**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LILIAN MARA RONDELLO NEPOMUCENO

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR DE QUALIDADE “INTEGRIDADE
DA PELE DO RECÉM-NASCIDO” COMO SUBSÍDIO PARA A
CAPACITAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM.**

**SÃO PAULO
2007**

LILIAN MARA RONDELLO NEPOMUCENO

**AVALIAÇÃO DO INDICADOR DE QUALIDADE “INTEGRIDADE
DA PELE DO RECÉM-NASCIDO” COMO SUBSÍDIO PARA A
CAPACITAÇÃO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Enfermagem

Área de Concentração:

Administração em Enfermagem

Orientadora:

Profª Drª Paulina Kurcgant

SÃO PAULO
2007

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Nepomuceno, Lilian Mara Rondello.

Avaliação do indicador de qualidade “integridade da pele do recém-nascido” como subsídio para a capacitação do pessoal de enfermagem. / Lílían Mara Rondello Nepomuceno. – São Paulo, 2007.

133 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Paulina Kurcgant.

1. Indicadores de qualidade 2. Assistência de enfermagem
(avaliação) 3. Serviços de enfermagem 4. Formação e capacitação
de recursos humanos (enfermagem) 5. Recém-nascido (lesões)
6. Pele. I. Título.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Ao meu querido avô Oswaldo (in memoriam) pelo seu amor incondicional,
seu carinho, sua ternura, sua paciência e pelos momentos inesquecíveis
que passamos juntos que guardo para sempre em meu coração.*

*A Deus por guiar meus passos, iluminando meu caminho e me dando
forças para superar as dificuldades.*

*Ao meu marido Alexandre, meu lado positivo, pelo seu grande amor,
carinho, compreensão, paciência e por estar sempre comigo em todas as
horas, não me deixando abater pelas dificuldades.*

*Aos meus pais Carlos e Marilda, pelo grande amor, incentivo e dedicação,
sempre tornando minha vida mais feliz.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Paulina Kurcgant, minha orientadora e amiga, por acreditar sempre na minha capacidade, pelo incentivo e apoio, pelas experiências de vida compartilhadas e, sobretudo, por ter me proporcionado um grande crescimento pessoal e profissional.

À Professora Raquel R. Gaidzinski, exemplo de competência profissional, pelo estímulo ao desenvolvimento sempre.

Às professoras Daisy M.R. Tronchin e Marta M. Melleiro pela pertinência das sugestões no exame de qualificação.

À minha chefe Eliete G. Spir, pela compreensão, confiança, apoio e por facilitar meus horários.

À colega de trabalho e amiga Luciana Bochembuzio, pela paciência e disponibilidade para ajudar em todas as etapas deste trabalho.

A todas as enfermeiras da Unidade Neonatal, pelo auxílio, compreensão e incentivo.

A todas as auxiliares e técnicas da Unidade Neonatal pelo carinho, dedicação e pelos momentos que passamos juntas.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelos ensinamentos, orientações, e principalmente, pela paciência e dedicação.

À minha amiga Karina G Lourenço, pela amizade, carinho e por me ajudar na etapa final desse trabalho.

À minha família por estar sempre presente em minha vida, proporcionado grandes alegrias, suportando minhas ausências e incentivando meu desenvolvimento profissional, minha eterna gratidão.

Enfim, a todos os colegas, amigos, que direta ou indiretamente colaboraram para que fosse possível a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos!

SUMÁRIO

Lista de Figuras
Lista de Tabelas
Resumo
Abstract
Resumen

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Motivação para o estudo	15
1.2 Contextualização do tema	17
1.2.1 Resgate histórico da qualidade	17
1.2.2 Qualidade nos Serviços de Saúde	24
1.2.3 Indicadores de Qualidade em Saúde	33
1.2.4 Qualidade, unidades neonatais e a enfermagem	38
1.3 Anatomia e fisiologia da pele do RN	44
1.4 Importância da capacitação profissional em unidades neonatais	50
2 OBJETIVOS	57
2.1 Objetivo geral	57
2.2 Objetivos específicos	57
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	58
3.1 Tipo de estudo	58
3.2 Local do estudo	58
3.2.1 Proposta assistencial de enfermagem do HU-USP	62
3.2.2 Cuidados com a pele realizados na Unidade Neonatal do HU-USP	63
3.3 População de estudo	67
3.3.1 Critérios de Inclusão	67

3.4 Aspectos éticos.....	68
3.5 Procedimentos de coleta de dados.....	68
3.5.1 Instrumento de coleta de dados.....	68
3.5.2 Operacionalização da coleta de dados.....	71
3.5.3 Preparo das equipes.....	72
3.6 Tratamento e análise dos dados.....	72
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
4.1 Caracterização dos recém-nascidos.....	73
4.2 Dados relacionados aos tipos de lesões de pele adquiridas durante a internação.....	84
4.3 Dados relacionados à localização das lesões de pele adquiridas...	97
4.4 Dados relacionados aos fatores de risco das lesões de pele adquiridas.....	101
4.5 Programa de Treinamento e Desenvolvimento para o pessoal de enfermagem.....	105
4.5.1 Estrutura do Programa.....	107
1º momento – Diagnóstico Situacional.....	108
2º momento – Definição dos objetivos segundo as competências.....	109
3º momento – Elaboração do Programa e Definição das Estratégias...	111
4º momento – Implementação do Programa.....	113
5º momento – Avaliação do Programa.....	114
5 CONCLUSÕES.....	115
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS.....	122
ANEXOS.....	129

LISTA DE FIGURAS

QUADRO 1 - Distribuição do pessoal de enfermagem na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.....	61
FIGURA 1 - Distribuição dos RN segundo o aparecimento de lesão de pele adquirida durante a internação. HU-USP, São Paulo, 2006.....	82
GRÁFICO 1 - Distribuição do número de dias de internação na Unidade Neonatal e a presença de equimoses. HU-USP, São Paulo, 2006.....	95
GRÁFICO 2 - Distribuição do número de dias de internação na Unidade Neonatal e a presença eritema perineal, HU-USP, São Paulo, 2006.....	96
GRÁFICO 3 - Distribuição do número de dias de internação na Unidade Neonatal e a presença de monilíase. HU-USP, São Paulo, 2006.....	96

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Distribuição dos recém-nascidos na Unidade Neonatal segundo sexo. HU-USP, São Paulo, 2006.....	74
TABELA 2 -	Distribuição dos recém-nascidos na Unidade Neonatal segundo a classificação do peso e idade gestacional. HU-USP, São Paulo, 2006.....	75
TABELA 3 -	Distribuição dos recém-nascidos na Unidade Neonatal com baixo peso ao nascer. HU-USP, São Paulo, 2006.....	76
TABELA 4 -	Distribuição dos recém-nascidos na Unidade Neonatal segundo a procedência. HU-USP, São Paulo, 2006.....	77
TABELA 5 -	Distribuição dos recém-nascidos segundo diagnósticos médicos de admissão na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.....	78
TABELA 6 -	Distribuição dos recém-nascidos segundo o número de dias de vida no momento da internação e o total de dias de internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.....	81
TABELA 7 -	Distribuição dos recém-nascidos segundo o número de dias de vida no momento da internação e o total de dias de internação na Unidade Neonatal de acordo com a lesão de pele adquirida. HU-USP, São Paulo, 2006.....	83
TABELA 8 -	Distribuição dos tipos de lesões de pele adquiridas durante a internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.....	84
TABELA 9 -	Distribuição da equimose segundo os principais diagnósticos médicos de internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.....	86
TABELA 10 -	Distribuição do eritema perineal segundo os principais diagnósticos médicos de internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.....	86
TABELA 11 -	Distribuição da monilíase segundo os principais diagnósticos médicos de internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.....	88

TABELA 12 -	Distribuição dos tipos de lesões de pele segundo a caracterização dos RN na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.....	89
TABELA 13 -	Distribuição dos tipos de lesões de pele segundo o tempo de internação na Unidade Neonatal quando do surgimento da lesão. HU-USP, São Paulo, 2006.....	91
TABELA 14 -	Distribuição dos tipos de lesões de pele na Unidade Neonatal segundo, sua identificação, pelo impresso Diagnóstico/Prescrição/Evolução de Enfermagem. HU-USP, São Paulo, 2006.....	93
TABELA 15 -	Distribuição da localização das lesões segundo o seu surgimento. HU-USP, São Paulo, 2006.....	98
TABELA 16 -	Distribuição dos tipos de lesões na Unidade Neonatal segundo a localização. HU-USP, São Paulo, 2006.....	100
TABELA 17 -	Distribuição dos tipos de lesões na Unidade Neonatal segundo os fatores de risco associados. HU-USP, São Paulo, 2006.....	102

Nepomuceno LMR. Avaliação do indicador de qualidade “integridade da pele do recém-nascido” como subsídio para a capacitação do pessoal de enfermagem. São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMO

Estudo de abordagem quantitativa com o objetivo de propor um programa de capacitação para o pessoal de enfermagem relacionado ao indicador de qualidade “integridade da pele do recém-nascido (RN)”, foi realizado na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo no período de janeiro a maio de 2006. A avaliação da assistência de enfermagem pela identificação das lesões de pele e dos fatores de risco relacionados durante a internação permitiu levantar os aspectos a serem melhorados na assistência prestada. Verificou-se que dos 121 RN admitidos no período, 94 (77%) desenvolveram algum tipo de lesão de pele, totalizando 230 lesões, sendo que as mais frequentes foram: equimose (117-50,6%), eritema perineal (66-28,7%) e monilíase (19-8,3%). Outras lesões como infiltração, hematoma, erosão, fissura, escoriação, abscesso e impetigo foram identificadas em menor número. Quando aos fatores de risco, o uso de adesivos foi associado a lesões do tipo erosão e escoriação, a terapêutica intravenosa apresentou correlação com a maioria das lesões identificadas e o uso do sensor do oxímetro de pulso não apresentou relação com nenhuma lesão. Os RN que tiveram lesão apresentaram, em média, maior tempo de internação. O registro de algumas das lesões não foram encontradas nos impressos do Sistema de Assistência de Enfermagem, sugerindo a mecanização do processo e/ou a necessidade de capacitação desses profissionais. Os resultados subsidiaram a elaboração de um programa de treinamento e desenvolvimento apoiado nos princípios do planejamento coletivo e no desenvolvimento de competências técnico-científicas, ético-políticas e sócio-educativas, utilizando como estratégia participativa a formação de agentes multiplicadores. O desenvolvimento desse estudo evidenciou a importância da aplicação de indicadores de qualidade para a avaliação da assistência de enfermagem como uma ferramenta para o gerenciamento dos serviços prestados. Sua aplicação contribui para monitorar a qualidade do atendimento e reestruturar as ações de enfermagem, além de permitir a comparação com futuros estudos e a validação da efetividade da proposta desse programa.

Descritores: Cuidados de enfermagem, Capacitação, Indicadores de Qualidade, Recém-nascido, Recursos Humanos, Pele.

Nepomuceno LMR. Evaluation of the quality indicator “integrity of the skin of the newborn babies” as subsidy for the qualification of the nursing staff. São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

ABSTRACT

Study of a quantitative approach with the objective to consider a program for the qualification of the nursing staff related to the quality indicators “integrity of the skin of newborn babies”, that was carried out in the Neonatal Unit of the University Hospital of the University of São Paulo in the period of January - May of 2006. The evaluation of the nursing assistance for the identification of skin problems and the risk-related factors on newborns during the internment period allowed to raise several aspects to be improved on the given assistance. It was verified that of the 121 newborns admitted to the neonatal unit in a given period, 94 (77%) had developed some type of skin problems, totalizing 230 injuries, among which equimose had been the most frequent (117-50,6%), followed by eritema perineal (66-28,7%) and monilíase (19-8,3%). Other injuries, such as infiltration, hematoma, fissure, abrasion, abscess and impetigo had been identified in lesser degree. As to the risk factors, the adhesive use was associated with the lesions of the type erosion and excoriation, the intravenous therapeutical presented correlation with the majority of the identified injuries, whereas the use of the sensor of the pulse oximeter did not present any correlation with the injuries. The newborns that developed a skin problem had, on the average, a greater internment time. Some of the injury cases have not been found in printed matters in any of the specific bibliography in the Nursing Assistance System, suggesting that an implementation of a mechanization of the process and/or the necessity for improving the qualification of these professionals be highly considered. The results were conducive to the elaboration of a training program and development based on the principles of collective planning and in the development of technico-scientific, social-educative and ethical-politics abilities, having, as a participative strategy, the formation and dissemination of multiplying agents. The development of this study highlighted the importance of the application of indicators of quality for the evaluation of the nursing assistance as a tool for the management and/or monitoring of nursing services. Its application contributes to monitor the quality of the service and to reorganize the tasks of nursing, whilst allowing a comparison with future studies and the validation of the effectiveness for the proposal of this Program.

Key words: Nursing care, Training, Quality indicators, Newborn, Human resources, Skin.

