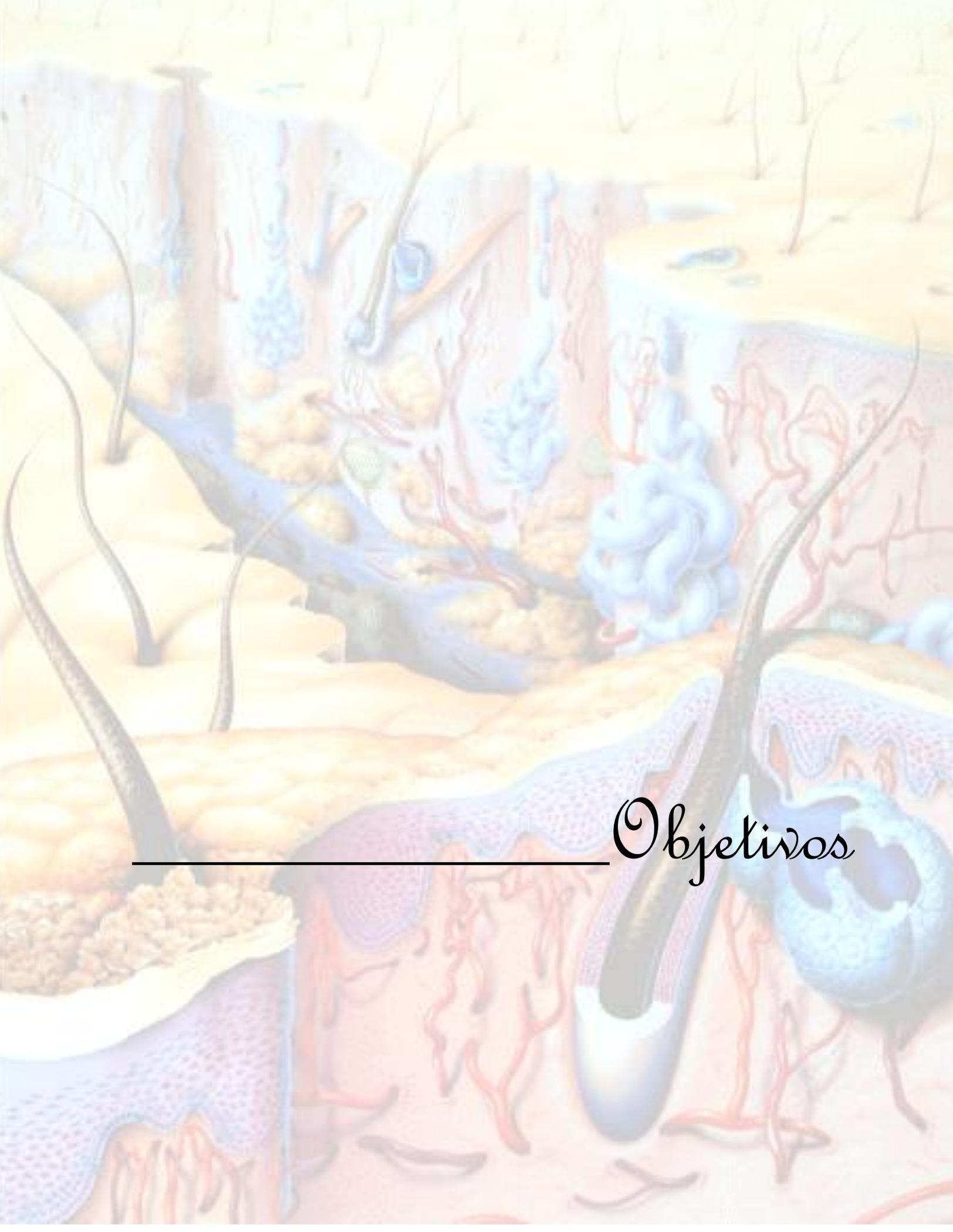
Nesse contexto, acredita-se que este estudo será de grande importância em Neonatologia, muito contribuindo para melhoria da qualidade da assistência do RN,

consolidando ou não a aplicabilidade das intervenções de enfermagem da NIC para o diagnóstico em foco. Ademais, o desenvolvimento de intervenções rápidas, acuradas, precisas, otimizando a minimização de riscos e complicações, atentando para a identificação de problemas e aplicação de terapêuticas adequadas, deve ser preocupação do enfermeiro não somente com a pele, como também o neonato como um todo, considerando suas particularidades.

Apesar do desenvolvimento de estudos relacionados ao cuidado com a pele do RN (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009; URSI; GALVÃO, 2006), é necessária divulgação de estudos sobre a utilização dos diagnósticos de enfermagem na elaboração do plano de cuidados para com o RN. Neste sentido, a avaliação da assistência deve ser atividade integrante do trabalho da enfermagem, permitindo a discussão dos problemas que surgem e o encaminhamento de soluções, na busca constante da excelência na qualidade do cuidado (NEPOMUCENO, 2007).

Considerando o que foi mencionado, sente-se a necessidade de se aprofundar nesta temática das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada nesta clientela específica. Acredita-se na relevância deste estudo, na tentativa de favorecer ao profissional que trabalha em Neonatologia, a percepção da amplitude desta temática, para o aprimoramento de suas atividades assistenciais, compreendendo a importância das intervenções padronizadas no cuidado com a pele do RN e suas implicações no desenvolvimento de seu plano de ação junto ao RN.

Portanto, este trabalho se propõe a avaliar as intervenções para o cuidado com a pele propostas pela NIC para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada em recém-nascidos, no intuito de contribuir para implantação dessa classificação na prática assistencial, fortalecendo e valorizando o cuidado de enfermagem.



Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar o uso das intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classification* (NIC) indicadas para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

2.2 Específicos

- Identificar juntos a enfermeiros da UTIN pesquisada as atividades de enfermagem que realizam cotidianamente para os recém-nascidos, relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada;
- Identificar quais atividades propostas pela *Nursing Interventions Classification* indicadas para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada são realizadas com os RN na UTIN;
- Comparar as atividades indicadas por enfermeiros com as atividades sugeridas na NIC para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada, através do mapeamento cruzado;



Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

Na condução do estudo, realizou-se revisão integrativa da literatura, um dos métodos da prática baseada em evidência. Esse método de pesquisa, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis de um tema, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas. Para Whitemore e Knafelz (2005), revisões integrativas apresentam o estado da ciência, por ser uma abordagem que permite a inclusão de diversas metodologias, experimentais ou não, contribuindo para o desenvolvimento da teoria, e com aplicabilidade direta na prática.

Nesta metodologia, um dos canais de divulgação de resultados de pesquisas é os periódicos científicos indexados em bases de dados. As bases indexadoras, em geral, representam importante fonte de divulgação do conhecimento produzido pelas diferentes áreas do saber, junto à comunidade científica nacional e internacional, além de proporcionarem visibilidade às publicações (ERDMANN *et al.*, 2009). Na condução da pesquisa, utilizaram-se cinco bases de dados:

PUBMED - *National Library of Medicine (NLM)*, que contém a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*. Portal de acesso: Advanced Search Builder. Terminologia utilizada: MeSH - *Medical Subject Headings of U.S National Library of Medicine* em língua inglesa. Descritores: *Nursing Care, skin and newborn*.

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*. Portal de acesso: EBSCOhost. Terminologia utilizada: MeSH - *Medical Subject Headings of U.S National Library of Medicine* em língua inglesa. Descritores: *Nursing Care, skin and newborn*.

SCOPUS - Possui grande acervo de pesquisa em enfermagem. Portal de acesso: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Terminologia utilizada: DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Descritores: *Nursing Care, skin and newborn*.

COCHRANE - Referência como base de dados de revisões sistemáticas e ensaios clínicos. Portal de acesso: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Terminologia utilizada: DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Descritores: *Nursing Care, skin and newborn*.

LILACS - *Latin American and Caribbean Health Science Literature Database*. Portal de acesso: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Terminologia utilizada: DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Descritores: Cuidados de enfermagem, pele, recém-nascido.

A busca foi realizada de outubro de 2011 a março de 2012, sob o questionamento: o que tem sido publicado sobre o cuidado com a pele do recém-nascido nos últimos cinco anos? Os critérios de inclusão foram artigos sobre cuidados com a pele do recém-nascido, completos, disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período de 2007 a 2011. Foram excluídos os estudos em forma de editoriais, cartas ao editor e publicações duplicadas.

Consequente a identificação dos artigos nas bases de dados, foram realizadas leituras dos títulos para eliminação dos artigos repetidos e dos que não correspondessem aos critérios estipulados. Em um segundo momento, realizou-se a leitura dos resumos para maior delimitação e purificação do material pré-selecionado, uma vez de posse dos artigos selecionados, realizaram-se leituras exploratórias, para identificação dos itens existentes no formulário e confirmação da adequação do artigo. Inicialmente, encontraram-se 2.581 artigos, dos quais foram excluídos 2.544, finalizando com 37 artigos.

Para melhor compreensão da busca, tem-se o processo seletivo dos artigos das bases de dados.

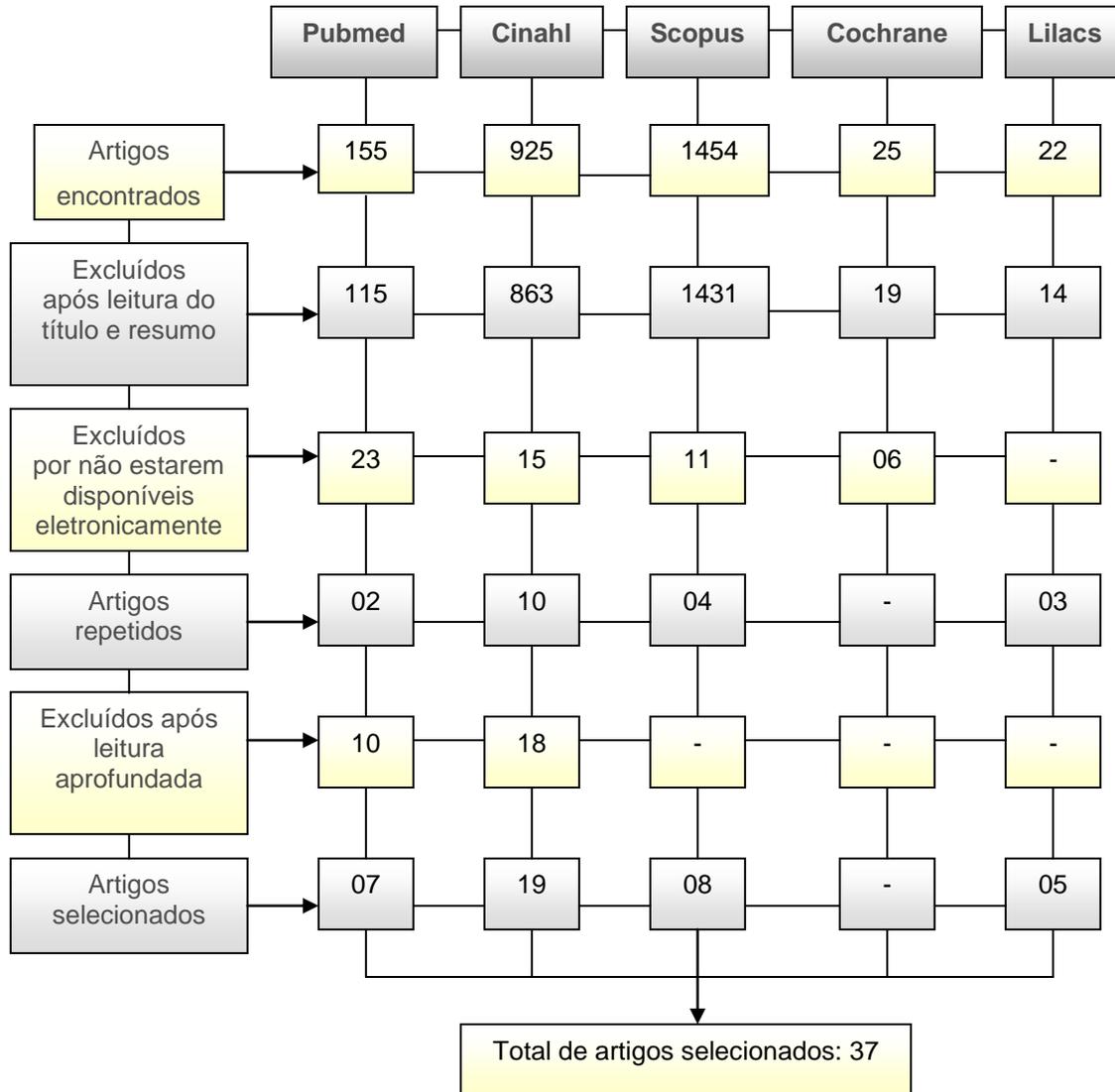


Diagrama 1 – Processo seletivo dos artigos das bases de dados.

Artigos encontrados

Quadro 6 – Síntese dos artigos, segundo título, autor, ano e periódico.

N	Título do artigo original	Autores/ categoria profissional	Ano	Periódico
1	Effects of Tub Bathing Procedures on Preterm Infants' Behavior	Liaw J-J, Yang L, Yuh Y-S, Yin T	2006	Journal of Nursing Research
2	The Nurses' Experience of Barriers to Safe Practice in the Neonatal Intensive Care Unit in Thailand	Veena Jirapaet , Kriangsak Jirapaet , and Chompunut Sopajaree	2006	JOGNN
3	Caring for neonatal skin and common infant skin problems	Blincoe AJ	2006	British Journal of Midwifery
4	Bath and colonization of the preterm newborn skin	Cunha MLC, Procianoy RS	2006	Revista Gaúcha de Enfermagem
5	Practical management strategies for diaper dermatitis	Humphrey S, Bergman JN, Au S	2006	Skin Therapy Letter
6	Pediatric skin care: guidelines for assessment, prevention, and treatment	Butler CT	2006	Dermatology Nursing
7	Neonatal skincare: why change is vital.	Trotter, S.	2006	The official journal of the Royal College of Midwives
8	Protecting Neonatal Skin: Cream or Water?	Blincoe AJ	2006	British Journal of Midwifery
9	Application of educative manual about skin of the newborn with students of nursing	Santos RRR, Cardoso MVLML, Silva GRFS, Lúcio IML	2007	Revista Eletrônica de Enfermagem
10	Skin integrity in critically ill and injured children	Schindler CA, Mikhailov TA, Fischer K, Lukasiewicz G, Kuhn EM, Duncan L	2007	American Journal of Critical Care
11	Newborn skincare and the modern nappy	Hale R	2007	British Journal of Nursing
12	Protecting neonates' delicate skin	Hale R	2007	British Journal of Midwifery
13	Physiological and behavioral responses of newborns at risk to nurse's care	Cardoso MV, Rolim KM, Fontenele FC, Gurgel EPP, Costa LR	2007	Revista Gaúcha de Enfermagem
14	Nursing Care Guidelines for Prevention of Nasal Breakdown in Neonates Receiving Nasal CPAP	Lisa McCoskey	2008	Advances in Neonatal Care
15	Preventing extravasation injuries in neonates	Tong R	2008	Paediatric Nursing
16	Maintaining healthy infant skin	Hale R	2008	British Journal of Midwifery
17	Skin integrity and silicone: appeal 'no-sting' medical adhesive remover	Stephen-Haynes J	2008	British Journal of Nursing
18	Effect of the first bath with chlorhexidine on skin colonization with Staphylococcus aureus in normal healthy term newborns	Cunha ML, Procianoy RS, Franceschini DT, Oliveira LL, Cunha ML	2008	Scandinavian Journal of Infectious Diseases
19	Skin care team in the pediatric intensive care unit: a model for excellence	Pasek TA, Geysler A, Sidoni M, Harris P, Warner JA, Spence A, Trent A, Lazzaro L, Balach J, Bakota A, Weicheck S,	2008	Critical Care Nursing
20	Use of indicator of nursing assistance to base qualification program	Nepomuceno LM, Kurcgant P	2008	Revista da Escola de Enfermagem da USP

Quadro 6 – Síntese dos artigos, segundo título, autor, ano e periódico.

N	Título do artigo original	Autores/ categoria profissional	Ano	Periódico
21	Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira	Rolim KMC, Linhares DC, Rabelo LS, Gurgel EPP, Magalhães FJ, Caetano JÁ	2008	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
22	Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido	Rolim KMC, Farias CPX, Marques LC, Magalhães FJ, Gurgel EPP, Caetano JA	2009	Revista de Enfermagem da UERJ
23	Intensive care with the skin of newborn pre-term	Adriano LSM, Freire ILS, Pinto JTJM	2009	Revista Eletrônica de Enfermagem
24	The skin of the premature newborn under the nurse's evaluation: orientating the maintenance of cutaneous integrity	Martins CP, Tapia CE	2009	Revista Brasileira de Enfermagem
25	Abordagem assistencial ao neonato portador de mielomeningocele segundo o modelo de adaptação de Roy	Gurgel EPP, Rolim KMC, Galvão MTG, Caetano JÁ	2010	Revista da Escola de Enfermagem da USP
26	Napkin dermatitis and its treatment	Wondergem F	2010	Journal of Community Nursing
27	Relationships between nurse care-giving behaviours and preterm infant responses during bathing: a preliminary study	Liaw J-J, Yang L, Chou H-L, Yang M-H, Chao S-C	2010	Journal of Clinical Nursing
28	Permanência da membrana semipermeável na pele do recém-nascido um cuidado diferenciado	Rolim KMC, Barbosa RMA, Medeiros RMG, Leite ML, Gurgel EPP	2010	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
29	Skin lesions in newborns in the hospital setting: type, size and affected area	Fontenele FC, Cardoso MVLML	2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP
30	Skin care guidelines for infants aged 23–30 weeks' gestation: a review of the literature	Allwood M	2011	Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing
31	Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers in pediatric intensive care	Schindler CA, Mikhailov TA, Kuhn EM, Christopher J, Conway P, Ridling D, Scott AM, Simpson VS	2011	American Journal of Critical Care
32	The effect of incubator humidity on the body temperature of infants born at 28 weeks' gestation or less: a randomised controlled trial	Kong Y, Medhurst A, Cheong JLY, Kotsanas D, Jolley D	2011	Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing
33	Reducing pain during the removal of adhesive and adherent products	Denyer J	2011	British Journal of Nursing
34	Use of oil for baby skincare: A survey of UK maternity and neonatal units	Cooke A, Cork MJ, Danby S, Lavender T	2011	British Journal of Nursing
35	Neonatal skin care: Advocating good practice in skin protection	Hughes K	2011	British Journal of Nursing
36	Children and newborn skin care and prevention	Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP	2011	Anais brasileiro de dermatologia
37	The effectiveness of using semipermeable membrane in preterm infants to reduce transepidermal losses	Gurgel EPP, Caetano JA, Lopes MVO, Rolim KMC, Almeida PC, Magalhães FJ, Barreto JO	2011	Revista da Escola de Enfermagem da USP

Periódico científico é publicação seriada e com periodicidade definida. É também designado como revista científica (ou técnico-científica). No meio acadêmico, observa-se a preferência pela denominação revista científica. Nos países em desenvolvimento, a revista científica tem como função, além de certificação da ciência, estabelecer e implementar critérios de qualidade para realização e divulgação de pesquisas, ajudar a consolidar as áreas de pesquisa, constituir-se como depósito das informações de interesse internacional, nacional ou regional, treinar revisores e autores em análise e crítica, melhorando a qualidade da ciência (TRZESNIAK, 2002).

De acordo como os artigos analisados, 2009 foi o ano com o menor número de produções encontradas: três artigos²²⁻²⁴, sendo o ano de 2011 o de maior publicações evidentes: nove²⁹⁻³⁷. Quanto às bases de dados, foram encontradas cinco produções na Lilacs^{4,21,22,25,28} e dezenove artigos na Cinahl^{1-3,9,10,11,15-20,23,24,27,29-32}, destaca-se que não houve seleção de produções da COCHRANE.

No movimento da prática baseada em evidências, existem classificações hierárquicas que retratam a força das evidências encontradas nas pesquisas, em que se consideram de natureza forte ou fraca, de acordo com o delineamento do estudo. Portanto, quanto mais forte o rigor metodológico, mais evidente será a pesquisa. Na presente revisão integrativa, a classificação de nível de evidência utilizada foi a citada por Stetler *et al.*, (1998), na qual a evidência pode ser classificada em seis níveis. O nível 1 enquadra as evidências obtidas do resultado de metanálise de estudos clínicos controlados e randomizados; o nível 2, as obtidas em estudo experimental; no nível 3, as evidências de estudos quase-experimentais; nível 4 enquadram as evidências de estudos descritivos ou de abordagem qualitativa; nível 5, evidências resultantes de estudos de casos ou relatos de experiência e finalmente; nível 6 com as evidências coletadas baseadas em opiniões de especialistas ou legais. Vale ressaltar que quanto menor o nível, maior a evidência.

Ursi (2005), afirma que não se podem tratar os resultados das pesquisas como verdades absolutas ou de implementação prática direta, faz-se necessária avaliação do contexto no qual a pesquisa foi desenvolvida e o rigor metodológico utilizado pelos autores.

Nos artigos encontrados, as orientações de cuidados preventivos com a pele foram predominantes^{7,12,16,24,28,31,32,33,35,36,37}, dentre elas relacionadas ao cuidado com a pele dos prematuros ou RN a termo, cuidados durante a remoção adesivos, prevenção de úlceras por pressão, aplicação da membrana semipermeável na pele, uso de pomadas e cremes e também a recomendação da incubadora umidificada. O banho foi mencionado^{1,4,18,27}, diante da ampla discussão sobre a periodicidade e que produto deve ser utilizado na pele do recém-nascido.

Algumas atividades de cuidado direto ao RN representam um dilema para os enfermeiros, quando muitos procedimentos são necessários para a sobrevivência deste e ao mesmo tempo são estressantes e potencialmente prejudiciais para o seu crescimento e desenvolvimento (LIAW, J. *et al.*, 2006)

Guidelines foram evidenciados^{3,6,9,14,30}, protocolos elaborados, revisados e conceituados por especialistas, que orientam condutas a serem tomadas por profissionais no cuidado com a pele do RN. Os Guidelines buscam desenvolver diretrizes baseadas em evidências de cuidados com a pele de RN. Entende-se que a compreensão da anatomia e fisiologia da pele destes é necessária para proporcionar uma melhor assistência ao RN, na condução das diretrizes que incluem recomendações para banhos, uso emoliente, a utilização de membranas semipermeável, utilização de adesivos, na tentativa de proporcionar um cuidado diferenciado (ALLWOOD, 2011).

Relatos de experiências não exitosas também foram descritos^{2,10,13,15,17}, como extravasamento de soluções na pele do RN e problemas ocasionados durante a remoção de adesivos e assaduras^{5,8,11,26,29,34}. Assistência de enfermagem no cuidado com a pele do RN normal^{21,22} e com o RN portador de malformação congênita²⁵, uso de indicadores de qualidade²⁰ e proposta de cuidado de excelência no cuidado com a pele¹⁹ e ainda um estudo bibliográfico²³, sobre o cuidado com a pele do prematuro. Este conteúdo proporcionou uma ampla discussão no desenvolver deste estudo.

3.1 A Pele

As atividades desenvolvidas pelos profissionais também devem ser baseadas nas características da clientela, considerando sua clínica e individualidade. Portanto, o conhecimento das características da pele do RN é fundamental neste contexto.

A pele, como órgão mais externo do corpo humano, configura como sistema primário de defesa (PASEK *et al.*, 2008; SCHINDLER *et al.*, 2011). É constituída de uma complexa estrutura de tecidos de várias naturezas, dispostos e inter-relacionados, de modo a adequar-se, de maneira harmônica, ao desempenho de suas funções. Apresenta grandes variações ao longo de sua extensão, de acordo com os seguimentos corpóreos, sendo ora mais flexível e elástica, ora mais rígida; com pregas, alterações articulares e musculares, orifícios pilos sebáceos e orifícios sudoríparos, características que sofrem variações raciais individuais e regionais e que refletem o estado de saúde do indivíduo (FORTES *et al.* 2002.; SAMPAIO; RIVITTI, 2010.; MCCOSKEY, 2008).

A pele é considerada o maior órgão do ser humano e desempenha funções como proteção, percepção tátil, controle hidroeletrolítico e regulação da temperatura. Dependendo da idade gestacional (IG), a pele do RN difere de um para o outro (SANTOS *et al.*, 2007.; ALLWOOD, 2011). Blincoe (2006), acrescenta, dentre as funções que a pele está preparada para desenvolver, a imunovigilância e o armazenamento de gorduras, além da garantia de fluidos não excessivamente perdidos. É constituída de três camadas de tecido: epiderme, derme e hipoderme (Figura 1). Quanto à epiderme, notoriamente conhecida como a camada mais externa, que vive em constante regeneração, tem como principal função a proteção. Constituída por epitélio estratificado, cuja espessura apresenta variações topográficas desde 0,04mm nas pálpebras até 1,6mm nas regiões palmo-plantares. O processo de maturação de suas células, desde as camadas germinativas, é complexo e multifatorial, influenciado por fatores genéticos, sistêmicos e ambientais (SAMPALIO; RIVITTI, 2010).

A epiderme é separada da derme pela membrana basal, uma delgada estrutura que pode ser dividida em cinco camadas correspondentes a diferentes estágios de maturação celular dos queratinócitos. As células epidérmicas são unidas entre si e com

a derme por desmossomos e hemidesmossomos, estruturas visíveis apenas através da microscopia eletrônica. Além dessas estruturas, existe entre as células epidérmicas o glicocálice, cimento intercelular, constituído de glicoproteína e com consistência de gel, promovendo a coesão das células, além de facilitar a circulação de substâncias solúveis em água.

A derme é a segunda camada tissular componente da pele, localizada imediatamente abaixo da epiderme, composta de denso estroma fibro-elástico, em que se encontram estruturas vasculares nervosas, órgãos anexiais, glândulas sebáceas, sudoríparas e folículos pilosos. Tem espessura variável ao longo do organismo de 1 a 4mm, tem como funções principais: fornecimento de resistência, elasticidade, força mecânica, oxigênio e nutrientes da pele. De acordo com Brandão (2006), Sampaio e Rivitti (2010), na composição da derme se encontram: fibras colágenas, elásticas, terminações nervosas, vasos sanguíneos e linfáticos, músculos e glândulas sebáceas.

A hipoderme é a camada mais profunda da pele, situada logo abaixo da derme reticular, de espessura variável, composta exclusivamente de células adipócitas, colágeno e vasos sanguíneos mais calibrosos que os da derme. Possui importantes funções, como armazenamento de energia, termoisolamento, proteção mecânica do organismo às pressões e aos traumatismos. Além disso, facilita a mobilidade da pele em relação às estruturas adjacentes, como músculos, tendões e ossos.

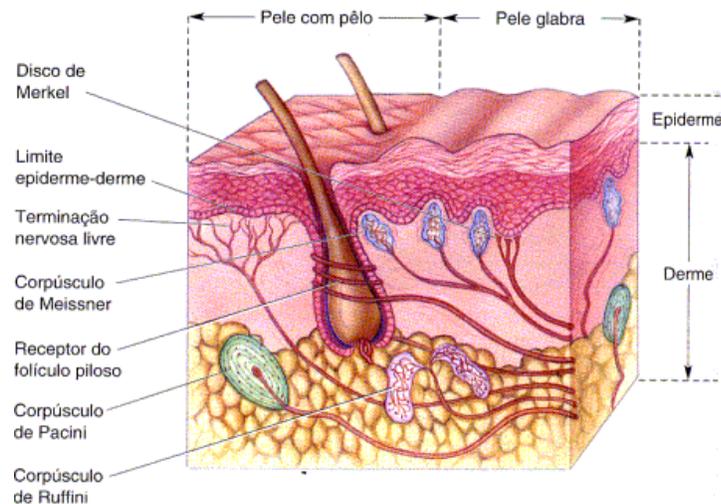


Figura 1: Mecanorreceptores da pele. Fonte: Ramos-e-Silva; Castro. 2010. p.22

O enfermeiro precisa conhecer as características do sistema tegumentar do neonato, avaliando-o criteriosamente, identificando os riscos inerentes às particularidades do RN e os riscos associados à terapêutica, direcionando a assistência de enfermagem prestada (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008). É fundamental no contexto da formação do enfermeiro que este tenha boa fundamentação teórica para condução do exame físico do recém-nascido, de modo a detectar possíveis problemas, ou ainda ter condições de orientar à mãe a cuidar do bebê com tranquilidade (SANTOS *et al.*, 2007).

Estudo destacou a identificação das reais necessidades de capacitação da equipe de enfermagem relacionadas à manutenção da integridade da pele do neonato durante sua internação na Unidade Neonatal, e elaboração de um programa de capacitação para o pessoal de enfermagem (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

A pele tem também um número de funções vitais, incluindo a síntese da vitamina D (STEPHEN-HAYNES, 2012). Brandão (2006), Sampaio e Rivitti (2010) descrevem proteção (contra agressões externas e imunológica), percepção (capacidade de perceber sensações pelos receptores - corpúsculos de *Ruffini*: calor, *Krause*: frio, *Vater-Pacine*: pressão, *Meissner*: tato e terminações nervosas livres: dor), hemorregulação (regula o débito circulatório através dos plexos vasculares), termorregulação (regula a temperatura do corpo por meio da vasoconstrição e vasodilatação causando maior ou menor dissipação do calor), secreção (secreta ceratina, melanina, suor e sebo) e social (interfere na comunicação, sexualidade, identificação e autoimagem). Destaca-se aqui Darmstadt e Dinulos (2000), que reforçam a função de proteção como a mais importante, prevenindo desidratação através da perda de água corporal, envenenamento por substâncias químicas e infecção sistêmica pela invasão de micro-organismos.

Tais informações potencializam o compromisso com o cuidado da pele do RN, tornando-se importante justificativa na busca da qualidade da assistência. Na opinião de Pereira, Gontijo e Silva (2001), problemas dérmicos neonatais são extremamente frequentes, podendo-se afirmar que estão presentes na quase totalidade dos RN

quando se consideram todas as alterações cutâneas encontradas. Podem ser fisiológicas, temporárias, persistentes ou possuidoras de importante significado clínico.

O manuseio apropriado da pele do RNPT denota a valorização, pelo enfermeiro e sua equipe, dos detalhes inerentes aos cuidados prestados. É uma prática desafiadora, porém bela, responsável por repercussões no sistema de vida de prematuros, ou melhor, pela qualidade de vida. Muitas estratégias têm sido realizadas para manter a integridade da pele, para tanto há necessidade de padronização dos cuidados de enfermagem (MARTINS; TAPIA, 2009; TROTTER, 2006). Dentre as práticas de cuidados com a pele do RNPT, segue a análise individual de cada prática, associada às principais alternativas para rotina estabelecida nas UTIN, possibilitando aos profissionais melhor manejo com o RN prematuro, tornando-o participante a cada cuidado (MARTINS; TAPIA, 2009).

Portanto, a existência de um protocolo sobre o manuseio da pele do prematuro permite avaliação periódica das características da pele do RN, diagnosticando possibilidades profiláticas e de comprometimento cutâneo, como riscos de ruptura da pele, substâncias tóxicas passíveis de alteração neste tegumento, desta forma, as condutas elaboradas são contempladas na prescrição de enfermagem, expressando o caminho que a equipe deve seguir ao assistir o RN prematuro no que tange à pele (MARTINS; TAPIA, 2009).

3.2 A Pele do Recém-Nascido

O cuidado com a pele do RN representa fator de preocupação para os membros da equipe de enfermagem, já que a pele íntegra constitui barreira contra agentes do meio externo e protege as estruturas internas do organismo. (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008). A pele do RNPT é uma preocupação constante dos profissionais que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, sendo este iniciado logo após o nascimento, com a finalidade de manter uma temperatura corporal ideal e contribuir significativamente para adaptação bem sucedida (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009).

Diante das especificidades anatômicas e fisiológicas da pele do neonato, que o suscetibilizam ao desenvolvimento de lesões de pele, manter a sua integridade é algo especial, uma vez que preserva as funções de proteção e diminui os riscos de infecções decorrentes da hospitalização. A manutenção da integridade da pele do RN durante a internação hospitalar pode prevenir a ocorrência de efeitos adversos das terapêuticas instituídas, reduzindo os riscos de ocorrências iatrogênicas decorrentes da assistência prestada (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

A maturidade da pele determina o grau de absorção percutânea e, em prematuros, a pele, logo ao nascimento, apresenta comprometimento pela imaturidade, facilitando, portanto a absorção de substâncias aplicadas na superfície da pele (MARTINS; TAPIA, 2009).

A pele do embrião começa a se formar em torno de 20 a 30 dias de vida embrionária, um período de ativa organogênese no desenvolvimento humano. Por volta de 60 dias, a maioria dos sistemas de órgãos do corpo, incluindo a pele, está formada e o embrião entra no período fetal de diferenciação e crescimento (RAMOS; SILVA; CASTRO, 2010; ALWOOD, 2011).

Kalinowaki (2007) refere que um embrião com cinco ou seis semanas já apresenta a epiderme, sendo formada por uma única camada de células que se modificam com o passar do tempo. Neste período, também as estruturas nervosas são desenvolvidas e transformadas em nervos somente após o quarto mês. É no terceiro ou quarto mês que se originam os primeiros folículos e glândulas sebáceas, apócrinas e écrinas; formam-se os vasos sanguíneos sob aspecto de capilares, diferenciando-se posteriormente em artérias e veias; e ainda as primeiras fibras se transformam em colágeno e, posteriormente, surgem as fibras elásticas, originando os fibroblásticos. No quinto mês, desenvolve-se a hipoderme que originará os adipócitos.

A principal barreira dérmica está na camada de ceratinócitos existente na superfície. A ceratinização se inicia com 24 semanas de gestação, mas não está completa até próximo do nascimento. A propriedade de barreira da pele do neonato com idade inferior a 34 semanas de gestação pode estar atrasada 14 a 21 dias de

maturação. Esta maturação pode ser ainda mais retardada na presença de lesões dérmicas (CARTLIDGE, 2000; COHEN, 2006).

De acordo com Pereira, Gontijo e Silva (2001), há aumento nas densidades e no número de camadas da epiderme a partir de vinte quatro semanas de gestação. Após trinta e quatro semanas de gestação, há elevação das densidades do estrato córneo e alongamento do epitélio córneo.

A pele e as mucosas dos recém-nascidos mostram-se mais permeáveis aos antígenos externos, quando comparados aos adultos e às crianças maiores. Provavelmente, este fato está relacionado ao menor desenvolvimento do estrato córneo que ocorre em torno da vigésima sexta semana de gestação (BUOSSO *et al.*, 1995).

Conforme Moore e Persaud (2000), a pele ao final de 30 a 34 semanas de gestação é rosada e lisa, entre 35 e 38 semanas é normalmente rosa azulado. Estas características, porém não constituem uma obrigatoriedade, considerando a individualidade de cada ser.

Entretanto, apesar de a pele ser estéril ao nascimento, no prazo de 24 horas, é colonizada por sua própria flora comensal, para impedir o desenvolvimento de bactérias patogênicas (BLINCOE, 2006; DA CUNHA *et al.*, 2008).

A pele é considerada o maior e mais acessível órgão do corpo humano, e no RN difere da pele do adulto em alguns aspectos do ponto de vista estrutural, sendo mais marcante no aspecto funcional. Apresenta menos pelos, glândulas sudoríparas e sebáceas, adesões intracelulares e é mais fina. Certamente, estas diferenças costumam ser mais evidentes em prematuros (COHEN, 2006; SAMPAIO; RIVITTI, 2010).

Uma das características da pele infantil é que, geralmente, contém profundas dobras e rugas da pele, que podem ser foco de excesso de umidade e casa para os micróbios, erupções que causam e dermatite. Da mesma forma, a umidade, o excesso como resultado de cobrir a pele com fraldas que podem conduzir à sobre-hidratado pele (HALE, 2007).

A maturidade da pele do RN está associada ao seu desenvolvimento gestacional que é embriologicamente determinado. O conhecimento da estrutura da pele fetal tem hoje grande importância para o diagnóstico pré-natal de doenças genéticas (SAMPAIO; RIVITTI, 2010), representando ao nascer 13% da superfície corporal, o que para um RN é de grande representatividade, pois qualquer alteração neste órgão significa alteração no desenvolvimento de suas funções (HAHN, 2001). Pode ser coberta por pelos finos, amolecidos, com pouco potencial para o crescimento, conhecidos como lanugem, que desaparecem na primeira semana de vida, sendo substituída por pelos definitivos (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999; SAMPAIO; RIVITTI, 2010).

Alguns recém-nascidos ainda apresentam pele avermelhada, muito fina, permitindo algumas vezes a visualização dos vasos sanguíneos, evidenciando sua fragilidade. Outros apresentam uma pele coberta por um material esbranquiçado e graxento, o vérnix caseoso, produzido por células epidérmicas e secreções sebáceas, composto de água, restos cutâneos (detritos) e razoável quantidade de estrógeno (COHEN, 2006).

Admite-se que o vérnix seja uma proteção contra lesões, com função lubrificante, ajudando também no momento do parto, fazendo com que o RN fique mais escorregadio e função antibacteriana, prevenindo contra infecções, maceração pelo líquido amniótico e traumas, de pH entre 6,7 e 7,4, devendo este não ser removido, mas deixado a desaparecer espontaneamente (COHEN, 2006; FERREIRA; MADEIRA, 2004; SAMPAIO; RIVITTI, 2010; ALLWOOD, 2011).

Corroborando este pensamento, Hughes (2011) salienta que a pele fetal é protegida pelo vérnix caseoso a partir do terceiro trimestre de gravidez, sendo hidratante natural, com propriedades anti-infecciosa e antifúngica, sendo essencial que este não seja removido ao nascimento.

A necessidade de adaptação imediata à vida extrauterina compreende a fase de maior vulnerabilidade do RN, pois os sistemas orgânicos desenvolvidos na vida fetal terão que funcionar adequadamente para permitir uma via saudável (SANTANA *et al.*, 2002). Vale ressaltar que as bactérias são transferidas das mãos dos que cuidam do

recém-nascido e do meio ambiente imediato para a pele do recém-nascido, haja vista a quantidade de manipulação de alguns recém-nascidos ao adentrarem na UTIN, bem como no decorrer de sua primeira semana de vida, diante da necessidade de fixação de dispositivos diretamente na pele, invasivos ou não, mesmo quando este tegumento ainda se encontra em processo de maturação, o que torna um aspecto predisponente ao comprometimento da integridade da pele, como o surgimento de lesões.

Em virtude das peculiaridades anatômicas e fisiológicas da pele do neonato que o suscetibilizam ao desenvolvimento de alterações em sua integridade, mantê-la intacta é algo especial, uma vez que preserva funções de proteção e diminui o risco de infecções decorrentes da hospitalização.

A quantificação das variáveis relacionadas ao indicador de qualidade integridade da pele do neonato poderá servir como parâmetro para avaliação do programa de capacitação, estabelecendo, assim, a mensuração de possíveis mudanças nos padrões de qualidade da assistência de enfermagem prestada e construindo séries históricas para o monitoramento desse indicador (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

Assim, a especificidade da assistência de enfermagem em unidades neonatais exige profissionais bem preparados para identificação rápida dos problemas e realização das intervenções necessárias. Neste sentido, um dos aspectos que deve ser considerado nessa assistência é a manutenção da integridade da pele do RN (NEPOMUCENO; KURCGANT, 2008).

Butler (2006) aponta a necessidade de um programa de cuidados com a pele da criança que enfatize a necessidade de avaliação, precisa e consistente, incluindo a descrição e documentação da extensão do dano no tecido. Sugere, ainda, que enfermeiros devem familiarizar-se com ferramentas de avaliação de risco, como a Escala de Braden, e usá-las em sua prática diária.

Os RN permanecem por um período, muitas vezes prolongado, em UTIN, sendo nesta unidade que os prematuros recebem as primeiras experiências táteis, que em sua maioria estão associadas a procedimentos técnicos (MARTINS; TAPIA, 2009). A pele é fina, delicada e vulnerável, está constantemente em risco de

sofrer danos provenientes de várias fontes, como pressão, fricção, infecção, e produtos químicos (BLINCOE, 2006).

Na redução destes riscos, a prevenção é fundamental e implica uma série de detalhes, simples de realizar, mas difíceis de lembrar, assim, instalada a lesão na pele do prematuro, decorrente muitas vezes da escassa paciência do profissional que a manipula, portanto sugere-se a utilização de produtos apropriados no local da pele comprometida (MARTINS; TAPIA, 2009).

A pele dos prematuros já é frágil e incapaz de desempenhar todas as suas funções estando íntegra, quando acontece o rompimento desta integridade, acentua-se a ineficácia. Para Nepomuceno (2007), o conhecimento das particularidades da pele do RN determina as ações que devem ser realizadas no cuidado diário da pele deste quando hospitalizado, visando manter as principais funções desse órgão.

Também a coesão entre a epiderme e a derme se intensifica com a evolução da IG e depois do nascimento. A gordura marrom, praticamente ausente em adultos, é observada em algumas regiões anatômicas, como a região interescapular, pescoço e parede abdominal do RN (PEREIRA; GONTIJO; SILVA, 2001).

A pele do recém-nascido é sensível ao ambiente, podendo ser colonizada pela flora vaginal. Colonização da pele é definida como a presença da flora normal que protege a pele e que supre a barreira contra potenciais patógenos, por ajudar na manutenção do equilíbrio ácido normal. Infecções de pele ocorrem quando o equilíbrio entre a flora normal e os patógenos são interrompidos, quando ocorrem lesões (CUNHA; PROCIANOY, 2006).

O conhecimento sobre o cuidado com a manipulação do prematuro e sua pele, e o limite de cada intervenção, possibilita à equipe uma nova estrutura, com mudanças no paradigma, que verte a uma nova prática (MARTINS; TAPIA, 2009).

Dispositivos de apoio à vida, coleta de sangue e aplicação de substâncias tóxicas expõem ainda mais a pele do bebê a injúrias e, deste modo, contribuem para que parte significativa da morbidade e mortalidade desses pacientes possa ser atribuída às práticas inadequadas geradoras de traumas, lesões ou alterações na função da pele (ROLIM *et al.*, 2008).

A preservação da integridade da pele é fator relevante do cuidado de enfermagem durante o período neonatal. Neste, sobressaem procedimentos essenciais, por exemplo: fixar tubo endotraqueal, sensores, sondas, cateter de infusão venosa e outros materiais, especialmente no RNPT, pois quanto menor a idade gestacional maior a imaturidade dos seus órgãos. Como se sabe, a pele é um órgão extremamente vulnerável (ROLIM *et al.*, 2009).

Jirapaet, Jirapaet e Sopajaree (2006), realizaram pesquisa sobre erros comumente vivenciados por enfermeiros e que dificultam a prática do cuidado seguro na UTIN. Dentre os achados, a falta de supervisão favoreceu o extravazamento de uma infusão intravenosa, o que provocou edema na pele do RN. A não realização de rodísio do sensor do oxímetro de pulso proporcionou queimadura na pele do RN, trauma na epiderme, devido à remoção de adesivos direto na pele do RN. Houve também o desenvolvimento de úlcera de pressão em RN com hidrocefalia, devido ao atraso no período da mudança de posição da cabeça. Estes eventos foram considerados em virtude do conhecimento deficiente, inexperiência dos enfermeiros e ainda pouco profissional para atendimento aos pacientes.

Para cuidar de um RN, o enfermeiro precisa estar ciente das características peculiares que envolvem este ser, das várias transformações adaptativas pelas quais passará durante o ajustamento à vida extrauterina, e de suas necessidades no decurso deste período de adaptação, tornando-se este fato uma dinâmica na qual o enfermeiro reconhece o bebê em sua importância e totalidade, que somente pode ser descrita quando realmente vivenciada. Portanto, a necessidade de atender a recém-nascidos a termo ou prematuros aproximou, concomitantemente, novos desafios nos cuidados de enfermagem (CARDOSO *et al.*, 2007).

A pele é um órgão de grande importância, multifuncional, que promove, mediante à função de barreira cutânea, proteção mecânica, termorregulação, vigilância imunológica, e previne a perda insensível de fluidos corporais (AFSAR, 2009).

Acreditava-se, até algum tempo atrás, que a função de barreira cutânea atingia sua maturidade por volta da 34ª semana de gestação. Porém, dados recentes mostram que ela continua a se desenvolver até 12 meses após o nascimento (YOSIPOVITCH,

2007). A pele do neonato é submetida a um progressivo processo de adaptação ao ambiente extrauterino, para o qual cuidados especiais se tornam necessários (AFSAR, 2009).

A pele se caracteriza por ser sensível, fina e frágil, com pH neutro na sua superfície, o que diminui, significativamente, a defesa contra a excessiva proliferação microbiana. Seu conteúdo lipídico é menor, mas o de água é elevado. É uma pele macia, uma vez que a camada córnea tem menor espessura, e a epiderme e a derme são mais delgadas do que as dos adultos. A imaturidade da sua barreira epidérmica provoca maior facilidade de ressecamento, diminui sensivelmente a defesa contra a excessiva proliferação microbiana e a torna mais susceptível ao trauma e à toxicidade, por absorção percutânea de drogas (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

No geral, a pele do RN apresenta-se com várias alterações ou lesões cutâneas. Essas lesões são muito variáveis, podendo ser temporárias, inocentes, resultantes de uma reação fisiológica, ou podem indicar alteração séria e potencialmente fatal (SANTOS *et al.*, 2007). Lesões por remoção de adesivos, produtos de ostomia, fitas e equipamentos de monitoramento podem levar a uma descamação da pele com agravamento desta. Pacientes com maior risco de lesões incluem grupos como os idosos, bebês prematuros e recém-nascidos (DENYER, 2011).

Uma lesão não pode ser analisada isoladamente, há fatores que devem ser considerados neste processo. O processo de cuidado e preservação da pele quanto ao surgimento de lesões no RN é constante e singular (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Estudo realizado sobre lesão de pele em RN destacou hematomas de tonalidade arroxeadas, sem processo de infecção. Pela necessidade de se realizar punções venosas e coletas de exames laboratoriais, muitas vezes diariamente, considerando a fragilidade e escassez da rede venosa do RN, locais de punção são fragilizados mesmo com a realização do rodízio nas coletas e compressão pós-punção (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Sempre que há lesão com solução de continuidade, abre-se uma porta a várias opções, como infecções, incômodos, dor, que podem vir a prejudicar o tratamento do RN. A importância do conhecimento dessas lesões também está na orientação

adequada aos pais dos RN, que muitas vezes ficam apreensivos ao ver a pele de seu filho com alguma lesão (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Rolim *et al.* (2010), em pesquisa sobre permanência da membrana semipermeável na pele do prematuro, observaram que 78,57% dos micro-organismos encontrados faziam parte da flora residente da pele, sendo três (21,43%) de *Bacillus sp gram-positivo*, 42,87% de *Staphylococcus coagulase negativa*, 7,14% *Staphylococcus epidermidis* e 7,15% de *Staphylococcus aureus*. Já os micro-organismos não residentes totalizaram 14,28%, sendo 7,14% de *Bacillus gram-negativos* e 7,14% de *Enterococos sp.*

O enfermeiro deve estar ciente de que, independentemente da IG do RN, do tipo, de sua localização e do fator desencadeante, lesão de pele é algo que pode implicar infecção cruzada, maior permanência hospitalar, maior complexidade de atendimento e conseqüente potencialização das alterações na saúde do neonato, tornando-se componente crítico na assistência de enfermagem (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

O *Staphylococcus coagulase-negativa* (SCN), que constitui o grupo representante da maior microflora humana, está relacionado a casos sérios de infecções e vem sendo motivo de muitos estudos. O risco de infecção nosocomial, devido ao *staphylococcus aureus* em neonatos é mais elevado sob as condições do hospital onde há berçários superlotados e prática de técnicas de controle inadequadas. O *Staphylococcus epidermidis* é um estafilococo coagulase-negativo que normalmente coloniza a pele e as mucosas do corpo humano, fazendo parte da sua microflora normal. No entanto, quando ocorre uma ruptura da superfície cutânea, por qualquer tipo de trauma ou inserção de um dispositivo médico, os estafilococos podem penetrar o hospedeiro, tornando-se patogênicos (YOSIPOVITCH *et al.*, 2007).

Outro aspecto encontrado foi que o uso frequente de fonte de aquecimento pode causar ressecamento e descamação da pele. Assim como a manipulação, a retirada de adesivos e eletrodos favorece rupturas e ulcerações da pele (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Os cuidados descritos com a pele do RN trazem atividades diárias realizadas rotineiramente nas unidades neonatais: uma prática desafiadora em tais unidades é o manuseio mínimo. Sabe-se que o RN prematuro apresenta dificuldade em conservar calor com mudanças posturais. Portanto, deve-se alternar o decúbito de 4/4 horas, porém o rigor da frequência deverá ser respeitado no cuidado de prematuros sedados ou que apresentem baixa atividade motora (MARTINS; TAPIA, 2009).

A mudança de decúbito é necessária no cuidado com a pele, estando os profissionais preocupados com a prevenção de úlceras de pressão e desconforto do bebê no leito. Em virtude da pressão prolongada do peso corporal, há diminuição na circulação total. Tal diminuição propicia a lesão da epiderme, levando muitas vezes à necrose local (ROLIM *et al.*, 2009).

Em estudo sobre condutas adotadas para minimizar o risco da perda de integridade da pele do RNPT, enfermeiras afirmaram: realizar mudança de decúbito, manter a pele higienizada e seca, fazer rodízio dos sensores dos oxímetros e a coleta agrupada de exames evitando, assim, punções repetitivas e utilização de hidrocoloides nas proeminências ósseas e em áreas críticas, fixação de sonda orogástrica (SOG) e tubo orotraqueal (TOT) e sensores (ROLIM *et al.*, 2008).

A manutenção da temperatura da incubadora foi citada, sendo indicada ideal para manter o ambiente térmico neutro, controlando regularmente a temperatura corporal do RN. Também o posicionamento do RN é outra estratégia utilizada para reduzir a perda térmica, pois além de desenvolver parâmetros fisiológicos e comportamentais, mantêm o tônus muscular mais adequado, possibilita padrões normais de movimento, reduz contraturas e deformidades, e por fim gera mais conforto e segurança (MARTINS; TAPIA, 2009).

KONG *et al.* (2011) afirmam que para prematuros, durante as primeiras semanas de vida, a permanência em incubadora umidificada é benéfica na manutenção da temperatura do corpo e diminui a perda de água transepidermica. No entanto, para os bebês com menos de 28 semanas de gestação, a permanência em incubadora com umidade de 80 ou 70%, não houve evidência de diferença significativa na manutenção da temperatura.

A higiene foi outro ponto abordado nos artigos. O manuseio diário exige cuidado especial com a pele. Em estudo sobre o cuidado com a pele, os profissionais mencionaram utilizar sabonete líquido neutro e pomadas ou óleos para evitar assaduras e garantir a higiene do RN. A necessidade de avaliação diária da pele do bebê quanto aos sinais de infecção, umidade, hiperemia e edema também foram citados (ROLIM *et al.*, 2009).

Com relação ao primeiro banho do RN, deve ser realizado somente com água, deixando o vernix para que seja absorvida naturalmente. Deve-se continuar banhando o bebê somente com água morna até as primeiras duas a quatro semanas e, então, gradualmente vai introduzindo sabonete em pequenas quantidades. O uso de sabonete e degermante são questionados na literatura quando se refere ao RNPT. Isto porque a aplicação frequente desses produtos tem por finalidade remover a sujeira, no entanto, retira o filme lipídico da superfície da pele, causando irritação (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009).

Houve divergências nos artigos encontrados. Apesar de ser considerado o banho um procedimento diário e de rotina nas UTIN, há quem considere desnecessário, e contraindicado em RN prematuros. Há necessidade de higienizar somente a área dos genitais, com água morna e sabão neutro, porém em RN com peso inferior a 1.500 gramas, a higiene deve ser efetuada somente com água, pois nestes RN a fragilidade da pele, principalmente no fator nutrição/hidratação, é considerada duas vezes maiores que a de RN com peso de 1.800 gramas (MARTINS; TAPIA, 2009). LIAW *et al.* (2006) afirmam que a maioria dos cuidadores consideram o banho de rotina importante cuidado. No entanto, na maior parte das rotinas de banho na UTIN não há justificativa que determine o melhor tempo de duração ou frequência deste banho.

Estudo desenvolvido por Da Cunha *et al.* (2007), com 112 RN, objetivando comparar a taxa de colonização do *staphylococcus aureus* na pele 24 horas após o primeiro banho em recém-nascidos banhados com clorexidina e sabão neutro, foi justificado por ser o *Staphylococcus aureus* um dos mais frequentes micro-organismos encontrados pelos pesquisadores, sendo 21% das culturas de sangue positivas de recém-nascidos com sepse internados na UTIN em 2005 e 2006. Os resultados deste

estudo confirmaram a hipótese de que um banho de clorexidina após o nascimento reduz a colonização com *S. aureus* mesmo em RN sem fatores de risco de infecção. RN que receberam o primeiro banho com clorexidina apresentaram menor taxa de colonização com *S. aureus* durante um período de 24 h após o banho.

Com relação à higiene íntima, apesar de os lenços umedecidos de limpeza ser práticos e apresentar cheiro agradável, não são recomendados pela maioria dos autores pelo risco de remover o filme lipídico da pele e causar sensibilização. Deve-se sempre ter em mente que eles contêm sabões e que o contato continuado com a pele pode lesar a barreira cutânea, provocando dermatite de contato. Seria adequado enxágue após o uso (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2009; ADAM, 2008). A higiene da área da fralda com água morna e algodão, sem sabonetes, é suficiente na limpeza diária da urina. Na presença de fezes, sabonetes brandos são recomendados, para evitar o surgimento de dermatites, muito comuns em RN prematuros (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011; WONDERGEN, 2010; HUMPHREY; BERGMAN; AU, 2006).

Estudos abordaram cuidados com a pele quanto ao uso de cateter. O uso de cateter central significa solução para diversos fatores previamente contemplados e de continuidade na área inserida, desta forma, estabelece o risco para colonização deste cateter, demandando cuidado criterioso tanto no momento de sua inserção quanto nos cuidados diários viabilizados pelos profissionais que o manipulam, conforme a padronização da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) de cada instituição (MARTINS; TAPIA, 2009). É rotina em alguns hospitais o cateterismo umbilical de prematuros ou recém-nascidos com baixo peso, de acordo com protocolos das unidades. Quanto a este fato, o cuidado com a pele do RN é fundamental.

Torna-se essencial que o primeiro acesso vascular seja o umbilical (venoso e arterial), sendo possível que estas coletas de sangue sejam realizadas por meio deste acesso. A cateterização umbilical pode ser procedida logo após o nascimento, permanecendo de três até sete dias pós-natal (dependendo do material que o cateter tenha sido feito), quando se deve acessar novo vaso por meio do PICC, de preferência que apresente mais de um lúmen, assim proporcionando a continuidade da proposta

comentada. Ressalta que, em casos de não haver possibilidade de instalação do PICC por inviabilidade vascular, poderá ser mantido o cateter umbilical até no máximo 10 dias (MARTINS; TAPIA, 2009).

A implementação do PICC inova a terapêutica via parenteral, contribuindo imensamente na redução do desgaste (estresse) do RN, da família e de toda a equipe multiprofissional, que se encontra envolvida na manutenção do acesso venoso, e, neste caso, igualmente, a integridade da pele. Destaca-se que a fixação dos dispositivos utilizados na monitorização e permanência destes cateteres em prematuros deve ser efetuada de maneira discriminada e cautelosa quando a indicação estiver estabelecida (MARTINS; TAPIA, 2009).

Em se tratando de RN, a via endovenosa é a mais utilizada para administração da terapêutica escolhida, haja vista a necessidade de se ter uma via endovenosa pérvia, utilizam-se constantemente as veias dos braços, pernas e pés, como de primeira escolha, por ser de fácil acesso, em que se podem visualizar melhor as veias periféricas. Deve o enfermeiro estar sempre supervisionando e orientando sua equipe, verificando os locais de fixação, observando durante toda a necessidade da permeabilidade do acesso venoso, seja periférico ou central (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Como fixação, o micropore ou qualquer outro adesivo que possua maior potencial de aderência deve ser empregado sobre fina cobertura de hidrocóide ou filme transparente previamente aplicado na pele do prematuro, ao uso de cateteres vasculares, sondas, tubo endotraqueal, dispositivo plástico de coleta urinária (MARTINS; TAPIA, 2009).

Para fixação do sensor do oxímetro e proteção ocular do RN exposto à fototerapia, o uso de tiras a pressão autoadesiva com peças de velcro desenvolvidas para tal, para tanto se torna indispensável manter a vigilância para que a posição do mesmo não seja fator de lesão de pele. É prudente alternar o local de fixação, em média, a cada 4 horas, considerando a individualidade e características da pele de cada prematuro para determinar a frequência do rodízio, como profilaxia de

comprometimento cutâneo e dor, garantindo a circulação sanguínea do local (MARTINS; TAPIA, 2009).

Com relação ao uso de dispositivo plástico de coleta urinária, recomenda-se a aplicação de bolas de algodão sobre a genitália do prematuro ou na fralda descartável do mesmo, realizando posteriormente manobra de expressão, em um saco plástico, na bola de algodão embebida de diurese, possibilitando a aspiração deste fluido com uma seringa (MARTINS; TAPIA, 2009).

No que se refere ao uso de produtos tópicos, encontraram-se, apesar do uso de agentes tópicos, como sabonetes, xampus e degermantes, questionamentos na literatura acerca da frequência da prática do uso destes (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009).

O uso do emoliente, usado durante as primeiras semanas pós-natal, melhora as condições de pele do RN com idade gestacional de 26 a 30 semanas, sem mudar a contagem de bactérias da pele (DARMSTADT *et al.*, 2007). Entretanto, apesar do uso dos emolientes melhorarem as condições cutâneas e prevenir perda de água por essa via nos primeiros 15 dias, não há evidências de proteção contra a invasão bacteriana (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009). Já o uso de óleos, na rotina das UTIN, demonstra auxílio na funcionalidade da pele do prematuro (MARTINS; TAPIA, 2009).

Em relação ao uso de emolientes encontrou-se que em caso de necessidade do uso terapêutico das emulsões nos bebês e crianças, deve-se procurar utilizá-las em dermatoses agudas, exsudativas e nas pregas, local onde a oclusão por emulsões mais gordurosas não é aconselhada (PINHEIRO; PINHEIRO, 2007).

Um efeito protetor adicional para pele do bebê e da criança pode ser alcançado, utilizando-se um agente de limpeza líquido que contenha algum emoliente (DIZON *et al.*, 2007). Ressalta-se que estes são emulsões que contêm lipídios, amaciam e restauram a elasticidade e homeostase da pele e evitam a perda transepidermica de água (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Apesar da pele do RN prematuro ter barreira epidérmica pouco eficiente, a aplicação diária profilática de emoliente nesse tipo de pele ainda é motivo de controvérsias. Sabe-se que o emoliente diminui a frequência de dermatite, previne

ressecamentos e fissuras, diminui a perda de água transepidérmica e melhora a integridade da pele (KIECHL-KOHLENDORFER; BERGER; INZINGER, 2008).

A discrepância entre todos esses estudos talvez possa ser explicada pelas diferenças regionais, pelos diversos tratamentos tópicos utilizados e por diferentes tipos de cuidados entre um local e outro. O que se sabe, enfim, é que, se o uso de emolientes for necessário para o tratamento da pele seca em RN, deve-se utilizar emolientes que não a irrite e que contenham balanço fisiológico de lipídios epidérmicos, os quais melhoram a função de barreira epidérmica. Os agentes de limpeza ideais devem ser líquido, suaves, sem sabão, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido, que não irrite a pele nem os olhos do bebê, nem altere o manto ácido protetor da superfície cutânea (GARCIA BARTELS *et al.*, 2009).

Não se deve subjulgar nenhuma lesão em RN, mesmo quando seu tamanho pareça pequeno, pois, na maioria das vezes, é fator desencadeante de muitas complicações. É importante observar a mensuração da área lesada, quando possível com registros fotográficos. No cuidado com a pele na mensuração de uma lesão, podem-se cometer alguns desvios diante da especificidade do procedimento. A medida da área pode-se mostrar ineficiente em se tratando de Neonatologia, devido à ausência de homogeneidade nas lesões. Infere-se que a mensuração da maior base ou altura é a opção mais favorável para este procedimento na unidade neonatal (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Pesquisa destaca características da pele do RN como gelatinosa, muito vascularizada e fina. Entre os cuidados mais citados por enfermeiro para prevenção de lesões na pele, encontrou-se: uso de hidrocoloides nas proeminências ósseas; higiene diária; proteção da pele com filme transparente e utilização do óleo mineral para retirada de adesivos (ROLIM *et al.*, 2008).

O cuidado rotineiro não pode ser dissociado dos cuidados preventivos, pois diariamente são realizados procedimentos que traumatizam a pele do bebê. Portanto, esta deve ser sempre avaliada. Entre os procedimentos considerados mais danosos à pele, as enfermeiras citaram a punção venosa e a retirada de adesivos. Outros

cuidados com a pele: avaliar diariamente a condição da pele do RNPT e realizar o exame físico (ROLIM *et al.*, 2008).

Estudo sobre cuidados na utilização de coberturas na pele do RNPT sugere ser essencial manter o local limpo e seco, fixar estas coberturas apenas nos locais apropriados ou em áreas extensas, como os membros superiores e inferiores, tórax e abdômen, verificar diariamente as condições da cobertura, não retirá-las, e, sim, deixá-las se descolar espontaneamente. Caso seja necessário retirá-las, utilizar para este fim óleo mineral. A escolha adequada da cobertura deve ocorrer de acordo com a lesão cuidada. Estes cuidados devem ser executados com delicadeza, buscando proteger a pele do bebê (ROLIM *et al.*, 2008).

Ao ser realizados procedimentos que envolvem a fixação de adesivos como películas protetoras, é importante não reposicioná-las de imediato e, ao mesmo tempo, evitar compressão da pele. É necessária vigilância constante da pele. Deve-se proceder com destreza e cautela ao retirar qualquer adesivo aplicado sobre a pele imatura. Para esta remoção, deve-se utilizar água destilada, soro fisiológico ou óleo mineral (ROLIM *et al.*, 2009).

Também mencionada aplicação de medidas preventivas: utilização de protetores ou barreiras de pele para fixar os eletrodos, cuidado na limpeza da pele e avaliação sistemática, realização de mudança de decúbito e utilização de adesivos em pequena quantidade (ROLIM *et al.*, 2009). Portanto, deve-se evitar ao máximo o uso de curativos adesivos na pele dos bebês, principalmente, dos prematuros, pelo risco de lacerar a pele, que é muito fina (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Hale (2008), afirma que a prevenção de assaduras é um objetivo, mas se a doença se desenvolve, o tratamento deve procurar inverter os danos da pele e prevenir a reincidência. Como assaduras podem começar com o contato prolongado com umidade, a fralda deve ser trocada sempre que necessário para manter a pele seca, limpando-a cuidadosamente neste momento. Por isso, Hale (2007), diz que é necessário fornecer proteção contra irritantes externos e evitar ressecamento da pele, importante cuidado da pele. Os irritantes externos mais comuns são urinas e fezes na fralda e a proliferação microbiana nas dobras da pele.

Tong (2008), em pesquisa sobre prevenção de lesões de extravasamento em RN através prática eficaz de enfermagem, relata que pesquisadores recomendam a necessidade de melhor preparo da equipe de enfermagem sobre os sinais e sintomas de extravasamento e ocorrências de lesões, e que protocolos para prevenção de lesões devem ser elaborados e postos em prática. Chama ainda atenção para importância dos registros de enfermagem, Schindler (2007), quando reafirma que o impacto potencial da lesão de pele causa sofrimento, estando as crianças em maior risco para ruptura da pele, fato não desconhecido.

Estudo sobre o cuidado ao RN portador de mielomeningocele foram identificados diagnósticos de: integridade a integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos (adesivos, pressão, contenção) e pigmentação alterada, além de risco para infecção, relacionado à destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada. As intervenções evidenciadas foram: cuidados com lesões, banho e controle de pressão sobre áreas do corpo, suas atividades incluíram: retirar fita adesiva e resíduos, observar as características da lesão, administrar cuidados ao acesso venoso, aplicar solução adequada à pele/ lesão, quando apropriado, e aplicar curativo, conforme necessidade, banhar o paciente em água com temperatura confortável, monitorizar a condição da pele durante o banho, evitar aplicar pressão sobre a parte do corpo afetada, monitorizar a pele em relação a áreas de vermelhidão e ruptura e monitorizar as fontes de pressão e fricção (GURGEL *et al.*, 2010).