Nepomuceno LMR. Evaluación del indicador de calidad “integridad de la piel del recién nacido” como subsidio para la calificación de los enfermeros. São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

RESUMEN

Estudio de enfoque cuantitativo con el objetivo de proponer un programa de la calificación para los(as) enfermeros(as) relacionado con al indicador de calidad “integridad de la piel del recién-nacido (RN)”. Fue realizado en la Unidad Neonatal del Hospital Universitário de la universidad de São Paulo durante el período de enero al mayo de 2006. La evaluación de la asistencia de los(as) enfermeros para la identificación de lesiones de la piel y de los factores relacionados del riesgo durante la internación possibilito levantar los aspectos que se devem ser mejorados en la asistencia dada. Fue verificado que de los 121 RN admitidos en período, 94 (77%) desarrollaron algún tipo de lesión de la piel, siendo totalizado 230 lesiones y los más frecuentes fueron: equimose (117-50,6%), eritema perineal (66-28,7%) y monilíase (19-8,3%). Otras lesiones como la infiltración, el hematoma, la erosión, la flicción, el excoriación, el absceso y el impetigo fueron observados en menos cantidad. Cuando a los factores de riesgo se le asoció el uso del parshe, la lesiones del tipo erosión y excoriación, la terapia intravenosa se correlaciono con la mayoría de lesiones vistas y el uso del sensor del oxímetro del pulso no se relacionó con ninguna lesión. El registro de algunas de las lesiones no fueron encontrados en los materiales del Sistema de Assistência de los enfermeros sugiriendo la mecanización del proceso y/o la necesidad de la calificación de estos profesionales. Los resultados auxiliaron la elaboración de un programa y de desarrollo de entrenamiento apoyados en los principios del planeamiento colectivo y en el desarrollo de la capacidad técnico-científicas, ético-política y socio-educativas, usando como estrategia participativa la formación de aquellos multiplicadores. El desarrollo de este estudio evidenció la importancia de la aplicación de indicadores de calidad para la evaluación de la asistencia de los(as) enfermeros(as) como una herramienta para la gerencia de los servicios dados. Su uso contribuye para monitorar la calidad del atendimento y para reorganizar las acciones de los(as) enfermeros(as), más allá de permitir la comparación con los estudios futuros y a la validación de la eficacia de la oferta de este Programa.

Descritores: Atención de enfermería, Capacitación, Indicadores de la calidad, Recién-nacido, Recursos humanos, Piel.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Motivação para o estudo

O interesse pela temática da qualidade da assistência em saúde decorreu da minha vivência enquanto enfermeira de unidade neonatal. Durante essa trajetória, as propostas assistenciais de enfermagem priorizaram a atenção nos processos de trabalho, na manutenção de normas e rotinas, no gerenciamento de recursos humanos e materiais, na observância de prescrições médicas e no desenvolvimento do sistema de assistência de enfermagem.

Por outro lado, a avaliação dos resultados da assistência prestada, pautado na quantificação de indicadores de qualidade não tem sido foco de atenção, sendo considerado em segundo plano.

Neste contexto, o modelo gerencial pautado no processo de trabalho executado mecanicamente, somado à sobrecarga diária das atividades, desestimulam os profissionais a analisar, criticamente, a assistência prestada. Dessa maneira, as normas e rotinas têm poucas perspectivas de mudança e a simples preocupação com essas mesmas normas e rotinas, não garante que as mesmas sejam realizadas com a qualidade desejável, contribuindo, até, para que problemas passem despercebidos.

Na assistência ao neonato, a manutenção da integridade da pele sempre constituiu motivo de preocupação para os cuidadores, uma vez que as lesões de pele predispõem o recém-nascido (RN) ao risco de adquirir infecções, podendo ainda causar seqüelas e cicatrizes irreversíveis.

Assim, a avaliação constante da pele direciona a assistência de enfermagem para a prevenção de lesões relacionadas ao cuidado prestado ao neonato em instituições hospitalares, possibilitando a implementação de medidas visando a manutenção da integridade da pele.

Nesse sentido, a avaliação da assistência deve ser uma atividade integrante do trabalho da enfermagem, permitindo a discussão dos problemas que surgem e o encaminhamento de soluções na busca constante de excelência na qualidade da assistência prestada ao cliente e à família.

Para atingir a qualidade de serviços, programas e ações de saúde devem estar subsidiados por instrumentos de medição que permitam a concretização do processo avaliativo da assistência, aplicáveis também à gestão da qualidade nessa área.

Dentre esses instrumentos, os indicadores de qualidade são imprescindíveis na avaliação de processos de trabalho, tanto no planejamento como na organização, coordenação/direção e no controle das atividades desenvolvidas. A utilização dos indicadores nos cenários de assistência à saúde facilita o enfrentamento do futuro, além de possibilitar a comparabilidade entre os serviços no âmbito intra e extra-hospitalar (Bittar, 2001).

Por conseguinte, indicadores de qualidade da assistência, aplicados às unidades neonatais, sinalizam aspectos que necessitam ser melhorados na assistência de enfermagem, subsidiando a elaboração de programas de capacitação de pessoal.

1.2 Contextualização do tema

1.2.1 Resgate histórico da qualidade

A preocupação com a qualidade tem estado presente na história da humanidade, especialmente nas relações de troca e está associada ao movimento de autodefesa contra as irracionalidades do mercado na sociedade industrial moderna (Mendes, 1993).

Assim, a idéia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que tem como característica central o estabelecimento de um juízo e atribuição de valor (Novaes, 1999).

Embora a qualidade tivesse enfoque secundário na assistência à saúde, atualmente, em muitos países, está sendo considerada como o núcleo das preocupações governamentais e da sociedade, pautado no consenso de que, se a assistência à saúde é tão custosa, o produto deve ser da mais alta qualidade (Novaes, Paganini, 1992).

O conceito de qualidade é conhecido pela humanidade há muito tempo e a evolução deste conceito, associado à atenção gerencial, tem sido marcada pelo progresso político econômico e cultural de cada época (Leitão, 2002).

Nos Estados Unidos as descobertas relacionadas à qualidade podem ser consideradas em quatro etapas distintas: inspeção, controle estatístico da qualidade, garantia da qualidade e gestão estratégica da qualidade (Garvin, 1992).

O aparecimento da inspeção abrangeu os séculos XVIII e XIX, nos primórdios da atividade manufatureira, onde quase tudo era fabricado por

artesãos. Produziam-se pequenas quantidades de cada produto e a inspeção era realizada de forma informal pela observação dos mestres-artesãos, para evitar falhas no processo de manufatura (Garvin, 1992).

No início do século XX, com a evolução das organizações manufatureiras para a indústria e a produção em grande escala, ocorreram enormes mudanças nos processos de trabalho, e a elevação da produtividade, a partir da aplicação dos estudos de Henry Ford, que culminaram na clássica divisão do trabalho em tempos e movimentos. O uso das máquinas para auxiliar a produção em massa e a preocupação com a uniformidade dos produtos deram origem à inspeção, posteriormente, organizada sob forma de departamento no interior das fábricas. A responsabilidade do agente consistia em inspecionar o produto final e separar os defeituosos para evitar que sua comercialização afetasse o nome da empresa no mercado (Gurgel, Vieira, 2002).

A inspeção formal só passou a ser necessária com o surgimento da produção em massa como também a necessidade de peças intercambiáveis, principalmente na indústria bélica. A utilização de máquinas para produzir peças que poderiam ser trocadas umas pelas outras seguindo uma seqüência preestabelecida de produção deu origem ao sistema norte-americano de produção (Garvin, 1992).

Assim, foi a partir da Revolução Industrial que o desenvolvimento econômico capitalista atribuiu um valor de troca a produto que passa a depender da estabilidade no seu valor de uso, isto é, de determinada qualidade. Os mecanismos, pelos quais se buscou garantir esta qualidade,

vêm se modificando e acompanhando as transformações no processo industrial (Novaes, 1999).

O marco da Revolução Industrial traz a responsabilidade gerencial pela inspeção formal e a intensificação do controle sobre as etapas do processo produtivo, destacando a importância da qualidade do produto de acordo como o projeto proposto.

No início do século XX, com a evolução do sistema norte-americano de produção, a inspeção passou a ser mais importante ainda, e as atividades que a compõe foram relacionadas, formalmente, com o controle da qualidade. Em 1922, foi publicada a obra *The Control of Quality in Manufacturing* de G. S. Radford, onde a responsabilidade gerencial passou a ser considerada como uma função distinta e independente (Garvin, 1992).

A evolução desse processo de inspeção trouxe, como ponto focal, a formação do Departamento de Engenharia de Produção que utilizava instrumental estatístico voltado para a medição e o controle da qualidade. A etapa seguinte deste processo foi o controle de qualidade do produto final, cujo caráter científico foi dado por W. Shewhart, através da obra *Economic control of quality manufactured product*, publicado em 1931. Este autor fazia parte de um grupo maior dos *Bell Telephone Laboratories* e era envolvido com a qualidade dos novos sistemas de comunicação que estavam sendo implementados nos Estados Unidos (Garvin, 1992; Gurgel, Vieira, 2002).

Alguns anos mais tarde, Joseph Juran passou a fazer parte deste grupo e foi responsável pela criação da atual disciplina conhecida como controle estatístico da qualidade. Na concepção desse grupo de pesquisa,

passou-se a admitir que existia um certo grau de variabilidade inerente ao produto, pois era impossível que duas peças fossem exatamente iguais passando a ser adotado o controle estatístico de Stewhart e a criação de técnicas de limites de variação aceitável durante todo o processo de produção (Garvin, 1992).

Com o advento da Segunda Guerra Mundial, e com a necessidade de produzir armas em grande escala e o aumento da exigência de qualidade e confiabilidade nos armamentos, os conceitos de controle estatístico da qualidade passaram a ter um público maior (Garvin, 1992).

Dessa forma, no final dos anos 40, o controle da qualidade já estava consolidado, seus métodos eram basicamente estatísticos e seu impacto permaneceu restrito às fábricas.

Ainda nesse período de garantia da qualidade, os instrumentos da profissão se expandiram para muito além da estatística e passaram a considerar os elementos: quantificação de custos da qualidade, controle total da qualidade, engenharia da confiabilidade e zero defeito (Garvin, 1992).

Nos anos 50 e 60, houve uma grande evolução no gerenciamento das empresas, principalmente no Japão, motivadas pela necessidade de reconstrução econômica nipônica, após a Segunda Guerra Mundial. Dessa forma, E. Deming, J. M. Juran e Armand Freigenbaum empreenderam grandes esforços voltados para a indústria japonesa, fundamentadas em teorias desenvolvidas anteriormente (Gurgel, Vieira, 2002).

Joseph Juran abordou a questão dos custos da qualidade em seu livro, publicado em 1951 *Quality control handbook*, tornando-se um clássico para estudiosos do tema. Para esse autor, a administração da qualidade compreende os processos de planejamento, controle e melhoria da qualidade conhecida como “Trilogia de Juran”. Alertou também que os custos podem ser reduzidos, drasticamente, investindo-se em qualidade (Garvin, 1992; Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005).

Em 1956, Armand Freigenbaum propôs o conceito de Controle Total de Qualidade, partindo da premissa que a qualidade do produto é objeto de todos na organização, desde a concepção, portanto, não é um trabalho isolado do Departamento de Controle, mas sim, um objetivo de toda a organização. Dessa forma, a qualidade passou a ser uma questão de sobrevivência no mercado concorrencial e um objetivo de níveis gerenciais mais elevados (Gurgel, Vieira, 2002).

De acordo com essa concepção, não bastava apenas a conformidade do produto com o processo proposto, mas também deveria atender às necessidades dos usuários, trazendo assim, implicações cada vez mais amplas para o gerenciamento da qualidade.

Freigenbaum e Juran desenvolveram a engenharia da confiabilidade, que estava relacionada ao mais alto nível do planejamento da qualidade, pela coordenação de atividades de outros departamentos, pelo estabelecimento de padrões de qualidade e pela determinação de medidas específicas, exigindo assim, uma combinação de habilidades gerenciais. O

objetivo era garantir a funcionalidade dos produtos ao longo do tempo (Garvin, 1992).

Em seguida, surge o último movimento importante da era da garantia da qualidade que foi o Zero Defeito. Juntamente com a engenharia da confiabilidade, o controle total da qualidade e os custos ajudaram a expandir fronteiras da profissão na área de qualidade. Passou-se então, a considerar aspectos comportamentais do gerenciamento das organizações para a produção, de uma só vez, de um produto sem defeitos (Garvin, 1992).

A preocupação com os custos da produção e a incorporação do conceito da satisfação do cliente representaram um avanço significativo. Com o aumento da competitividade e o nivelamento tecnológico, a busca da qualidade passou a ser um diferencial importante para as empresas (Gurgel, Vieira, 2002).

A aplicação de programas de qualidade deu origem às certificações *International Standards Organization* (ISO), criada em 1946, com sede em Genebra. A partir de então, passaram a incorporar rigorosos parâmetros de avaliação do desempenho organizacional e vincularam à possibilidade de auferir maior volume de recursos à expansão do mercado (Gurgel, Vieira, 2002; Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005).

Nesse contexto, a garantia da qualidade foi fruto da necessidade de atender às necessidades dos programas militares, eletrônicos e espaciais das indústrias norte-americanas e encontrou, naquela época, um período fértil para seu desenvolvimento. No entanto, a qualidade ainda era vista negativamente, como algo que podia prejudicar a empresa se deixada de

lado e não como uma possível base de concorrência. Esta visão acabou se modificando nas décadas de 70 e 80 quando foram incorporados os aspectos estratégicos da qualidade (Garvin, 1992).

A Gestão Estratégica da Qualidade passou a envolver o uso de técnicas comportamentais com a utilização do conceito de clientes internos e externos, tendo a satisfação, como objetivo maior (Gurgel, Vieira, 2002).