Alguns artigos abordaram sobre produtos utilizados diretamente na pele do RN. Deve-se ter muita cautela ao utilizar álcool a 70%, o álcool presente nas soluções de limpeza da pele pode causar queimadura, principalmente, em RN de baixo peso e, por isso, essas soluções devem ser evitadas em unidades neonatais (MANNAN *et al.*, 2007; AFSAR, 2009). Há relatos de que clorexedine puro a 0,5% é um agente tópico antisséptico eficaz e alternativa mais segura, para uso em neonatos a termo, sem toxicidade percutânea conhecida (MANNAN *et al.*, 2007). O emprego de soluções iodadas na pele do neonato pode resultar em sobrecarga significativa de iodo e um grave e transitório hipotireoidismo. A exposição do RN a essas soluções deve ser evitada sempre que possível e, caso ocorra, devem-se mensurar os níveis de

hormônios tireoidianos, principalmente, em RN prematuros, cuja permeabilidade cutânea é ainda mais alta e em quem a tireoide é imatura (AFSAR, 2009).

Estudo tem dado ênfase ao papel do enfermeiro no cuidado com a pele. Tendo em vista a frequência de alterações de pele e o trabalho do enfermeiro que interage com o paciente, durante a realização de um exame físico no neonato, uma das atribuições deste profissional em maternidades é o conhecimento imprescindível das dermatoses benignas, bem como das demais alterações dermatológicas comumente encontradas em RN (SANTOS *et al.*, 2007).



Material e Método

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Estudo de caráter exploratório e descritivo. Segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001), os estudos exploratórios descritivos coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos para melhorar as práticas de atenção à saúde. Mencionam também que aplica-se este tipo de pesquisa quando se desejam informações precisas sobre as características dos sujeitos de pesquisa, grupos, instituições ou situações, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenômeno, principalmente quando pouco se sabe sobre ele.

Foi realizado mapeamento cruzado, descrito por Delaney e Moorhead (1997), explicitado nos estudos de Napoleão (2005), Lucena (2006) e Cyrillo (2009), como ferramenta para explicar ou expressar algo, por meio da utilização de palavra com significado igual ou semelhante. Deve ser aplicado para comparar dados de enfermagem não padronizados com a linguagem padronizada da NIC.

O mapeamento cruzado é um processo metodológico realizado para comparar dados, que aparentemente apresentam semelhança, no intuito de identificar similaridade e validar o objeto de estudo em diferentes contextos (COENEN; RYAN; SUTTON, 1997; DELANEY; MOORHEAD, 1997; MOORHEAD; DELANEY, 1997; GUIMARÃES, 2000).

4.2 Local do estudo

Estudo realizado em três Unidades Neonatais em Fortaleza-CE. A primeira uma unidade de terapia intensiva neonatal pertencente a uma instituição pública federal, hospital escola de nível terciário, caracterizada como referência ao atendimento de RN de alto risco. As unidades contam com equipes multiprofissionais para o atendimento dos RN nas 24 horas. Duas possuem maternidade e demanda própria. Na Instituição A, encontram-se cadastrados 21 leitos de UTI.

A Instituição B, caracterizada como Centro de Terapia Intensiva (CTI) Neonatal, pertence a um hospital estadual especializado, referência em atendimento pediátrico e neonatal de alta complexidade, que atende às necessidades da região, não possuindo maternidade, compõe-se de 12 leitos.

A Instituição C é uma UTIN, pertencente a um hospital geral estadual, referência em atendimento de alta complexidade em RN também com 12 leitos.

4.3 População, amostra e critérios de inclusão

Uma população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios (POLIT; BECK; 2011). Trabalhou-se com os enfermeiros das referidas unidades neonatais, que estavam atuando na assistência direta ao RN. Para seleção dos sujeitos, foi considerado o profissional com no mínimo dois anos de experiência na assistência ao recém-nascido.

Por se tratar de clientela específica, houve preocupação em se trabalhar com profissionais que tivessem experiência comprovada em Neonatologia, para assegurar a acurácia das intervenções. A população presumida era de 60 enfermeiros nas três instituições, entretanto, 12 enfermeiras tinham menos de dois anos de experiência, quatro estavam afastadas por motivo de saúde e duas optaram por não participar. Desta forma, obteve-se uma amostra de 42 participantes.

Para facilitar a compreensão e execução do estudo, a proposta metodológica de mapeamento das intervenções de enfermagem foi desenvolvida em três etapas.

PRIMEIRA ETAPA

4.4 Coleta de dados

A primeira etapa teve início em maio de 2011, por meio da coleta de dados com 42 enfermeiros, tendo sido realizada pela própria pesquisadora, com a aplicação dos instrumentos de coleta de dados (APÊNDICES A, B, C e D). A pesquisadora esteve

presente neste momento para esclarecer qualquer dúvida que pudessem vir a surgir durante o preenchimento do instrumento.

O Apêndice A, corresponde ao termo de consentimento livre e esclarecido das enfermeiras, descrito no item dos aspectos éticos.

O Apêndice B contém caracterização dos sujeitos, dados de identificação, tempo de experiência e de atuação profissional na assistência ao recém-nascido na unidade neonatal, conhecimento das classificações de enfermagem, titulação acadêmica, realização de trabalho científico relacionado à temática.

O Apêndice C (Parte A do instrumento) é composto pela apresentação da definição do diagnóstico de enfermagem, segundo a NANDA-I (2010) Integridade da pele prejudicada relacionado ao recém-nascido. Foi configurado em forma de quadro, com quatro colunas, sendo três à esquerda, em que o enfermeiro foi orientado a indicar a natureza da descrição de suas atividades, ou seja, se a atividade era realizada exclusivamente pelo enfermeiro sem necessidade de prescrição médica (EE), se é realizada por outro membro da equipe de enfermagem sem necessidade de prescrição médica (ME) ou se realizada por qualquer membro da equipe de enfermagem somente com prescrição médica (PM). A quarta coluna ficou disponível para descrição das atividades pelos enfermeiros. Segundo os enfermeiros, somente uma instituição possuía (no período da coleta) um protocolo de registro de ocorrências de lesões de pele em recém-nascidos, estando as demais unidades com protocolos em processo de criação e implantação.

Um tratamento iniciado por um enfermeiro é uma intervenção iniciada pelo enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem. Trata-se de ação autônoma, baseada no raciocínio científico que é executado em benefício do cliente, de forma prevista, relacionada ao DE e aos resultados projetados, sendo tratamento iniciado por um médico, uma intervenção iniciada pelo médico em resposta a uma ordem médica (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

O Apêndice D (Parte B do instrumento) é composto de um quadro, com seis colunas, constando o título da intervenção, a definição da intervenção e uma escala intervalar do tipo Likert, para que os enfermeiros registrem, dentre as opções: não

realizado, muito pouco realizado, de algum modo realizado, muito realizado e muitíssimo realizado, configurando desta forma a primeira etapa da coleta de dados. Escala tipo Likert são comumente usadas para quantificar atitudes, comportamentos e domínios de qualidade de vida relacionada à saúde. Fornecem aos respondentes uma lista de proposições ou questões a qual é atribuído um número de pontos e lhes pedem que estimem o grau de sua resposta (HULLEY *et al.*, 2008).

SEGUNDA ETAPA

A segunda etapa ocorreu de outubro de 2011 a janeiro de 2012, quando foi realizada a comparação das atividades de enfermagem indicadas pelos enfermeiros assistenciais no atendimento ao RN na unidade neonatal para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada com as intervenções propostas pela NIC, caracterizando o mapeamento.

Nesta etapa, foi construído instrumento contendo as intervenções propostas pela NIC e as atividades propostas pelos enfermeiros das unidades neonatais mapeadas pela pesquisadora (APÊNDICE E). As intervenções da NIC para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada foram transcritas na íntegra nesse impresso específico, contendo na primeira linha do quadro o diagnóstico de enfermagem e sua definição; na segunda linha do quadro, a intervenção da NIC e sua respectiva definição. Foram construídas duas colunas, sendo uma com as atividades da intervenção da NIC proposta para resolução do diagnóstico e outra paralela, em branco, para introdução neste espaço das atividades descritas pelos enfermeiros e consideradas correspondentes pela autora.

Para realização do mapeamento, foi utilizado o processo proposto por Delaney e Moorhead (1997, p.154), seguindo-se as regras:

- 1. Mapear usando o contexto do diagnóstico de enfermagem;*
- 2. Mapear o “significado” das palavras, não apenas as palavras.*
- 3. Usar a “palavra-chave” na intervenção, para mapear a intervenção NIC;*
- 4. Usar os verbos como as “palavras-chave” na intervenção;*

5. Mapear a intervenção, partindo do rótulo da intervenção NIC para atividade;
6. Manter a consistência entre a intervenção sendo mapeada e a definição da intervenção NIC;
7. Usar rótulo da intervenção NIC mais específico;
8. Mapear o verbo “avaliar” para as atividades “monitorar” da NIC;
9. Mapear o verbo “traçar gráfico” para atividades de “documentação”;
10. Mapear o verbo “ensinar” para intervenção atividade/ensino, quando o enfoque principal for sobre o ensino;
11. Mapear o verbo “ensinar” para o rótulo da intervenção NIC específica, quando o ensino for menos intenso ou relacionado com outra atividade na ordem/intervenção geral;
12. Mapear o verbo “ordenar” para intervenção “manejo do suprimento”;
13. Mapear as intervenções que têm dois ou mais verbos para as duas ou mais intervenções NIC correspondentes.

Os autores relatam a necessidade de listar ações de enfermagem que não podem ser mapeadas na classificação da NIC e que devem ser identificadas. Nesta etapa, foram selecionadas as atividades descritas pelos enfermeiros para resolução do diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada. Foram realizadas leituras das descrições das intervenções e atividades identificadas, correlacionando cada atividade descrita à intervenção selecionada e leituras objetivando identificação de possíveis irregularidades na composição do conjunto de atividades a cada intervenção proposta na NIC realizadas ao final desta etapa.

TERCEIRA ETAPA

Na terceira etapa para revisão e refinamento do mapeamento, os enfermeiros *experts* receberam por e-mail e pelo correio, após contato prévio, o material composto de: Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F), instrumento

para identificação do perfil (APÊNDICE G) e instrumento de Avaliação do Mapeamento Cruzado das Intervenções pelos *experts* (APÊNDICE E).

4.5 Os *experts*

Após coleta de dados, objetivando avaliar a reprodutibilidade dos dados, os mesmos foram encaminhados aos *experts* previamente selecionados e convidados a participarem desta etapa. Estes avaliadores foram selecionados após busca em currículo *lattes* e indicação dos próprios participantes.

Neste estudo, para seleção dos especialistas, buscou-se a inclusão de profissionais que mostrassem domínio tanto na área clínica neonatal como na área de Diagnósticos de Enfermagem. Considerou-se a disponibilidade dos avaliadores em participar do estudo e a capacidade clínica para inferências nas intervenções relacionadas ao diagnóstico. Foi encaminhado convite a 35 enfermeiros, 10 aceitaram participar da pesquisa, entretanto, somente nove finalizaram o processo de refinamento das atividades propostas.

Estudo realizado por Melo *et al.* (2011), sobre critérios de seleção de *experts* revelou não haver rigor neste aspecto, em algumas pesquisas, o que não invalidava as mesmas. Dos artigos avaliados, 44% dos estudos adaptaram o modelo de Fehring; 28% estabeleceram critérios próprios; 11% optaram pela versão original do modelo de Fehring; 11% não especificaram os critérios; e 6% utilizaram outros referenciais metodológicos.

Chaves, Carvalho e Rossi (2008), em pesquisa de validação, identificaram que na maioria dos estudos predominavam critérios de Fehring (58,3%), embora os critérios mencionados pelo autor para seleção de *experts* não tenham sido adotados na íntegra. Nestes estudos, 42,8% trabalharam com um número de peritos inferior a 25 (número mínimo de peritos recomendado por Fehring); 35,7% escolheram os peritos durante a participação de eventos de enfermagem; não especificando a pontuação mínima utilizada como parâmetro para sua seleção, como recomenda Fehring (cinco pontos); e 21,4% não esclareceram o número de peritos utilizados para o estudo.

Acredita-se que a adaptação dos critérios pelos enfermeiros tenha sido no intuito de ampliar o número de *expertises*, pois no Brasil ainda há número restrito de profissionais com experiência comprovada e publicações relacionadas a diagnósticos de enfermagem em Neonatologia. Além disso, a classificação de Fehring foi desenvolvida para aplicação à realidade norte-americana, cuja formação difere da brasileira.

De acordo com o modelo de proposto por Fehring (1987), o pesquisador deve obter opiniões de enfermeiros *experts* ou peritos no assunto em estudo para que atuem como juízes em relação ao grau em que determinadas características definidoras representam determinado diagnóstico. Os critérios que definem um avaliador incluem sete itens com respectivas pontuações, totalizando 14 pontos, sendo necessário mínimo de cinco pontos para ser considerado um especialista. Neste estudo, utilizou-se o modelo de Fehring adaptado: Mestre em Enfermagem (4 pontos); Mestre em Enfermagem com dissertação relacionada ao DE (1 ponto); Doutor em Enfermagem com tese na área de interesse de DE (2 pontos); ter prática clínica de no mínimo, um ano na área de DE ou Neonatologia (1 ponto); especialização em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse (2 pontos); pesquisas publicadas sobre DE ou conteúdo relevante (2 pontos) e artigo publicado sobre DE ou conteúdo relevante em periódico de referência (2 pontos).

Nesta etapa, foi aplicado o Apêndice E, composto por três colunas, uma com as intervenções da NIC e suas respectivas atividades, e outra contendo as atividades indicadas pelos enfermeiros, na primeira etapa do estudo, e outra em branco para anotações dos enfermeiros *experts*, segundo julgamento. Este instrumento foi adaptado do estudo de Cirylo (2009) e Napoleão (2005).

Os *experts* foram orientados a procederem à leitura do título de cada intervenção, da descrição e das atividades que a integram, bem como leitura do instrumento mapeado, fazendo as anotações que considerassem pertinentes, de acordo com o julgamento.

4.6 Organização, análise e apresentação dos resultados

Após julgamento consolidado, a pesquisadora recolheu o parecer dos *experts* para continuidade ao estudo. Os dados foram processados, discutidos e analisados minuciosamente de acordo com a literatura pertinente, no intuito de evitar erros, informações confusas ou que pudessem vir a prejudicar o resultado da pesquisa. Estes foram apresentados sob forma de gráficos e tabelas através do programa *microsoft excel*, utilizando-se a estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta e relativa das categorias escolhidas por enfermeiros para cada atividade analisada e quando possível média e desvio padrão (DP).

Almeida, Pergher e Canto (2010), realizaram estudo de validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos, objetivando contribuir para construção do conhecimento sobre o processo de enfermagem, utilizando a Classificação das Intervenções de Enfermagem em uma abordagem voltada à prática profissional, ao ensino e à pesquisa com a expectativa de fornecer subsídios para sua utilização, agregando avanços à enfermagem brasileira. Neste estudo, os autores mapearam 52 cuidados de enfermagem em pacientes ortopédicos, em que apenas um não atingiu o mínimo de 70% de concordância entre os juízes. Nenhum dos cuidados mapeados atingiu consenso de 100% de concordância entre os juízes, evidenciando as várias possibilidades de comparação e a importância destes estudos. Para os autores, na medida em que a enfermagem busca uma linguagem comum para descrever e comunicar suas práticas, os estudos de validação nessa área auxiliam a acurácia dos mapeamentos realizados.

Também estudos de Cyrillo (2009), Dochterman e Bulechek (2008), utilizaram este modelo metodológico, por serem convenções aceitas para determinar a confiabilidade e estarem descritos no método de validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem de Fehring (1994).

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética das instituições, sendo aprovado conforme parecer nº. 257/10 (Anexo A); 011/11 (Anexo B); 2480/2011 (Anexo C).

Na primeira etapa, após aprovação, foi comunicado à Chefia de Enfermagem sobre o início da realização do mesmo. Inicialmente, houve contato com os enfermeiros voluntários, antes do início da coleta de dados, e com os enfermeiros *experts*, para que estes pudessem estar cientes do propósito do estudo, da metodologia e importância da participação nesta pesquisa.

O contato ocorreu na certeza do resguardo da confiabilidade dos dados quanto à manutenção do anonimato e sigilo referente a não identificação das informações fornecidas. Para comprovação do consentimento, foi-lhes solicitado que assinassem o termo de consentimento pós-esclarecimento (APÊNDICE A e F), em duas vias, sendo-lhes entregue a 2ª via, formalizando a participação na pesquisa como sujeitos e avaliadores, respectivamente. Foi-lhes garantido o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, assegurada inexistência de riscos para estes, se assim desejassem, bem como de ônus para o participante.

Desta forma, os princípios éticos da Resolução nº 196 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta normas para pesquisa que envolve seres humanos, foram resguardados neste estudo.

A pesquisa que envolve seres humanos requer análise especial dos procedimentos a serem utilizados, de modo a proteger os direitos dos sujeitos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

4.8 Diagrama Metodológico

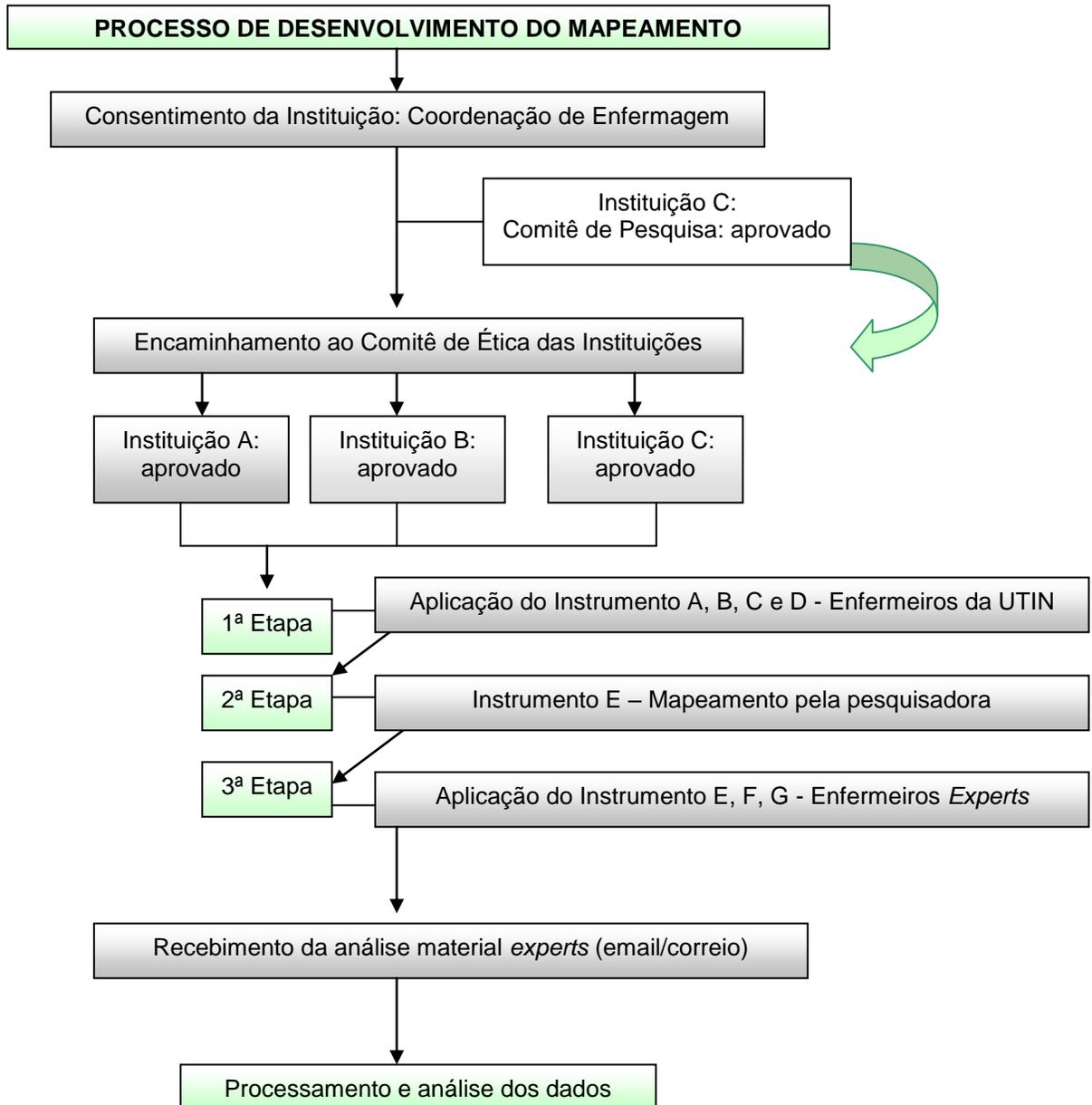


Diagrama 2: Processo metodológico para realização do mapeamento cruzado das atividades de enfermagem relacionadas ao diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada em RN.



Resultados

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão descritos da seguinte forma: inicialmente, tem-se a caracterização dos enfermeiros que compuseram a amostra, contendo dados pessoais e profissionais, configurando o perfil destes (Tabelas 1 e 2). Logo após, a identificação de lesões referenciadas por eles como assistidas em sua vivência na referida unidade (Gráfico 1), o que clarifica a compreensão das atividades descritas.

Após alusão ao primeiro objetivo específico, quando foram identificadas as atividades relatadas pelos enfermeiros, evidencia-se a comparação das mesmas com as atividades sugeridas na NIC para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada, caracterizando o mapeamento cruzado, segundo objetivo específico (Quadros 7, 8 e 9), encaminhados para avaliação dos enfermeiros *experts*, terceiro objetivo específico.

5.1 Perfil dos Enfermeiros

Inicialmente, tem-se descrição do perfil dos 42 enfermeiros que aceitaram participar do estudo. Um grupo predominantemente feminino, 41 (98%), com apenas um (2%) participante do sexo masculino. Destes, 20 pertenciam à instituição A, 12 à instituição B e 10 à instituição C. Ressalta-se que três enfermeiras atuavam em duas instituições simultaneamente.

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros, segundo idade, tempo de formação, tempo de experiência em Neonatologia, artigos publicados sobre DE, titulação e formação na graduação sobre DE. Fortaleza – 2011

Características	Nº	%	Média ± DP
Idade (anos)			
20 – 29	02	5	
30 – 39	10	24	
40 – 49	19	45	44,57 ± 8,62
> 49	11	26	
Tempo de formado (anos)			
2 – 10	08	19	
11 – 20	17	40	18,04 ± 9.00
21 – 30	13	31	
> 30	04	10	

N= 42

Tabela 1 – Caracterização dos enfermeiros, segundo idade, tempo de formação, tempo de experiência em Neonatologia, artigos publicados sobre DE, titulação e formação na graduação sobre DE. Fortaleza – 2011

Características	Nº	%	Média ± DP
Tempo de experiência em Neonatologia (anos)			
2 – 10	08	19	
11 – 20	19	45	13,09 ± 7,22
21 – 30	12	29	
> 30	03	7	
Maior titulação			
Graduação	03	7	
Especialista	30	71	
Mestre	07	17	
Doutor	02	5	
Formação na Graduação sobre DE			
Não	18	43	
Sim (somente teórico)	13	31	
NANDA	10		
NANDA/NIC	03		
Sim (Teórico e prático)	11	26	
NANDA	08		
NANDA/NIC	03		

N= 42

Dentre os enfermeiros entrevistados, a grande maioria, 41 (98%), era do sexo feminino. Quanto à idade, 19 (45%) tinham idade entre 40 e 49 anos e dois (5%) entre 20 e 29 anos. Avaliando o tempo de graduação, 17 (40%) encontravam-se entre 11 e 20 anos e quatro (10%) contavam com mais de 30 anos de graduação.

A experiência profissional foi representada por: 19 (45%) tinham entre 11 e 20 anos de prática e três (7%) mais de 30 anos de experiência em Neonatologia. Nenhum dos enfermeiros entrevistados relatou ser autor de artigo publicado referente a Diagnóstico de Enfermagem. O grau de titulação mais identificado foi o de especialista, 30 (71%), e o de menor frequência foi doutorado, 2 (5%).

Quanto à formação, 24 enfermeiros (57%) tiveram contato com diagnóstico de enfermagem durante a graduação. Treze (31%) informações apenas teóricas (10 sobre NANDA e três sobre NANDA/NIC) e 11 (26%) informações teóricas e práticas (oito sobre NANDA e três sobre NANDA/NIC). Um enfermeiro mencionou ter realizado curso extracurricular sobre NANDA e um acerca da NANDA/NIC.

Tabela 2 – Caracterização dos enfermeiros, segundo atividade atual de trabalho predominante, prática clínica atual e contato com DE. Fortaleza – 2011

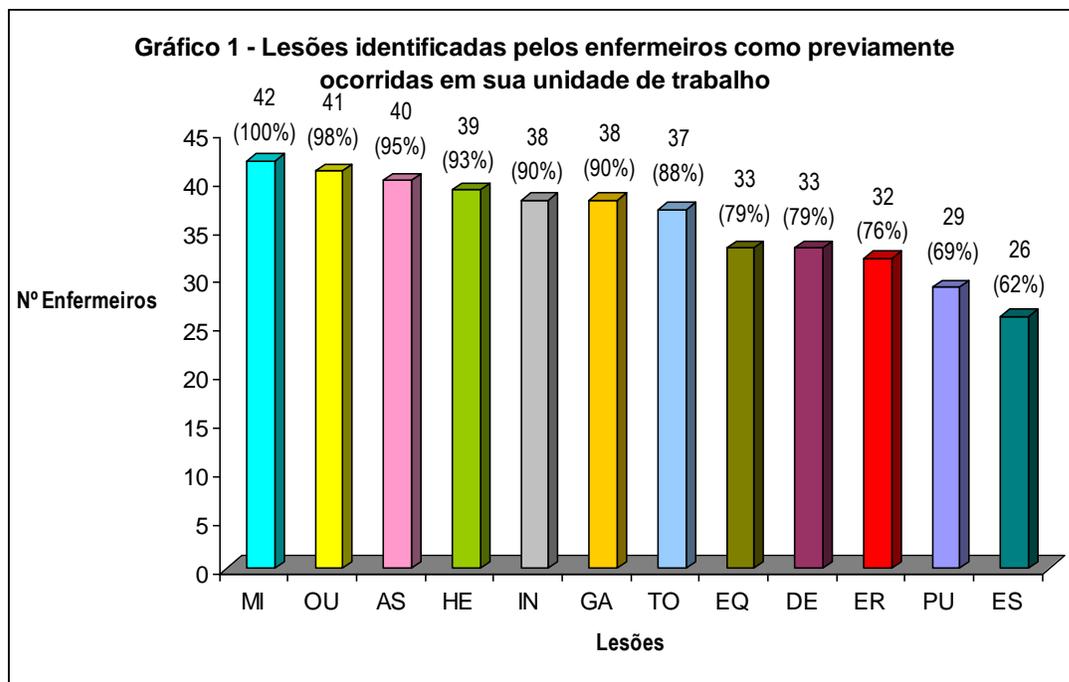
Características	Nº	%
Atividade de trabalho atual predominante		
Geral		
Assistência de enfermagem	33	79
Assistência + Ensino e Pesquisa	07	17
Assistência + Ensino e Pesquisa + Administração	01	2
Assistência + Administração	01	2
Clínica		
Saúde da criança (Neonatologia)	31	74
Saúde da criança (Neo) + mulher + adulto	03	7
Saúde da criança (Neo) + adulto	07	17
Saúde da criança (Neo) + mulher	01	2
Prática clínica atual com classificação de DE		
Não	19	45
Sim	23	55
Contato com DE nos últimos dois anos		
Leitura		
Nenhuma	19	45
1 – 5 vezes	16	38
6 – 10 vezes	04	10
> 10 vezes	03	7
Eventos/cursos		
Nenhum	29	70
1 – 5 vezes	11	26
6 – 10 vezes	01	2
> 10 vezes	01	2
Pesquisa		
Nenhum	37	88
1 – 5 vezes	04	10
> 10 vezes	01	2
Prática		
Nenhum	19	45
1 – 5 vezes	06	14
6 – 10 vezes	07	17
> 10 vezes	10	24
Ensino		
Nenhum	33	78
1 – 5 vezes	03	7
6 – 10 vezes	02	5
> 10 vezes	04	10

N= 42

No período da coleta, a maioria dos enfermeiros informou trabalhar na assistência direta ao RN. Quanto à prática com aplicação de DE, houve maior homogeneidade, quando 55% alegaram utilizar na prática diária os diagnósticos de acordo com protocolos existentes nas unidades. Isto porque uma das instituições não estava com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consolidada, sendo atividade em construção.

5.2 Lesões identificadas pelos enfermeiros como previamente ocorridas nas unidades neonatais

Manter a integridade da pele é uma atividade inerente a todo enfermeiro que trabalha com RN. Conhecer o tipo de lesão de pele que os enfermeiros costumavam cuidar era uma questão significativa nesta etapa. Quando solicitado que se identificasse as lesões de pele que costumam ocorrer nas unidades visitadas, foram identificadas como mostra o gráfico 1:



Legenda: Mielomeningocele (MI); Outros (OU); Assadura (AS); Hematoma (HE); Infiltração (IN); Gastroquise (GA); Tocotraumatismo (TO); Equimose (EQ); Descamação (DE); Eritema (ER); Pústula (PU); Escoriação (ES).

Observa-se que a mielomeningocele, segundo os enfermeiros, foi uma lesão presente em todas as unidades visitadas. Em proporção menor, também foram citadas outras lesões: úlcera por pressão; abscesso; queimadura; adiponecrose; onfalocele; encefalocele; sendo cicatriz pós-cirurgia 1(2%) e lábio leporino 1(2%), com menores índices.

5.3 Atividades referidas como pertinentes pelos enfermeiros para recém-nascidos com o Diagnóstico de Enfermagem Integridade da Pele Prejudicada

Após apresentação da definição do diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada, os enfermeiros descreveram as atividades por eles executadas, indicando quando realizadas exclusivamente pelo enfermeiro ou por outro membro da equipe de enfermagem, ou por qualquer membro da equipe de enfermagem somente com prescrição médica. O registro dessas atividades propiciou o início do mapeamento das mesmas que mostrou a comparação das atividades de enfermagem indicadas pelos enfermeiros assistenciais no atendimento ao RN na unidade neonatal com as intervenções propostas pela NIC.

Inicialmente, identificara-se 415 atividades pelos enfermeiros. Foram mapeadas 125 atividades relacionadas a 27 atividades NIC, referentes à intervenção cuidado com lesões, 112 atividades em concordância com 34 atividades NIC, referentes à intervenção tratamento tópico e 59 atividades semelhantes a 14 atividades NIC, referentes à supervisão da pele. Também 119 atividades foram classificadas como não mapeadas, por serem atividades preventivas direcionadas a outras intervenções distintas das trabalhadas neste estudo.

Para melhor entendimento dos resultados elencados, no Quadro 7 tem-se uma sequência de atividades relacionadas ao cuidado com lesões. Primeira coluna, atividades da nomenclatura NIC; segunda coluna, atividades mapeadas descritas pelos enfermeiros como realizadas na assistência ao RN com integridade da pele prejudicada; e demais colunas, a natureza de execução das atividades:

Quadro 7 – Distribuição das atividades propostas pela NIC no cuidado com lesões e o mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o Diagnóstico Integridade da Pele Prejudicada, Fortaleza, 2012.