A partir deste novo conceito, verificou-se a quebra da dicotomia entre o fazer e o pensar, típico da administração Taylorista, destacando-se a formação de equipes que pensam e executam os projetos, e a ênfase nos processos e fluxos de trabalho a partir da estruturação organizacional adequada, tornando a qualidade o objetivo a ser perseguido pelas grandes corporações (Gurgel, Vieira, 2002).

Dessa forma, a quarta fase da trajetória da qualidade traz como finalidade satisfazer a clientela, atendendo às necessidades da área de serviços e buscando, por meio de mudanças culturais, comportamentais e gerenciais, adequar-se ao modelo atual.

Este conceito passou a ser mais amplo que os anteriores, mais ligado à lucratividade e aos objetivos empresariais, mais sensíveis às necessidades da concorrência sob o ponto de vista do consumidor e mais firmemente associado à melhoria contínua (Garvin, 1992).

Essa nova abordagem incorpora os conhecimentos já discutidos das três primeiras eras da qualidade, evolui na questão do sucesso da concorrência e na ênfase, cada vez maior no gerenciamento.

Da mesma forma, o conceito de qualidade evoluiu historicamente, constituindo uma mudança na perspectiva do pensamento moderno da qualidade, que passou a ser compreendida como parte da função gerencial, sendo essencial para a sobrevivência das organizações nos mercados atuais que se encontram altamente competitivos.

1.2.2 Qualidade nos Serviços de Saúde

O setor da saúde foi um dos últimos a aderir aos programas de qualidade, provavelmente por acreditar que já possuía uma medida suficiente, ou por temer a complexidade das mudanças no gerenciamento, ou ainda porque os médicos superestimaram seus próprios conhecimentos e eram refratários ao trabalho em equipe (Melo, Camargo, 1998).

O conceito de garantia de qualidade em serviços de saúde tem conotação um pouco diferente daquelas associadas às atividades industriais, pois se refere à elaboração de estratégias tanto para a avaliação da qualidade quanto para implementação de normas e padrões de conduta clínica por meio de programas locais ou nacionais (Nogueira, 1994).

Apesar disso, o desenvolvimento do conceito de qualidade aplicado aos Serviços de Saúde, passou por um processo evolutivo semelhante ao da indústria de bens e serviços, incorporando novos elementos com o movimento histórico da sociedade e das organizações.

Historicamente, a evolução da assistência à saúde, passou da prática empírica da medicina para a institucionalização dessa assistência em hospitais, centralizando o cuidado ao paciente nestes locais.

O surgimento do hospital, como local terapêutico, é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. Nesta época, o hospital era uma instituição essencialmente de assistência aos pobres portadores de doenças que eram consideradas perigosas para a sociedade e a sua função consistia em assistir material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento (Focault, 2001).

O pessoal hospitalar era fundamentalmente destinado à cura do doente, conseguindo assim sua própria salvação, sendo constituído de pessoas caritativas, religiosos ou leigos que estavam no hospital para fazer uma obra de caridade. A presença do médico era mais uma garantia, uma justificação, do que a ação real (Focault, 2001).

Com a organização dos hospitais militares e os mecanismos disciplinares introduzidos por razões econômicas, o desejo de evitar epidemias e o preço atribuído ao indivíduo como parte da força militar, possibilitou-se a medicalização dos hospitais e a transformação do saber e das práticas médicas (Focault, 2001).

A partir disso, surgiu a necessidade de reorganizar a assistência à saúde prestada nos hospitais, na tentativa de preservar a vida dos doentes da guerra. Neste contexto, a enfermeira Florence Nightingale (1820-1910) implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade, atuando durante a guerra da Criméia e buscando sistematizar as estatísticas hospitalares para que subsidiassem as avaliações sobre a assistência

prestada nos hospitais ingleses, dando grande contribuição à administração hospitalar.

Nos Estados Unidos, a qualidade nos serviços de saúde, começou a ser tratada no início do século XX, pelo Colégio Americano de Cirurgiões, utilizando padrões mínimos, onde se avaliava, regularmente, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes hospitalizados (Padilha, 2005; Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005).

A partir da influência das mudanças introduzidas no ensino da medicina nos Estados Unidos pelo Relatório Flexner, no início do século passado, a qualidade da assistência médico-hospitalar passou a ser baseada na excelência dos seus agentes. A especialização médica, a complexidade dos equipamentos e a atualização da planta física eram o que conferia o status de excelência a um hospital (Zanon, 2001).

A primeira tentativa de avaliar objetivamente a assistência médico-hospitalar foi feita em 1912 por Codman, um cirurgião de Boston, que propôs, pela primeira vez, o conceito de "*quality of care*", destacando o paciente como o foco principal da atenção dos profissionais de saúde. Esse autor criou a idéia de tratamento eletivo, paliativo e de emergência, bem como o de risco provável. Suas idéias estimularam propostas para estabelecer uma definição operacional da qualidade médico-assistencial, que posteriormente foi aprimorada pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* por volta de 1990 (Zanon, 2001).

A aceitação das idéias de Codman levou Vergil N. Slee a criar a auditoria médica em 1943. Anos mais tarde, estabeleceu-se uma ampla rede

de especialistas e unidades de auditorias dedicadas ao monitoramento da assistência médico-hospitalar (Zanon, 2001).

A qualidade dos serviços de saúde evoluiu das práticas sistematizadas para a auditoria na tentativa de buscar a melhoria da assistência prestada ao cliente, passando um processo de melhoria contínua, que culminou no desenvolvimento das Comissões para Acreditação Hospitalar.

A Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais foi criada em 1951 com o objetivo de estimular o desenvolvimento técnico-administrativo dos hospitais e passou a desenvolver novos padrões. O processo de avaliação que no início era informal, subjetivo e com base nos conhecimentos e experiências dos avaliadores, passou por um processo de transformação com o desenvolvimento de métodos de avaliação estruturados e objetivos, que culminaram na auditoria médica no início dos anos 70 (Padilha, 2005).

A JCAHO, em 1975, introduziu, pela primeira vez, como requisito para acreditação a exigência de métodos objetivos para a verificação e documentação da qualidade nas organizações de saúde (Zanon, 2001).

Dessa forma, a partir dos anos 60, os serviços passaram a ser pensados como produtos por sua expansão e, portanto, passíveis de padronização na qualidade tanto no setor privado como no setor público, como parte dos direitos sociais da população (Novaes, 1999).

No Brasil, a necessidade das empresas se ajustarem ao novo contexto econômico-administrativo tornou-se mais evidente a partir da

década de 70, com a política governamental no contexto da ditadura militar, que priorizou investimentos de infra-estrutura, com decréscimo de recursos para as áreas sociais (Leitão, Kurcgant, 2004).

A partir da década de 80, os hospitais e os serviços de enfermagem, passaram a adotar um modelo gerencial da qualidade, para atender às necessidades de modernização das instituições de saúde (Leitão, Kurcgant, 2004).

As instituições de saúde privadas, no Brasil, entraram no mercado antes da rede pública oferecendo serviços estruturados nos moldes da qualidade com fins lucrativos e adotando o planejamento estratégico da qualidade como um instrumento para a implantação de programas de qualidade (Leitão, Kurcgant, 2004).

Nesta mesma década, o autor Avedis Donabedian, conceituou a qualidade como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o paciente, benefícios estes, que por sua vez, se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e valores sociais (Soboll, Carvalho, Eduardo, Tanaka, 2001).

Esse mesmo autor estabelece a avaliação dos serviços de saúde, fundamentado na Teoria de Sistemas, que considera o cuidado em saúde nos três grandes componentes: estrutura, processo e resultado (Soboll, Carvalho, Eduardo, Tanaka, 2001; Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005).

A estrutura tem características relativamente estáveis das instituições como área física e equipamentos, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional (Donabedian, 1992b).

O componente processo consiste no conjunto de atividades desenvolvidas nas relações de produção e no caso de serviços de saúde, entre profissionais e clientes, englobando desde a busca pela assistência até o diagnóstico e tratamento (Donabedian, 1992b).

Quanto ao resultado, considera a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços sem erros, imperfeições ou nocividade ao cliente (Donabedian, 1992b).

Esse resultado abrange as conseqüências do cuidado ou de sua falta, sendo que a estrutura e o processo podem influenciar nele e seus domínios remetem às mudanças atuais e futuras nos serviços de saúde oferecidos à população (Adami, Yoshitome, 2003).

Assim, para cada componente desta tríade poderá ser construído um conjunto de indicadores ou atributos da qualidade que demonstrem melhor a realidade a ser avaliada (Soboll, Carvalho, Eduardo, Tanaka, 2001).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) é necessário, ao se propor a avaliar os serviços de saúde, estabelecer um número básico de indicadores que permitam conhecer os principais aspectos da situação de saúde da população e das práticas de saúde (Soboll, Carvalho, Eduardo, Tanaka, 2001).

Dessa forma, a avaliação da qualidade no setor da saúde baseia-se nesses conceitos que foram construídos ao longo da história da humanidade, acompanhando o desenvolvimento sócio-econômico e tecnológico dos meios de produção e a preocupação com a satisfação do

cliente e do trabalhador. Para facilitar esse processo, foram criados instrumentos que norteiam essa avaliação.

Os instrumentos para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e de enfermagem podem ser internos como as Comissões de Auditoria Médica e de Enfermagem; a Comissão de Prevenção e Controle das Infecções Hospitalares; a Comissão de Ética em Pesquisa; a Comissão de Educação Continuada; a Comissão de Gerenciamento de Recursos Materiais; a Comissão de Gerenciamento de Risco e a Comissão de Avaliação dos Usuários; e externos como a Acreditação Hospitalar (Adami, 2000).

Nos países da América Latina e do Caribe, a partir da década de 90, um movimento promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Federação Latino-Americana de Hospitais, buscou implementar uma proposta de um modelo de acreditação de hospitais (Novaes, Paganini, 1992).

Esse modelo constitui um dos principais métodos e estratégias que podem ser empregados nos serviços de saúde para avaliação de resultados. A Acreditação Hospitalar é uma atividade de avaliação externa, realizada por uma instituição acreditadora que propõe a participação voluntária das instituições envolvidas com a saúde, estimulando-as para a procura da melhoria contínua da qualidade (Brasil, 2003).

O Programa Brasileiro de Acreditação foi oficialmente lançado em novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência à Saúde em Budapeste, bem como o instrumento nacional, desenvolvido e conduzido por Humberto Moraes Novaes. Posteriormente, o Ministério da

Saúde propôs o Projeto de divulgação da “Acreditação no Brasil” e, para melhorar esse sistema, criou a entidade ONA - Organização Nacional de Acreditação em 1999 (Feldman, Gatto, Cunha, 2005; Schiesari, Kisil, 2003).

O processo avaliatório da Acreditação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos, verificando se o serviço atinge ou não os critérios preconizados (Fedman, Gatto, Cunha, 2005; Schiesari, Kisil, 2003).

Nesse sentido, foi desenvolvido um instrumento que norteia a ação dessas instituições, que no Brasil, consiste no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Esse Manual é o resultado de um conjunto de ações desenvolvidas em seminários e oficinas de trabalho, coordenado pela Secretaria de Políticas da Saúde, utilizando como base inicial o Manual de Acreditação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), adaptado à realidade brasileira e testado, inicialmente, em 17 hospitais de todo o país (Brasil, 2003).

O Manual é composto de seções e subseções, sendo que nas subseções existem os padrões definidos, segundo três níveis, do mais simples para o mais complexo, e sempre com um processo de incorporação dos requisitos anteriores de menor complexidade. Para cada nível são definidos itens de verificação que orientam a visita e preparação do hospital, para a Acreditação Hospitalar (Brasil, 2003).

O método de coleta de dados é a observação no local de contato com os profissionais dos diversos serviços. São organizados padrões por graus de satisfação ou complexidade crescentes e correlacionados de

maneira que, para alcançar um nível de qualidade superior, os níveis anteriores, obrigatoriamente, devem ser satisfeitos. O enunciado do padrão oferece a intenção, explicando a justificativa, o significado e a importância da norma (Brasil, 2003).

Recentemente, o Manual de Acreditação das organizações prestadoras de serviços foi revisado, sendo repaldado por um convênio de cooperação técnica entre a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo feitas as alterações necessárias nas exigências de cada nível (Brasil, 2003)

Para a área de enfermagem, as exigências de Nível 1 contemplam um responsável técnico habilitado, procedimentos e controle dos pacientes internados registrados em prontuário, distribuição da equipe com escala de acordo com a habilitação requerida e ajustadas às necessidades do serviço (Brasil, 2003).

No Nível 2, deve existir Manual (s) de normas, rotinas e procedimentos documentados, atualizados, disponíveis e aplicados; desenvolvimento de ações baseados em procedimentos voltados para a melhoria de processos assistenciais; programas de capacitação e educação continuada; ações de enfermagem auditadas por registros em prontuários e estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial (Brasil, 2003).

No Nível 3 deve haver participação ativa no modelo assistencial, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar; com integração no programa institucional da qualidade e produtividade com evidências de ciclos de

melhoria; dispor de um sistema de análise de satisfação de clientes internos e externos e de avaliação do serviço; sistema de informação baseado em dados e indicadores que permitam análises comparativas com referenciais e monitoramento de resultados (Brasil, 2003).