Atividades propostas pela NIC – Cuidado com lesões	Atividades propostas mapeadas pela pesquisadora	EE	%	ME	%	PM	%
Remover curativo e fita adesiva	Retirar adesivos da pele com SF 0,9% ou óleo mineral, AGE (remover)	1	2,0	4	10,0	-	-
	Remover curativo e fita adesiva delicadamente quando indicado	3	7,0	3	7,0	-	-
	Remover curativo de acesso venoso central (PICC, dissecação venosa) delicadamente quando indicados	4	10,0	-	-	-	-
Tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário	Tricotomizar ao redor da área afetada o estritamente necessário	-	-	1	2,0	-	-
Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor	Monitorar características, coloração da lesão e da pele ao redor	3	7,0	-	-	-	-
	Monitorar alterações na pele	4	10,0	-	-	-	-
	Monitorizar as lesões quanto ao tamanho e aspecto a cada troca de curativo	6	14	-	-	-	-
Medir o leito da lesão, conforme apropriado	Avaliar a ferida de acordo com a escala	2	5,0	-	-	-	-
	Aplicar a escala utilizada pela instituição	2	5,0	-	-	-	-
	Medir o leito da lesão conforme apropriado	1	2,0	-	-	-	-
Remover o material inserido na lesão, se necessário	Retirar partículas estranhas na ferida	1	2,0	-	-	-	-
Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado	Realizar limpeza do coto umbilical com álcool a 70%	-	-	3	7,0	3	7,0
	Usar clorexidine, quando necessário	4	10,0	-	-	-	-
	Limpar a lesão com soro fisiológico ou outro produto adequado, sempre que necessário	2	5,0	-	-	-	-
Oferecer cuidados no local da incisão, se necessário	Renovar bolsa de colostomia	1	2,0	-	-	-	-
	Realizar cuidados com a pele periestoma (proteger)	1	2,0	-	-	-	-
	Cuidar da pele do RN com traqueostomia, higienizar e prevenir aumento da lesão de pele	1	2,0	-	-	-	-
	Retirar pontos delicadamente	1	2,0	-	-	-	-
Administrar cuidados na úlcera de pele, se necessário	Administrar cuidados na úlcera de pele	1	2,0	-	-	-	-
	Aquecer o membro afetado	-	-	1	2,0	-	-
	Usar compressas, meios físicos: frio ou quentes, de acordo com a prescrição	-	-	-	-	1	2,0
	Elevar o membro infiltrado	-	-	1	2,0	-	-
Aplicar o unguento adequado à pele/lesão, conforme apropriado	Aplicar unguentos em caso de dermatite de fraldas/assaduras em toda troca de fralda	-	-	2	5,0	-	-
	Utilizar creme para tratar assaduras, de acordo com a prescrição	-	-	-	-	1	2,0
Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão	Aplicar curativo com hidrogel, hidrocoloide, alginato, espuma de prata, quando indicado	10	24,0	-	-	3	7,0
	Realizar curativos com material adequado, quando indicado	15	36,0	-	-	-	-
	Aplicar curativos biológicos de acordo com a ação e necessidade de lesão	5	12,0	-	-	-	-
	Usar curativos próprios para cateteres centrais e periféricos	-	-	1	2,0	-	-
	Realizar curativo úmido na mielomeningocele e encefalocele	3	7,0	-	-	-	-
	Manter onfalocele gigante protegida com gaze umedecida de SF 0,9%	1	2,0	-	-	-	-

Quadro 7 – Distribuição das atividades propostas pela NIC no cuidado com lesões e o mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o Diagnóstico Integridade da Pele Prejudicada, Fortaleza, 2012.

Atividades propostas pela NIC – Cuidado com lesões	Atividades propostas mapeadas pela pesquisadora	EE	%	ME	%	PM	%
Reforçar o curativo, se necessário	Reforçar o curativo, se necessário	1	2,0	-	-	-	-
Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado	Manter técnica asséptica durante a realização do curativo	1	2,0	-	-	-	-
	Manter técnica asséptica em todos os procedimentos	-	-	2	5,0	-	-
	Usar na pele dos prematuros clorexidine 0,2% antes de procedimentos invasivos e alguns curativos	1	2,0	-	-	-	-
	Lavar as mãos antes e depois de qualquer procedimento	-	-	6	14,0	-	-
Trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem	Realizar higiene do local da lesão para evitar disseminação de exsudato para áreas vizinhas	1	2,0	-	-	-	-
	Trocar de curativos sempre que necessário delicadamente para não piorar a lesão, observando exudato	6	14,0	-	-	-	-
	Trocar curativo, conforme a quantidade do exudato	3	7,0	-	-	-	-
Examinar a lesão a cada troca de curativo	Examinar a lesão a cada troca de curativo	1	2,0	-	-	-	-
Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão	Registrar toda a mudança na lesão	1	2,0	-	-	-	-
	Realizar inspeção rigorosa da lesão diariamente em busca de sinais flogísticos	1	2,0	-	-	-	-
Posicionar o paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado	Manter RN em posição confortável	-	-	6	14,0	-	-
	Posicionar adequadamente o paciente para evitar pontos de pressão/úlceras de decúbito ou tensão sobre a lesão	-	-	12	29,0	-	-
Reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado	Realizar mudança de decúbito do RN (2/2, 3/3, 4/4 ou quando necessário)	-	-	15	36,0	-	-
	Realizar mudança de decúbito para evitar áreas de pressão/escaras	-	-	17	40,0	-	-
Encorajar a ingestão de líquidos, conforme apropriado	Observar ingestão hídrica e comunicar alterações	2	5,0	-	-	-	-
Encaminhar o paciente ao médico especialista em feridas, conforme apropriado	Solicitar avaliação do especialista, quando necessário	1	2,0	-	-	-	-
Encaminhar o paciente ao nutricionista, conforme apropriado	Verificar o estado nutricional do paciente e comunicar alterações	1	2,0	-	-	-	-
	Providenciar avaliação nutricional do paciente	-	-	-	-	1	2,0
Colocar dispositivos para alívio da pressão, conforme apropriado	Colocar dispositivos para alívio da pressão (utilizar)	2	5,0	-	-	-	-
	Usar colchão “casca de ovo” RN, quando necessário	1	2,0	1	2,0	-	-
	Controlar pressão na área afetada	-	-	1	2,0	-	-
Documentar local, tamanho e aspecto da lesão	Documentar tamanho, local e aspecto da lesão	3	7,0	-	-	-	-
	Registrar no prontuário aspecto da lesão, conduta, tratamento a fim de dar seguimento coerente a todas as intervenções realizadas pela equipe	-	-	1	2,0	-	-

O Quadro 7 revela as 54 atividades citadas pelos enfermeiros no cuidado com lesões. Observa-se a predominância de cuidados relacionados à assistência de enfermagem na realização de curativos: aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão com 38 citações, destacando-se a realização de curativo com material adequado 15 (36%) e a aplicação de hidrogel, hidrocoloide, alginato e espuma de prata 13 (31%). Com relação à aplicação de curativos, três (7%) registraram ser atividade realizada somente com prescrição médica e um (2%) mencionou poderem ser aplicados por qualquer membro da equipe de enfermagem. Trinta e quatro (81%) afirmaram ser uma atividade realizada exclusivamente pelo enfermeiro.

As atividades menos mencionadas foram: tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário, sinalizada como podendo ser realizada por qualquer membro da equipe; remover o material inserido na lesão, se necessário; reforçar o curativo, se necessário; examinar a lesão a cada troca de curativo e encaminhar o paciente ao médico especialista em feridas, conforme apropriado, sendo estas indicadas por apenas um enfermeiro (2%) em cada atividade, sendo estas atividades apontadas como realizadas exclusivamente pelo enfermeiro.

Cabe ressaltar que das vinte sete atividades elencadas da NIC, relacionadas ao cuidado com lesões, cinco foram retiradas do quadro, por não terem sido mapeadas:

- ✚ Colocar a área afetada em imersão, conforme apropriado;
- ✚ Orientar o paciente e a família sobre procedimento de cuidado com a lesão;
- ✚ Orientar o paciente e a família sobre sinais e sintomas de infecção;
- ✚ Aplicar unidades de estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) para intensificar a cicatrização da lesão conforme apropriado;
- ✚ Orientar o paciente e a família sobre armazenagem de descarte de curativos e materiais.

Essas atividades não são adequadas à neonatologia, mediante a especificidade do cliente.

Quadro 8 – Distribuição das atividades propostas pela NIC no tratamento tópico e o mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, Fortaleza, 2012. N=34

Atividades propostas pela NIC – Tratamento Tópico	Atividades propostas mapeadas pela pesquisadora (55)	EE	%	ME	%	PM	%
Evitar o uso de roupas de cama com textura áspera	Utilizar tecidos de algodão para arrumação do leito do RN e ninho	-	-	1	2,0	-	-
	Utilizar tecidos macios e adequados para proteção dos berços	-	-	2	5,0	-	-
Tirar esparadrapos e resíduos	Retirar esparadrapos na pele com produto adequado	1	2,0			-	-
Oferecer suporte a áreas edemaciadas (p.ex., travesseiros debaixo dos braços), conforme apropriado	Oferecer apoio nas áreas edemaciadas	-	-	1	2,0	-	-
Aplicar lubrificante aos lábios hidratados e mucosa oral, sempre que necessário	Aplicar lubrificantes para umedecer os lábios	-	-	2	5,0	-	-
	Realizar limpeza e hidratação da cavidade oral	-	-	3	7,0	-	-
Aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado	Ajustar fraldas corretamente	-	-	1	2,0	-	-
	Trocar fraldas de 3/3h, se necessário, sem apertar o RN	-	-	1	2,0	-	-
	Utilizar fraldas com tamanho adequado ao RN	-	-	3	7,0	-	-
Massagear ao redor da área afetada	Massagear a pele em local afetado	2	5,0	-	-	-	-
	Massagear com AGE em locais edemaciados no corpo	-	-	2	5,0	-	-
	Massagear a pele com AGE nas costas, nuca e áreas de pressão	2	5,0	-	-	-	-
Aplicar dispositivo de ostomia com tamanho exato, sempre que necessário	Utilizar curativo nas lesões, somente o essencial	3	7,0	-	-	-	-
	Usar adesivos com moderação para não piorar a lesão	1	2,0	-	-	-	-
Cobrir as mãos com luvas imobilizadoras, conforme apropriado	Cobrir mãos com luvas, quando necessário	-	-	2	5,0	-	-
Proporcionar higiene íntima, sempre que necessário	Realizar higiene íntima em todas as trocas de fraldas (higienizar)	-	-	6	14,0	-	-
	Realizar higiene íntima a cada troca de fralda sem sabão	-	-	1	2,0	-	-
	Realizar higiene íntima após eliminações sempre com água morna (higienizar)	-	-	4	10,0	-	-
	Manter higiene íntima frequente com água destilada	-	-	1	2,0	-	-
	Higienizar nas trocas de fraldas, higiene área genital com sabão adequado para evitar assaduras	-	-	1	2,0	-	-
Evitar providenciar aplicações de calor local	Evitar aplicação de calor localizado	-	-	1	2,0	-	-
Evitar o uso de sabonete alcalino na pele	Realizar higienização do RN com sabão neutro (banhar)	-	-	9	21,0	-	-
	Realizar o banho do RN com água morna, estritamente o necessário			2	5,0	-	-
	Banhar o RN <1500g e pele imatura com água e o RN >1500g e pele madura com sabão neutro, quando necessário	2	5,0	-	-	-	-
	Banhar o RN com sabão adequado	-	-	2	5,0	-	-
Adicionar umidade do ambiente usando umidificador, se necessário	Manter ambiente úmido	-	-	1	2,0	-	-
	Controlar a temperatura e umidade do ambiente da incubadora	-	-	1	2,0	-	-
Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama	Manter panos do colchão bem esticados	-	-	2	5,0	-	-
	Evitar dobradura de panos ou flanelas	-	-	6	14,0	-	-
	Manter lençóis limpos, secos e lisos	-	-	1	2,0	-	-

Quadro 8 – Distribuição das atividades propostas pela NIC no tratamento tópico e o mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, Fortaleza, 2012. N=34

Atividades propostas pela NIC – Tratamento Tópico	Atividades propostas mapeadas pela pesquisadora (55)	EE	%	ME	%	PM	%
Aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado	Proteger protuberâncias ósseas, pé torto congênito ou outras máis-formações	-	-	1	2,0	-	-
	Colocar RN sobre luvas (d'água) para proteger proeminências ósseas	-	-	1	2,0	-	-
	Proteger a pele com hidrocoloide nas proeminências ósseas	1	2,0	2	5,0	-	-
Iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal, sempre que necessário	Solicitar avaliação do enfermeiro estomoterapeuta	1	2,0	-	-	-	-
Aplicar curativo oclusivo transparente (p. ex., Tegaderm ou Duoderm), sempre que necessário	Aplicar a membrana semipermeável na pele quando indicado (usar, colocar, proteger)	25	60,0	-	-	-	-
	Aplicar curativo transparente para fixação de cateteres periférico ou central (usar, utilizar, colocar)	1	2,0	-	-	-	-
	Colocar filme em locais de proeminências ósseas, em RN portador de derivação ventrículo-peritoneal (DVP)	1	2,0	-	-	-	-
Aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado	Utilizar pomadas antibióticas para lesões com secreção	1	2,0	-	-	-	-
	Aplicar ATB tópico na área afetada	-	-	-	-	3	7,0
	Aplicar cremes/pomadas a base de ATB	-	-	-	-	1	2,0
Aplicar agente anti-inflamatório tópico na área afetada, conforme apropriado	Aplicar agente anti-inflamatório tópico nas equimoses, locais de punção	-	-	8	19,0	-	-
	Usar heparinóide gel para prevenir e tratar hematomas	-	-	2	5,0	-	-
Aplicar emolientes à área afetada	Usar hidrogel, Dersani, Cavilon e outros (estomoterapia), quando necessário, de acordo com a prescrição (utilizar/ aplicar)	-	-	-	-	4	10,0
	Aplicar cremes, pomadas específicos nas assaduras (colocar)	-	-	1	2,0	11	26,0
	Usar AGE quando a pele estiver ressecada	-	-	4	10,0		
	Aplicar medicação tópica na lesão quando indicado (usar)	10	24,0	-	-	10	24,0
	Aplicar medicação não preconizada pela instituição, quando indicado	-	-	-	-	1	2,0
Aplicar agente antifúngico tópico na área afetada, conforme apropriado	Utilizar pomadas antifúngicas com corticóide para lesões antifúngicas	-	-	-	-	1	2,0
	Aplicar terapia tópica com antifúngico nas lesões conforme prescrição	-	-	-	-	6	14,0
Aplicar agente desbridante tópico à área afetada, conforme apropriado	Realizar debridamento, quando necessário	-	-	-	-	3	7,0
Examinar diariamente a pele em pessoas com riscos de degradação	Observar perfusão, coloração, circulação periférica da pele, diariamente	2	5,0	-	-	-	-
	Observar integridade da pele, diariamente (examinar)	5	12,0	-	-	-	-
Documentar o grau de degradação da pele	Documentar o grau de ruptura da pele	5	12,0	-	-	-	-

Das trinta e quatro atividades extraídas da NIC, referentes ao tratamento tópico, onze foram subtraídas do quadro, por motivos distintos: três por serem semelhantes a uma outra atividade NIC, sendo sugerida pelos *experts* optar pela mais específica, para evitar viés:

- ✚ Vestir o paciente com roupas folgadas – (sugerida retirada por três *experts*), permaneceu: aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado.
- ✚ Esfregar costas/nuca, conforme apropriado – (sugerida retirada por quatro *experts*), permaneceu: massagear ao redor da área afetada.
- ✚ Limpar com sabonete bactericida, conforme apropriado – (sugerida retirada por quatro *experts*), permaneceu: evitar o uso de sabonete alcalino na pele.

Por sugestão de dois *experts*, a atividade virar o paciente imobilizado no mínimo a cada duas horas, conforme agenda específica, foi retirada por assemelhar-se a: reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado, descrita na intervenção cuidado com lesões.

Sete atividades não foram mapeadas neste estudo: cobrir a pele com talco medicinal, conforme apropriado; colocar forros para incontinência, conforme apropriado; imergir em banho coloidal, sempre que apropriado; usar dispositivos sobre a cama (p. ex., pele de carneiro) que protejam o paciente; aplicar talcos secantes a dobras de pele profundas; pintar ou borrifar as verrugas com nitrogênio líquido, conforme apropriado; e trocar o cateter com preservativo, conforme apropriado.

Dentre as 23 atividades restantes, destacam-se: aplicar emolientes à área afetada indicada por 41 (98%) enfermeiros, sendo que 10 (24%) afirmaram ser uma atividade exclusiva do enfermeiro, cinco (12%) apontaram ser atividade realizada por qualquer membro da equipe e 26 (62%) somente com prescrição médica. As atividades menos relatadas foram: tirar esparadrapos e resíduos; iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal, sempre que necessário (citadas como exclusivas do enfermeiro); oferecer suporte às áreas edemaciadas, conforme apropriado; evitar providenciar aplicações de calor local (sinalizadas como podendo ser realizada por qualquer membro da equipe); tendo sido mencionada por apenas um enfermeiro (2%) cada atividade.

Quadro 9 – Distribuição das atividades propostas pela NIC na supervisão da pele e o mapeamento das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com diagnóstico Integridade da pele prejudicada, Fortaleza, 2012. N=12

Atividades propostas pela NIC – Supervisão da pele	Atividades propostas mapeadas pela pesquisadora	EE	%	ME	%	PM	%
Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, ao edema e à drenagem	Examinar diariamente a pele e a mucosa do RN	3	7,0	3	7,0	-	-
	Avaliar a pele diariamente e registrar edema	1	2,0	1	2,0	-	-
Observar as extremidades quanto à cor, ao calor, ao inchaço, aos pulsos, à textura, ao edema e às ulcerações	Observar cor da pele e extremidades	-	-	2	5,0	-	-
Examinar a condição da incisão cirúrgica conforme apropriado	Examinar e registrar condições de incisões	2	5,0	-	-	-	-
Monitorar cor e temperatura da pele	Monitorar temperatura da pele do RN	-	-	4	10,0	-	-
Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios	Monitorar a pele quanto à perfusão, descoloração	1	2,0	-	-	-	-
Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões	Observar presença de exantema na pele do RN	2	5,0	-	-	-	-
	Observar presença de ressecamento, exantema, atrito e pressão na pele do RN	1	2,0	-	-	-	-
Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos	Observar a pele e manter seca após higiene	-	-	2	5,0	-	-
	Observar presença de ressecamento na pele do RN	-	-	1	2,0	-	-
Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito	Observar presença de atrito e pressão na pele do RN			1	2,0	-	-
Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas	Observar presença de sinais inflamatórios e infecção local (dor, calor, rubor, edema, perda de sensibilidade)	1	2,0	-	-	-	-
	Realizar inspeção rigorosa diariamente em busca de sinais flogísticos	1	2,0	-	-	-	-
Examinar as roupas quanto à compressão	Analisar se o RN está vestindo roupas confortáveis e delicadas, fraldas de tamanho adequado, sem apertar	-	-	1	2,0	-	-
	Observar fraldas e panos quanto à compressão na pele do bebê	-	-	1	2,0	-	-
Documentar mudanças na pele e mucosas	Registrar alterações da pele quando exposta à fototerapia	1	2,0	-	-	-	-
	Documentar mudanças na pele e mucosa do RN	3	7,0	-	-	-	-
	Registrar sinais flogísticos	1	2,0	-	-	-	-
	Registrar edema em membros (extravazamento)	-	-	1	2,0	-	-
Instituir medidas de prevenção de mais deterioração	Adotar medidas assépticas no manuseio da lesão do paciente	-	-	1	2,0	-	-
	Instituir medidas de prevenção de outras lesões	1	2,0	-	-	-	-

Das quatorze atividades propostas pela NIC para intervenção supervisão da pele, duas não foram mapeadas:

- ✚ Usar um instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele;
- ✚ Orientar familiar/cuidador sobre sinais de degradação da pele, conforme apropriado.

Das doze atividades analisadas, examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, ao edema e à drenagem foi a mais identificada, oito (19%). Vale destacar que examinar a pele diariamente foi citado por três (7%) como exclusiva do enfermeiro e três (7%) como trabalho realizado por qualquer membro da equipe. Enquanto avaliar a pele diariamente e registrar edema foi registrado por um (2%) como exclusiva do enfermeiro e um (2%) como realizada por qualquer membro da equipe.

Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios (citada como atividade exclusiva do enfermeiro) e aparecimento de fontes de pressão e atrito (descrita como podendo ser realizada por qualquer membro da equipe) foram as atividades menos relatadas descritas por um enfermeiro (2%) em cada atividade.

5.4 Análise da opinião dos enfermeiros acerca do uso das atividades contidas na NIC para o RN com o Diagnóstico Integridade da pele Prejudicada

Ainda para análise da opinião dos enfermeiros neonatologistas quanto ao uso das atividades propostas pela *Nursing Interventions Classification* para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada em sua rotina de trabalho, que contemplou o quarto objetivo desta tese, foram verificadas as respostas contidas no Apêndice D.

Para análise quantitativa destes dados, aplicou-se escala do tipo Likert, com os descritores: Não realizado (NR) = 0 pontos, Muito pouco realizado (MPR) = 0,25 pontos, De algum modo realizado (DAMR) = 0,5 pontos, Muito realizado (MR) = 0,75 pontos e

Muitíssimo realizado (MMR) = 1 ponto. Esse método pode ser aplicado para gerar escores de Validade de Conteúdo da Intervenção, determinando intervenções críticas e de apoio e também escores de proporção para cada atividade (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010). Resultados explícitos nas Tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

Calcularam-se as médias ponderadas (MP) das somas dos pesos atribuídos às respostas quanto ao uso de cada atividade sugerida, divididos pelo número total de respostas das atividades existentes. Inicialmente, foram consideradas para esta análise as atividades que obtiveram média ponderada 0,80 ou mais, por se acreditar que estas respondem bem ao diagnóstico. Entretanto, consideraram-se intervenções de apoio, as que obtiveram média ponderada variando entre 0,51 e 0,79, referidas pelos enfermeiros, por serem também pertinentes à intervenção.

Tabela 3 - Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,80 a 1,0 para intervenção cuidado com lesões, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.

Atividades NIC	MP
Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado	0,97
Examinar a lesão a cada troca de curativo	0,92
Posicionar o paciente, de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado	0,85
Trocar o curativo, conforme a quantidade de exsudato e drenagem	0,83
Reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado	0,80
Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado	0,80
Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão	0,80

Corroborando a descrição de alguns enfermeiros, posicionar o paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado; reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado; e aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão, foram as atividades mais citadas pelos enfermeiros no cuidado com lesões. Entretanto, examinar a lesão a cada troca de curativo, apesar de ter obtido aqui alto escore, foi referenciada por apenas um enfermeiro na descrição das atividades.

Tabela 4 - Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,51 a 0,79 para intervenção cuidado com lesões, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.

Atividades NIC	MP
Orientar o paciente e a família sobre procedimento de cuidado com a lesão	0,76
Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão	0,73
Oferecer cuidados no local da incisão, se necessário	0,72
Documentar local, tamanho e aspecto da lesão	0,72
Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor	0,69
Aplicar o unguento adequado à pele/lesão, conforme apropriado	0,69
Orientar o paciente e a família sobre sinais e sintomas de infecção	0,67
Remover curativo e fita adesiva	0,67
Administrar cuidados na úlcera de pele, se necessário	0,64
Reforçar o curativo, se necessário	0,60

É relevante ressaltar que orientar o paciente e a família sobre procedimento de cuidado com a lesão ou sobre sinais e sintomas de infecção, não foram descritas inicialmente por nenhum enfermeiro, mas foram sinalizadas importantes. Reforçar o curativo, se necessário, foi descrita por apenas um enfermeiro, mas apontada como executada com certa frequência.

Tabela 5 - Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,80 a 1,0 para intervenção tratamento tópico, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.

Atividades:	MP
Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama	0,83
Aplicar curativo oclusivo transparente (p. ex., Tegaderm ou Duoderm), sempre que necessário	0,82
Proporcionar higiene íntima, sempre que necessário	0,80
Aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado	0,80
Aplicar emolientes à área afetada	0,80

Os dados da Tabela 5 destacam as atividades aplicar emolientes à área afetada, aplicar curativo oclusivo transparente sempre que necessário e proporcionar higiene íntima, sempre que necessário com boa média de citação, tendo sido bem referenciado pelos enfermeiros como atividade realizada. Em contrapartida, as demais atividades contidas na tabela foram pouco descritas pelos enfermeiros participantes.

Tabela 6 - Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,51 a 0,79 para intervenção tratamento tópico, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.

Atividades:	MP
Aplicar agente antifúngico tópico na área afetada, conforme apropriado	0,72
Examinar diariamente a pele em pessoas com riscos de degradação	0,72
Documentar o grau de degradação da pele	0,72
Aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado	0,64
Evitar o uso de sabonete alcalino na pele	0,62
Aplicar agente anti-inflamatório tópico na área afetada, conforme apropriado	0,61
Evitar o uso de roupas de cama com textura áspera	0,60

No momento da descrição, os enfermeiros registraram evitar o uso de sabonete alcalino na pele com maior frequência e as demais atividades foram mencionadas em menor proporção.

Tabela 7 - Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,80 a 1,0 para intervenção supervisão da pele, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.

Atividades:	MP
Observar as extremidades quanto à cor, ao calor, ao inchaço, aos pulsos, à textura, ao edema e às ulcerações	0,83
Monitorar cor e temperatura da pele	0,82
Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado	0,80

Destaca-se que as atividades identificadas na tabela 7 tinham sido mencionadas por um número menor de enfermeiros como atividade realizada por eles.

Tabela 8 - Distribuição das atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com média ponderada que variaram de 0,51 a 0,79 para intervenção supervisão da pele, do diagnóstico Integridade da pele prejudicada em RN, Fortaleza, 2012.

Atividades:	MP
Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, edema e à drenagem	0,78
Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos	0,78
Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas	0,78
Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões	0,76
Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito	0,75
Documentar mudanças na pele e mucosas	0,73
Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios	0,72
Instituir medidas de prevenção de mais deterioração	0,72

Na Tabela 8, as atividades examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, ao edema e à drenagem e, ainda, documentar mudanças na pele e mucosas estão colocadas como atividades de apoio, mas é prudente ressaltar que estas foram as mais relatadas pelos enfermeiros no momento da descrição de suas tarefas. Tendo sido as demais encontradas em menor número.

5.5 Perfil dos *Experts*

Considerando que a participação dos *experts* foi sobremaneira importante para compreensão do estudo, o conhecimento do perfil destes justifica sua relação com a temática, denotando assim a pertinência da participação dos mesmos.

Tabela 9 – Caracterização dos enfermeiros *experts*, segundo idade, tempo de formação, tempo de experiência em neonatologia, artigos publicados sobre DE, titulação e formação na graduação sobre DE. Fortaleza – 2012

Características	Nº	%	Média ± DP
Idade			
20 – 29	01	11,0	
30 – 39	06	67,0	37,11 ± 10,81
40 – 49	01	11,0	
> 49	01	11,0	
Tempo de formado (anos)			
2 – 10	04	45,0	
11 – 20	03	33,0	14,67 ± 10,86
21 – 30	01	11,0	
> 30	01	11,0	
Tempo de experiência em Neonatologia (anos)			
1 – 06	05	56,0	5,33 ± 10,22
7 – 32	01	11,0	
Não tem experiência em neo	03	33,0	
Artigos publicados sobre DE			
Sim	8	89,0	
Não	1	11,0	
Maior titulação			
Doutor	06	67,0	
Mestre	01	11,0	
Especialista	02	22,0	
Formação na Graduação sobre DE			
Não	03	33,0	
Sim (somente teórico)			
NANDA			
NANDA/NIC	01	11,0	
Sim (Teórico e prático)			
NANDA			
NANDA/NIC	05	56,0	

N= 9

Os *experts* que participaram da pesquisa eram do sexo feminino. Quanto à idade, a maioria, seis (67%), tinha idade entre 30-39 anos, e uma (11%) tinha idade inferior a 30 anos. Avaliando o tempo de formação acadêmica, quatro (45 %) tinham entre dois e 10 anos, um (11%) possuía mais de 30 anos de graduação.

Uma das maiores dificuldades enfrentadas neste estudo foi encontrar *experts* com experiência em Diagnóstico de Enfermagem e Neonatologia, dada à especificidade da área. Entretanto, 5 (56%) afirmaram ter entre 1 e 5 anos e 1 (11%) entre 6 e 10 anos.

Contudo, a experiência do DE foi definitiva na escolha. Nos critérios que definem um avaliador, segundo Fehring (1987), caracteriza-se um especialista quando totalizam no mínimo cinco pontos e máximo 14 pontos. Na pesquisa em questão, a pontuação dos *experts* variou entre cinco e 10 pontos. Ao serem abordados sobre produções científicas sobre DE, encontrou-se que 8 (89%) dos *experts* tinham artigos publicados sobre esta temática e somente 1 (11%) não tinha artigo com este tema.

Avaliando o grau de titulação, o mais presente foi o doutorado, com 6 (67%) profissionais, e em menor frequência, o mestrado, com 1 (11%) profissional.

Evidenciou-se que 5 (56%) enfermeiros receberam informações teóricas e práticas (NANDA/NIC), 3 (33%) não receberam formação sobre Diagnóstico de Enfermagem durante a graduação e 1 (11%) informações apenas teóricas (NANDA/NIC). Houve um *expert* que mencionou ter realizado curso extracurricular sobre NANDA/NIC.

Tabela 10 – Caracterização dos enfermeiros *experts*, segundo atividade atual de trabalho predominante, prática clínica atual e contato com DE. Fortaleza – 2012

Características	Nº	%
Atividade de trabalho atual predominante		
Geral		
Assistência de enfermagem	01	11,0
Assistência + Ensino e Pesquisa	01	11,0
Assistência + Ensino e Pesquisa + Administração	01	11,0
Ensino e Pesquisa	06	67,0
Clínica		
Saúde da criança (Neonatologia/Pediatria)	05	56,0
Saúde da criança + adulto e idoso	01	11,0
Saúde da mulher	01	11,0
Saúde do adulto e idoso	02	22,0
Prática clínica atual com classificação de DE		
1 – 10 anos	06	67,0
11 – 20 anos	02	22,0
> 20 anos	01	11,0
Contato com DE no último ano		
Leitura		
1 – 5 vezes	01	11,0
6 – 10 vezes	01	11,0
> 10 vezes	07	78,0
Eventos/cursos		
Nenhum	01	11,0
1 – 5 vezes	05	56,0
6 – 10 vezes	02	22,0
> 10 vezes	01	11,0
Pesquisa		
1 – 5 vezes	07	78,0
> 10 vezes	02	22,0
Prática		
Nenhuma	01	11,0
1 – 5 vezes	02	22,0
> 10 vezes	06	67,0
Ensino		
1 – 5 vezes	02	22,0
6 – 10 vezes	01	11,0
> 10 vezes	06	67,0

N= 9

Ao analisar a atividade atual dos *experts*, predominou a área de ensino e pesquisa, 6 (67%). Enfatizando as especialidades, encontraram-se 5 (56%) profissionais atuantes em Neonatologia/Pediatria. Na prática clínica atual com

classificação de DE, obtiveram-se 6 (67%) profissionais entre 1-10 anos de experiência e um com 25 anos de prática com classificação de diagnóstico de enfermagem.

Avaliando as respostas sobre a média de contato com DE no último ano, percebeu-se que a maioria, 7 (78%), relatou ter interesse e ter buscado leitura sobre esta temática mais de 10 vezes. A procura por eventos e/ou cursos teve resposta mais diferenciada: 5 (56%) afirmaram ter participado em média de 1-5 vezes, 1 (11%) informou ter participado apenas uma vez e 1 (11%) mencionou não ter participado de curso ou evento sobre DE no último ano.

Quanto ao desenvolvimento de pesquisas sobre DE, a maioria, 7 (78%), relatou ter realizado em média 1-5 vezes. Tanto na prática clínica como no ensino, 6 (67%) profissionais tiveram experiências em média mais de 10 vezes no último ano.

5.6 Revisão e refinamento do mapeamento comparativo pelos *experts*

De acordo com as avaliações dos *experts*, cinco consideraram haver repetição de atividades, podendo, então, favorecer o surgimento de vieses nas análises. Alguns optaram em indicar as atividades que poderiam ser associadas para facilitar o entendimento dos profissionais, conforme texto a seguir.

Com relação ao tratamento tópico: três *experts* sugeriram retirar a atividade “vestir o paciente com roupas folgadas” e permanecer com a atividade “aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado”. Sugestão aceita, para facilitar a compreensão, sendo realmente mais indicado, visto que os RN permanecem na unidade neonatal somente de fraldas descartáveis e fraldas de pano utilizadas como lençóis de berço.

Na análise, quatro *experts* indicaram retirar a atividade esfregar costas/nuca, conforme apropriado e permanecer com: massagear ao redor da área afetada. Alteração realizada, considerando que a massagem deverá ser realizada em qualquer parte do corpo predisponente à lesão, incluindo costas e nuca.

Refinado por quatro *experts* retirar as atividades, evitar o uso de sabonete alcalino na pele e limpar com sabonete bactericida, conforme apropriado e modificá-las.

Dois, entretanto acrescentaram alterar para utilizar sabonete adequado ao tipo de pele do RN, quando necessário. Esta atividade se justifica pelo fato de o banho nem sempre ser necessário com o uso do sabão.

A atividade virar o paciente imobilizado no mínimo a cada duas horas conforme agenda específica foi retirada por opinião de dois *experts* e permaneceu: reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado.

Um *expert* orientou retirar as atividades: realizar troca do filme transparente no curativo do PICC a cada sete dias e renovar curativos em local de acesso venoso central com curativo transparente, transferindo-os para as atividades de cuidado com a pele.

Três atividades não mapeadas foram indicadas para serem alocadas nas intervenções NIC: manter ambiente úmido; controlar a temperatura e umidade do ambiente da incubadora (NIC = Adicionar umidade do ambiente usando umidificador, se necessário - tratamento tópico). Manter onfalocele gigante protegida com gaze umedecida de soro fisiológico (NIC = Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão - cuidado com lesões).

Também sugerido por cinco *experts* que fosse esclarecida a indicação dos tipos de coberturas, com os devidos princípios da cobertura ideal, assim como os produtos indicados para uso no RN, isto porque a NIC muitas vezes indica atividades relacionadas à pele de crianças ou adultos.

Quatro juízes apontaram o uso de termos abrangentes, amplos, de dúbia interpretação, o que poderia confundir as respostas. Solicitaram ser mais específicos nas indicações, com utilização de palavras claras e concisas, que não favorecessem dúvidas.

A necessidade de se utilizar um instrumento para avaliar o grau da lesão foi mencionada por três deles. Segundo análises, a aplicação de uma escala, com escores intencionalmente definidos, favorece a padronização das prescrições. Os verbos higienizar e banhar foram questionados por dois *experts* se realmente seriam intervenções no cuidado da pele, sendo sugerido acrescentar o verbo realizar no início da atividade para clarificar o significado.

É válido destacar que um dos juízes acrescentou não ter dúvidas quanto às respostas, tendo sido bem descritas pelos enfermeiros participantes, e algumas atividades foram referidas como composta de maior especificidade, mesmo quando confrontadas com as da NIC. No geral, sete confirmaram as atividades mapeadas pelos enfermeiros como pertinentes as intervenções propostas pela NIC.

Nos Quadros 10, 11 e 12, tem-se a distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, para as intervenções cuidado com lesões, tratamento tópico e supervisão da pele, revisadas e refinadas pelos *experts*.

Quadro 10 – Distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, para a intervenção cuidado com lesões, revisadas e refinadas pelos *experts*. Fortaleza, 2012.

Atividades propostas pela NIC – Cuidado com lesões 22	Atividades propostas mapeadas pela pesquisadora	Atividades revisadas e refinadas pelos <i>experts</i>
Remover curativo e fita adesiva	Retirar adesivos da pele com SF 0,9% ou óleo mineral, AGE (remover)	Remover curativo e fita adesiva, quando indicado
	Remover curativo e fita adesiva delicadamente quando indicado	
	Remover curativo de acesso venoso central (PICC, dissecação venosa) delicadamente quando indicados	
Tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário	Tricotomizar ao redor da área afetada o estritamente necessário	Tricotomizar ao redor da área afetada o estritamente necessário
Medir o leito da lesão, conforme apropriado	Avaliar a ferida de acordo com a escala	Medir o leito da lesão conforme rotina da unidade
	Aplicar a escala utilizada pela instituição	
	Medir o leito da lesão, conforme apropriado	
Limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado	Realizar limpeza do coto umbilical com álcool a 70%	Limpar a lesão com soro fisiológico ou outro produto adequado sempre que necessário
	Usar clorexidine, quando necessário	
	Limpar a lesão com soro fisiológico ou outro produto adequado, sempre que necessário	
Oferecer cuidados no local da incisão, se necessário	Renovar bolsa de colostomia	Oferecer cuidados no local da incisão/estomas, se necessário
	Realizar cuidados com a pele periestoma (proteger)	
	Cuidar da pele do RN com traqueóstomo, higienizar e prevenir aumento da lesão de pele	
	Retirar pontos delicadamente	
Aplicar o unguento adequado à pele/lesão, conforme apropriado	Aplicar unguento em caso de dermatite de fraldas/assaduras em toda troca de fralda	Aplicar unguento em dermatite/ assadura a cada troca de fralda
	Utilizar creme para tratar assaduras de acordo com a prescrição	
Trocar o curativo, conforme a quantidade de exsudato e drenagem	Realizar higiene do local da lesão para evitar disseminação de exsudato para áreas vizinhas	Trocar o curativo, conforme indicação e rotina da unidade
	Trocar de curativos sempre que necessário delicadamente, para não piorar a lesão, observando exudato	
	Trocar curativo, conforme a quantidade do exudato	
Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão	Registrar toda a mudança na lesão	Registrar toda a mudança na lesão
	Realizar inspeção rigorosa da lesão diariamente em busca de sinais flogísticos	
Posicionar o paciente, de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado	Manter RN em posição confortável	Posicionar o RN evitando tensão sobre a lesão, conforme apropriado
	Posicionar adequadamente o paciente para evitar pontos de pressão/úlceras de decúbito ou tensão sobre a lesão	
Reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado	Realizar mudança de decúbito do RN (2/2, 3/3, 4/4 ou quando necessário)	Realizar mudança de decúbito no mínimo a cada 2 horas, conforme rotina da unidade
	Realizar mudança de decúbito para evitar áreas de pressão/escaras	
Encorajar a ingestão de líquidos, conforme apropriado	Observar ingestão hídrica e comunicar alterações	Observar ingestão hídrica e registrar alterações
Encaminhar o paciente ao médico especialista em feridas, conforme apropriado	Solicitar avaliação do especialista, quando necessário	Solicitar avaliação do estomoterapeuta, quando necessário
Encaminhar o paciente ao nutricionista, conforme apropriado	Verificar o estado nutricional do paciente e comunicar alterações	Verificar o estado nutricional do RN e registrar alterações
	Providenciar avaliação nutricional do paciente	

Após verificação das atividades propostas pela NIC e as mapeadas no estudo, por sugestão das *experts*, nove permaneceram com a nomenclatura NIC:

- ✚ Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor;
- ✚ Remover o material inserido na lesão, se necessário;
- ✚ Administrar cuidados na úlcera de pele, se necessário;
- ✚ Aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão;
- ✚ Reforçar o curativo, se necessário;
- ✚ Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado;
- ✚ Examinar a lesão a cada troca de curativo;
- ✚ Colocar dispositivos para alívio da pressão, conforme apropriado;
- ✚ Documentar local, tamanho e aspecto da lesão.

Estas atividades permaneceram com a nomenclatura NIC, pois são adequadas a neonatologia, mediante a especificidade do cliente.

Quadro 11 – Distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, para a intervenção tratamento tópico, revisadas e refinadas pelos *experts*. Fortaleza, 2012.

Atividades propostas pela NIC – Tratamento Tópico (24)	Atividades propostas mapeadas pela pesquisadora	Atividades revisadas e refinadas pelos <i>experts</i>
Evitar o uso de roupas de cama com textura áspera	Utilizar tecidos de algodão para arrumação do leito do RN e ninho Utilizar tecidos macios e adequados para proteção dos berços	Evitar o uso de roupas do berço/incubadora com textura áspera
Tirar esparadrapos e resíduos	Retirar esparadrapos na pele com produto adequado	Retirar esparadrapos aderidos na pele com produto adequado
Oferecer suporte a áreas edemaciadas (p.ex., travesseiros debaixo dos braços), conforme apropriado	Oferecer apoio nas áreas edemaciadas	Oferecer apoio nas áreas edemaciadas
Aplicar lubrificante aos lábios hidratados e mucosa oral, sempre que necessário	Aplicar lubrificantes para umedecer os lábios Realizar limpeza e hidratação da cavidade oral	Aplicar lubrificante aos lábios e mucosa oral, sempre que necessário
Aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado	Ajustar fraldas corretamente Trocar fraldas de 3/3h, se necessário, sem apertar o RN Utilizar fraldas com tamanho adequado ao RN	Aplicar as fraldas de tamanho adequado ao peso do RN
Cobrir as mãos com luvas imobilizadoras, conforme apropriado	Cobrir mãos com luvas, quando necessário	Cobrir mãos com luvas, quando necessário
Evitar providenciar aplicações de calor local	Evitar aplicação de calor localizado	Evitar aplicação de calor localizado
Evitar o uso de sabonete alcalino na pele	Realizar higienização do RN com sabão neutro Realizar o banho do RN com água morna, estritamente o necessário Banhar o RN <1500g e pele imatura com água e o RN >1500g e pele madura com sabão neutro, quando necessário Banhar o RN com sabão adequado	Banhar o RN com sabão indicado
Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama	Manter panos do colchão bem esticados Evitar dobradura de panos ou flanelas Manter lençóis limpos, secos e lisos	Manter limpas, secas e sem vincos as roupas do berço/incubadora
Aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado	Proteger protuberâncias ósseas, pé torto congênito ou outras má-formações Colocar RN sobre luvas (d'água) para proteger proeminências ósseas Proteger a pele com hidrocoloide nas proeminências ósseas	Aplicar protetores em proeminências ósseas, conforme apropriado
Iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal, sempre que necessário	Solicitar avaliação do enfermeiro estomoterapeuta	Solicitar avaliação do enfermeiro estomoterapeuta
Aplicar curativo oclusivo transparente (p. ex., Tegaderm ou Duoderm), sempre que necessário	Aplicar a membrana semipermeável na pele, quando indicado Aplicar curativo transparente para fixação de cateteres periférico ou central Colocar filme em locais de proeminências ósseas, em RN portador de derivação ventrículo-peritoneal (DVP)	Aplicar curativo oclusivo transparente, quando indicado
Examinar diariamente a pele em pessoas com riscos de degradação	Observar perfusão, coloração, circulação periférica da pele diariamente Observar integridade da pele diariamente	Observar integridade da pele diariamente

Após verificação das atividades propostas pela NIC e as mapeadas no estudo, por sugestão das *experts*, dez permaneceram com a nomenclatura NIC:

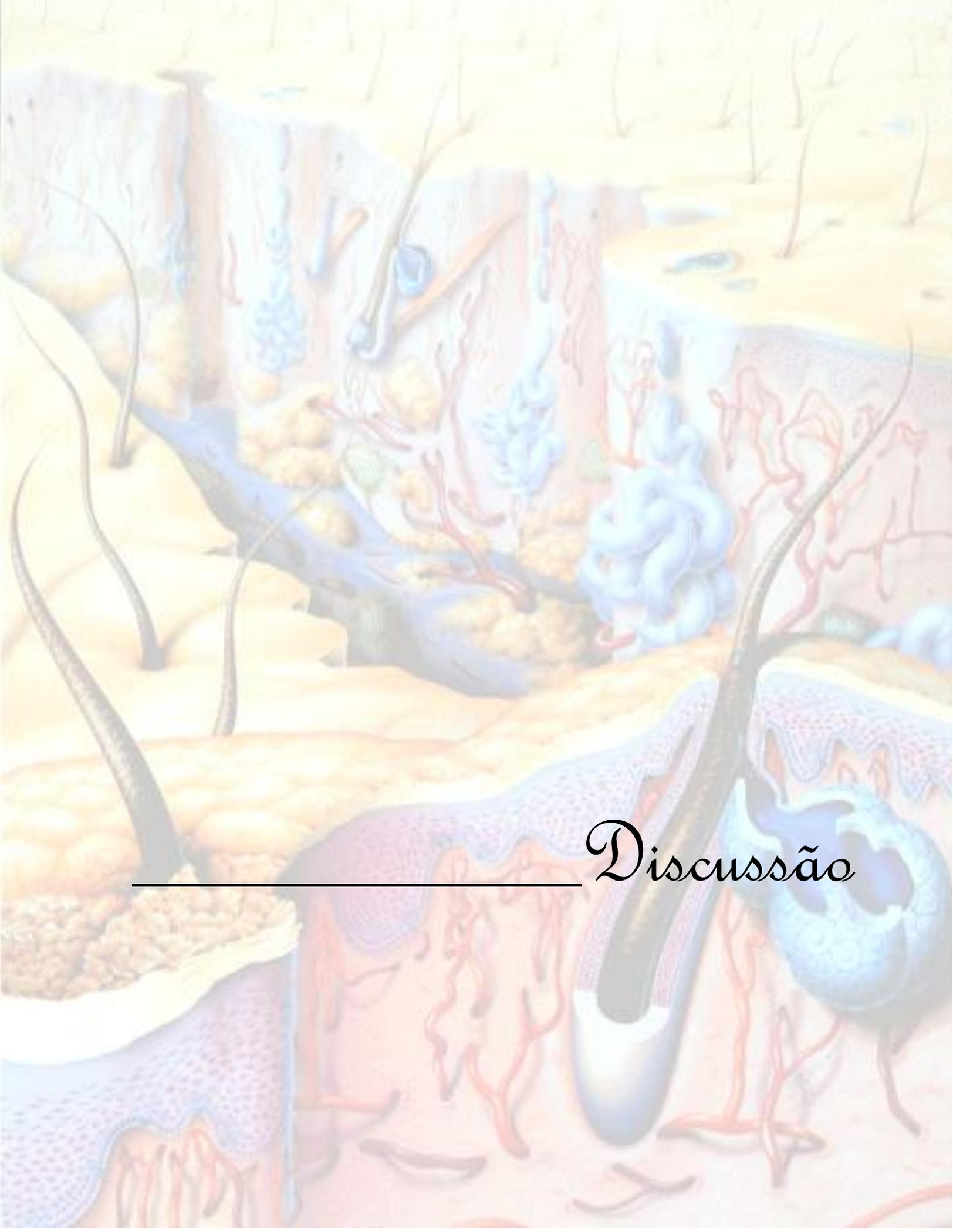
- ✚ Massagear ao redor da área afetada;
- ✚ Aplicar dispositivo de ostomia com tamanho exato, sempre que necessário;
- ✚ Proporcionar higiene íntima, sempre que necessário;
- ✚ Adicionar umidade do ambiente, usando umidificador, se necessário;
- ✚ Aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado;
- ✚ Aplicar agente anti-inflamatório tópico na área afetada, conforme apropriado;
- ✚ Aplicar emolientes à área afetada;
- ✚ Aplicar agente antifúngico tópico na área afetada, conforme apropriado;
- ✚ Aplicar agente desbridante tópico à área afetada, conforme apropriado;
- ✚ Documentar o grau de degradação da pele.

Quadro 12 – Distribuição das atividades citadas pelos enfermeiros como realizadas nos RN com o diagnóstico Integridade da pele prejudicada, para a intervenção supervisão da pele, revisadas e refinadas pelos *experts*. Fortaleza, 2012.

Atividades propostas pela NIC – Supervisão da pele	Atividades propostas mapeadas pela pesquisadora	Atividades revisadas e refinadas pelos experts
Examinar a condição da incisão cirúrgica conforme apropriado	Examinar e registrar condições de incisões	Examinar e registrar condições de incisões
Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas	Observar presença de sinais inflamatórios e infecção local (dor, calor, rubor, edema, perda de sensibilidade) Realizar inspeção rigorosa diariamente em busca de sinais flogísticos	Monitorar sinais flogísticos
Examinar as roupas quanto à compressão	Analisar se o RN está vestindo roupas confortáveis e delicadas, fraldas de tamanho adequado sem apertar Observar fraldas e panos quanto à compressão na pele do bebê	Analisar colocação de roupas confortáveis/fraldas sem apertar

Após verificação das atividades propostas pela NIC e as mapeadas no estudo, por sugestão das *experts*, nove permaneceram com a nomenclatura NIC:

- ✚ Examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, ao edema e à drenagem;
- ✚ Observar as extremidades quanto à cor, ao calor, ao inchaço, aos pulsos, à textura, ao edema e às ulcerações;
- ✚ Monitorar cor e temperatura da pele;
- ✚ Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios;
- ✚ Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões;
- ✚ Monitorar a pele quanto ao ressecamento e à umidade excessivos;
- ✚ Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito;
- ✚ Documentar mudanças na pele e mucosas;
- ✚ Instituir medidas de prevenção de mais deterioração.



Discussão

6 DISCUSSÃO

Inicialmente, é primordial conhecer o conceito do diagnóstico Integridade da pele prejudicada, segundo NANDA Internacional (2010): epiderme ou derme alteradas, tendo como características definidoras: destruição de camadas da pele; invasão de estruturas do corpo e rompimento da superfície da pele, estando relacionadas a fatores externos: extremos de idade, fatores mecânicos, hipertermia, hipotermia, imobilização física, medicamentos, pele úmida, radiação, substância química e umidade. Considera fatores internos: circulação prejudicada, deficiência imunológica, estado metabólico prejudicado, estado nutricional desequilibrado, fatores de desenvolvimento, mudanças na pigmentação, mudanças no estado hídrico, mudanças no turgor, proeminências ósseas e sensações prejudicadas.

Com este conceito, tem-se melhor compreensão dos resultados elencados e da pertinência das atividades relatadas, dimensão que deve ser ponderada pelo enfermeiro no cuidado com a pele do RN.

A experiência na assistência ao RN proporciona diferencial quando se pesquisam atividades inerentes ao profissional de enfermagem. A prática diária embalada em princípios científicos, evidências comprovadas, aperfeiçoa, induz ao aprendizado, à problematização e solução de possíveis situações que exija tomada de decisão rápida.

Um dos aspectos investigados neste estudo foi a identificação pelos enfermeiros de lesões presente em recém-nascidos. Conforme os resultados, identificou-se dentre essas lesões a mielomeningocele 42 (100%), citadas como uma lesão presente em todas as unidades visitadas. Em seguida, teve-se assadura 40 (95%); hematoma 39 (93%); infiltração 38 e gastrosquise 38 (90%); toco traumatismo 37 (88%); equimose e descamação 33 (79%); eritema 32 (76%); pústula 29 (69%) e escoriação 26 (62%).

Outras lesões também foram consideradas pelos enfermeiros: encefalocele 14 (33%); onfalocele 10 (24%); adiponecrose 5 (12%); abscesso e queimadura 4 (10%); úlcera por pressão 2 (5%); cicatriz pós-cirurgia e lábio leporino 1 (2%).

O conhecimento das lesões é fundamental para o cuidado diferenciado, independente da origem. Neste sentido, Brandão (2006) refere que muitas alterações cutâneas podem ser detectadas pelo enfermeiro durante várias atividades, como higiene, passagem de cateteres e exame físico, destacando a importância do enfermeiro em saber descrever as lesões detectadas, considerando suas características.

É importante enfatizar que as malformações genéticas, mencionadas pelos enfermeiros participantes, são lesões importantes e constantes nas unidades neonatais que necessitam de cuidados especiais.

Estudo de Fontoura *et al.* (2012) que objetivou identificar os recém-nascidos com anomalias congênitas em unidade neonatal, encontrou 30 RN com predominância de malformações congênitas envolvendo o sistema nervoso central e sistema osteomuscular (40%). Dentre estas malformações, encontravam-se hidrocefalia, mielomeningocele, encefalocele, gastrosquise e pé torto congênito.

Fontenele e Cardoso (2011) também desenvolveram estudo que objetivou identificar lesões de pele em recém-nascidos internados em UTIN, com 137 RN, relataram que 26% destes apresentaram lesões de pele: hematomas (46%), eritemas (18%), escoriações (12%), equimoses (10%), pústulas (6%), descamação (4%), mielomeningocele (2%), gastrosquise (2%).

Pesquisa realizada por Schluer *et al.* (2009), com objetivo de descrever a frequência de úlceras de pressão em hospital de atendimento pediátrico e também identificar a população de risco e avaliar os fatores predisponentes para o desenvolvimento de úlceras de pressão, considerou alta a prevalência de úlceras de pressão em pacientes pediátricos causadas por dispositivos médicos e de enfermagem e que estas requerem intervenções para prevenir lesões para estes pacientes. Esses autores analisaram 155 pacientes, 27,7% apresentaram úlcera de pressão, 65% apresentaram fatores de risco (Escore de Braden 18,6, mínimo sete e máximo 23). Destes, 35% foram acometidos com um ou mais úlceras de pressão.

O cuidado com qualquer lesão é um processo dinâmico que depende de avaliações contínuas, considerando o contexto do recém-nascido, devendo ser

individualizado e realizado por profissionais capacitados para tal atividade, assim como atividades preventivas que mantenham a integridade da pele.

No Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, o Decreto Nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, determina:

Art. 8º – Ao enfermeiro incumbe:

I – privativamente: cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

II – como integrante da equipe de saúde: participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem.

Ao considerar que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem, segundo a Resolução 272/2002 aprovada pelo Plenário do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser implantada em todo o Brasil. De acordo com a referida Resolução, a SAE é atividade privativa do enfermeiro, e utiliza método e estratégia de trabalho científico para identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

Contudo, verifica-se que mesmo após uma década, algumas instituições ainda não atendem a esta Resolução do COFEN. Dentre as unidades lócus desta pesquisa, uma estava com o processo de implantação em andamento. As demais já implantaram nas unidades.

Ressalta-se que para que o enfermeiro possa realizar assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, é essencial que este compreenda o cuidado que deve disponibilizar ao RN. Portanto, a compreensão do conceito de cuidado deve estar clara para o enfermeiro.

Nesse sentido Fontenele, Pagliuca e Cardoso (2012: p.484), após análise de 18 artigos, construíram um conceito de cuidado com a pele: “é uma intervenção de enfermagem contínua, dinâmica, eficaz, individualizada, criteriosa e humanizada, visando a promoção, manutenção ou recuperação da integridade da pele do recém-nascido, considerando os aspectos fisiológicos, ambientais e da assistência”.

Neste intuito, corroborando esta realidade, Cyrillo (2009) menciona que o julgamento clínico do enfermeiro, todavia, permanece como fator importante na seleção das intervenções (diretas ou indiretas), para que os resultados sejam alcançados. Se o entendimento da ação que se propõe a realizar está clarificado, certamente a atividade proposta terá maior chance de ser realizada em sua totalidade e haverá maior probabilidade de se realizar atendimento de melhor qualidade.

Assim, conhecer, interpretar e realizar as intervenções de enfermagem com embasamento científico e prático se faz relevante, e os dados elencados neste estudo são apresentados e analisados na sequência das etapas desenvolvidas: as atividades propostas pela NIC no cuidado com lesões de pele, tratamento tópico e supervisão da pele, com a classificação indicada pelos enfermeiros quanto a sua realização pertinente ao RN: exclusiva do enfermeiro, se realizada por qualquer membro da equipe de enfermagem ou ainda realizada somente com prescrição médica.

6.1 Atividades mapeadas para intervenção NIC: Cuidado com Lesões

Dentre as atividades identificadas para intervenção cuidado com lesões do diagnóstico integridade da pele prejudicada, têm-se as que foram classificadas como atividades que devem ser realizadas exclusivamente pelos enfermeiros. Considera-se que estas atividades requerem do enfermeiro agilidade, habilidade técnica, conhecimento científico, raciocínio clínico e crítico e tomada de decisão. Estas qualificações são fundamentais ao profissional que gerencia a equipe de enfermagem, direcionando as funções prioritárias a sua assistência, bem como aquelas que podem delegar a outros membros da equipe.

A atividade aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão (38, 90%) foi predominante nas respostas dos enfermeiros. Isto porque a utilização de curativos é

uma atividade do enfermeiro que a cada dia vem se aprimorando. O desenvolvimento de coberturas específicas para realização de curativos desde os mais simples até os mais complexos tem sido confirmado por profissionais como excelentes recursos da tecnologia. Neste sentido, Stephen-Haynes (2012), alerta para importância do uso do curativo adequado ao tipo de lesão como cuidado que eleva a qualidade da assistência.

Jorge e Dantas (2003) mencionam que a escolha do tratamento ideal para lesão depende do seu grau de contaminação, da maneira como foi produzida, dos fatores locais e sistêmicos relacionado com o processo de cicatrização da presença e tipo de exudato.

Diante dos avanços na área dos curativos e das coberturas para o tratamento de feridas e lesões, tem-se difundido o uso de coberturas especiais ou curativos biológicos. Borges, Saar e Magalhães (2007), conceituam cobertura como um material, um produto ou uma substância que se utiliza sobre lesões para ocluir, comprimir, umedecer, tratar e proteger. Difere conforme a perspectiva de olhar e refletir dos diferentes sujeitos.

No cuidado ao RN com integridade da pele prejudicada, as coberturas mencionadas pelos enfermeiros na utilização dos curativos biológicos, de acordo com o tipo de lesão, foram: hidrocoloides, alginato de cálcio, espuma de prata e hidrogel. Relatado uso segundo protocolo quando existente no serviço. White, Fumarola e Denyer (2011), não contra-indicam o uso da prata em RN, contudo alegam que sua aplicação deve seguir orientações preestabelecidas, como em protocolos existentes na unidade.

Por recomendação do *National Guideline Clearinghouse* (2011), em caso de infiltração, deve-se elevar o local da infiltração intravenosa ou a extremidade afetada; administrar o agente terapêutico adequado o mais rápido possível (hidrogel, hidrocoloide ou outro de acordo com a avaliação). Infiltração intravenosa é o vazamento/administração infusão de uma solução não vesicante ou medicação no tecido circundante/adjacente ao invés do vaso pretendido.

McCoskey (2008), ressalta a lesão de pele como complicação do uso do CPAP nasal em RN e indica o uso do hidrocoloides para tratar vermelhidão. Destaca ainda a

necessidade de investigações sobre prevenção de lesões de septo nasal em neonatos. Estudo desenvolvido por Rodrigues *et al.*, (2009), com 147 neonatos objetivou determinar a frequência de lesões nasais em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. Observaram a proteção nasal em 142 (96,6%) neonatos. Destes, 141 (96%) com esparadrapo comum e um (0,6%) protegido com adesivo descartável para sensor de oxímetro de pulso neonatal. Nenhum neonato estava com proteção nasal produzida com fita hipoalergênica ou de hidrocólide. Neste estudo, observaram-se lesões em todos recém-nascidos, graduadas em: leve (79,6%), moderada (19,7%) e severa (0,7%).

Pradines (2006), realizou estudo utilizando hidrogel, sendo este aplicado no membro inferior de um paciente, e constatou a eficácia do produto na regeneração dos tecidos, contribuindo satisfatoriamente para preparação da área doadora de enxerto.

O uso destas coberturas tem sido evidenciado em algumas instituições. Nas unidades estudadas, entretanto não estava totalmente consolidado. Acredita-se que o fato de três enfermeiros terem mencionado ser atividade realizada somente com prescrição médica, deve-se talvez a sua relação com hospitais conveniados e particulares (outro vínculo empregatício), para que seja registrado o consumo do produto e garantir o repasse dos gastos. Evidencia-se em alguns hospitais a necessidade de autorização da equipe de estomoterapia, para que o produto seja liberado para o RN.

No cuidado com lesões de pele, é importante identificar fatores de risco para ocorrência destas lesões. Fornecer suporte nutricional adequado, evitar ou minimizar o risco de ruptura da pele. Aplicar produtos ou dispositivos que ajudem a prevenir úlceras de pressão, tais como colchões de água, colchões de ar, curativos transparentes sobre proeminências ósseas, como joelhos e cotovelos para evitar lesões de fricção e pomadas em RN de muito baixo peso ao nascer. Deve-se determinar a causa potencial de ruptura da pele para auxiliar no tratamento. Quando necessário limpar a área afetada, utilizando água estéril ou solução salina em temperatura do corpo, realizando desbridamento da área de exsudado quando indicado. Aplicar unguento antifúngico

para infecções fúngicas. Se a colonização bacteriana extensa é suspeita, pomada antibiótica pode ser usada conforme indicação (NGC, 2011).

Concorda-se que a aplicação de curativos é uma atividade importante no cuidado com a pele do RN, tendo sido a menção em sua predominância de curativos especiais. Presume-se que os enfermeiros descreveram de acordo com sua vivência, estando as coberturas especiais disponíveis nas referidas unidades. Contudo, o enfermeiro deve estar qualificado para utilização de todo tipo de curativo, pois muitas instituições ainda não trabalham com este material, devido aos custos, além disso alguns enfermeiros trabalham em mais de uma instituição, podendo vivenciar a não existência deste tipo de coberturas e sim os métodos convencionais.

Considerando o posicionamento do recém-nascido no leito, reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado, foi mencionado por (32, 76%) e posicionar o paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, por (18, 43%) dos enfermeiros.

A intervenção realizar mudança de decúbito do RN para evitar áreas de pressão obteve grande índice de citação, diferindo apenas do tempo idealizado para realização da mudança do decúbito de acordo com a necessidade e fragilidade da pele do RN (2/2, 3/3 ou 4/4h). É comum evidenciar na rotina da unidade neonatal a mudança de decúbito do RN de acordo com a determinação do balanço hídrico (BH). Das unidades neonatais pesquisadas, duas tinham o BH a cada 3h e apenas um com BH a cada 2h. Em se tratando de prematuridade extrema, ou em casos específicos, o BH passava a ser de 4/4h, após avaliação da pele do RN pela equipe. Reis (2012) recomenda que esta seja realizada no período variável de duas a três horas.

A mudança de decúbito é extremamente necessária, devido à pobreza do tecido subcutâneo e muscular, e a sensibilidade da pele do RNPT (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009). O RN, principalmente o prematuro, tem facilidade de desenvolver úlcera por pressão. Neste sentido, é relevante destacar a importância de se registrar esta atividade. Na prevenção da úlcera por pressão, a avaliação da pele desempenha papel importante na identificação dos primeiros sinais de danos causados por pressão, e

possibilita a implementação de um adequado plano de cuidados ou um conjunto de cuidados, para evitar maiores danos (JONES, 2012).

Essa atividade deve ser realizada com consciência, pela evidência de sua eficácia. Quando se trata de recém-nascido, deve-se classificar um cliente especial, as considerações relacionadas ao cliente adulto não podem ser aplicadas com o mesmo. Muitas vezes, a falta da mudança de decúbito em um único horário indicado pode aumentar o comprometimento da integridade da pele do RN, um acontecimento indesejável nesta população.

Remover curativo e fita adesiva 15 (36%) também obteve número representativo de citações. Allwood (2011), alerta que o uso de adesivos na UTIN é inevitável devido à necessidade de proteger os dispositivos e equipamentos de monitoramento. Entretanto, há necessidade de se minimizar a quantidade de fita utilizada e reduzir a área de pele em contacto com o adesivo. A utilização de adesivos na pele do RN também requer pesquisas devido ao desenvolvimento de produtos. Na última década, nenhuma pesquisa tem sido realizada nesta área e novos produtos (solventes ou adesivos) podem estar disponíveis, o que beneficiaria a população neonatal.

A remoção cautelosa dos adesivos, curativos, sondas, ou qualquer material que esteja fixado diretamente à pele do RN com uso de emolientes (óleo, água, ácido graxo essencial, soro fisiológico) Foi citada por 11 enfermeiros. Reis (2012) adverte que retirar adesivos e eletrodos na pele do RN é contraindicado, pois causa abrasão, eritema e ulceração na pele. A remoção do adesivo pode retirar 70 a 90% da camada córnea. No prematuro, devido à imaturidade dos processos de regeneração celular, pode demorar dias para haver cicatrização e renovação epitelial após remoção de adesivos.

A pele se caracteriza por ser sensível, fina e frágil. Além disso, quando comparada com a pele do RN a termo, a pele do RN prematuro é ainda mais fina, com estrato córneo mais delgado, coesão entre a epiderme e derme diminuída e função de barreira cutânea menos efetiva, tendo como consequências mais relevantes perda de água transepidérmica, maior absorção percutânea de químicos e trauma cutâneo facilmente induzido, até mesmo com a remoção de qualquer curativo adesivo. Isso

causa propensão a infecções, toxicidade e dificuldades na homeostasia dos fluidos (SHWAYDER; AKLAND, 2005).

Rotineiramente, devem-se usar adesivos com moderação para garantir suporte de vida, monitoramento e outros dispositivos em todos os recém-nascidos, na medida das necessidades da criança no tratamento de feridas (hidrocoloide, curativos semipermeáveis para ancorar cateteres de silicone, dispositivos periféricos intravasculares, venosos centrais outros cateteres, cânula nasal, sonda gástrica, eletrodo para eletrocardiograma. Minimizar o contato entre a fita adesiva e pele por "apoio" a fita ou a aplicação de algodão para adesivo. Quando indicado, remover adesivos devagar e com cuidado, usando bolas de algodão embebido em água. Puxe a fita em um plano horizontal, dobrando fita de volta para si mesmo enquanto continuamente molhar a interface adesiva pele. Alternativamente, use óleo mineral para facilitar a retirada (NGC, 2011).

Pesquisas apontam como causas da ruptura da pele adesivos no topo da lista, merecendo atenção crescente dos profissionais. Há necessidade de desenvolvimento de produtos adesivos menos prejudiciais aderentes o suficiente para garantir suporte de vida de sistemas, intravasculares, equipamentos de terapia respiratória e monitores. Entretanto, considera-se não apenas a quantidade de tecnologia em uso, como também o nível da doença em recém-nascidos que necessitam de cuidados (AWHONN, 2001). O Guia de Prática Clínica Baseada em Evidência clínica foi desenvolvido para o AWHONN como recurso informativo para prática de enfermagem. A orientação não define um padrão de atendimento, apresentando métodos e técnicas gerais de prática que AWHONN acredita estar atualmente e amplamente visto como aceitável, com base em pesquisas atuais e autoridades reconhecidas.