Dessa forma, para o Serviço de Neonatologia atingir o Nível 3, deve dispor de indicadores específicos da área e por isso, torna-se imprescindível, para a Enfermagem, construir e implementar esses instrumentos reguladores da qualidade da assistência para transformar a realidade dos serviços de saúde.

1.2.3 Indicadores de Qualidade em Saúde

Na revisão de literatura, resgata-se uma ampla variedade de indicadores com o intuito de avaliar uma certa variável ou situação. Assim, têm-se os indicadores financeiros de produção, de desempenho, de recursos humanos, de saúde, da comunidade, entre outros.

Esses indicadores devem ser empregados para auxiliar no gerenciamento da qualidade, e na medida em que se associam aos outros indicadores, contribuem significativamente para a avaliação de ações de saúde, direcionando o processo de tomada de decisão.

Os indicadores de saúde são formas numéricas ou não, obtidas a partir dos sistemas de informação, utilizados para melhorar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento, ou agravo à saúde, para atribuir valor a dados ou aspectos da realidade que se deseja conhecer e a partir

destes conhecimentos, intervir para alcançar objetivos (Soboll, Carvalho, Eduardo, Tanaka, 2001).

O indicador é uma variável, característica, ou atributo de estrutura, processo, ou resultado que é capaz de sintetizar, representar, ou dar maior significado ao que se quer avaliar sendo válido, portanto, num contexto específico (Tanaka, Melo, 2003).

Outro autor destaca ainda que um indicador não é uma medida direta da qualidade, é uma chamada que sinaliza ou dirige a atenção para assuntos específicos de resultados dentro da organização de saúde (Bittar, 2001).

Os atributos necessários para que os indicadores sejam efetivos e representem a realidade a ser analisada, são: a validade, a sensibilidade, a especificidade, a simplicidade, a objetividade e o baixo custo. (Bittar, 2001; Bohomol, D’Innocenzo, Kowal , Cunha, 2005).

O conceito atribuído a cada um deles será descrito a seguir. A validade significa o grau no qual o indicador atende o propósito de identificação de situações nas quais as qualidades dos cuidados devem ser melhoradas; sensibilidade é o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos casos nos quais existem problemas na atual qualidade dos cuidados; especificidade representa o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados; simplicidade quer dizer que quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores serão as chances e oportunidades de utilização; objetividade considera que todo indicador deve ter um objetivo claro,

aumentando a fidedignidade do que se busca e finalmente, baixo custo mostra que indicadores cujo valor financeiro é alto inviabilizam sua utilização rotineira, sendo colocados em desuso (Bittar, 2001; Bohomol, D’Innocenzo, Kowal , Cunha, 2005).

Segundo a *JCAHO*, para ser considerado indicador de qualidade, o atributo em questão deve ser mensurável, claro e objetivo, além de útil e de favorecer o direcionamento e a geração de melhorias. Em gerenciamento de qualidade, indicadores são medidas de desempenho, ferramentas críticas com foco no resultado esperado e processo essencial para obtenção de resultados relacionados à qualidade do serviço (JCAHO, 1992).

Dessa forma, indicador é uma unidade de medida de uma atividade com a qual está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser utilizada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço (JCAHO, 1992).

No Brasil, iniciativas como Programa de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar, Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), da Associação Paulista de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), e o Sistema de indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar (SIPAGEH), apoiado pela Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), no Rio Grande do Sul, são exemplos de que é possível adaptar projetos de monitoração ampla de indicadores de saúde à nossa realidade (Denser, 2003; Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005).

O CQH é um programa de adesão voluntária, iniciado em 1989-1990, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar, por meio de uma metodologia específica, fundamentada no monitoramento de indicadores institucionais, na auto-avaliação e na realização de visitas aos hospitais participantes (CQH, 2001).

Além disso, o CQH mantém um grupo chamado de Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH) que desenvolve atividades voltadas para a melhoria da gestão hospitalar, com participação de diretores e gerentes de enfermagem dos estabelecimentos de saúde envolvidos com essa proposta. Recentemente, esse grupo publicou um Manual de Indicadores de Enfermagem, onde são apresentados indicadores de processo e de gestão de pessoas para a área de enfermagem, que vêm sendo empregados nas instituições participantes (CQH, 2006).

Já o SIPAGEH teve início em 1998, pela reunião de representantes de sete hospitais de Porto Alegre, com o objetivo de escolher um grupo de indicadores que pudessem ser trocados entre os mesmos, como forma de comparação de resultados e geração de planos de melhorias. Posteriormente, foram estabelecidos indicadores baseados nos critérios de avaliação do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, facilitando, assim, a realização das avaliações (SIPAGEH, 2005).

Ainda nesse cenário, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP) do Ministério da Ciência e Tecnologia preconizou a instituição do Prêmio Nacional de Qualidade, destinado a estimular a melhoria contínua da qualidade de produtos e serviços por meio de

conceitos de gestão da Qualidade Total e promover, internacionalmente, a excelência dos produtos e serviços brasileiros (Tronchin, Melleiro, Takahashi, 2005).

A Organização Pan Americana da saúde OPAS/ OMS, por meio da publicação dos Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais - Manual de Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe, traz contribuições importantes para a avaliação da qualidade da organização da assistência médica, das áreas de apoio, documentação física, estrutura físico-funcional e instalações (Novaes, Paganini, 1992).

Outro exemplo é dado pelo Hospital Israelita Albert Einstein de São Paulo (HIAE) que em 1994, iniciou um programa de Qualidade de Enfermagem baseado nos padrões da *JCHAO*, e vem utilizando os indicadores de cuidados com cateteres, transferência de paciente entre unidades, controle da dor e também, indicadores de vigilância, como queda de paciente e administração de medicamentos, como um índice de avaliação dos cuidados prestados ao paciente (Denser, 2003).

O HIAE estabeleceu o uso de indicadores de qualidade previamente selecionados tendo como referencial os sugeridos pela *American of Nursing Association (ANA)*, que podem ser classificados como indicadores de resultado, processo e de estrutura, baseados na definição de Donabedian para critérios e padrões a serem utilizados como referência na avaliação de qualidade (Denser, 2003).

Dessa forma, verifica-se que os indicadores de qualidade têm sido utilizados como um instrumento de avaliação da qualidade em saúde, sendo

adaptados de acordo com a realidade de cada serviço. Devem ser capazes de atingir objetivos a fim de melhorar a assistência prestada ao cliente, fortalecer a confiança da clientela, atender às exigências dos órgãos financiadores, reduzir custos e estimular o envolvimento dos profissionais.

1.2.4 Qualidade, unidades neonatais e a enfermagem

A preocupação com a assistência ao RN, na área da saúde surgiu como um prolongamento da ação da prática obstétrica, onde recursos materiais, humanos e terapêuticos se faziam necessários para o controle da termorregulação, da alimentação e da prevenção de infecção, além da adequação da área física e de dispositivos próprios para o atendimento ao neonato, como as incubadoras, os procedimentos e as normas rigorosas de isolamento e treinamento especial de pessoal (Scochi, Costa, Yamanaka, 1996).

Assim, até o século XIX, não havia preocupação com o cuidado do RN; os bebês permaneciam no domicílio e as escassas noções sobre cuidados e socorros às crianças ficavam a cargo de médicos, parteiras, entre outros. No final do século XIX e início do século XX, surgiram as primeiras instalações de berçários destinados a alojar os neonatos prematuros. A seguir, impôs-se a instalação de berçários nas maternidades para os demais RN, face à alta taxa de mortalidade infantil por diarreia epidêmica, infecção respiratória e a inexistência de equipamentos e recursos adequados para a assistência. O objetivo destas unidades era o isolamento como medida preventiva e a enfermagem era especializada, recomendando-

se a mínima manipulação do neonato e proibição de qualquer visita, inclusive da mãe (Kamada, Scochi, Rocha, 1990).

De acordo com a literatura, verifica-se que, nos últimos 40 anos, ocorreram grandes transformações na assistência ao neonato. Os clássicos berçários foram substituídos por locais com cuidado progressivo e alojamento conjunto, equipados com recursos materiais e humanos especializados, tornando imprescindível o trabalho de uma equipe multiprofissional, dada a multidisciplinaridade do conhecimento envolvido nesta assistência (Kamada, Scochi, Rocha, 1990; Scochi, Costa, Yamanaka, 1996).

As transformações no processo de trabalho visaram não só atender a carência social de diminuição da morbimortalidade, mas também, assegurar uma sobrevida de melhor qualidade ao binômio mãe-filho (Kamada, Scochi, Rocha, 1990; Scochi, Costa, Yamanaka, 1996).

Essas mudanças atingiram a finalidade do trabalho das unidades neonatais que não se dá só na perspectiva de sua racionalidade e na recuperação do corpo anátomo-fisiológico do RN, mas passa a preocupar-se com a família e a qualidade de vida (Gaiva, Scochi, 2004).

Dessa forma, os serviços de atendimento a RN devem ser estruturados para atender a uma população altamente susceptível a riscos e que está relacionada a elevados índices de morbimortalidade na infância (Tronchin, Toma, 1996).

As unidades neonatais, em geral, são divididas sistematicamente de acordo com critérios elaborados pela equipe médica e de enfermagem,

proporcionando a racionalização do trabalho; determinando o tipo de complexidade da assistência; equacionando a quantidade de servidores pelo número de crianças atendidas; realizando o treinamento e desenvolvimento de pessoal em todas as áreas; concentrando equipamentos e materiais; diminuindo o contato em caso de infecção e permitindo aos pais viverem experiências semelhantes, de acordo com o quadro apresentado pelo RN (Tronchin, Toma, 1996).

As especificidades dos cuidados em unidades neonatais tornam o atendimento mais complexo, mostrando a necessidade de planejamento da assistência de enfermagem para atender à demanda do serviço.

Para isso, na prática gerencial do enfermeiro, utiliza-se o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) como um instrumento para estimar as necessidades diárias dos pacientes em relação à assistência de enfermagem. A adoção do SCP possibilita dimensionar o pessoal e adequar os métodos utilizados na avaliação dos custos da assistência prestada (Fugulin, Gaidzinski, Kurcgant, 2005).

Numa pesquisa realizada nas unidades de internação do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), para caracterizar os RN da Unidade Neonatal segundo a complexidade da assistência, foram consideradas três categorias de cuidados: o cuidado semi-intensivo, que caracteriza os RN sujeitos à instabilidade de funções vitais, sem risco iminente de vida, porém, com riscos de agravamento súbito de seu estado clínico que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada; o cuidado intermediário que caracteriza os RN que

apresentam patologias ou alterações que podem surgir nas primeiras horas de vida, sem risco iminente de vida que requeiram avaliações médicas e de enfermagem; e o cuidado de baixo risco que caracteriza os RN estáveis no período de transição que permanecem em observação nas primeiras horas de vida ou aqueles cujas mães encontram-se impossibilitadas de prestar-lhes cuidado no Alojamento Conjunto (Fugulin, Gaidzinski, Kurcgant, 2005; Tronchin, 2003).

No contexto da assistência, a prestação de cuidados de qualidade caracteriza-se pelo alto grau de competência profissional; uso eficiente dos recursos; redução a um nível mínimo de lesões produzidas ou decorrentes da assistência; satisfação dos pacientes quanto às suas demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde e um efeito favorável na saúde (Soboll, Carvalho, Eduardo, Tanaka, 2001).

Dessa forma, a preocupação com a qualidade da assistência prestada ao RN e sua família na unidade neonatal, tem sido evidenciada por meio da criação de padrões e critérios de assistência de enfermagem que visa o atendimento das necessidades da clientela que utiliza o serviço.

Padrão é uma medida específica, quantitativa, capaz de definir a qualidade almejada; critério é um atributo de estrutura, de processo ou resultado capaz de direcionar a mensuração da qualidade (Donabedian, 1990).

A assistência à saúde da mulher e do recém-nascido no período perinatal vem sendo objeto de discussões entre profissionais de saúde, conscientes de sua responsabilidade quanto à qualidade do atendimento

prestado a esta população (Meleiro, Tronchin, Andreoni, 1998; Teixeira, Tronchin, Camargo, Melleiro, 2006).

De acordo com Silva (1994), a qualidade em enfermagem caracteriza-se por um conjunto de ações desenvolvidas pelo profissional com conhecimento, habilidade, humanidade e competência com o objetivo de atender às necessidades e expectativas de cada paciente (Silva, 1994).

Na Enfermagem, cabe ao enfermeiro envolver-se na gestão da qualidade, executando o levantamento dos problemas e identificando o cenário onde as ações são desenvolvidas, o que possibilita fazer o diagnóstico do cuidado prestado e também da organização do trabalho de enfermagem, minimizando erros e diminuindo custos hospitalares, com vista à melhoria da assistência e dos processos.

Dessa forma, a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao RN hospitalizado torna-se imprescindível e determinante na evolução clínica desse paciente e no atendimento das necessidades da família neste período. Para isso, é primordial o preparo da equipe de enfermagem, diante das especificidades desse tipo de cuidado.

A assistência de enfermagem prestada ao neonato exige do enfermeiro e de sua equipe o conhecimento técnico - científico específico, habilidade e sensibilidade no exercício de suas atividades. Portanto, cabe ao enfermeiro proporcionar a esses neonatos uma assistência abrangente, no sentido de identificar, avaliar e compreender suas características peculiares, contemplando aspectos biológicos, emocionais e sociais numa abordagem individual e humanizada do processo de cuidar (Tronchin, 1999).

Neste sentido, o cuidado com a pele do RN representa um fator de preocupação para a equipe de enfermagem, já que a pele constitui uma barreira contra agentes do meio externo e protege as estruturas internas do organismo, além de ser um sinalizador para os problemas decorrentes da hospitalização, como infecções e outros distúrbios do metabolismo.

Na assistência diária, o enfermeiro freqüentemente se depara com a observação de anormalidades na pele do neonato e com a iminência do desenvolvimento lesões iatrogênicas associadas à terapêutica adotada, por isso, a avaliação da integridade da pele do RN pode sinalizar aspectos a serem melhorados no cuidado prestado ao neonato.

A integridade da pele do RN pode ser considerada um indicador de qualidade da assistência de enfermagem, passível de quantificação, e as intervenções realizadas para a manutenção dessa integridade são determinantes para a qualidade de vida futura da criança.

A manutenção da integridade da pele em pacientes hospitalizados é um importante aspecto da assistência à saúde que contribui com resultados positivos para o paciente. Por isso, desde 1994, a *American Nurses Association* (ANA) passou a identificar como indicador, a integridade da pele para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem (Meraviglia, Becker, Grobe, King, 2002).

1.3 Anatomia e fisiologia da pele do RN

A pele ou cutis é o manto de revestimento do organismo, indispensável à vida e que isola os componentes orgânicos do meio externo. Ela apresenta grandes variações ao longo de sua extensão, sendo ora mais elástica e flexível, ora mais rígida. Sua superfície apresenta variações e pregas articulares e musculares, orifícios pilossebáceos e sudoríparos, segundo os segmentos corpóreos (Sampaio, Rivitti, 2000).

De acordo com a experiência profissional, as intercorrências de maior frequência encontradas em RN, relacionam-se ao seu sistema tegumentar, sendo decorrente das estruturas anatômicas da pele do RN, que se apresentam ainda em processo de amadurecimento, diferindo da pele da criança e do adulto, o que o torna mais predisponente às afecções cutâneas (Hashimoto, 1997).

No RN, a pele é o maior órgão do corpo e constitui um aspecto crítico para a saúde da criança, pois pode representar até 13% do seu peso corpóreo, especialmente em prematuros. Ao nascimento, a superfície da pele é usada em conjunto com outros achados para determinar a maturidade física do neonato (Campbell, Banta Wright, 2000).

À medida que a pele se desenvolve, vai se tornando mais espessa, queratinizada e opaca, assim, a avaliação do tempo de gestação depende da estimativa do grau de visibilidade dos vasos subjacentes da parede abdominal e da quantidade de rachaduras existentes na superfície da pele (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999).

Dessa forma, a maturidade da pele do RN está associada ao seu desenvolvimento gestacional que é embriologicamente determinado e, portanto, o conhecimento da estrutura da pele fetal tem hoje grande importância para o diagnóstico pré-natal de doenças genéticas, principalmente em famílias de risco (Sampaio, Rivitti, 2000).

A pele se constitui de tecidos de várias naturezas, dispostos e interrelacionados de modo a adequar-se ao desempenho de suas funções e é composta por basicamente três grandes camadas de tecidos: a camada superior, chamada de epiderme, que é um epitélio estratificado com quatro camadas celulares; a camada intermediária, a chamada derme ou cório que compreende um gel de mucopolissarídeos, composto por três camadas: a derme capilar, a periaxineal e a reticular; e a camada mais profunda, a chamada hipoderme ou tecido celular subcutâneo (Sampaio, Rivitti, 2000).

Nas regiões palmo-plantares existe uma outra camada compondo a epiderme, o estrato lúcido, constituindo camadas de células planas de aspecto homogêneo e transparente (Sampaio, Rivitti, 2000).

Abaixo da epiderme, localiza-se a derme, que aloja também, estruturas anexas à pele, como glândulas sudoríparas, folículos pilossebáceos e músculos eretores do pêlo e, em quantidades variáveis, encontram-se vasos sanguíneos linfáticos e estruturas nervosas (Sampaio, Rivitti, 2000).

A última camada da pele é a hipoderme ou panículo adiposo que constitui a camada mais profunda, composta exclusivamente por tecido adiposo. Essa camada apresenta-se como um dispositivo nutritivo de

reserva, participando do isolamento térmico e na proteção mecânica do organismo às pressões e traumatismos externos, além de facilitar a motilidade da pele em relação às estruturas subjacentes (Sampaio, Rivitti, 2000).

A anatomia e fisiologia da pele permitem vislumbrar algumas funções importantes para a manutenção do organismo, pois suas estruturas funcionais exercem papéis indispensáveis na proteção da integridade física do ser humano.

Do ponto de vista estrutural, a pele do RN a termo e do adulto não apresenta diferenças significativas, sendo mais marcantes as diferenças funcionais (Sampaio, Rivitti, 2000).

A pele do RN ao nascimento pode ser recoberta por pêlos finos, amolecidos e com pouco potencial para o crescimento, denominados lanugem. Estão localizados na região dorsal, ombros e face. A lanugem desaparece nas primeiras semanas de vida, sendo substituída por pêlos definitivos (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999; Sampaio, Rivitti, 2000).

Uma outra particularidade da pele do RN ao nascimento, refere-se à presença de uma substância graxenta chamada Verniz Caseoso que recobre a pele do RN e é produzida por células epidérmicas e secreções sebáceas, com a finalidade de proteção e lubrificação da pele, facilitando a passagem no canal do parto, além de propriedades bactericidas (Sampaio, Rivitti, 2000).

Além disso, a resposta sudoral apresenta-se, no início, incompleta no RN, tendendo à normalização depois do 6 ° dia de vida em crianças a termo e 30 ° dia em prematuros (Sampaio, Rivitti, 2000).

Também é encontrado no RN o tecido adiposo marrom, ausente no adulto, cuja função é a manutenção da temperatura corpórea por meio da oxidação de ácidos graxos. Pode ser encontrado nas regiões interescapular, cervical e abdominal (Sampaio, Rivitti, 2000).

Outro aspecto importante a ser considerado é que ao nascimento, o RN a termo tem a superfície da pele alcalina, com ph de 6,34, aproximadamente. Após 4 dias de vida, o ph cai para 4,65, constituindo um manto ácido de proteção que deve ser preservado. Cuidados diários como banho e outras práticas podem alterar esse manto ácido e aumentar o risco de desenvolvimento de infecções, alergias e sensibilização por agentes tópicos (Lund, Kuller, Lane, Lott, Raines, 1999; Sampaio, Rivitti, 2000).

Para a equipe de enfermagem, o conhecimento dessas particularidades determina as ações que devem ser realizadas no cuidado diário da pele do RN hospitalizado, visando manter as principais funções desse órgão.

A pele é um órgão capacitado à execução de múltiplas funções, sendo a principal delas a função de barreira de proteção para as estruturas internas do organismo à ação de agentes externos, impedindo a perda de água e outras substâncias do meio interno, além de representar obstáculo à ação de radiações UV pela ação da melanina (Sampaio, Rivitti, 2000).

A pele do RN, principalmente o RN pré-termo, ainda não está totalmente formada e por isso, possui a função de barreira física da pele prejudicada, podendo constituir uma pele gelatinosa, o que associado ao sistema imunológico ineficiente, cujos mecanismos de defesa celulares e humorais não funcionam de maneira eficaz, o torna alvo fácil de microrganismos que podem ocasionar infecções (Izatt, 2000; Lund, Kuller, Lane, Lott, Raines, 1999).

A capacidade de absorção da pele permite a administração de medicamentos por via percutânea. A absorção cutânea da pele do RN está aumentada nas regiões axilares, inguinais retroauriculares e bolsa escrotal. Dessa forma, em função da relação superfície/peso corporal ser maior no RN, deve-se tomar cuidado com a administração de substâncias tópicas, principalmente em prematuros, onde a absorção está aumentada em toda superfície corpórea (Sampaio, Rivitti, 2000).

As outras funções da pele compreendem: proteção imunológica pelos componentes da derme; termorregulação pela sudorese, constrição e dilatação dos vasos cutâneos; percepção por meio da rede nervosa, pois, a pele é um órgão receptor sensível de calor, frio, dor e tato, e secreção sebácea, tendo importância também por evitar as perdas de água e possuir propriedades antimicrobianas, além de conter os precursores da vitamina D (Sampaio, Rivitti, 2000).

Diante das especificidades anatômicas e fisiológicas da pele do neonato que o suscetibilizam ao desenvolvimento de lesões de pele, manter a sua integridade é, portanto, algo especial, uma vez que preserva as

funções de proteção e diminui os riscos de infecções decorrentes da hospitalização.

Pesquisadores, ao estudarem as lesões dermatológicas relacionadas à terapia intensiva neonatal, identificaram lesões derivadas da assistência respiratória, lesões secundárias derivadas do uso de monitores transcutâneos de oxigênio, lesões relacionadas a procedimentos vasculares, lesões por cicatrizes cirúrgicas, dermatites de contato pelo uso de adesivos e do coletor de urina, além de lesões por compressão, entre outras (De Luna, Nartinez, Weisman, 1985).

Esses mesmos autores concluíram que as lesões dermatológicas são observadas diariamente em serviços de neonatologia, e muitas delas podem ser evitadas com cuidados mais específicos (De Luna, Nartinez, Weisman, 1985).

Cabe salientar que na literatura estudada, muitas pesquisas focalizam aspectos relacionados principalmente ao RN prematuro em unidades de terapia intensiva neonatal, sendo que há uma escassez de estudos relacionados a lesões de pele em RN a termo.

Assim, 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 para a excelência da qualidade.

Para isso, surge a necessidade da atualização profissional na área e conseqüentes treinamentos específicos para a equipe de enfermagem que

diariamente se depara com questões relacionadas à manutenção da integridade da pele do RN e cujas ações são decisivas para prevenção das lesões iatrogênicas.

1.4 Importância da capacitação profissional em unidades neonatais

Os recursos humanos, por serem os elementos mais importantes no funcionamento de qualquer empresa, grande ou pequena, pública ou privada, devem ser objetos de análise permanente e de adequação de funções para melhorar a eficiência do trabalho, a competência profissional e o nível de satisfação do pessoal (Oguisso, 2000).

Nos últimos tempos, os hospitais estão investindo na qualidade dos serviços prestados, mas para o alcance desses objetivos necessitam do investimento contínuo em programas de capacitação, de desenvolvimento de seus profissionais e de políticas definidas de educação (Lorencette, 2002).

As empresas passaram a exigir trabalhadores cada vez mais qualificados, com destreza manual agregada às competências de inovação e criatividade, trabalho em equipe e autonomia na tomada de decisão, mediadas por novas tecnologias da informação, enfim, profissionais com perfil capaz de atender às mudanças aceleradas no sistema produtivo por meio de permanente atualização das qualificações e habilitações existentes (Kobayashi, Leite, 2004).

Assim, a prática da assistência de enfermagem deve acompanhar essa evolução do mercado de trabalho e investir no processo de educação

profissional. Esse processo educacional deve contribuir para o desenvolvimento de competências profissionais específicas para atender a realidade do ambiente de trabalho, abordando temas referentes às vivências dos profissionais, identificando aspectos da realidade a serem melhorados e os capacitando para o cuidado humanizado e com qualidade.

Nesse sentido, a educação no trabalho constitui um caminho a ser percorrido para o desenvolvimento do trabalho em saúde, especialmente em relação aos trabalhadores de enfermagem que desenvolvem suas atividades em unidades neonatais, onde as particularidades do cuidado exigem competências específicas.

A educação representa um processo contínuo, que se estabelece durante toda a vida e em todos os lugares, na perspectiva do "aprender a ser, a fazer, a conhecer e a viver juntos", e deve ser pensada como um movimento fundamental para o desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade, e ainda como uma tarefa realizável por meio de um processo contínuo de educação no trabalho (Matos, Pierezan, Schneider, May, Sandoval, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional, definidos pelo Conselho Nacional de Educação, colocam a questão da individualidade e da autonomia no centro de debates na medida em que assumem a lógica da competência como ordenadora da educação profissional brasileira (Zarifian, 2003).

Essa nova educação profissional, centrada no compromisso institucional para o desenvolvimento de competências, requer além do

domínio operacional de um determinado fazer, a compreensão global do processo produtivo. É preciso que a pessoa detenha inteligência do trabalho a qual se habilita a desempenhar completamente suas funções e atribuições operacionais, buscando desenvolver permanentemente suas aptidões para a vida produtiva (Zarifian, 2003).

Dessa forma, a educação deve estimular e desenvolver no homem uma consciência crítica que lhe permita compreender e transformar sua realidade, gerando alteração de costumes, maior conscientização dos indivíduos e da sociedade, provocando mudanças (Lorencette, 2002).

Para isso, o processo educativo no trabalho tem a finalidade de manter o profissional atualizado e preparado para suas atividades, sendo um conjunto de práticas educacionais planejadas para promover oportunidades de desenvolvimento do ser humano de forma contínua e sistematizada (Salum, Prado, 2002).

Nesse processo, o enfermeiro é visto como um educador em qualquer campo de atuação, seja no ensino ou em serviço (Oguisso, 2000).