A meta, portanto, é preservar a função de barreira da pele, expondo o RN o mínimo possível, a infecções secundárias. Contudo, existem poucos estudos controlados sobre materiais e métodos de remoção. Sugere-se uso de algodão ou cotonete umedecido em água ou emolientes (REIS, 2012).

Na realidade, pode-se afirmar que este aspecto é desafiante para o enfermeiro neonatologista. A necessidade muitas vezes de se retirar estes adesivos se contrapõe a

contraindicação desta atividade, gerando conflito entre o profissional. Deve-se, portanto, considerar muitos aspectos para este procedimento, avaliando cada caso, de acordo com a experiência diária. Pois esta realidade é muito evidenciada em UTIN.

Monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor, fora mencionado por 13 (31%) enfermeiros, e limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado, por 12 (29%).

Reis (2012), indica a avaliação da pele regularmente por meio de escalas como atividade essencial. Pasek *et al.*, (2008), relatam sobre a experiência de uma equipe de enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva pediátrica capacitada a cuidar da pele de pacientes a nível preventivo e curativo. Reiteram que a equipe comprometida em promover atendimento de excelência, utiliza recursos disponíveis, desenvolve comunicação efetiva, busca o aprimoramento dos profissionais, desenvolvendo a prática baseada em evidências. Segundo autores, o comprometimento de toda equipe é fundamental, em todos os turnos. Técnicas de identificação de problemas por enfermeiros do serviço noturno dão continuidade pelo turno da manhã, quando enfermeiros avaliam a pele das crianças com afecções ou em risco de desenvolver lesões de pele, tomando as providências cabíveis. Destacam a importância dos registros neste processo.

É um aspecto fundamental no cuidado do RN com integridade da pele prejudicada, a monitoração. Pois requer acompanhamento diário da evolução da lesão, o que exige do enfermeiro preparação para esta atividade. Leitura, atualização constante, participação de cursos ou outras atividades pertinentes, como também trabalho em equipe e tomada de decisões em conjunto.

Dez enfermeiros (24%) relataram manter técnica asséptica durante realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado.

Quando a criança nasce, sua pele é estéril, a menos que se contamine pela flora vaginal. A superfície corporal da sua pele torna-se rapidamente colonizada com micro-organismos prevalentes no meio ambiente (CUNHA; PROCIANOY, 2006). A pele do RNPT é sensível ao ambiente, e quando este se encontra internado em UTIN, corre o risco de desenvolver bacteremia e sepse associadas devido à presença de bactérias

e fungos, podendo a incidência de infecção nosocomial chegar a 30% (CUNHA; MENDES; BONILHA, 2002).

Lavar as mãos antes e após qualquer procedimento no RN para evitar infecção hospitalar foi mencionado por seis enfermeiros, número relativamente baixo, dado o quantitativo de enfermeiros participantes. O objetivo da lavagem das mãos no ambiente hospitalar é remover transitoriamente as bactérias das mãos para prevenir e controlar infecção cruzada (GOULD, 2012). Sobre lavagem das mãos, Huang, Wenjun Ma e Stack (2012), destacam que a transmissão de bactérias é mais provável a partir da pele molhada do que da pele seca e, portanto, a secagem adequada das mãos, após a lavagem, deve ser parte integrante do processo de higienização das mãos em serviços de saúde.

Huang, Wenjun Ma e Stack (2012), destacam que alguns sabões antibacterianos podem irritar a pele das mãos, tornando-as irritadas com a lavagem frequente, sensação de secura ou pele áspera, ardor, eritema, descamação, ou fissuras. Do ponto de vista da higiene, o uso de secadores de ar pode fazer com que as mãos se tornem excessivamente secas, ásperas, vermelhas. Portanto, as toalhas de papel são superiores aos secadores de ar elétricos e devem ser recomendadas em locais cuja higiene é fundamental, como hospitais e clínicas.

Mortell (2012), reconhece a importância da lavagem das mãos e afirma que a prática é geralmente baseada na tradição, em rituais e informações, e há muitas vezes uma diferença entre o conhecimento teórico e sua aplicação em prática. Em pesquisa, o autor é incapaz de explicar porque a educação e o treinamento não mudam o comportamento, e os argumentos científicos na literatura são insuficientes para explicar a baixa adesão entre os profissionais de saúde.

O uso da clorexidine tem se tornado rotina nas unidades neonatais. A aplicação da clorexidina aquosa ou alcoólica na pele do RN antes de procedimentos invasivos como inserção de PICC, cateter umbilical, dissecação venosa e coleta de hemocultura foi mencionada por três enfermeiros. Aplicar hidrocoloide na pele ou lesão com necessidade preventiva ou curativa, principalmente no septo nasal. Sempre que há lesão com solução de continuidade, abre-se uma porta a várias opções como infecções,

incômodos, dor, que podem vir a prejudicar o tratamento do RN. Desinfetar superfícies de pele antes de procedimentos invasivos, como a inserção de cateteres venosos centrais, colocação de cateter venoso periférico, cateter umbilical, dreno de tórax, punção venosa, e coleta de sangue. Deve-se selecionar criteriosamente um desinfetante, avaliando os riscos e benefícios de cada produto em relação à eficácia, ao potencial de toxicidade e à irritação da pele. Não se deve utilizar produto único para todos os recém-nascidos. Considere eficácia, o potencial de toxicidade, absorção e o potencial de irritação da pele. Produtos mais utilizados: gluconato de clorexidina aquosa ou alcóolica, álcool a 70% e povidine. Uma sugestão de aplicação é apresentada: aplicar clorexidina aquosa por 30 segundos ou duas aplicações consecutivas e secar com gaze estéril na pele de prematuros menos de 34 semanas de gestação. Remover completamente após o procedimento com água esterilizada ou solução salina. Evitar a utilização de álcool isopropílico como desinfetante primário (NGC, 2011).

A assistência intensiva na UTIN contrapõe-se à necessidade do manuseio mínimo para melhorar a qualidade de vida dos RN, principalmente quando da realização de procedimentos invasivos. Estes, associados ao uso de antissépticos, às vezes excessivos, porém sempre importantes para terapêutica dos RN, podem muitas vezes ser potenciadores do surgimento de lesões, reafirmando a pertinência do cuidado individualizado (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012).

Portanto, a técnica asséptica, bem como o produto utilizado na realização do curativo, justifica-se por sua aplicabilidade no cuidado ao RN.

A troca do curativo, conforme quantidade de exudato e drenagem, foi mencionada por 10 (24%) enfermeiros. Como cuidados com os cateteres centrais, foram mencionados: renovar o curativo do acesso venoso central com técnica asséptica e remover curativo do cateter central de inserção periférica quando indicados. Mencionaram ainda que os procedimentos devam ser realizados de forma delicada, utilizando filme transparente, no período de sete dias, observando possíveis infecções na pele do RN. Realizar avaliação da integridade da pele diariamente, registrar alterações, observando perfusão, circulação periférica da pele.

Pratt *et al.*, (2007), dizem que os curativos permeáveis estéreis transparentes ganharam popularidade e são recomendados para uso, eles podem permanecer sobre o cateter por sete dias. A pele deve estar seca antes de aplicar um novo curativo (SCALES, 2010).

A renovação do curativo é uma oportunidade para descontaminar a pele, utilizando gluconato de clorexidina a 2% para redução da flora da pele (Pratt *et al.*, 2007). A troca do curativo transparente deverá ocorrer antes de sete dias, caso haja evidência de acumulação de humidade ou exsudato (DOUGHERTY, 2006; PRATT *et al.*, 2007; RCN, 2010).

As demais atividades de enfermagem foram descritas com menor percentual: (5, 12%) medir o leito da lesão, conforme apropriado, e colocar dispositivos para alívio da pressão, conforme apropriado. Quatro enfermeiros (10%) registraram: oferecer cuidados no local da incisão, se necessário; administrar cuidados na úlcera de pele, se necessário, e documentar local, tamanho e aspecto da lesão. Aplicar o unguento adequado à pele/lesão, conforme apropriado, foi mencionado por 3,7% dos enfermeiros.

É possível observar atividades que tiveram 2,5% de indicações: comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão; encorajar a ingestão de líquidos, conforme apropriado, e encaminhar o paciente ao nutricionista conforme apropriado.

Atividades elencadas: tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário; remover o material inserido na lesão, se necessário; reforçar o curativo, se necessário; examinar a lesão a cada troca de curativo; encaminhar o paciente a médico especialista em feridas, conforme apropriado, foram mencionadas por um enfermeiro cada (2%).

Com o propósito de manter a integridade da pele do prematuro, propondo alternativas simples, porém inovadoras para prática tradicional, torna-se de suma importância a participação tanto do enfermeiro quanto da equipe multiprofissional, para que esta proposta de cuidados e tratamentos possa ser devidamente desenvolvida, implementada e dada continuidade (MARTINS; TAPIA, 2009).

Em neonatologia não se tem rotina prática de imersão da área afetada em produtos de qualquer natureza, não tendo sido encontrado registro nos estudos

encontrados. Talvez por ser atividade relacionada ao cuidado com lesões de maior especificidade. Entretanto, merece atenção a inserção da família neste contexto.

6.2 Atividades mapeadas para intervenção NIC: tratamento tópico

Observou-se no Quadro 8 que aplicar emolientes à área afetada foi relatado por 41 (98%) enfermeiros. Os emolientes são emulsões que contêm lipídios, amaciam e restauram a elasticidade e homeostase da pele e evitam a perda transepidermica de água. Deixam um filme lipídico que preenche os espaços entre os corneócitos, o que facilita a sua adesão ao nível do estrato córneo (FERNANDES; OLIVEIRA MACHADO, 2010).

Podem ser utilizados para restaurar a integridade de pele seca, descamação ou fissuras. Ao primeiro sinal de secura, fissuras ou descamação, aplique um emoliente cada 12 horas ou quando necessário. Escolha produtos sem perfumes, corantes ou conservantes, aplicando-o suavemente na pele, especialmente em RN com muito baixo peso, para evitar atrito. Observar o desenvolvimento de infecções sistêmicas, como infecções de *Staphylococcus coagulase-negativo*, especialmente em recém-nascidos com menos de 750g. Os emolientes podem interferir com a adesão de materiais adesivos (NGC, 2011).

Estudos demonstraram que a aplicação profilática de emoliente no RN prematuro pode aumentar o risco de infecções nosocomiais e por estafilococos coagulase-negativos e, por isso, não se recomendam o uso rotineiro profilático de emolientes em RN prematuros (AFSAR, 2009; CONNER; SOLL; EDWARDS, 2004).

Essa prática tem sido bem evidenciada nas unidades neonatais, contudo chama-se atenção do enfermeiro para que este esteja atento à composição destes produtos. Em virtude da fragilidade da pele do RN, o uso inadvertido pode ter um efeito contrário na pele do mesmo. Portanto, é necessário conhecer a formulação de tais produtos, assegurando-se de indicação precisa.

Aplicar curativo oclusivo transparente 27 (64%) sempre que necessário também obteve bom índice de citações. A aplicação da membrana semipermeável foi

predominante citada por 60% da população do estudo, indicada aplicação na primeira hora de vida após estabilização clínica em prematuros (peso < 1500g e IG <32s), para manutenção da temperatura, diminuir perdas eletrolíticas, manter a integridade da pele em locais de proeminências ósseas, em RN portador de derivação ventrículo-peritoneal, em cateter central.

Segundo Bhandari, Brodsky e Porat (2005), a membrana semipermeável caracteriza-se como adesivo acrílico hipoalergênico, que permite aderência somente à pele íntegra e não à superfície úmida. Possui propriedades elastomérica, distensível e fácil de ajustar-se a áreas de contorno do corpo. Os filmes são versáteis, podendo ser usados como cobertura primária e secundária, na fixação de cateteres vasculares, como proteção da pele íntegra e escoriações, melhorando o prognóstico dos RNPT (ROLIM *et al.*, 2010).

Estudo experimental realizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de maternidade pública, na cidade de Fortaleza-Ceará, investigou a eficácia do uso da membrana semipermeável na pele de 42 recém-nascidos pré-termos, constatando que a aplicação da membrana semipermeável logo após o nascimento mostrou melhora em relação à manutenção do sódio, cota hídrica, densidade urinária e glicemia dos recém-nascidos (GURGEL *et al.*, 2011). É constituída de adesivo acrílico hipoalergênico que permite aderência somente à pele íntegra, não aderindo à superfície úmida. Possui propriedades elastomérica, distensível, sendo fácil de ajustar a áreas do corpo (BHANDARI; BRODSKY; PORAT, 2005).

Usar técnica ou combinação de técnicas para reduzir as perdas transepidermicas por evaporação em prematuros com menos de 30 semanas de gestação; colocar o RN em incubadora humidificada em níveis de 70-90% durante os primeiros sete dias de vida, depois da primeira semana, diminui gradualmente de humidade relativa a 50%. Envoltórios plásticos não devem estar em contato com a superfície da pele por períodos prolongados. Aplicar adesivos semipermeáveis transparentes nas costas e abdômen para reduzir as perdas (NGC, 2011).

Uma das atividades muito sugeridas é o uso da membrana semipermeável na pele do RN, apesar de prática ainda não muito definida nas unidades. Contudo, devido

à sua versatilidade, a mesma tem aplicabilidade favorável a estes clientes. Uma variedade de marcas tem surgido do mercado, entretanto o enfermeiro deve ter objetivo definido quando da determinação de qual a mais adequada ao RN.

Quinze enfermeiros (36%) mencionaram a atividade evitar o uso de sabonete alcalino na pele e 13 (31%) a atividade proporcionar higiene íntima, sempre que necessário. É comum ver a preocupação dos profissionais de enfermagem em manter o RN higienizado, entretanto a aparência não deve ser prioridade neste cliente. É importante analisar antes de tudo a estabilidade clínica do RN.

Sabonete pode ser utilizado de duas a três vezes durante a semana, deve ter o pH neutro, não conter tintura e nem perfume. Já em pré-termos nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas, recomenda a utilização de água esterilizada morna para remoção dos fluidos corporais, pois esta não altera a flora da pele, e em pré-termo com menos de 26 semanas de idade gestacional, a utilização de água esterilizada é fundamental (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009), (IRVING, 2001).

Com relação ao banho, o *National Guideline Clearinghouse* (NGC) afirma que deve haver rotina de lavagem das mãos para funcionários e visitantes, antes de qualquer contato com o RN. É pertinente promover ambiente térmico neutro durante o banho para minimizar a perda de calor do RN. É importante manter a temperatura da água do banho agradável, se necessário utilizar termômetro para avaliar a temperatura da água antes do banho. Manter a temperatura ambiente entre 26-27 °C, com portas fechadas para minimizar as correntes de ar e perda de calor por convecção. Usar toalhas pré-aquecidas para secagem. Usar precauções universais, incluindo a utilização de luvas após o primeiro banho do neonato. Quando necessário, utilizar produtos de limpeza de pele com o mínimo de formulação irritante (pH neutro = pH entre 5,5 - 7,0).

Destacando o primeiro banho, deve ser realizado somente após estabilidade térmica e cardiorrespiratória do RN, que pode demorar 2-4 horas, sendo que a duração do banho tão curta quanto possível. RN com alterações significativas na integridade da pele podem ser banhados em água estéril previamente aquecida. Segundo o NGC, o banho não é um procedimento inócua, não estando os benefícios do banho diário claramente justificados. Em circunstâncias normais, os neonatos não precisam ser

banhados com muita frequência, deve-se avaliar e considerar a individualidade de cada RN. Em se tratando de prematuros com menos de 32 semanas de gestação, limpe cuidadosamente a superfície da pele apenas com água morna durante a primeira semana de vida, use materiais leves como bolas de algodão, evite esfregar a pele, a água pode ser espremida sobre a pele durante a higiene (NGC, 2011).

O banho do neonato visa remover resíduos presentes na pele e reduzir sua colonização. Porém, nem sempre ele produz resultados benéficos (CUNHA, PROCIANOY, 2006). Liaw, Yang, Yuh e Yin (2006) realizaram estudo para analisar os efeitos do banho em prematuros, e apontaram que o banho rotineiro, além de atrapalhar o repouso do RN, é favorável ao estresse deste. Portanto, a frequência elevada de banhos, não foi considerada tão benéfica principalmente para os prematuros.

Entretanto, a higiene é considerada eficaz para prevenção de dermatite de fraldas em recém-nascidos. Dermatite de fralda é causada por hiperhidratação da pele, maceração, contato prolongado com urina e fezes. Os sinais e sintomas estão restritos na maioria dos indivíduos com a área coberta pela fralda (RUNEMAN, 2008).

Manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama foi relatado por nove (21%) enfermeiros. Em Neonatologia, pode-se adaptar para berços ou incubadoras, já que não se utiliza cama no mobiliário. Esta atividade relata a preocupação em se aliviar ou evitar incômodo, dor ou até mesmo potencializar alguma lesão previamente existente na pele do RN.

Dez (24%) enfermeiros mencionaram aplicar agente anti-inflamatório tópico na área afetada, conforme apropriado. Aplicar agente antifúngico tópico na área afetada, conforme apropriado e examinar diariamente a pele em pessoas com riscos de degradação foram mencionadas por sete (17%) enfermeiros.

O uso dos produtos tópicos, como anti-inflamatórios ou antifúngicos, gera polêmica quanto à aplicação diante das rotinas hospitalares. Em alguns casos, os enfermeiros têm autonomia para sua aplicação, em outros são controlados pelo serviço de farmácia, sendo liberado com prescrição médica. Estes devem ser utilizados com critério, estando o enfermeiro realmente convicto de sua eficácia.

Ao ser identificada dermatite da fralda complicada por *Candida albicans*, o tratamento tópico inclui o uso de pomadas ou cremes antifúngicos sob orientação de um profissional capacitado. A utilização de pós é desnecessária e não é recomendada.

Quanto à dermatite de fraldas, o NGC pontua a troca de fraldas com frequência, evitando a fricção na pele, cuidadosamente, utilização de produtos com base de petrolato ou óxido de zinco, preferência a formulações que contêm menos aditivos, tais como perfumes e conservantes, evitar esfregar a barreira desligado durante a limpeza, evitar o uso de produtos que contenham substâncias químicas com potencial de toxicidade absorvido através da pele, tratar escoriações pele do contato dermatite irritativa de fraldas, proteger a pele lesada com aplicação de espessura de creme de barreira ou de pasta, tal como o óxido de zinco.

As fraldas, preferencialmente, as descartáveis super absorventes, são as que tem maior capacidade de manter seca a área correspondente, devem ser trocadas com frequência (ORANGE, 2000).

O papel do enfermeiro na UTIN é fundamental, uma vez que ele se dedica ao paciente, exercendo funções específicas na adaptação do RN à vida extrauterina, por meio da manutenção do equilíbrio térmico, quantidade de umidade, luz, som e estímulo cutâneo adequado.

O *National Guideline Clearinghouse* (2011) recomenda que a pele do RN seja avaliada diariamente, sugere o uso de um instrumento de avaliação válido e confiável para fornecer medida objetiva da condição da pele. Segundo o mesmo, devem-se identificar fatores de risco para lesão da pele com base na avaliação individual do paciente, determinar as causas potenciais de ruptura da pele, como queimaduras, abrasões, remoção de adesivos, dermatite de fraldas, úlceras por pressão ou infecção e ao ser observado lesões cutâneas com indícios de infecção, o enfermeiro ou médico deve ser comunicado imediatamente.

De igual forma, é fundamental a observação constante do quadro clínico, através do exame físico, monitorização dos sinais vitais e emprego de procedimentos de assistência especial, administração da alimentação adequada para suprir as

necessidades metabólicas dos sistemas orgânicos em desenvolvimento (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009).

Massagear ao redor da área afetada foi uma atividade mencionada por seis (14%) enfermeiros. Foram constatadas algumas atividades mencionadas em menor quantidade: aplicar lubrificante aos lábios hidratados e mucosa oral, sempre que necessário; aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado; aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado; aplicar antibiótico tópico à área afetada, conforme apropriado, e documentar o grau de degradação da pele, mencionadas por cinco (12%) enfermeiros.

Quatro (10%) indicaram aplicar dispositivo de ostomia com tamanho exato, sempre que necessário. Três (7%) afirmaram evitar o uso de roupas de cama com textura áspera e aplicar agente desbridante tópico à área afetada, conforme apropriado. Dois (5%) descreveram a atividade cobrir as mãos com luvas imobilizadoras, conforme apropriado, e adicionar umidade do ambiente usando umidificador, se necessário.

As demais atividades foram mencionadas por um (2%) enfermeiro: tirar esparadrapos e resíduos; oferecer suporte a áreas edemaciadas (p.ex., travesseiros debaixo dos braços), conforme apropriado; evitar providenciar aplicações de calor local; e iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal, sempre que necessário.

A sistematização, a padronização das condutas profissionais e a construção de protocolos para assistência do cuidado na pele do RNPT acarretarão redução do risco de variações indesejadas nas condutas, além de priorizar o cuidado individualizado e humanizado ao neonato (ROLIM *et al.*, 2008).

6.3 Atividades mapeadas para intervenção NIC: supervisão da pele

Analisando a intervenção supervisão da pele, a atividade mais evidenciada foi citada por oito enfermeiros (19%): examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, ao edema e à drenagem.

Realizar exame de pele requer preparo do enfermeiro diante de suas peculiaridades. Demanda ainda habilidades de observar, criticar, avaliar a pele e todas as mudanças nesta, devendo ser atividade de rotina deste.

Em proporções menores, observou-se: documentar mudanças na pele e mucosas (6,14%); monitorar cor e temperatura da pele (4,10%); monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões; e monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos (3,7%).

O simples ato de consignar estas informações remete a uma grandeza inquestionável. O registro deve ser para o enfermeiro prioridade em suas atividades. Também configura documentação permanente que proporciona a base para pesquisas. Apesar da afirmação é o enfermeiro o profissional que passa mais tempo com o paciente, muitas vezes configurar um clichê, seu conteúdo remete a uma responsabilidade indiscutível. Supervisionar a pele do RN exige compromisso e capacitação do enfermeiro.

Dois enfermeiros (5%) mencionaram: observar as extremidades quanto à cor, ao calor, ao inchaço, aos pulsos, à textura, ao edema e às ulcerações; examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado; monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas; examinar as roupas quanto à compressão; e instituir medidas de prevenção de mais deterioração.

Também um enfermeiro (2%) mencionou monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios, e outro monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito.

Os cuidados supracitados demonstram a prática diária dos enfermeiros ao cuidar do RN. Percebeu-se que o quantitativo de atividades sugeridas pelos enfermeiros relativos à intervenção supervisão da pele foi baixo, vista a importância

deste ato, além de baixo custo e tecnologia acessível. Para supervisionar, é necessário que o enfermeiro saiba analisar, orientar, para poder definir os resultados esperados, neste caso manter a integridade da pele e das mucosas.

As atividades da intervenção supervisão da pele configuram um meio para se atingir a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem. Estas requerem atitudes que remetem à observação, ao registro e à tomada de decisões. Estas atividades, muito além de um simples olhar, antecipam muitas vezes algo indesejável, iatrogenias no ambiente neonatal.

De acordo com a descrição das atividades dos profissionais pesquisados, pôde-se observar que no contexto geral, eles eram conhecedores do cuidado direcionado ao RN, entretanto estes dados estão muito fragmentados. No todo, eles se complementam descrevendo a maioria das atividades indicadas pela NIC. No entanto, não há uniformidade nos dados, algo realmente consolidado, falta determinação de um padrão ao atendimento do RN com integridade da pele prejudicada.

A padronização das atividades é um marco no atendimento de enfermagem, não se pode conceber que profissionais que assistem ao mesmo tipo de clientela, possam desenvolver atividades distintas relacionadas ao mesmo objeto de trabalho. Não se pode fornecer garantia de atendimento ao RN, quando os profissionais que o atendem não procuram desenvolver as mesmas atividades.

6.4 Atividades sugeridas pela NIC mais realizadas, segundo opinião dos enfermeiros, para o RN com integridade da pele prejudicada

Após descrição das atividades, os enfermeiros tiveram acesso ao Apêndice D que continha uma relação das atividades sugeridas pela NIC para o diagnóstico proposto, para que pudessem identificar a frequência de sua utilização no ambiente de trabalho neonatal.

Com isso, observou-se nas Tabelas 3-8, as quais dispõem sobre as atividades de enfermagem julgadas pelos enfermeiros das UTIN com base na NIC e com maior índice de média ponderal (>0,79) para as intervenções cuidado com lesões, tratamento

tópico e supervisão da pele, que não foram citadas pelos referidos enfermeiros muitas dessas atividades no primeiro momento da coleta, quando se investigou primeiramente as atividades desenvolvidas por elas na unidade neonatal antes do contato com o instrumento direcionado da NIC pela pesquisadora.

Em relação às atividades, dada a similaridade das ações dentre as intervenções, percebeu-se que algumas atividades consolidaram-se como realizadas pelos enfermeiros no cuidado do RN, estando em destaque com maior média e citação.

Destaca-se a Tabela 3 (média ponderal entre 0,8 e 1) que dispõe das atividades no cuidado com lesões para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada: aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão; manter técnica asséptica durante realização; trocar curativos, conforme a quantidade de exsudato e drenagem; limpar com soro fisiológico ou substâncias não tóxicas; posicionar o paciente, de modo a evitar tensão sobre a lesão e reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas. Estas atividades coincidem estar dentre as mais registradas, refletindo rotinas constantes pelos enfermeiros pesquisados.

Contudo, destaca-se dentre elas uma atividade que obteve média considerável, tendo sido descrita anteriormente por apenas um enfermeiro: examinar a lesão a cada troca de curativo. Esta realidade corrobora a prática do enfermeiro neonatologista diante do RN com integridade da pele prejudicada. Estaria intrínseco na realização de um curativo o exame acurado da lesão na pele do RN pelo enfermeiro, buscando possíveis alterações, sempre que efetivado. Há evidências de que muitas alterações cutâneas podem ser detectadas pelo enfermeiro durante a realização do exame físico, da higiene, passagem de cateteres, entre outros procedimentos (BRANDÃO, 2006).

O fato de esta atividade ter sido descrita por apenas um enfermeiro e, posteriormente, reconhecida como realizada, alerta para um aspecto observado nas unidades neonatais, delegar atividades a outros membros da equipe, entretanto não se pode perder a compreensão do todo e as atribuições de cada membro.

Na realidade, algumas instituições possuem equipes cada vez mais especializadas em prevenção e tratamento de lesões, isto é, estomoterapia direcionada à neonatologia. Observa-se em determinadas situações enfermeiros que se omitem de

examinar a lesão, deixando a responsabilidade para o referido profissional. Não se pretende julgar tal conduta, entretanto o exame da lesão durante a troca de curativo não pode ser negligenciado, mesmo quando solicitado parecer de outro profissional, o enfermeiro responsável pela assistência ao RN deve participar e compartilhar informações durante a avaliação, reconhecendo seus limites e buscando auxílio quando necessário.

Deve-se estar atento ao exame físico, para não omitir dados importantes para terapêutica do RN, pois a pele contém informações sobre a circulação e as condições nutricionais o corpo, além de sinais sobre doenças sistêmicas e dados sobre o próprio tegumento (JARVIS, 2002), (TAMEZ, 2010).

É sabido que a atividade (examinar) requer do enfermeiro conhecimento científico, habilidade técnica, raciocínio clínico e, em determinadas situações, apoia-se também em opiniões de outros profissionais para tomada de decisão. Portanto, as ações do enfermeiro devem estar respaldadas com argumentos pertinentes.

Com relação ao exame físico, é fundamental que seja realizado sempre que indicado, uma vez que o recém-nascido apresenta uma série de alterações fisiológicas e físicas. O enfermeiro deve reconhecer achados de normalidade e anormalidade no RN, a fim de proporcionar adaptação favorável ao bebê. A avaliação física completa não deve ser realizada nas primeiras horas após o nascimento, pois isto deixa o RN bastante estressado. Este deve ser realizado quando o RN estiver mais estável, geralmente 12 a 24h após o nascimento (REIS, SANTANA; ARAUJO, 2012).

Contudo, é primordial uma avaliação detalhada, objetivando verificar a integridade da pele. Esta atividade configura um momento de grande expectativa, podendo o enfermeiro evidenciar importantes alterações. Pois, quando há detecção de lesão na pele, há indicação do exame diário, para que se possa realizar acompanhamento de sua evolução ou involução.

As atividades consideradas de apoio no cuidado com lesões para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada evidenciadas na Tabela 4 (média ponderal entre 0,51 e 0,79), apontadas em menor índice como realizadas pelos enfermeiros, revelam: oferecer cuidados no local da incisão; documentar local, tamanho e aspecto da lesão;

monitorar características da lesão; usar unguentos; oferecer cuidados na úlcera de pele e remover curativos e adesivos. Entretanto, atividades como: comparar e registrar mudanças na lesão foi citada somente por dois enfermeiros e, por apresentar semelhança a outras atividades, a maioria dos enfermeiros não as citou no momento da descrição das atividades, apesar de sua pertinência no cuidado diário ao RN.

Quanto à atividade reforçar o curativo, se necessário, ter sido descrita por apenas um enfermeiro, compreende-se que esta prática não é estimulada em Neonatologia. O curativo, quando avaliado e confirmado necessidade de troca, é indicado que o seja realizado, pois o simples ato de reforçar o curativo pode gerar transtornos ao RN. O mesmo pode perder um cateter ou, ainda, tornar-se uma fonte de infecção, configurando uma iatrogenia.

Corroborando este pensamento, Sharp (2008) afirma que a avaliação e a manutenção do curativo do cateter são essenciais na diminuição dos riscos de infecção, atuando como barreira à entrada de micro-organismos na corrente sanguínea e de complicações iatrogênicas, como a retirada acidental do dispositivo, flebites e trombozes. A técnica de troca do curativo deve manter a assepsia, entretanto, deve incorporar as características especiais de cada faixa etária. No caso do neonato, além da técnica asséptica, o profissional deve considerar o nível de atividade, conforto, posicionamento, integridade da pele delicada, e segurança na preparação e manipulação do sítio de inserção.

A fixação do curativo é um importante fator, pois permite que o mesmo permaneça oclusivo até a próxima troca e, desta forma, impeça a colonização do óstio e saída do cateter. Considera-se que as características da pele de cada pessoa podem interferir na qualidade de fixação, pois clientes que possuem pele oleosa apresentam maiores dificuldades de fixação dos curativos em geral, independente do material utilizado (Pedrolo *et al.*, 2011).

A manipulação mínima faz-se necessária pela facilidade com que pode ocorrer o deslocamento acidental do cateter durante a troca do curativo, além de assegurar menor trauma na epiderme do neonato, mantendo a integridade cutânea muitas vezes

comprometida pela própria imaturidade do sistema (RODRIGUES; CHAVES; CARDOSO, 2006).

Em relação à atividade orientar o paciente e a família sobre procedimento de cuidado com a lesão e ainda orientar o paciente e a família sobre sinais e sintomas de infecção, destaca-se que não foram descritas inicialmente por nenhum enfermeiro. No entanto, foram identificadas como realizadas por eles quando conveniente.

Provavelmente, diante de atitudes de estimulação da inclusão da família, tornando-a participante do processo de recuperação do RN, percebe-se esta atividade como inevitável na unidade neonatal. O enfermeiro interage constantemente com os pais durante a internação do RN, talvez não estando consciente do grau desta interação.

Assistir a família do RN hospitalizado é uma necessidade e função do enfermeiro. Características peculiares deste papel incluem a habilidade de reconhecer e conviver com a família na situação de doença, incluindo-a no planejamento do cuidado neonatal, bem como respeitando suas decisões em relação ao tratamento. As orientações constituem-se como elemento fundamental e indispensável aos familiares que têm seus filhos no contexto de uma UTIN (OLIVEIRA; ORLANDI; MARCON, 2011). É imperativo a necessidade da construção e implementação de novos modelos de assistência ao recém-nascido.

O conviver com a família na unidade neonatal é inevitável, o acolhimento dos pais faz parte da rotina diária do profissional. Como não participá-los diante de alguma alteração na pele do RN? Como não interagir com os mesmos diante de lesões muitas vezes agressivas a seu entendimento? O enfermeiro deve estar preparado a trabalhar com RN malformados, portadores de problemas congênitos, como também lesões ocorridas decorrente de um cuidado, ou mesmos aquelas lesões inevitáveis. Não se questiona a causa, entretanto, justifica-se a pertinência da orientação aos pais, para que se possa desenvolver um ambiente mais acolhedor, como também conquistando um aliado no processo de recuperação do RN.