Essa concepção está respaldada pela Lei do Exercício Profissional Brasileira que no art. 8º do Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987, onde é especificado como atribuição do enfermeiro, a participação nos programas de treinamento e aprimoramento do pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada e portanto, além do direito e dever ético de manter-se atualizado, o enfermeiro tem a obrigação legal de ser o facilitador do processo de educação continuada para os demais membros da

equipe de enfermagem, estando ele em função assistencial direta ou gerencial (Oguisso,2000; Padilha, 1991).

A Educação Continuada na enfermagem, para que se torne efetiva, precisa estar direcionada para o desenvolvimento global de seus integrantes e da profissão, tendo como perspectiva a qualidade da assistência prestada (Matos, Pierezan, Schneider, May, Sandoval, 2001)

Devem fazer parte do processo educativo, não somente enfermeiros da educação continuada, mas também, profissionais atuantes no campo de trabalho. Nesse sentido, as necessidades identificadas no trabalho poderão ser atendidas adequando-se à realidade (Siqueira, Kurcgant, 2005)

No entanto, as barreiras para o desenvolvimento de programas de educação continuada são encontradas nas políticas institucionais centralizadoras, com estruturas organizacionais inflexíveis e autoritárias, onde predominam o desempenho das funções centradas nas tarefas desestimulando os trabalhadores a exercerem seu pensamento crítico acerca da realidade (Zago, 1992).

Essas barreiras que dificultam a atuação educativa do enfermeiro podem ser vencidas através de uma ação em que se busque a conscientização do profissional, encorajando-o a refletir sobre sua prática atual, colocando-o em contato com os conhecimentos disponíveis, e preparando-o para atuar efetivamente (Zago, 1992).

Para alcançar a qualidade nos serviços de saúde é preciso que haja profissionais preparados e atualizados para acompanhar os desafios que o mercado de trabalho exige. Para isto, os hospitais e os Serviços de

Enfermagem precisam adotar uma política que favoreça a Educação Continuada e que visem o desenvolvimento e a valorização da equipe visando alcançar a excelência na prestação da assistência (Lorencette, 2002).

Frente a essa realidade, há necessidade urgente de mudar as políticas internas das instituições de saúde, como requisito fundamental, não só melhor para gerir os recursos, como também gerir pessoas com base em suas competências, que devem ser aprimoradas para responder às necessidades de reorganização e qualidade dos serviços de saúde e ações de saúde prestadas à população brasileira (Melo, Fagundes, 1999).

Ao adequar as necessidades do serviço com o desenvolvimento da educação continuada voltada para essa realidade, o enfermeiro direciona o desenvolvimento de sua equipe para a otimização dos custos assistenciais, prevenção de ocorrências iatrogênicas e a satisfação do cliente e de sua família no cuidado à saúde, justificando a necessidade de investimento em recursos humanos.

As empresas do setor saúde têm adotado o treinamento como uma estratégia competitiva para sua sobrevivência, embora se saiba que apenas o investimento financeiro disponibilizado para esse treinamento e desenvolvimento de pessoal não garanta a excelência dos recursos humanos, pois ele é apenas um fator importante, na medida em que revela uma política organizacional favorável (Jericó, Castilho, 2004).

Nos programas educacionais do setor de Educação Continuada, o treinamento e desenvolvimento de pessoal de enfermagem caracterizam

maior investimento, devido às necessidades e demandas, pois a enfermagem tem como produto o próprio ser humano (Tanaka, Leite, 1999).

O retorno desse investimento fica explícito na melhora do rendimento do pessoal, uma vez que, somente o profissional bem preparado tem condições de lidar com os rápidos avanços da tecnologia, com a alta complexidade dos diagnósticos, garantindo, conseqüentemente, uma assistência de enfermagem de qualidade, atendendo às necessidades do paciente/cliente nas organizações de saúde (Jericó, Castilho, 2004).

Nesse contexto, as recentes mudanças e evolução das unidades neonatais exigem treinamento e capacitação profissional da equipe de enfermagem para promover alta qualidade desses serviços (Redshaw, Harris, 1994).

Esses mesmos autores, ao analisarem a assistência de enfermagem em unidades neonatais nos Estados Unidos, identificaram que os enfermeiros que desenvolvem atividades nessas unidades, sentem necessidade de mais suporte, treinamento e atualização para lidar com a demanda atual das pressões do cuidado à saúde (Redshaw, Harris, 1994).

No estudo realizado em um Hospital Escola do Município de São Paulo, onde foram analisados os determinantes domiciliares das condições de pele da região abrangida pela fralda de RN que foram assistidos no Sistema de Alojamento Conjunto, concluiu-se que a constante capacitação do enfermeiro permite avaliar se as ações educativas atendem às necessidades da clientela, auxiliando no cuidado da pele do neonato após a alta hospitalar (Praça, 1993).

Da mesma maneira, a descrição dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem relacionados às lesões de pele de RN internados em uma maternidade privada do município de São Paulo, destaca a importância do acompanhamento periódico desses indicadores como subsídio para o planejamento da educação continuada da equipe de enfermagem e para orientar a otimização da qualidade da assistência prestada (Pirollo, Nicolos, Sampaio, Arriero, Freitas, Richtmann et al., 2004).

Dessa forma, a observação e os relatos dos profissionais de enfermagem direcionam para a importância da capacitação do pessoal de enfermagem que realiza o cuidado ao neonato e à sua família, principalmente quanto à manutenção da integridade da pele, podendo ser utilizado como um indicador de qualidade da assistência prestada.

Considerando a constante necessidade de desenvolvimento profissional para atingir a excelência da qualidade dessa assistência, entende-se que ao elucidar os fatores associados à manutenção da integridade da pele do RN por meio da aplicação de indicadores, estarão sendo fornecidos subsídios para a elaboração de programas de capacitação de pessoal de enfermagem direcionado para a realidade da unidade neonatal estudada.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Propor um programa de capacitação para o pessoal de enfermagem focalizado no indicador de qualidade “integridade da pele do RN”.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as lesões de pele do RN durante o período de internação na Unidade Neonatal;
- Adotar o indicador de qualidade na assistência de enfermagem relacionado às lesões da pele do RN como parâmetro de avaliação da assistência prestada;
- Subsidiar a capacitação do pessoal de enfermagem segundo os resultados dessa avaliação.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

O atual estudo de abordagem quantitativa, do tipo exploratório-descriptivo, foi baseado no levantamento prospectivo de dados e desenvolvido na Unidade Neonatal do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

Trata-se de um estudo exploratório porque se pretende explorar e ir à descoberta de um fenômeno, e é um estudo descritivo porque retrata ou descreve as características de indivíduos, de situações ou de grupos, mostrando a frequência com que ocorrem determinados fenômenos e o estabelecimento das relações entre as variáveis identificadas (Polit, Beck, Hungler, 2004).

O fenômeno de interesse estudado é a aplicação do indicador de qualidade relacionado à integridade da pele do neonato como subsídio para a capacitação do pessoal de enfermagem em uma unidade neonatal.

3.2 Local do estudo

O HU-USP é parte integrante do Sistema Integrado de Saúde da Universidade de São Paulo (SISUSP), localizado na Zona Oeste do Município de São Paulo, e tem por finalidade estimular e promover o ensino, a pesquisa e o atendimento à saúde da comunidade.

Esse serviço presta assistência à Comunidade do Butantã pertencente à Coordenadoria da Subprefeitura do Butantã do município de

São Paulo, atendendo ao Sistema Único de Saúde e à Comunidade USP, composta por docentes, discentes, servidores e seus dependentes.

A Instituição atua como referência à atenção secundária do Sistema de Saúde e atende às quatro especialidades básicas: Clínica Geral, Cirurgia Geral, Pediatria Geral e Obstetrícia, com 236 leitos ativados.

Os recursos financeiros são provenientes da dotação orçamentária da USP e dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura organizacional do HU-USP é constituída por dois departamentos, o Médico e o de Enfermagem subordinados à Superintendência.

O Departamento de Enfermagem tem participação efetiva no desenvolvimento e na consecução dos objetivos institucionais e é composto por aproximadamente 700 funcionários, distribuídos em quatro divisões: Divisão de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI), Divisão de Enfermagem Clínica (DEM), Divisão de Enfermagem Cirúrgica (DEC) e Divisão de Pacientes Externos (DEP). Agrega ainda o Serviço de Apoio Educacional e o Comitê de Ética em Pesquisa e Assessoria do Departamento de Pessoal.

A Unidade Neonatal, uma das seções da Divisão de Enfermagem Materno-Infantil, localiza-se no 4º andar do hospital.

A população atendida nesta unidade constitui-se, em sua maioria, de recém-nascidos (RN) provenientes do Centro Obstétrico da própria instituição. São admitidos também recém-nascidos de parto domiciliar, que são partos realizados fora do âmbito hospitalar, e os RN atendidos no

Pronto-Socorro Infantil (PSI) e no Ambulatório, considerados pacientes externos.

A capacidade de ocupação da Unidade Neonatal é de 24 leitos, sendo que a taxa de ocupação desta unidade é variável, pelo fato da demanda da unidade ser imprevisível, pois guarda correlação direta com o número de partos ocorridos e admissões de RN externos.

Quanto à planta física, a Unidade Neonatal é dividida em 3 salas de Isolamentos, 2 salas destinadas a pacientes externos, 1 sala para Cuidados Semi-intensivos (Semi) e 3 para pacientes de cuidados intermediários.

Nos Cuidados Intermediários, são internados os RN que tiveram algum tipo de intercorrência e necessitam de cuidados de enfermagem, geralmente, submetidos a antibioticoterapia, soroterapia, oxigenioterapia ou fototerapia com níveis elevados de bilirrubina. Também permanecem internados, nestas salas, RN que não puderam ser transferidos para o Alojamento Conjunto por intercorrências maternas.

Nas salas destinadas ao isolamento, são mantidos os RN com alguma doença infecto-contagiosa cujo diagnóstico pode estar confirmado ou não, mas, que apresentam algum risco de transmissão.

A sala de cuidados semi-intensivos é destinada aos neonatos que necessitam de assistência médica e de enfermagem direta. São, geralmente, neonatos com desconforto respiratório grave, que necessitam de capuz de oxigênio e/ou que recebem nutrição parenteral, e também aqueles que precisam de monitorização cardíaca. Além disto, os leitos desta sala são destinados às admissões da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A equipe de enfermagem é composta por no mínimo, uma Enfermeira, e 4 Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem em cada turno: manhã (M) das 7 às 13h, tarde (T) das 13 às 19h e noite nos dias pares e ímpares (NP e NI) das 19 às 7h. Além disso, a Chefe da Seção, os Técnicos de Material e do Banco de Leite, cumprem horário administrativo (HA). O Quadro 1 mostra a distribuição da equipe de enfermagem.

QUADRO 1 – Distribuição do pessoal de enfermagem na Unidade Neonatal, HU-USP, São Paulo, 2006.

FUNÇÃO	QUADRO	DISTRIBUIÇÃO POR TURNO				
		HA	M	T	NP	NI
Chefe de Seção	01	01	00	00	00	00
Enfermeiro	08	00	04	02	01	01
Técnico de Material	01	01	00	00	00	00
Técnico Banco Leite	02	02	00	00	00	00
Técnico / Auxiliar de Enfermagem	25	00	08	07	05	05
Técnico Administrativo	01	01	00	00	00	00
Total	37	05	12	09	06	06

Fonte: Manual de Gerenciamento da Unidade Neonatal do HU-USP, 2006

3.2.1 Proposta assistencial de enfermagem do HU-USP

Como proposta assistencial de Enfermagem, o Departamento de Enfermagem do HU-USP adota o Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), iniciado em 1981, segundo os modelos teóricos de HORTA (Teoria das Necessidades Humanas Básicas de 1979) e os conceitos de OREM (Teoria do Déficit do Autocuidado de 1985), que visam à assistência humanizada e individualizada, científica e de qualidade (Gualda, 2001).

Para operacionalizar esta proposta filosófica, foi adotado o Processo de Enfermagem que atualmente é denominado Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE), composto por 4 fases: Histórico, Diagnóstico, Evolução e Prescrição de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem foi recentemente implantado de acordo com o referencial teórico proposto pela *North American Nursing Diagnostic Association* (NANDA) e, especificamente adaptado para a área materno infantil.

O SAE organiza e direciona as atividades para a continuidade da assistência individualizada, sendo planejado, executado e avaliado para todo paciente admitido no HU-USP. Na admissão, o paciente é abordado pelo profissional enfermeiro, que realiza o levantamento de dados desencadeando o planejamento assistencial.

Ao admitir o RN na Unidade Neonatal, o enfermeiro inicia a assistência pela avaliação cuidadosa das condições do RN. Após essa avaliação, elabora propostas de cuidados de enfermagem, segundo o modelo proposto. Durante o período de internação, diariamente, após exame físico e observação rigorosa das condições do RN, são revistos o

Diagnóstico, a Prescrição e a Evolução de Enfermagem e a assistência prestada pela equipe.

3.2.2 Cuidados com a pele realizados na Unidade Neonatal do HU-USP

Simultaneamente à implantação do SAE, foi criado o processo de controle de qualidade assistencial, fundamentado no modelo apresentado pela *American Nurses Association (ANA)* com definições de padrões assistenciais para cada unidade (Gualda, 2001)

Dessa forma, a Divisão de Enfermagem Materno-infantil do HU-USP, juntamente com as unidades relacionadas, estabeleceu padrões e critérios assistenciais objetivando assegurar a qualidade da assistência prestada (Florentino, Soares, Souza, Spir, Andreoni, Bálsamo, 1998).