Os resultados da Tabela 5 (média ponderal entre 0,8 e 1) mostram as atividades para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada relacionadas ao

tratamento tópico: manter limpas, secas e sem vincos as roupas de cama; aplicar curativo oclusivo transparente; proporcionar higiene íntima; aplicar antibiótico tópico à área afetada e aplicar emolientes à área afetada. Visualizam-se atividades citadas como realizadas pelos enfermeiros, embora em menor quantidade.

Particularizando o uso de emolientes, conforme explicitado, como uma das atividades, estes são muito utilizados em Neonatologia, pois com eles é possível reduzir a perda de água e impedir o ressecamento da pele. Também atuam como uma barreira ao meio ambiente, impedindo a penetração de partículas irritantes na epiderme, criando uma película lipídica protetora (GREEN, 2011).

Merece atenção do enfermeiro a escolha do emoliente adequado ao RN, considerando as características da pele, a idade gestacional, a composição do produto, não somente o aspecto econômico a que são constantemente direcionados nas instituições.

Green (2011) afirma que a terapia com emoliente tem apresentado ótimos resultados em lesões de pele, destacando também a importância do uso individualizado do produto. O mesmo deve ser utilizado com critérios, sendo recomendado, mesmo depois da melhora, pois a frequência e quantidade da aplicação é muitas vezes subestimada quando se observa boa evolução da lesão. Para garantir um resultado ótimo, deve-se evitar qualquer interrupção no tratamento.

No que se refere à higiene íntima, tem-se como cuidado essencial que deve ser realizado de acordo com a necessidade, algumas vezes constante, requerendo cautela e atenção do enfermeiro. O simples ato de negligenciar esta prática pode iniciar um processo de dermatite que será doloroso para o paciente, neste caso o RN.

A área de fralda deve ser limpa e seca suavemente com material delicado para evitar qualquer atrito excessivo na pele do RN. Não se deve forçar a retirada de resíduos, urina ou fezes que estejam aderidos a pastas ou pomadas, podendo ser utilizado óleo para facilitar a retirada (HUMPHREY; BERGMAN, 2006; SHIN, 2005; BORKOWSKI, 2004).

Dentre as atividades da Tabela 6 (média ponderal entre 0,51 e 0,79), as atividades de apoio para o diagnóstico Integridade da pele prejudicada relacionadas ao

tratamento tópico, observaram-se em destaque: aplicar agente antifúngico tópico na área afetada; examinar diariamente a pele em pessoas com riscos de degradação; documentar o grau de degradação da pele; aplicar as fraldas mais frouxas; evitar o uso de sabonete alcalino na pele; aplicar agente anti-inflamatório tópico na área afetada; e evitar o uso de roupas de cama com textura áspera.

Para higienização corporal de rotina, o banho diário com sabão é desencorajado. Deve-se selecionar barras de limpeza suave ou produtos de limpeza líquidos que tenham um pH neutro, com preferência para aqueles com segurança comprovada de acordo com o perfil do RN. Banho somente com água pode ser alternado, usando produtos de limpeza.

O uso de sabonetes, produtos relativamente fortes, pode prejudicar a pele delicada deste. Portanto, recomendam-se evitar tais produtos, os enfermeiros mostraram estar ciente deste aspecto. Percebeu-se também a preocupação com aplicação de agentes antifúngicos e anti-inflamatórios nas lesões, o que se configura com certa frequência na rotina do enfermeiro, não devendo o mesmo ser usado de forma aleatória.

Confrontando os achados referidos previamente pelos enfermeiros, os dados das Tabelas 5 e 6 relacionadas ao tratamento tópico confirmar sua utilização na UTIN. Todas as atividades julgadas pelos enfermeiros pertinentes a esta intervenção foram mencionadas por eles quando solicitado por escrito, o que reafirma a priorização de atividades concretas, com intervenção direta do enfermeiro.

Dentre as atividade com maior media ponderal da tabela 7 (entre 0,8 e 1), as atividades julgadas pertinentes relacionadas à supervisão da pele foram: observar as extremidades quanto à cor, ao calor, ao inchaço, aos pulsos, à textura, ao edema e às ulcerações; monitorar cor e temperatura da pele; e examinar a condição da incisão cirúrgica.

É relevante destacar que todas as atividades relacionadas à supervisão da pele, tabelas 7 e 8 relacionadas a monitorar, examinar, observar, dentre outros verbos, foram descritas por poucos enfermeiros. No entanto, no momento de identificar como atividade sugerida pela NIC, essas tiveram maior ênfase.

Na Tabela 8 (média ponderal entre 0,51 e 0,79), como atividades julgadas de apoio relacionadas à supervisão da pele obtiveram-se: examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, edema e à drenagem; monitorar a pele quanto ao ressecamento e à umidade excessivos; controlar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas; fiscalizar a pele quanto a exantemas e abrasões; observar aparecimento de fontes de pressão e atrito; documentar mudanças na pele e mucosas; monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios; e instituir medidas de prevenção de mais deterioração

Durante a avaliação, o enfermeiro deve olhar para qualquer dano, hematoma ou fissura na pele ou alteração na cor. Se houver quaisquer áreas avermelhadas nas proeminências ósseas, verificar se a área avermelhada não desaparece quando pressionado dedo do examinador, que pode ser indicação de risco de lesão por pressão (JONES, 2012).

É essencial que o enfermeiro estabeleça prioridades em seu plano de atividades e consiga discernir a atividade indicada em determinado momento do atendimento ao RN. As atividades de monitoração requerem conhecimento específico, do fisiológico e do patológico que muitas vezes são detalhes sutis, que direcionam o cuidado. Pequenas mudanças na pele e mucosa do RN podem ser sugestivas de grandes problemas. Estar atento a estas nuances é papel do enfermeiro, valorizar estas atividades é inevitável quando se pretende oferecer um cuidado diferenciado em uma UTIN com recém-nascidos com integridade da pele alterada. Estas observações devem ser comunicadas, registradas de forma verbal e escrita, para que se possa favorecer tratamento adequado, quando indicado. Para Luz, Martins e Dynewicz (2009), a anotação no prontuário do paciente é um ato jurídico. Referem-se aos dados necessários a uma comprovação legal, devendo conter informações sobre ações e suas características e ainda realizadas por todos os profissionais.

Nesse sentido, o ato de documentar mudanças configura uma atividade imprescindível no cuidado com RN com integridade da pele prejudicada, atividade que muitas vezes não priorizada pelo enfermeiro. É discutível sua relevância para o acompanhamento da evolução das mudanças identificadas na pele do RN, devendo ser

rotina diária de todo profissional e não apenas realizada quando houver tempo. O prontuário constitui documento individual do paciente, que deve ser preenchido de forma adequada, de modo a atender às necessidades voltadas exclusivamente ao RN.

6.5 Atividades citadas pelos enfermeiros revisadas e refinadas pelos *experts* após mapeamento

Quanto às atividades elencadas como realizadas pelos enfermeiros em sua rotina de trabalho, revisadas e refinadas pelos *experts*, após o mapeamento realizado, percebeu-se que no que se refere à intervenção cuidado com a pele, houve sugestão de alteração para uma melhor aplicação das atividades em 13 casos, ficando nove atividades com a nomenclatura NIC.

Por sugestão, teve-se alteração da atividade: tricotomizar ao redor da área afetada, se necessário, para tricotomizar ao redor da área afetada o estritamente necessário. A princípio pode parecer que não houve alteração na frase, sendo este realmente o sentido deste refinamento, não se pretende alterar a atividade, apenas deixá-la mais individualizada, personificada ao RN.

A distância entre tricotomizar se necessário e tricotomizar o estritamente necessário tem para o enfermeiro significado singular, não obstante para a mãe quando o percebe. Estudo realizado em uma UTIN com 50 mães, com objetivo de avaliar a percepção das mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal, quanto à terapia intravenosa, evidenciou uma das principais preocupações e incômodo destas foi o fato de ter sido realizada tricotomia no RN, muitas vezes além do local pretendido para punção, gerando insatisfação das mães em relação a equipe de enfermagem (LIMA, 2012).

Outra sugestão de alteração dos *experts* foi: encaminhar o paciente ao nutricionista conforme apropriado, atividade sugerida: verificar o estado nutricional do RN e registrar alterações. Conforme vivência em Neonatologia, o RN quando apresenta alteração nutricional é avaliado e acompanhado pelo neonatologista. Não se teve acesso a nenhum registro, neste estudo, ou programa de acompanhamento e encaminhamento de RN a nutricionista. Portanto, a indicação de alteração da atividade

foi pertinente, pois as alterações evidenciadas e registradas fornecem a equipe subsídios para uma assistência de melhor qualidade.

Na intervenção tratamento tópico, 14 atividades foram sugeridas, permanecendo 10 com a nomenclatura NIC. Dentre estas atividades, teve-se aplicar as fraldas mais frouxas, conforme apropriado, indicada alteração para aplicar as fraldas de tamanho adequado ao peso do RN.

Minimizar os efeitos deletérios ou minimizar traumas e até preveni-los deve ser prioridade no cuidado do neonato. O simples fato de se utilizar fraldas adequadas remete o enfermeiro a uma assistência individualizada, considerando que no mercado não há material totalmente exclusivo para o atendimento do prematuro ou do bebê de baixo peso, sendo necessário muitas vezes o enfermeiro improvisar a adequação das fraldas, transformando até mesmo uma fralda em duas, de acordo com o cliente. Isto porque a fralda mais frouxa poderia até mesmo traumatizar a pele, dependendo do material e atividade corporal do bebê.

Outra atividade mencionada foi tirar esparadrapos e resíduos, sendo sugerido alterar para retirar esparadrapos aderidos na pele com produto adequado. Tendo em vista, que esta somente será indicada em última opção de tratamento, pois com RN não se deve estimular a retirada de qualquer adesivo na pele.

A intervenção supervisão da pele obteve três sugestões de alteração e oito inalteradas em suas atividades. Em relação à atividade examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado, foi sugerida mudança para examinar e registrar condições de incisões, visto que este termo ficaria mais generalizado e não restringindo apenas à condição cirúrgica, embora se tenham constatadas algumas cirurgias sendo realizadas nas unidades neonatais que dispõem de suporte técnico e pessoal especializado, como cirurgias cardíacas, oftalmológicas e correções de malformações genéticas.

Outra alteração sugerida foi na atividade monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas para monitorar sinais flogísticos. Isso facilitaria e ampliaria a utilização desta atividade, pois sua frequência é constante neste ambiente.

As sugestões norteiam as atividades do enfermeiro, direcionando a uma maior especificidade de suas ações. Não houve alteração do sentido dos verbos mencionados, somente adaptação à clientela destinada, favorecendo maior compreensão e aplicação da atividade. Pode-se dizer até que configura uma forma de humanizar o cuidado ao RN, proporcionando maior visibilidade do mesmo diante dos profissionais.

Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), afirmam que as atividades de uma intervenção podem ser modificadas ao serem utilizadas com os pacientes para melhor refletirem as necessidades de cada situação, devendo permanecer padronizado o título e a definição da intervenção, contanto que as modificações não sejam tão acentuadas a ponto de tornar a lista original das atividades NIC irreconhecível. Reconhecendo assim que as pessoas são únicas e podem precisar de diferentes abordagens.

Observa-se que este sentido harmônico das atividades sugeridas pode ser percebido nas indicações dos *experts*. Pequenos ajustes que individualizam e direcionam o cuidado a neonatologia. É pertinente destacar que as sugestões foram indicadas por 33% dos *experts*, 67% não sugeriram qualquer adaptação das atividades. Pode-se inferir que estas propostas possam ser alvo de estudos futuros, para sua consolidação.

Consideraram-se pertinentes as observações dos *experts*, visto que todos tinham conhecimento do DE Integridade da pele prejudicada, embora nem todos tivessem prática em neonatologia. Ademais, as atividades redirecionadas à neonatologia oferecem maior visibilidade, direcionando o cuidado de enfermagem.

Explicitou-se nesta pesquisa que para prescrever as atividades de enfermagem para o RN com integridade da pele prejudicada, é vital que o enfermeiro tenha preparo adequado, seja qualificado em sua unidade de trabalho. O conhecimento da patologia é tão importante quanto à ciência do que é considerado normal, ou do que é esperado. O processo torna-se harmonioso e agradável quando se tem consciência do que buscar.

As atividades descritas pelos enfermeiros configuram-se pertinentes para serem realizadas na UTIN, tendo os enfermeiros se mostrado cientes da maioria das atividades NIC. No estudo em questão, os registros têm revelado habilidade com o RN

com integridade da pele prejudicada, com tendência a valorizar mais os procedimentos tecnicistas, relacionados ao cuidado com lesões e tratamento tópico, que mesmo aquelas atividades relacionadas à supervisão da pele.

Quando o enfermeiro realiza a atividade supervisionar a pele de paciente de alto risco na avaliação primária, ele identifica as lesões da integridade tecidual maiores, pois há um fluxo de sangue drenando dessas lesões, porém será na fase de avaliação secundária que ele observará a presença de petéquias, edemas, equimoses, hematomas escoriações, lacerações, perfurações e demais tipos de lesões na pele (CYRILLO , 2009). Avaliação da pele é uma parte integrante de pressão prevenção de úlceras e de todos os pacientes em risco ou com danos deve ter uma pressão de pele avaliação realizada e documentada em pelo menos uma vez por dia (NICE, 2005).

O ato de observar, monitorar, documentar, pertinentes à intervenção supervisão da pele, nem sempre é priorizado por profissionais, isto não significa que não o fazem. Notoriamente, quando se conhece a rotina de um enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva neonatal, percebe-se a sobrecarga de atividades diárias. Entretanto, estas atividades permeiam sua rotina. Estudo desenvolvido por Cardoso *et al.* (2010), com enfermeiros de uma UTIN, revelou dificuldades próprias da categoria, que estão centralizadas na escassez e inadequação de materiais, e a lacuna na qualificação profissional de nível técnico e superlotação das unidades.

É imprescindível que o enfermeiro assuma realmente o compromisso de desempenhar suas atividades da melhor forma possível, utilizando-se de todas as ferramentas disponíveis em seu ambiente de trabalho. Trabalhar em grupo, valorizando as decisões em equipe é fator contribuinte para um bom desempenho.

O saber na enfermagem deve perpassar por todos que tem acesso ao RN. Inferências sobre evidências induzem a uma tomada de decisão segura. Discorre-se sobre desenvolvimento de pensamento crítico, utilização de erros para ampliar o aprendizado, incremento do pesquisador intrínseco em cada profissional, iniciativas de educação em serviço, dentre outros, como forma de ampliar o conhecimento.

Não se pode afirmar que as atividades aqui encontradas são mais importantes ou não que outras. Elas se complementam em meio à complexidade, entretanto,

dependendo das condições clínicas do RN, tornam-se prioritárias em determinadas etapas do cuidar. É neste momento que o enfermeiro atua, discernindo o melhor caminho de cuidar.

Portanto, este cuidar deve ter baluarte seguro, pautado em evidências clínicas e quando possíveis validadas. Não se pode conceber que o cuidado com o RN com integridade da pele prejudicada seja fragmentado, realizado de diversas formas, seguindo o pensamento de profissionais de forma isolada.

Portanto, a criação de protocolos é um caminho a seguir, neste processo. Protocolos de cuidado com a pele que devem ser criados, testados e validados e sobretudo praticados por toda equipe que assiste o RN. Também o enfermeiro pode se utilizar do processo de enfermagem como meio para facilitar a obtenção dos objetivos previamente determinados. Provavelmente não se pode garantir que com uso do protocolo ou aplicação da SAE não haverá RN com integridade da pele prejudicada. Contudo, esta prática validará ainda mais o cuidado do enfermeiro diante do RN.

Pode-se destacar também que neste caminhar, a participação dos líderes de equipes: gerências, coordenações e chefias podem contribuir de maneira significativa neste processo, facilitando o acesso dos profissionais ao conhecimento, promovendo educação em serviço, estimulando os enfermeiros a participar de cursos e qualificações que possam contribuir com a excelência do cuidado ao RN.



Conclusões

7 Conclusões

Para análise do uso das intervenções propostas pela *Nursing Intervention Classification* indicadas para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada em uma UTIN, o conhecimento de algumas lesões referidas pelos enfermeiros como ocorridas nas unidades foi um acréscimo ao estudo, sendo estas: mielomeningocele 42 (100%); assadura 40 (95%); hematoma 39 (93%); infiltração 38 e gastrosquise 38 (90%).

Ao realizar o mapeamento cruzado, observou-se que das 75 atividades sugeridas na NIC para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada, foram identificadas correspondência de 57 atividades indicadas pelos enfermeiros pesquisados. Dentre estas, as mais citadas, compiladas, referidas como realizadas cotidianamente para com os recém-nascidos foram:

- Cuidado com lesões: aplicar um curativo adequado ao tipo de lesão; reposicionar o paciente pelo menos a cada duas horas, conforme apropriado; posicionar o paciente, de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado; remover curativo e fita adesiva; monitorar as características da lesão, inclusive drenagem, cor, tamanho e odor; limpar com soro fisiológico ou substância não tóxica, conforme apropriado; manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado; e trocar o curativo, conforme a quantidade de exsudato e drenagem.

Das 27 atividades sugeridas pela NIC para intervenção cuidado com lesões, cinco atividades foram retiradas por não terem sido mapeadas das atividades citadas pelos enfermeiros.

- Tratamento tópico: aplicar emolientes à área afetada; aplicar curativo oclusivo transparente sempre que necessário; evitar o uso de sabonete alcalino na pele; proporcionar higiene íntima, sempre que necessário; aplicar agente anti-inflamatório tópico na área afetada, conforme apropriado; e examinar diariamente a pele em pessoas com risco de degradação.

Das 34 atividades NIC sugeridas para essa intervenção, sete atividades foram retiradas por não terem sido mapeadas das referidas pelos enfermeiros e quatro foram retiradas por serem semelhantes a atividades de cuidado com lesões (evitar viés).

- Supervisão da pele identificaram-se as atividades: examinar a pele e as mucosas quanto à vermelhidão, ao calor exagerado, ao edema e à drenagem; documentar mudanças na pele e mucosas; monitorar cor e temperatura da pele; controlar a pele quanto a exantemas e abrasões; e observar a pele quanto ao ressecamento e à umidade excessivos.

Das 14 atividades propostas pela NIC, para intervenção supervisão da pele, duas não foram mapeadas.

Após submissão do mapeamento realizado à avaliação por enfermeiros peritos, fora sugerido que das 22 atividades de cuidado com a pele, 13 permaneceriam com a nomenclatura NIC. Com relação ao tratamento tópico, 23 atividades tiveram discretas alterações e 10 permaneceram inalteradas. Relativo à supervisão da pele, três foram modificadas e nove atividades mantiveram a nomenclatura NIC.

Constatou-se ainda número restrito de pesquisas desenvolvidas na área da neonatologia e publicadas até a finalização deste estudo. Talvez pela especificidade da especialidade e a Neonatologia ser considerada ramo relativamente novo, a cada dia desbravando novas descobertas. Procurou-se verificar a evidência das atividades na realidade atual, mais especificamente em três hospitais de referência ao atendimento neonatal na cidade de Fortaleza, segundo ações desenvolvidas por enfermeiros devidamente qualificados para tais atividades, considerando que o sistema de classificação NIC fora elaborado em país distinto, com características próprias.

Configurou-se como limitações do estudo a recusa de alguns enfermeiros em participar da pesquisa, devido ao tempo disponível, quantidade de atividades a eles determinadas e o número reduzido de profissionais, visto que em todas as visitas realizadas para coleta de dados, as unidades estavam com sua capacidade máxima de lotação e em alguns casos, superlotação. Outro aspecto relevante foi a escassez de *experts* em Neonatologia com disponibilidade para avaliação do mapeamento, visto a

maioria estar sobressaltados de atividades inerentes aos serviços ou de ordem particular, ou mesmo por ser essa área muito específica.

Entretanto, acredita-se que após análise dos dados elencados, os resultados aqui explicitados permitirão ao enfermeiro refletir que as intervenções propostas pela *Nursing Interventions Classification* indicadas para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada em uma UTIN são aplicáveis na Neonatologia, exigindo comprometimento da equipe.

A equipe de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, tem papel fundamental neste contexto, na busca pela excelência do cuidado ao RN. Ante o compromisso e a disponibilidade da utilização do processo de enfermagem, perpassa a necessidade de algumas habilidades, como capacitação técnica, aplicação de princípios éticos, desenvolvimento de pesquisa baseada em evidências, utilizando princípios de humanização.

É essencial que os enfermeiros usem, diante de suas atividades, busquem estratégias de melhor cuidar do RN para tomada de decisões, utilizando sua prática diária, desenvolvendo raciocínio crítico, com embasamento na literatura existente. Diante dos vários estudos evidenciados, consideram-se as intervenções propostas pela NIC indicadas para o diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada um diferencial, para um cuidado individualizado.

Ao término deste estudo, concluiu-se ser possível a utilização da NIC como terminologia padronizada para descrever os cuidados de enfermagem prescritos, uma vez que essa classificação mostrou-se adequada à realidade da UTIN. Sugere-se, então, a realização de outros estudos para que se possa validar as atividades alteradas e consolidar sua aplicabilidade.



Referências

REFERÊNCIAS

- ADAM, R. Skin care of the diaper area. **Pediatr Dermatol**. n.25, p.427-433, 2008.
- ADRIANO, L.S.M.; FREIRE, I.L.S.; PINTO, J.T.J.M. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. n.11, v.1, p.173-180, 2009.
- AFSAR, F.S. Skin care for preterm and term neonates. **Clin Exp Dermatol**, v.34, n.8, p.855-858, 2009.
- ALFARO-LEFEVRE, R. A. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- ALLWOOD, M. **Skin care guidelines for infants aged 23–30 weeks' gestation: a review of the literature**. **Neonatal, paediatric and child health nursing**, v.14, n.1, p.20-27, 2011.
- ALMEIDA, M.A.; PERGHER, A.K.; CANTO, D.F. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Editorial, v.1, n.18, [08 telas], 2010.
- ANDRADE, L. T. **Validação das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de mobilidade física prejudicada nos lesados medulares**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
- _____. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Neonatal skin care. **Evidence-based clinical practice guideline**. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; 2001.
- AVERY, G. B.; FLETCHER, M. A.; MACDONALD, M. G. **Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido**. 4.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- BARROS, A.L.B.L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul Enferm**. n. 22 (Especial - 70 Anos), p.:864-867, 2009.
- BERGSTROM, A.; BYARUHANGA, R.; OKONG, P. The impact of newborn bathing on the prevalence of neonatal hypothermia in Uganda: a randomized, controlled trial. **Acta Paediatr**. v.94, n.10, p:1462–1467, 2005.
- BHANDARI, V.; BRODSKY, N.; PORAT, R. Improved outcome of extremely low birth weight infants with tegaderm application to skin. **J Perinatol**, v.4, n.25, p:276-279, 2005
- BLINCOE, A. J. Caring for neonatal skin and common infant skin problems. **British Journal of Midwifery**, v.14, n.4, p.213-216, 2006.
- BORKOWSKI S. Diaper rash care and management. **Pediatr Nurs**, v.6, n.30, p:467-70, 2004.

BOUSSO, A.; TERRA, C.M.; MARTINS, F.R.P.; VAZ, F.A.C. Infecção hospitalar em recém-nascidos. **Pediatria** (São Paulo), v.17, n.1, p.11-37, 1995.

BRAGA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M. A Taxonomia II proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.2, p.240-244, 2003.

BRANDÃO, E.S. **Enfermagem em dermatologia**: cuidados técnico, dialógico e solidário. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: método mãe-canguru/Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BULECHEK, G.M; BUTCHER, H.K; DOCHTERMAN, J.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BUTLER, C.T. Pediatric Skin Care: Guidelines for Assessment, Prevention, and Treatment. **Pediatric Nursing**, v.32, n.5, 2006.

CARDOSO, S.N.M. *et al.* Desafios e estratégias das enfermeiras na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rene**, v.11, n.4, p.76-84, 2010.

CARDOSO, M.V.L.M.L. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem “integridade da pele prejudicada” em recém-nascidos no ambiente da unidade neonatal**. Anais 61º congresso Brasileiro de Enfermagem, 2009.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem**. 10. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

_____ CARTA DE OTAWA, 1996. Disponível em: <1996http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf> Acesso em: 30 ago, 2012.

CARTLIDGE, P. The epidermal barrier. **Semin. Neonatol**, v.5, n.4, p.273-280, 2000.

CARVALHO, E. C. Intervenções de enfermagem: alternativas em consolidação. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.17, n.5, p.601-602, 2009.

CARVALHO, E.C. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Editorial. v.18, n.4: [02 telas]. 2010.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev Eletr Enf**. Goiás. v.10, n.2, p.513-515. 2008.

CLOHERTY, J.P.; EICHENWALD, E.C.; STARK A.R. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

COENEN, A.; RYAN, P.; SUTTON, J. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the nursing interventions classification (NIC). **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v.8, n.4, p.145-151. 1997.

CONNER, J.M.; SOLL R.F.; EDWARDS, W.H. Topical ointment for preventing infection in preterm infants. **Cochrane Database Syst Rev**. CD.001150. 2004.

_____ RESOLUÇÃO COFEN N° 272/2002 - Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras

COHEN, B. A. **Dermatologia pediátrica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

COOKE, A *et al.* Use of oil for baby skincare: A survey of UK maternity and neonatal units. **British Journal of Midwifery**. v.19, n.6, 2011.

COSTA, R; PADILHA, M.I. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v.32, n.2, p.248-255, 2011.

CRAFT-ROSENBERG, M.; SMITH, K. Diagnóstico de enfermagem em educação in north american nursing diagnosis association internacional (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CUNHA, M.L.C.; MENDES, E.N.W.; BONILHA, A.L.L. O cuidado com a pele do recém-nascido. **Rev Gaúcha Enferm**. v.23, n.2, p.6-15, 2002.

CUNHA, M.L.C.; PROCIANOY, R.S. Banho e colonização da pele do pré-termo. **Rev Gaúcha Enferm**. v.27, n.2, p.203-208, 2006.

CYRILLO, R. M. Z. **Intervenções de enfermagem para situações de Volume de líquidos deficiente**: aplicabilidade da NIC no Atendimento Avançado Pré-hospitalar Móvel. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

DA CUNHA, M.L. *et al.* Effect of the first bath with chlorhexidine on skin colonization with *Staphylococcus aureus* in normal healthy term newborns. **Scandinavian Journal of Infectious Diseases**. v.40, p.615-620, 2008.

DARMSTADT, G. L.; DINULOS, J. G. Neonatal skin care. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, v.47, n.4, p.757-782, 2000.

DARMSTADT, G. *et al.* Effect of topical treatment with skin barrier-enhancing emollients on nosocomial infections in preterm infants in Bangladesh: a randomised controlled trial. **Lancet**. v.365, n. 9464, p.1039-1045, 2005.

DARMSTADT, G.L. *et al.* Effects of topical emollient treatment of preterm neonates in Bangladesh on invasion of pathogens into the bloodstream. **Pediatr Res.** v.61, n.5, p.588-593, 2007

DENYER, J. Reducing pain during the removal of adhesive and adherent products. **British Journal of Nursing**, (Tissue Viability Supplement), v. 20, n.15, 2011.

DELANEY, C.; MOORHEAD, S. Syntheses of methods, rules, and issues of standardized nursing intervention of language mapping. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v.8, n.4, p.152-156, 1997.

DE LUNA, M. L.; MARTÍNEZ, J.; WEISMAN, M. Lesiones dermatológicas relacionadas con la moderna asistencia neonatal. **Rev. Argent. Dermatol**, v.66, n.3, p.23-29, 1985.

_____. Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: definições e classificações 2012-2014/ [NANDA Internacional]. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DIZON, M.V. *et al.* Opportunities for mild and effective infant cleansing beyond water alone. Poster Presented at the 65th Annual Meeting of the American Academy of Dermatology, Washington, DC, USA. 2–6 February 2007.

DOUGHERTY, L. **Central Venous Access Devices: Care and Management.** Blackwell Publishing, Oxford, 2006.

ERDMANN, A.L. *et al.* A avaliação de periódicos científicos qualis e a produção brasileira de artigos da área de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.17, n.3, p.403-409, 2009.

FALCO, O.B. *et al.* **Topical therapy.** In: Dermatology 2nd, revised edition. Springer – Verlag Berlin Heidelberg, p.1719-1746. 2000.

FARIAS, J.N. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem-** uma abordagem conceitual e prática. João Pessoa: Santa Marta, 1990.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnosis. **Heart & Lung**, v.16, n.6, p.625-629, 1987.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL-JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. **Classification of Nursing Diagnoses:** proceedings of the tenth conference. NANDA. J.B.Lippincott Company, p.55-62, 1994.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.; OLIVEIRA, Z.N. **Prevenção e cuidado com a pele da criança e do recém-nascido.** An. Bras Dermatol, v.86, n.1, p.102-110, 2011.

FERNANDES, J.D.; MACHADO, M.C.; OLIVEIRA, Z.N. **Quadro clínico e tratamento da dermatite da área das fraldas – Parte II.** An. Bras Dermatol. v.84, p.47-54, 2009

FERREIRA, V. R.; MADEIRA, L. M. Lesões de pele em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal e a assistência de enfermagem. **Rev. Mineira Enfermagem**, v.8, n.1, p.165-252, 2004.

FONTENELE, F. C. **Lesões de pele em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

FONTENELE, F.C. **Lesões de pele em recém-nascidos prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2004. Monografia (Especialização em Neonatologia) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

FONTENELE, F.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Cuidado com a pele do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. In: Moura EC, Silva GRF, Nery IS (organizadoras). **Fases e faces do cuidar em enfermagem: o Piauí no nordeste brasileiro**. Teresina: EDUFPI, 2011.

FONTENELE, F. C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Lesões de pele em recém-nascidos prematuros internados na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Rede Enferm. Nordeste**, v.6, n.2, p.88-95, maio/ago, 2005.

FONTENELE, F.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Skin lesions in newborns in the hospital setting: type, size and affected area. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.1, p.130-137, 2011.

FORTES, F. *et al.* **Exame da Pele e Anexos**, In: Semiologia Pediátrica, Porto Alegre: Artmed, 2002.

GARCIA BARTELS, N. *et al.* Influence of bathing or washing on skin barrier function in newborns during the first four weeks of life. **Skin Pharmacol Physiol**, v.22, n.5, p.248-257, 2009.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo**. João Pessoa, 2000. /Trabalho apresentado em Mesa-Redonda durante o 52º CBEn, ocorrido em Recife – PE, 2000.

GOMELLA, T.L. *et al.* **Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOULD, D. Skin flora: implications for nursing. Learning zone. **Nursing standard / RCN PUBLISHING**, v.26, n.33, p.48-56, 2012.

GREEN, L. Emollient therapy for dry and inflammatory skin conditions. **Nursing Standard**, v.26, n.1, p.39-46. 2011.

GUIMARÃES, H.C.Q.C.P.; BARROS, A.L.B.L. de. Classificação das intervenções enfermagem. **Rev Esc Enf USP**, v. 35, n.2, p.130-134, 2001.

GUIMARÃES, H. C. Q. C. P. **Intervenções de enfermagem propostas pela Nursing Interventions Classification (NIC) para o diagnóstico de enfermagem “excesso de volume de líquido”**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) Departamento de Enfermagem, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 2000.

GURGEL, E.P.P., *et al.* Eficácia do uso de membrana semipermeável em neonatos pré-termo na redução de perdas transepidermicas. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.4, p.818-824, 2011.

GURGEL, E.P.P. *et al.* Abordagem assistencial ao neonato portador de mielomeningocele segundo o modelo de adaptação de Roy. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.3, p.702-707, 2010.

HAHN, L.P. **Pele do recém-nascido prematuro**. 2001. Disponível em:< <http://www.hc.ufpr.br/acad/pediatria/visitas/luciana.htm>>. Acesso em: 21 dezembro 2011.

HALE, R. Maintaining healthy infant skin **British Journal of Midwifery**. June, v.16, n.6, p.403-406, 2008.

HALE, R. Newborn skincare and the modern nappy. **British Journal of Midwifery**. v.15, n.12, p.785-788, 2007.

HALE, R. Protecting neonates delicate skin. **British Journal of Midwifery**. v.15, n.4., 231-235, 2007.

HUGHES, K. Neonatal skin care: Advocating good practice in skin protection. **British Journal of Midwifery**, v.19, n.12. p.773-775, 2011.

HULLEY, S.B.; *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

HUMPHREY, S.; BERGMAN, J.N. Practical Management Strategies for Diaper Dermatitis. **Skin Therapy Letter**, v.11, n.7, p.1-6, 2006.

HUR, H.K.; KIM, S.; STOREY, M. Nursing diagnoses and interventions used in home care in Korea. **Nursing Diagnosis**, v.11, n.3, p.97-108, 2000.

IKEZAWA, M.K., **Prevenções de Lesões na Pele do Recém-Nascido Com Peso Inferior a 2000g Assistido em Unidade Neonatal**: Estudo experimental, São Paulo. 1998.

IRVING V. Caring for and protecting the skin of preterm neonates. **Journal Wound Care**. v.7, n.10, p.253-256, 2001.

JARVIS C. **Exame físico e avaliação de saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

JIRAPAET, V.; JIRAPAET, K.; SOPAJAREE, C. The Nurses ' Experience of Barriers to Safe Practice in the Neonatal Intensive Care Unit in Thailand. **JOGNN Clinical Research**, v.35, n.6, 2006.

JOHNSON, M.; *et al.* **Ligações entre Nanda, Noc e Nic**: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

JONES, M.L. Prevention and treatment of superficial pressure damage. **Nursing & Residential Care**, v.14, n.1, 2012.

KALINOWAKE, C. E. **Programas de atualização em enfermagem – PROENF. Saúde da criança e do adolescente. Sistema de educação em saúde continuada da distância – SESCAD. Ciclo 1, módulo 4**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

KIECHL-KOHLENDORFER; U.; BERGER; C.; INZINGER; R. The effect of daily treatment with an olive oil/ lanolin emollient on skin integrity in preterm infants: a randomized controlled trial. **Pediatr Dermatol**. v.25, p.174-178, 2008.

KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.1, p.45-51,2012.

KONG, Y. *et al.* The effect of incubator humidity on the body temperature of infants born at 28 weeks' gestation or less: a randomised controlled trial. **Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing**. v.14, n.2, p.14-22, 2011.

LEVIN, R. Who are the experts? A commentary on nursing diagnosis validation studies. **Nursing Diagnosis**, Jan-Mar, 2001. Disponível em <http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3836/is_200101/ai_n8934939. Acessado em 10 de fevereiro de 2011.

LIAW, J. *et al.* Effects of Tub Bathing Procedures on Preterm Infants' Behavior. **J. Nursing Research**. V.14, n.4, p.297-305, 2006.

LIMA, M.B.A. **Necessidade da terapia intravenosa em recém-nascido sob o olhar materno**. 2012. Monografia (Especialização em Neonatologia) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUCENA, A. F. **Mapeamento dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem de uma UTI**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2006.

- LUCENA, A.F.; BARROS, A. L. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem, **Acta paul. Enferm**, v.18, n.1, p.82-88, 2005.
- LUND, C., KULLER, J.; LANE, A., LOTT, J.W., & RAINES, D.A. Neonatal skin care: The scientific basis for practice. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.28, n.3, p.241-254, 1999.
- LUND, C.H. *et al.* Neonatal skin care: Evaluation of the AWHONN/NANN research-based practice project on knowledge and skin care practices. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.30, n.1, p.30-40, 2001.
- LUND, C.H. *et al.* Neonatal skin care: Clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.30, n.3, p.41-51, 2000.
- LUZ, A.; MARTINS, A.P.; DYNEWICZ, A.M. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.2, p.344-361, 2007.
- MANNAN, K. *et al.* Mistaken identity of skin cleansing solution leading to extensive chemical burns in an extremely preterm infant. **Acta Paediatr.** v.96, p.1536–1537, 2007.
- MARTINS, J.T.; ROBAZZI, M.L.C.C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Rev Latino-am Enferm**, v.17, n.1, p.52-58, 2009.
- MARTINS, C.P.; TAPIA, C.E. A pele do recém-nascido prematuro sob a a avaliação do enfermeiro: cuidado norteando a manutenção da integridade cutânea **Rev Bras Enferm**, v.62, n.5, p.778-783, 2009.
- METRY, D.W.; HEBERT, A.A. Topical therapies and medications in the pediatric patient. **Pediatr Clin North Am.** v.47, n.4, p.867–876, 2005.
- MULLANY, L.C.; *et al.* Risk factors for umbilical cord infection among newborns of thern Nepal. **Am J Epidemiol.** v.165, p.203–211, 2007.
- MULLANY, L.C, DARMSTADT, G.L, TIELSCH, J.M. Safety and impact of chlorhexidine antiseptis interventions for improving neonatal health in developing countries. **Pediatr Infect Dis J.** v.25, p.665-675, 2006.
- McCLOSKEY, J; BULECHEK, G. **Nursing interventions used in practice.** American journal nursing, p. 59-66, 1994.
- McCLOSKEY, J.C. *et al.* Nurses' use and delegation of indirect care interventions. **Nurs Econ**, v.14, n.1, p.22-33, 1996.

MCCOSKEY, L. Nursing Care Guidelines for Prevention of Nasal Breakdown in Neonates. Receiving Nasal CPAP. **Advances in Neonatal Care**, v.8, n.2, p.116-124, 2008.

MELO, R.P., *et al.* Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, v.12, n.2, p.424-431, 2011.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MOORE, K. L.; PERSAUD, M. D. **Embriologia básica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Interventions Classification (NIC): process and rules. **Nursing Diagnosis**, Philadelphia, v.8, n.4, p.137-144, 1997.

NAPOLEÃO, A. A. **Estudo da aplicabilidade de intervenções da NIC no atendimento a criança com o diagnóstico de enfermagem “desobstrução ineficaz de vias aéreas relacionada à presença de via aérea artificial” em um centro de terapia intensiva pediátrico**. 2005. Tese (Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

NAPOLEÃO, A.A, *et al.* Análise da produção científica sobre a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) de 1980 a 2004. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.4, p.608-615, 2006.

NASCIMENTO, R.M., *et al.* Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.17, n.4, p.489-494, 2009.

_____. National Institute for Health and Clinical Excellence NICE (2005) The Management of pressure ulcers in primary and secondary care. NICE London.

NEPOMUCENO, L. M. R. **Avaliação do indicador de qualidade “Integridade da Pelo do Recém-Nascido” como subsídio para a capacitação do pessoal de enfermagem**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

NIKOLOVSKI, J. *et al.* Infant skin barrier maturation in the first year of life. **J Am Acad Dermatol**. 56(Suppl. 2): AB153 (Abstract P2400). 2007.

NANDA International. **Nursing Diagnoses: definitions & classification**, 2009-2011. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.

_____. Neonatal skin care, second edition. Evidence-based clinical practice guideline. **National Guideline Clearinghouse (NGC)** - 8050. Agency of healthcare research and quality. Advancing excellence in health care. 2011.

OLIVEIRA, K.; ORLANDI, M.H.F.; MARCON, S.S. Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal **Rev Rene**, Fortaleza, out/dez; v.12, n.4, p.767-775, 2011.

ORANGE, A.P. Management of napkin dermatitis. In: Harper J, Orange A, Prose N, ed. **Textbook of Pediatric Dermatology**. Oxford: Blackwell Sciences, 2000.

SHARP, E.L. Tiny patients, tiny dressings: A guide to the neonatal PICC dressing change. **Advances in neonatal Care**, v.8, n.3, p.150-162, 2008.

PASEK, T.A. *et al.* Skin care team in the pediatric intensive care unit: a model for excellence. **Critical Care Nurse**, v.28, n.2, p.125-135, 2008.

PEDROLO, E. *et al.* Ensaio clínico controlado sobre o curativo de cateter venoso central. **Acta Paul Enferm**, v.24, n.2, p.278-283, 2011.

PEREIRA, L. B.; GONTIJO, B.; SILVA, C. M. R. Dermatoses neonatais. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v.76, n.5, p.505-537, set./out, 2001.

PIMENTA, C.A.M. *et al.* O ensino da avaliação do paciente: delineamento do conteúdo pelo diagnóstico de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 1993, vol.1, n.2 [cited 2010-03-31], pp. 69-76 **Rev. Latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v.1, n.2, p.69-76, jul, 1993.

PINHEIRO, L.A.; PINHEIRO, A.E. A pele da criança. A cosmética infantil será um mito? **Acta Pediatr Port**, v.38, n.5, p.200-208, 2007.

POMPEO; D.A.; ROSSI; L.A.; GALVÃO; C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.22, n.4, p.434-438, 2009.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRATT, R.J. *et al.* National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. **J Hosp Infect**, 65, (Suppl 1): S1–S64, 2007.

RAMOS E SILVA, M.; CASTRO, M.C.R. **Fundamentos de Dermatologia**. 2ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010.

RESENDE, D. M. BACHION, M. N.; ARAÚJO, L. A. O. Integridade da pele prejudicada em idosos, estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm**; v.19, n.2, p.168-73, 2006.

REIS, A.T.; SANTANA, H.H.S.; ARAUJO, L.A. **Exame Físico Neonatal** in: Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

RODRIGUES, Z.S.; CHAVES, E.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Atuação do enfermeiro no cuidado com o cateter central de inserção periférica no recém-nascido. **Rev Bras Enferm.** set-out; v.59, n.5, p.626-629, 2006.

ROLIM, K.M.C. *et al.* Permanência da membrana semipermeável na pele do recém-nascido: um cuidado diferenciado. **Rev. Rene.** Fortaleza, v.11, n.1, p.144-151, jan./mar. 2010.

ROLIM, K.M.C. *et al.* Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.4, p.544-549, out/dez, 2009.

ROLIM, K.M.C. *et al.* Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira **Rev. Rene.** v.9, n.4, p.107-115, out./dez, 2008.

_____. Royal College of Nursing. **Standards for Infusion Therapy.** 3rd ed. RCN, London, 2010.

RUNEMAN B. Skin interaction with absorbent hygiene products. **Clin dermatol.** v.26, n.1, p.45-51, jan-feb, 2008.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia.** 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

SANTANA, J. C., *et al.* **Exame do Recém-Nascido**, In: Semiologia Pediátrica, Porto Alegre: Artmed, 2002.

SANTOS, A.S.R.M. *et al.* Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis. v.17, n.1, p.141-149, Jan-Mar, 2008.

SCALES, K. Central venous access devices: for intermediate and long-term use. **British Journal of Nursing**, (Intravenous Supplement), v.19, n.5, p.20-25, 2010.

SCHLUER, A.B. *et al.* The prevalence of pressure ulcers in four paediatric institutions. **Journal of Clinical Nursing.** v.18, n.23, p.3244–3252, 2009.

SCHINDLER, C.A. *et al.* Skin integrity in critically ill and Injured children **American Journal of Critical Care.** v.16, n.6. nov, 2007.

SCHINDLER, C.A. *et al.* Protecting fragile skin: nursing interventions to decrease development of pressure ulcers. **American journal of critical care**, v.20, n.1. jan, 2011.

SHIN, H.T. Diaper dermatitis that does not quit. **Dermatol Ther**, v.18, n.2, p.124-135. mar-apr, 2005.

SHWAYDER, T.; AKLAND, T. Neonatal skin barrier: structure, function and disorders. **Dermatol Ther**. v.18, n.2, p.87–103, 2005.

SILVA, M.A.M. *et al.* Promoção da saúde em ambientes hospitalares. **Rev Bras Enferm**, Brasilia v.64, n.3, p.596-599, mai-jun; 2011.

STEPHEN-HAYNES, J. Skin tears: achieving positive clinical and financial outcomes Clinical Focus, **Wound care**, march. 2012.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao RN de alto risco**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

_____ The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. Disponível em: <http://www.klinika-golnik.si/strokovna-javnost/promocija-zdravja-v-bolniscinah/datoteke/budapest_declaration_on_health_promoting_hospitals.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2012.

TONG, R. Preventing extravasation injuries in neonates. **Paediatric nursing**. oct. v.19, n.8. p.22-25, 2008.

URSI; GALVÃO Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino-am Enfermagem** janeiro-fevereiro; v.14, n.1, p.124-131, 2006.

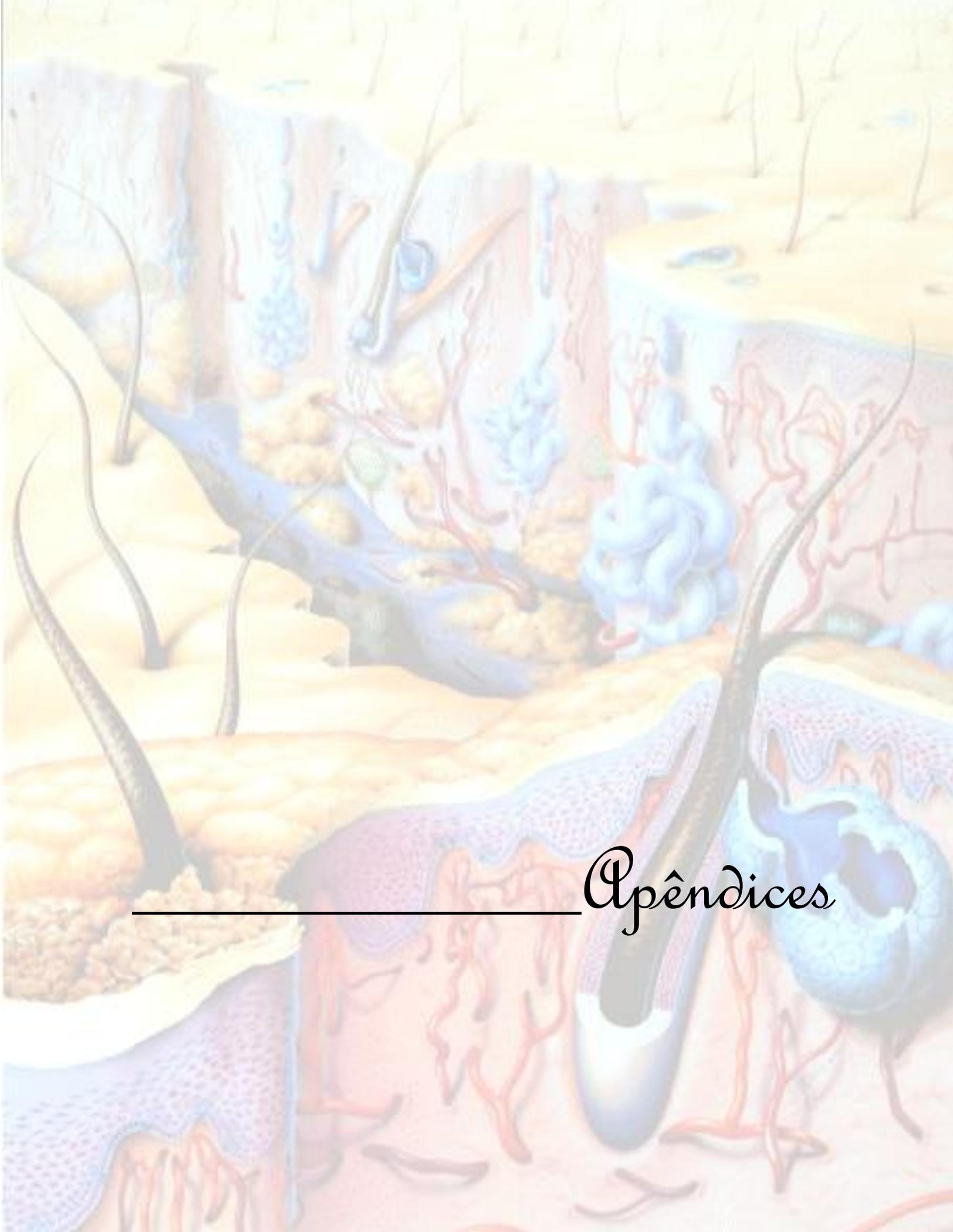
VIEIRA, F. *et al.* Diagnósticos de enfermagem da nanda no período pós-parto imediato e tardio. **Rev. Enferm. Anna Nery**. jan-mar; v.14, n.1, p.83-89, 2010.

WHITE, R.J.; FUMAROLA, S.; DENYER, J. Interim advice on silver dressings in paediatric wound and skin care. **British Journal of Nursing**, (Tissue Viability Supplement), v.20, n.4, p.192, 2011.

WHITTEMORE, R., KNAFL.K The integrative review: updated methodology. **J.Adv.Nurs.**, v.52, n.5, p.546-553, 2005.

WONDERGEM, F. Napkin dermatitis and its treatment. **Journal of Community Nursing**, v. 24, n.4, p.21-26, 2010.

YOSIPOVITCH, G. *et al.* Skin barrier properties in different body areas in neonates. **Pediatrics**. V.10, n.6, p.105-108, 2007.



Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO DOS ENFERMEIROS

Prezado enfermeiro

Eu, Fernanda Cavalcante Fontenele, doutoranda em enfermagem, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada **Intervenções de enfermagem propostas pela *Nursing Interventions Classification (NIC)* para o diagnóstico de enfermagem integridade da pele prejudicada em recém-nascidos**, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. O estudo tem o objetivo de analisar o uso das intervenções propostas pela *Nursing Intervention Classification*, indicadas para o diagnóstico de enfermagem “Integridade da pele prejudicada” em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Nesta etapa do estudo, é importante que você identifique que atividades você realiza com o recém-nascido com alterações na pele (estando relacionadas na classificação NIC ou não). Portanto, sua participação é fundamental diante da relevância de seu trabalho. Asseguro-lhe total sigilo sobre sua identidade, acesso aos dados e o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento da pesquisa se assim desejar, sem que isso traga prejuízo para você. Os dados coletados serão utilizados para fins de trabalhos científicos. A coleta de dados será agendada previamente, conforme sua disponibilidade de dia e horário. Informo que você não terá despesas nem ressarcimentos com o estudo. Estarei presente durante o preenchimento do instrumento de coleta de dados, para esclarecer qualquer dúvida que venha a ocorrer. Estes resultados nortearão a fase seguinte da coleta de dados deste trabalho, que será realizada com enfermeiros experts. Espero contar com sua colaboração, pois ela é muito importante para que seja possível aprimorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Caso concorde em participar deste estudo, solicito o preenchimento deste termo de consentimento, o qual será preenchido em duas vias, sendo-lhe entregue uma via:

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

Fortaleza, _____ de março de 2011

Assinatura do Enfermeiro voluntário
(carimbo/COREN)

Assinatura do pesquisador
(carimbo/COREN)

Obrigada por sua colaboração.

Pesquisador: Fernanda Cavalcante Fontenele
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC
Rua José Alves Cavalcante, 700 Casa 9A, Cidade dos Funcionários - Fortaleza/Ce
Fone: (085) 3275-8363 e-mail: fernanda.fontenele@oi.com.br
Comitê de Ética: Rua Cel. Nunes de Melo, S/N, Bairro Rodolfo Teófilo
Telefone: (85) 3366-8338

APÊNDICE B – PERFIL DOS ENFERMEIROS DA UN

1.	Dados de identificação			
	Nome: _____		Idade: _____	
2.	Ano de graduação em enfermagem: _____			
3.	Tempo (em anos) de experiência profissional em enfermagem: _____			
4.	Tempo (em anos) de experiência profissional em enfermagem neonatal: _____			
5.	Artigos publicados sobre Diagnóstico de Enfermagem: () Não () Sim: _____			
6.	Maior grau de titulação obtido:			
	() Doutorado	Ano de obtenção: _____	Tema da Tese: _____	
	() Mestrado	Ano de obtenção: _____	Tema da Dissertação: _____	
	() Especialização	Ano de obtenção: _____	Tema da Monografia: _____	
7.	Durante a graduação: formação relacionada a Diagnóstico de Enfermagem (DE):			
	() Nenhum conteúdo			
	() Conteúdo teórico em sala de aula	() NANDA	() NIC	
	() Conteúdo teórico e prático	() NANDA	() NIC	
	() Curso extracurricular	() NANDA	() NIC	
8.	Atividade de trabalho atual predominante (marque dois itens, um em cada coluna):			
	Geral:		Clínica:	
	() Assistência de enfermagem	() Saúde da Criança	(Neonatologia/Pediatria)	
	() Ensino e Pesquisa	() Saúde da Mulher		
	() Administração de enfermagem	() Saúde da do Adulto e Idoso		
	() Auditoria em enfermagem	() Saúde Mental		
	() Não se aplica	() Não se aplica		
	() outro: _____	() outro: _____		
9.	Prática clínica atual (ensino e pesquisa ou assistencial):			
	() Trabalho com classificação de DE. Tempo (em anos): _____			
	() Não trabalho com classificação de DE.			
	() Não se aplica. Justifique: _____			
10.	Sua média de contato com o tema “Diagnóstico de Enfermagem” nos últimos dois anos:			
	Leitura	() Nenhum	() 1 a 5 vezes	() 6 a 10 vezes () Outro: _____
	Eventos/Cursos	() Nenhum	() 1 a 5 vezes	() 6 a 10 vezes () Outro: _____
	Pesquisa	() Nenhum	() 1 a 5 vezes	() 6 a 10 vezes () Outro: _____
	Prática	() Nenhum	() 1 a 5 vezes	() 6 a 10 vezes () Outro: _____
	Ensino	() Nenhum	() 1 a 5 vezes	() 6 a 10 vezes () Outro: _____

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO DOS *EXPERTS*

Prezado(a) enfermeiro(a)

Eu, Fernanda Cavalcante Fontenele, doutoranda em enfermagem, convido-o(a) a colaborar deste estudo, avaliando o mapeamento cruzado que é parte integrante do projeto de doutorado intitulado “**Intervenções de enfermagem propostas pela Nursing Interventions Classification (NIC) para o diagnóstico de enfermagem “integridade da pele prejudicada” em recém-nascidos,**” vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – UFC. O estudo tem o objetivo de analisar o uso das intervenções propostas pela Nursing Intervention Classification indicadas para o diagnóstico de enfermagem “integridade da pele prejudicada” em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Esta etapa caracteriza-se pelo seu julgamento das atividades contidas na classificação NIC e as atividades mapeadas descritas pelas enfermeiras junto ao recém-nascido com alterações na pele. Portanto, sua participação é importantíssima neste estudo, pois são poucos enfermeiros que atuam nesta área.

Asseguro-lhe total sigilo sobre sua identidade, acesso aos dados e o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento da pesquisa se assim desejar, sem que isso traga prejuízo para você. Os dados coletados serão utilizados para fins de trabalhos científicos. Você não terá despesas nem ressarcimentos com o estudo, sendo o instrumento entregue a você em local e data a ser previamente agendada de acordo com sua disponibilidade. Espero contar com sua colaboração, pois ela é muito importante para o aprimoramento da qualidade da assistência de enfermagem ao recém-nascido.

Caso concorde em participar deste estudo, solicito o preenchimento deste termo de consentimento, o qual será preenchido em duas vias, sendo-lhe entregue uma via:

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Declaro que após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em avaliar o mapeamento.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Enfermeiro(a) Especialista
(carimbo/COREN)

Assinatura do pesquisador
(carimbo/COREN)

Obrigada pela colaboração.

Pesquisador: Fernanda Cavalcante Fontenele
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC
Rua José Alves Cavalcante, 700 Casa 9A, Cidade dos Funcionários - Fortaleza/Ce
Fone: (085) 3275-8363 e-mail: fernanda.fontenele@oi.com.br
Comitê de Ética: Rua Cel. Nunes de Melo, S/N, Bairro Rodolfo Teófilo
Telefone: (85) 3366-8338

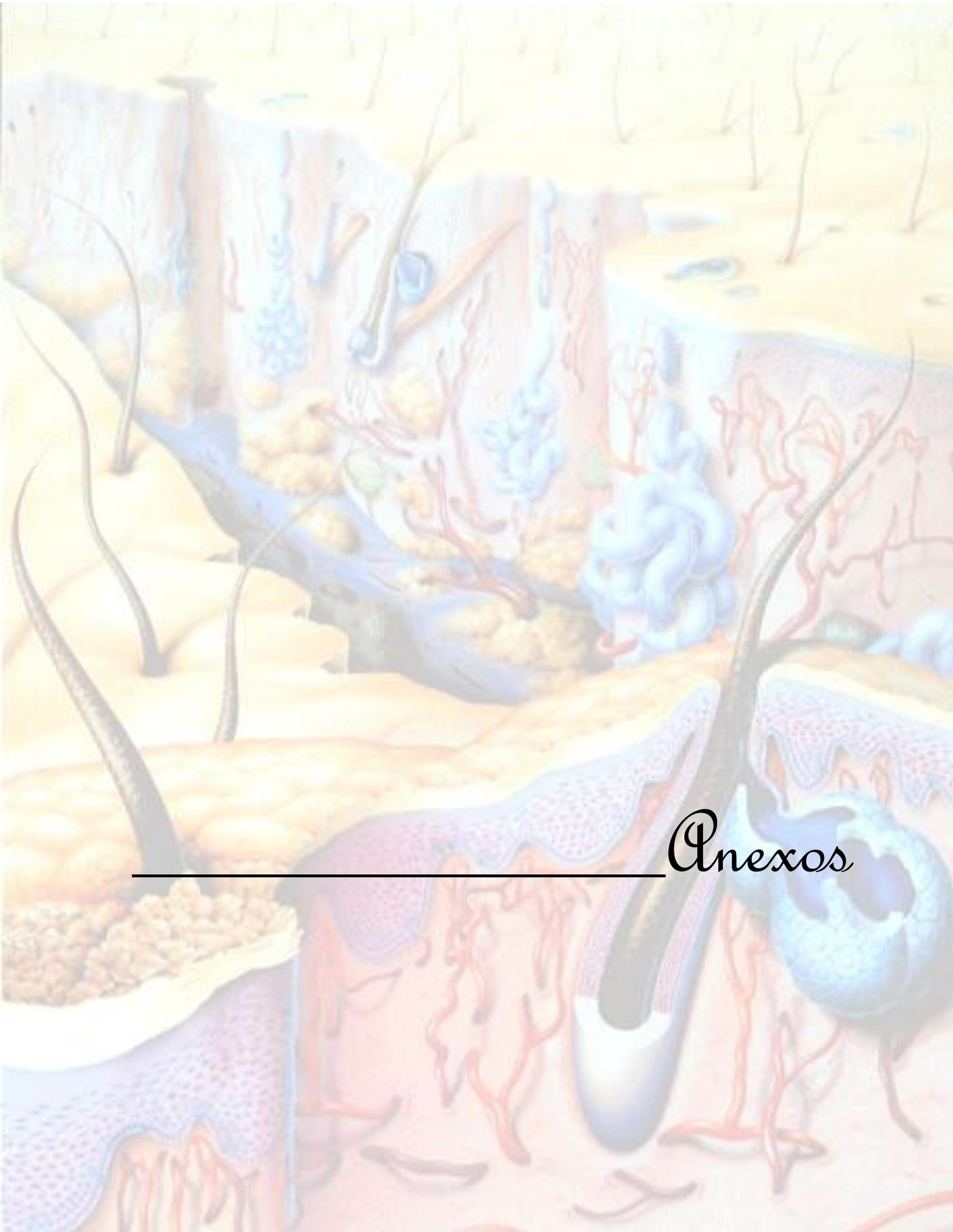
APÊNDICE G – PERFIL DOS EXPERTS

Dados de identificação

1. Nome: _____ Sexo: ()Feminino ()Masculino
2. Data nascimento: ____/____/____ Tel: () _____ Cel: _____
3. Endereço: _____
4. Cidade: _____ CEP: _____ email: _____
5. Ano de graduação em enfermagem: _____
6. Tempo (em anos) de experiência profissional em enfermagem: _____
7. Tempo (em anos) de experiência profissional em enfermagem neonatal: _____
8. Artigos publicados sobre Diagnóstico de Enfermagem: ()Não ()Sim: _____
9. Maior grau de titulação obtido:
 - () Doutorado Ano de obtenção: _____ Tema da Tese: _____
 - () Mestrado Ano de obtenção: _____ Tema da Dissertação: _____
 - () Especialização Ano de obtenção: _____ Tema da Monografia: _____
10. Durante a graduação: formação relacionada a Diagnóstico de Enfermagem (DE):
 - () Nenhum conteúdo
 - () Conteúdo teórico em sala de aula () NANDA () NIC
 - () Conteúdo teórico e prático () NANDA () NIC
 - () Curso extracurricular () NANDA () NIC
11. Atividade de trabalho atual predominante (marque dois itens, um em cada coluna):

Geral:	Clínica:
() Assistência de enfermagem	() Saúde da Criança (Neonatologia/Pediatria)
() Ensino e Pesquisa	() Saúde da Mulher
() Administração de enfermagem	() Saúde da do Adulto e Idoso
() Auditoria em enfermagem	() Saúde Mental
() Não se aplica	() Não se aplica
() outro: _____	() outro: _____
13. Prática clínica atual (ensino e pesquisa ou assistencial):
 - () Trabalho com classificação de DE. Tempo (em anos): _____
 - () Não trabalho com classificação de DE.
 - () Não se aplica. Justifique: _____
14. Sua média de contato com o tema “Diagnóstico de Enfermagem” nos últimos dois anos:

Leitura	()Nenhum	()1 a 5 vezes	()6 a 10 vezes	()Outro: _____
Eventos/Cursos	()Nenhum	()1 a 5 vezes	()6 a 10 vezes	()Outro: _____
Pesquisa	()Nenhum	()1 a 5 vezes	()6 a 10 vezes	()Outro: _____
Prática	()Nenhum	()1 a 5 vezes	()6 a 10 vezes	()Outro: _____
Ensino	()Nenhum	()1 a 5 vezes	()6 a 10 vezes	()Outro: _____



Anexos



**HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Rua Tertuliano Sales 544 – Vila União – Fortaleza – Ceará
Fone/Fax: (85) 3101.4212 – 3101.4283
E-mail: cep@hias.ce.gov.br

Fortaleza, 30 de Março de 2011

Registro no CEP: 011/2011

Data da Aprovação: 30/03/2011

Título do Projeto: Intervenções de enfermagem proposta pela Nursing Interventions Classification (NIC) para diagnóstico de enfermagem “integridade da pele prejudicada” em recém-nascidos

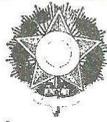
Pesquisador (a): Fernanda Cavalcante Fontenele

Orientador(a): Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

Instituição: Universidade Federal do Ceará - UFC

Levamos ao conhecimento de V. S^a, que o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Hospital Infantil Albert Sabin – Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, acatou o parecer de aprovação Nº 138/2010, do projeto supracitado emitido pelo CEP da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand. O pesquisador deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Regina Lúcia Ribeiro Moreno
Coord^a. do Comitê de Ética em Pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
 Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.G.C. 07.206.048/0001-08
 GERAL: (0XX85) 4009.8500 - Fax: (0XX85) 4009.8521 - E-mail: meac@meac.ufc.br
 CEP: 60.430-270 - Fortaleza - Ceará - Brasil

OFÍCIO CEP/MEAC Nº 257/10

Fortaleza, 17 de dezembro de 2010.

Protocolo nº 138/10

Pesquisadora responsável: Fernanda Cavalcante Fontenele

Deptº/Serviço: Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará

Título do Projeto: Intervenções de enfermagem propostas pela *Nurismo Intervention Classification* (NIC) para o diagnóstico de enfermagem "Integridade da pele prejudicada" em recém-nascidos.

Levamos ao conhecimento de V. Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, publicada no Diário Oficial, em 15 de dezembro de 1996 e complementarem, aprovou o projeto supracitado, na reunião de 15 de dezembro de 2010.

A Pesquisadora deverá comparecer ao setor competente da Instituição, onde será realizada a pesquisa, para a confecção dos crachás, munido deste documento.

Igualmente, informamos que a mesma deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,


Dr. Sérgio Augusto de Tabosa Quesado
 Coordenador do CEP-MEAC/UFC

Sérgio Augusto Quesado
 Coordenador do Comitê
 de Ética em Pesquisa
 CEP/MEAC/UFC

Ilma. Sra.
 Fernanda Cavalcante Fontenele
 Rua José Alves Cavalcante, 700/9 A
 CEP: 60.822-570
 E-mail: fernanda.fontenele@oi.com.br



Hospital Geral
Dr. César Cals



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ / SUS
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS
CENTRO DE ESTUDOS APERFEIÇOAMENTO E PESQUISA
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CEP

Protocolo do CEP: 480/2011

Título do projeto: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROPOSTAS PELA NURSING
INTERVENTIONS CLASSIFICATIONS (NIC) PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
“INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA” EM RECÉM-NASCIDOS

Pesquisador Responsável: Fernanda Cavalcante Fontenele
Orientadora: Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

Levamos ao conhecimento de V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Geral Dr. César Cals, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, Resolução Nº. 196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução Nº. 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997 respectivamente, avaliou e aprovou o referido projeto em reunião na data 04 março de 2011

Outrossim, informamos que:

1. O sujeito da pesquisa tem a liberdade de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra por ele assinado.
O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme estabelecido no protocolo.
3. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Qualquer modificação ou emenda ao protocolo deve ser apresentada ao CEP para nova avaliação.
5. Relatório parcial e final devem ser apresentados ao CEP.


Dr. Antonio Luiz Carneiro Jerônimo
Coordenador do CEP