Esses padrões foram revistos em 1995, publicados em 1998 e atualmente, com a implantação do Diagnóstico de Enfermagem, sofreram modificações para se adequarem às necessidades dos pacientes e para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada.

Os cuidados com a pele do RN na Unidade Neonatal são realizados diariamente pelos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, seguindo padrões e critérios estabelecidos para a assistência de enfermagem.

O Enfermeiro atua no cuidado direto e na elaboração do Sistema de Assistência de Enfermagem, conforme descrito anteriormente. Os Técnicos e Auxiliares de Enfermagem prestam os cuidados de acordo com as prescrições médicas e de enfermagem.

Dessa forma, os cuidados estabelecidos para a manutenção da integridade da pele do RN são:

Banho

O banho é realizado diariamente, sendo de imersão ou de leito, de acordo com as condições de estabilidade clínica do RN. Pode ser feito pela mãe sob supervisão de um membro da equipe de enfermagem. É utilizado sabão neutro de glicerina disponível na instituição.

Curativo do coto umbilical

Os cuidados relacionados ao curativo do coto umbilical são realizados a cada troca de fralda e de acordo com a prescrição de enfermagem estabelecida, utilizando álcool a 70% e cotonete não estéril.

Higiene perineal

A higiene perineal é realizada a cada eliminação, pela mãe ou pela equipe de enfermagem, utilizando fralda descartável com gel (Carícia®, Turma da Mônica® para RN de baixo peso) e lenço umedecido (Babi baby®) para a limpeza da região abrangida pela fralda, ou algodão e água quando há alguma restrição por parte do RN, conforme a prescrição de enfermagem.

Fissura corporal

Caso haja fissura na região corporal, esta é tratada topicamente com óleo graxo essencial (Agederm® ou Sommacare®), de acordo com a prescrição de enfermagem.

Dermatite de fralda

A dermatite de fralda é tratada utilizando pomadas e/ou cremes contendo vitamina A, D e óxido de zinco (Topiglós®, Bepantol®), segundo a

prescrição de enfermagem, e quando há infecção secundária por *Candida Albicans*, com Clotrimazol, conforme a prescrição médica.

Além disso, alguns cuidados são realizados para a prevenção de lesões de pele relacionados à terapêutica utilizada:

Fototerapia

É verificado o nível de irradiância das lâmpadas por ocasião da instalação do aparelho e diariamente, conforme a prescrição de enfermagem.

Os olhos são protegidos por óculos confeccionados com papel fotoprotetor e malha tubular, sendo fixados na face do RN com fita adesiva antialérgica (micropore®) e placa de hidrocolóide extra fino (Duoderm®) sobre a pele, para proteção do local onde será colocado o adesivo. Os genitais são protegidos pela fralda descartável.

O decúbito do RN é mudado conforme a Prescrição de Enfermagem.

A hidratação do RN é feita de acordo com a prescrição médica e de enfermagem.

Administração de medicamentos

Pode ser realizada pelas vias oral; sonda gástrica (oral ou nasogástrica); via endovenosa periférica ou central e via intramuscular. Assim, são realizados cuidados relacionados à instalação e manutenção dessas vias.

As sondas orogástricas e nasogástricas são fixadas por uma bandagem adesiva elástica (Tensoplast®), geralmente na região supra labial.

A punção venosa periférica é realizada utilizando dispositivos do tipo agulha *butterfly* (BD Asepto®), ou cateter sobre agulha (Insyte®). A fixação dos dispositivos endovenosos periféricos é feita por meio de fita adesiva

antialérgica (3M micropore®) e quando há necessidade, o membro acessado é restrito por uma tala confeccionada com palitos de madeira, algodão e malha tubular, sendo também fixada pelo mesmo tipo de fita adesiva.

Para a fixação dos dispositivos endovenosos centrais, utiliza-se um curativo com filme transparente (IV 3000®), com técnica asséptica.

Coleta de exames de sangue

Na coleta de exames de sangue, a equipe médica (médicos assistentes, residentes e/ou alunos de medicina do 5º e 6º ano) realiza a punção venosa e/ou arterial, utilizando os dispositivos do tipo agulha *butterfly* (BD Asepto®), geralmente conectado a uma seringa para a aspiração da quantidade do material desejado.

Teste de glicemia capilar

Realizado por meio de punção na face lateral externa do calcâneo com lanceta de metal (Feather – blood lancet®), sendo feito tanto pela equipe médica quanto pela equipe de enfermagem.

Teste do pezinho (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e hemoglobinopatias)

Realizado com a mesma técnica da coleta de glicemia capilar, porém apenas pela enfermeira da unidade neonatal.

Monitorização de sinais vitais

As monitorizações das frequências cardíacas e respiratórias e traçados de eletrocardiograma são realizados por intermédio de equipamentos específicos, e para isso, são fixados na pele do neonato eletrodos que

contém cola adesiva ao redor e gel condutor no centro (3M Red Dot® ou Skintact®) nos locais adequados (braços ou região superior do tórax, região superior das coxas e 2 cm abaixo do apêndice xifóide).

A monitorização da oxigenação é feita pelo aparelho de oxímetro de pulso, cujo sensor realiza a leitura por meio de um transdutor luminoso fixado nas extremidades das mãos ou dos pés. Essa fixação é feita com fita adesiva antialérgica (3M micropore®) e o rodízio dos locais de instalação do sensor é realizado de acordo com a prescrição de enfermagem (Florentino, Soares, Souza, Spir, Andreoni, Bálsamo, 1998).

3.3 População de estudo

A população deste estudo foi constituída por 121 (100%) RN admitidos na Unidade Neonatal no período de janeiro a maio de 2006, que atenderam aos seguintes critérios:

3.3.1 Critérios de inclusão

Ter permanecido no mínimo 24 horas internado.

Ter apresentado pele íntegra no momento da admissão.

Ter no máximo 28 dias de vida no momento da admissão.

Não apresentar malformações graves que afetassem a integridade da pele.

3.4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Departamento de Enfermagem do HU-USP e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição e os dados foram coletados após aprovação desses órgãos, de acordo com a Resolução CNS 196/96 (Anexo A).

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi elaborado um formulário onde foram levantados os dados referentes à identificação dos RN e às lesões de pele adquiridas durante a internação.

3.5.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados (Anexo B), consta de duas partes.

Parte I – Dados biológicos do recém-nascido

Registro do RN, número de atendimento.

Data e hora do nascimento.

Sexo.

Classificação do peso e idade gestacional.

Procedência do RN (Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, Pronto Socorro Infantil, Ambulatório ou Unidade de Terapia Intensiva Neonatal).

Total de dias de internação.

Presença de lesão de pele adquirida durante a internação.

Parte II – Lesões de pele adquiridas durante a internação e fatores associados

Tipo de lesão de pele.

Dia de vida do RN em que a lesão apareceu.

Localização da lesão (região cefálica, membro superior direito, membro superior esquerdo, membro inferior direito, membro inferior esquerdo, região perineal e outro – especificar).

Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE) – presença ou não de dados relacionados às lesões de pele do neonato no Impresso de Diagnóstico/ Evolução/ Prescrição de Enfermagem.

Fatores de risco associados à lesão desenvolvida e relacionados à terapêutica utilizada como o uso de adesivos, de medicamentos intravenosos, uso de sensor de oxímetro de pulso e outros a especificar.

Esta parte contém ainda um memento que conceitua as lesões de pele mais comumente encontradas.

As lesões foram classificadas segundo Avery, Fletcher, Mac Donald (1999), como:

Eritema: mancha avermelhada por vaso-dilatação que desaparece pela dígito ou vitropressão;

Pápula: lesão sólida, circunscrita, elevada menor que 1 cm;

Vesícula: elevação superficial e circunscrita da pele até 1 cm, com líquido claro;

Bolha: elevação superficial e circunscrita da pele maior que 1 cm com líquido claro;

Pústula: elevação superficial e circunscrita da pele com pus, de até 1 cm;

Abcesso: formação circunscrita, de tamanho variável, proeminente ou não, por líquido purulento na pele ou tecidos adjacentes. Há calor, dor e flutuação e, eventualmente, rubor;

Infiltração: alteração na espessura e aumento da consistência da pele, com menor evidência nos sulcos, limites imprecisos e, eventualmente, de cor rósea; pela vitropressão, surge no fundo a cor café-com-leite. Resulta da presença de infiltrado celular na derme, sendo algumas vezes, com edema e vaso-dilatação;

Hematoma: coleção líquida de formação circunscrita, tamanho variável, proeminente ou não, por derrame de sangue na pele e tecidos adjacentes, inicialmente da cor vermelha, e na evolução arroxeadada e verde-amarelada;

Equimose: mancha causada pelo extravasamento de hemáceas na derme que não desaparece na vitropressão, inicialmente da cor vermelha, e na evolução arroxeadada e verde-amarelada;

Petéquia: mancha de cor vermelho vivo ou púrpura, causada pelo extravasamento de hemáceas na derme que não desaparece na vitropressão, de até 1 cm de tamanho, podendo sugerir maior tendência ao sangramento.

Erosão: lesão superficial da epiderme sem sangramento;

Ulceração: perda circunscrita de epiderme e derme, podendo atingir a hipoderme e tecidos adjacentes;

Fissura: perda linear da epiderme e derme, no contorno de orifícios naturais ou em área de prega ou dobras;

Escoriação: erosão traumática, geralmente por arranhadura.

Na região abrangida pela fralda, as lesões foram classificadas como:

Eritema perineal: neste estudo adotou-se esse termo para descrever a lesão primária ocorrida na região da fralda, caracterizada pela irritação da pele que se apresenta com vermelhidão ao longo de sua superfície, podendo ocorrer maceração e descamação na região afetada, já que dermatite de fralda é termo inespecífico usado para descrever quaisquer erupções cutâneas na região abrangida pela fralda (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999; Shin, 2005)

Monilíase ou Candidíase: lesão causada por *Candida sp* com presença de erupções vesiculares, inicialmente com pápulas eritematosas; a pele se apresenta úmida, vermelho brilhante, macerada na região da fralda, podendo também ocorrer presença de aftas na cavidade oral, com placas brancas na língua e palato (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999).

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada pela pesquisadora na Unidade Neonatal diariamente, iniciando pelo critério de inclusão do RN no estudo, no momento da admissão.

Após esta etapa, foi preenchida a Parte I do instrumento, com dados coletados dos impressos Ficha do Recém-Nascido e Anotação de Enfermagem.

Os dados da Parte II foram registrados diariamente, após a realização do exame físico detalhado do RN e a verificação dos impressos

de Prescrição Médica, Anotação de Enfermagem, Diagnóstico/Evolução/Prescrição de Enfermagem.

3.5.3 Preparo das equipes

Os enfermeiros da Unidade Neonatal foram orientados pela pesquisadora, visando o preenchimento da parte I do instrumento de maneira adequada e uniforme, em reuniões, em grupo e individualmente, em todos os plantões.

A equipe de enfermagem foi comunicada sobre a pesquisa e orientada quanto à importância de anotar toda intercorrência em relação à integridade da pele do RN no impresso “Anotação de Enfermagem”.

3.6 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados na Planilha Eletrônica Excel 2003, para posterior processamento e para serem apresentados na forma de tabelas e gráficos, em números absolutos e índices percentuais.

As tabelas foram editadas no programa Word 2003 e submetidas a análise estatística. Quando possível, foram realizados testes estatísticos, estabelecendo comparações entre as variáveis encontradas.

Para comparações, foi utilizado o teste Qui-Quadrado, ou o teste Exato de Fisher (F), quando necessário. Para todos os testes foi considerado um nível de significância de 5%. Desta forma, foram consideradas diferenças entre os grupos quando o p-valor foi menor do que 0,05(p-valor<0,05)(Polit,Beck,Hungler,2004).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os critérios estabelecidos na Metodologia, o total de RN estudado foi de 121. Estes foram acompanhados durante o período de internação, quanto à ocorrência de lesões de pele.

Para facilitar a apresentação e a análise, os dados serão apresentados na seguinte ordem:

4.1 Caracterização dos recém-nascidos.

4.2 Dados relacionados aos tipos de lesões de pele adquiridas durante a internação.

4.3 Dados relacionados à localização das lesões de pele adquiridas.

4.4 Dados relacionados aos fatores de risco das lesões de pele adquiridas.

4.5 Programa de treinamento e desenvolvimento para o pessoal de enfermagem.

4.1 Caracterização dos recém-nascidos

Os dados são apresentados em tabelas e gráficos e se referem às características: sexo, presença de baixo peso ao nascer, classificação peso e idade gestacional, procedência, diagnóstico médico de internação e desenvolvimento de lesão de pele durante a internação.

Sexo

A distribuição dos RN de acordo com o sexo está apresentada na Tabela1.

TABELA 1 – Distribuição dos recém-nascidos na Unidade Neonatal segundo sexo. HU-USP, São Paulo, 2006.

Sexo	N	%
Masculino	73	60,3
Feminino	48	39,7
Total	121	100,0

Os dados da Tabela 1 mostram que a distribuição da variável sexo entre os neonatos foi de 73 (60,3%) do sexo masculino e 48 (39,7%) do sexo feminino.

Classificação do peso e idade gestacional

A classificação de recém-nascido segundo o peso e idade gestacional ao nascimento é um método que prediz os riscos de mortalidade e fornece orientações para o controle do neonato de forma mais precisa do que apenas a idade gestacional ou o peso, isoladamente (Wong, 1999)

Nesse sentido, essas características deveriam ser consideradas em todo RN como um pré-requisito para a definição de normalidade e avaliação de riscos de patologia neonatal ou de problemas de desenvolvimento a longo prazo (Avery, Fletcher, Mac Donald,1999).

O recém-nascido a termo é o neonato cujo nascimento ocorre no intervalo entre o começo do primeiro dia da 38ª semana e o fim do último dia da 42ª semana, após o início do último período menstrual da mãe. O prematuro é aquele que nasce antes de completar 37 semanas de gestação

e o pós-termo é aquele cujo nascimento se dá a partir do começo do primeiro dia da 43ª semana (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999).

Os valores do peso e da idade gestacional são plotados em gráficos padronizados que identificam valores normais para a idade gestacional. Pode-se presumir que o recém-nascido cujo peso é apropriado para a idade gestacional (AIG), classificado entre o percentil 10º e 90º, podendo ser pré-termo, termo, ou pós-termo, cresceu em uma velocidade normal. O RN que é grande para a idade gestacional (GIG), classificado acima do percentil 90º cresceu em uma velocidade acelerada, e por outro lado, o RN pequeno para a idade gestacional (PIG), abaixo do percentil 10º, cresceu em uma velocidade diminuída durante a vida intrauterina (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999; Wong 1999).

Na Tabela 2 estão distribuídos os RN de acordo com a classificação do peso e da idade gestacional.

TABELA 2 - Distribuição dos recém-nascidos na Unidade Neonatal segundo a classificação do peso e idade gestacional. HU-USP, São Paulo, 2006.

Classificação do peso e idade gestacional	N	%
RNT-AIG- RN termo-adequado para a idade gestacional	83	68,6
RNT-GIG RN termo-grande para a idade gestacional	13	10,8
RNT-PIG RN termo-pequeno para a idade gestacional	8	6,6
RNPT-AIG RN pré-termo-adequado para a idade gestacional	16	13,2
RNPT-GIG RN pré-termo-grande para a idade gestacional	1	0,8
Total	121	100,0

A Tabela 2 mostra que a maioria dos RN 83 (68,6%) foi classificado como RNT-AIG; 13 (10,8%) como RNT-GIG e 8(6,6%) como RNT-PIG, constituindo assim, uma população de baixo risco de desenvolvimento de problemas relacionados a maturidade física.

Entre os pré-termos, 16 (13,2%) foram classificados como RNPT-AIG e apenas 1 (0,8%) como RNPT-GIG.

Presença de baixo peso ao nascer

Como foi ressaltado anteriormente, o peso de nascimento é uma variável importante para a caracterização do neonato, estando relacionado à sobrevivência desta população.

Dessa forma, foram identificados na Tabela 3, os neonatos de peso inferior a 2500g, considerados de baixo peso ao nascer, a despeito da idade gestacional (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999).

TABELA 3 - Distribuição dos recém-nascidos na Unidade Neonatal com baixo peso ao nascer. HU-USP, São Paulo, 2006.

Baixo peso ao nascer	N	%
NÃO	109	90,1
SIM	12	9,9
Total	121	100,0

Os dados apresentados na Tabela 3 demonstram que 109 (90,1%) dos RN estudados não apresentaram peso inferior a 2500g ao nascer, enquanto 12 (9,9%) tiveram baixo peso.

Evidências mostram que nos países em desenvolvimento, há uma grande incidência de crianças com crescimento fetal prejudicado,

constituindo assim, uma população maior de RN com baixo peso ao nascer, o que caracteriza a segunda principal causa de morte perinatal (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999).

Procedência

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos RN de acordo com procedência, no momento da admissão na unidade neonatal.

TABELA 4 - Distribuição dos recém-nascidos na Unidade Neonatal segundo a procedência. HU-USP, São Paulo, 2006.

Procedência	N	%
CO – centro obstétrico	67	55,4
AC – Alojamento Conjunto	31	25,6
PSI – Pronto-Socorro Infantil	13	10,8
Amb.- Ambulatório	5	4,1
UTI – Unidade de Terapia Intensiva	5	4,1
Total	121	100,0

Conforme mostra a Tabela 4, dos neonatos estudados, 67 (55,4%) foram procedentes do Centro Obstétrico, 31 (25,6%) do Alojamento Conjunto, 13 (10,8%) do Pronto Socorro Infantil, 5 (4,1%) do Ambulatório e 5 (4,1%) da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Alguns autores afirmam que as lesões de pele são mais freqüentes com o aumento da gravidade da situação clínica dos RN (Ferreira, Madeira, 2004).

O número de neonatos que vieram da UTI neonatal é o mais baixo, o que pode ser explicado pelo fato de terem apresentado um quadro clínico mais grave, possivelmente, adquirindo as lesões de pele ainda quando

internados na UTI, sendo, portando, excluídos da população do presente estudo.

Diagnósticos médicos de internação na Unidade Neonatal

A seguir, são apresentados os diagnósticos médicos na admissão dos 121 neonatos na unidade neonatal. Cabe ressaltar que, para cada RN poderiam ser feitos até dois diagnósticos.

TABELA 5 - Distribuição dos recém-nascidos segundo diagnósticos médicos de admissão na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.

N=121

Diagnóstico	N	%
Desconforto respiratório precoce	56	46,3
Risco infeccioso	33	27,3
Icterícia neonatal	17	14,0
Risco para síndrome da aspiração meconial	14	11,6
Sepse neonatal	9	7,4
Hipoglicemia	6	5,0
Sífilis congênita	5	4,1
Baixo peso	5	4,1
Bronqueolite	4	3,3
Hipotonia	3	2,5
Alteração genética	3	2,5
Distensão abdominal	2	1,7
Sopro cardíaco	2	1,7
Convulsão	2	1,7
Vômitos	2	1,7
Asfixia neonatal	2	1,7
Cianose a esclarecer	2	1,7
Taquipnéia transitória do recém-nascido	1	0,8
Apnéia	1	0,8
Obstrução nasal	1	0,8
Febre sem sinais localizatórios	1	0,8
Meningite	1	0,8
Hipernatremia	1	0,8
Hipocalcemia	1	0,8
Anemia	1	0,8
Náuseas	1	0,8
Hipoatividade	1	0,8
Hipotermia	1	0,8
Arritmia	1	0,8

Os dados apresentados na Tabela 5 mostram que dentre os diagnósticos de internação, o Desconforto Respiratório Precoce ocorreu em 56 (46,7%) do total de pacientes; o Risco Infeccioso em 33 (27,3%) pacientes; a Icterícia neonatal ocorreu em 17 (14%) pacientes seguido pelo diagnóstico de Sepsis Neonatal com 9 citações (7,4%), constituindo, assim, os principais diagnósticos identificados no estudo.

O Desconforto Respiratório possui um quadro clínico variável e caracterizado por taquipnéia, bradipnéia, tiragem intercostal e subcostal, retração esternal, batimento de asa de nariz e palidez ou cianose, cujas causas são diversas e nem todas representadas por patologias pulmonares. No período neonatal, o diagnóstico diferencial é difícil e pode ser realizado pelo padrão radiológico pulmonar (Brock, Sadeck, 2004)

No RN, a causa mais comum é decorrente de problema pulmonar primário como: Taquipnéia Transitória, Síndrome do Pulmão Úmido pela demora de reabsorção do líquido pulmonar, Doença da Membrana Hialina, Pneumonia, Síndrome da Aspiração do Mecônio, Hipertensão Pulmonar Persistente, Hemorragia Pulmonar e Pneumotórax (Brock, Sadeck, 2004)

O tratamento do Desconforto Respiratório consiste em suporte ventilatório adequado, suporte hemodinâmico e correção dos distúrbios térmicos e hidroelétrólíticos (Brock, Sadeck, 2004).

Como a maioria da população estudada foi constituída de RN admitidos do Centro Obstétrico logo após o nascimento, o Desconforto Respiratório precoce apareceu como a principal causa de internação na

Unidade Neonatal, caracterizando problemas relacionados à adaptação do neonato à vida extra-uterina.

Por outro lado, as infecções podem ser adquiridas na vida intrauterina e durante o parto, pois, o feto e o RN podem ser colonizados por microrganismos através da contaminação no trajeto do canal de parto com a flora do trato genital materno (Brock, Krebs, 2004).

Assim, alguns fatores contribuem para o risco do neonato desenvolver infecção como: ruptura prolongada de membranas, infecção urinária materna, colonização materna por *Streptococcus* do grupo B, RN de sexo masculino, prematuridade, asfixia perinatal, parto traumático, internação hospitalar prolongada e uso de terapias invasivas (Brock, Krebs, 2004).

Já a Sepsé Neonatal é definida como uma resposta sistêmica à infecção, caracterizada pela evidência clínica de processo infeccioso associado à presença de dois ou mais achados: hipertermia ou hipotermia, taquicardia, taquipnéia e contagem anormal de leucócitos (Brock, Krebs, 2004).

Na Unidade Neonatal estudada são internados os RN cujo diagnóstico inicial de Risco Infeccioso, demanda cuidados específicos e/ou uso de terapêutica adequada após um processo de investigação diagnóstica.

As infecções congênitas ou adquiridas constituem uma grande preocupação dos profissionais em unidades neonatais, pois podem evoluir para quadros infecciosos graves e de difícil controle terapêutico. Dessa forma, a identificação precoce e o tratamento imediato da infecção contribuem para a redução desses riscos.

Outro diagnóstico bastante comum em neonatologia é a Icterícia Neonatal, que atinge, aproximadamente, metade a dois terços dos RN durante os primeiros dias de vida. Ocorre devido ao aumento da bilirrubina durante alguns dias após o nascimento, atingindo o ápice e começando a decrescer até o fim da primeira semana em RN a termo e um pouco depois nos prematuros (Melo, 2004).

O tratamento da icterícia consiste em fototerapia e exsangüíneo transfusão, nos casos mais graves, sendo que sua indicação depende do nível de bilirrubina indireta dosada no sangue (Melo, 2004)

Dias de internação na Unidade Neonatal

A Tabela 6 mostra o número de dias de vida do RN no momento da internação na Unidade Neonatal e o total de dias de internação nessa mesma unidade.

TABELA 6 - Distribuição dos recém-nascidos segundo o número de dias de vida no momento da internação e o total de dias de internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.

	média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Dia de vida no momento da internação	2,3	0,0	5,4	0,0	27,0
Total de dias de internação	6,1	4,0	5,3	1,0	35,0

Quanto ao número de dias de vida no momento da internação, a média foi de 2,3 dias, a mediana zero, variando de zero a 27 dias. Verifica-se assim, que a internação ocorreu, principalmente, nos primeiros dias após o nascimento.

O total de dias de internação na unidade neonatal variou de 1 a 35 dias, tendo a média de 6,1 dias e a mediana de 4 dias.

Ao se calcular o número de pacientes/dia, verificou-se que os 121 RN estudados somaram 732 pacientes/dia.

Presença de lesão de pele durante a internação na Unidade Neonatal

Na população estudada, a ocorrência de algum tipo de lesão de pele adquirida durante a internação foi de 77,7%, ou seja, ocorreu em 94 RN contra 22,3%, 27 RN que não apresentaram nenhuma lesão durante a internação (FIGURA 1).

FIGURA 1 – Distribuição dos RN segundo o aparecimento de lesão de pele adquirida durante a internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.

Os dados apresentados na Figura 1 mostram que mais de dois terços da população estudada (94-77,7%) desenvolveram algum tipo de lesão de pele durante a internação. Este fato enfatiza a necessidade de capacitação dos profissionais dessa unidade, como medida para diminuir a ocorrência desse evento e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

A prevenção de lesões de pele exige uma equipe de enfermagem preparada, capacitada e sensibilizada acerca da importância desses agravos à saúde do recém-nascido (Ferreira, Madeira, 2004).

A Tabela 7 mostra a comparação das médias, do número de dias de vida e do tempo total de internação entre os grupos de pacientes que apresentaram e os que não apresentaram lesões de pele durante a internação.

Para essa comparação, o teste utilizado foi o t-Student, considerando um nível de significância de 5%. Desta forma, foi constatada diferença, com significância estatística, entre os grupos de pacientes quando p-valor foi menor do que 0,05 (Polit, Beck, Hungler, 2004).

TABELA 7 - Distribuição dos recém-nascidos segundo o número de dias de vida no momento da internação e o total de dias de internação na Unidade Neonatal de acordo com a lesão de pele adquirida. HU-USP, São Paulo, 2006.

		Lesão de pele adquirida durante a internação		p-valor
		NÃO	SIM	
Dia de vida no momento da internação	média	1,3	2,6	0,305
	Mediana	0,0	0,0	
	Desvio padrão	4,6	5,7	
	Mínimo	0,0	0,0	
	Máximo	22,0	27,0	
Total de dias de internação	média	1,5	7,4	< 0,001
	Mediana	1,0	7,0	
	Desvio padrão	0,8	5,4	
	Mínimo	1,0	1,0	
	Máximo	4,0	35,0	

Ao se comparar o número de dias de vida no momento da internação e o total de dias de internação entre os pacientes que apresentaram lesão de pele e os que mantiveram a pele íntegra, verifica-se que houve diferença

significativa, evidenciando, em média, um maior tempo de internação entre aqueles que apresentaram lesão de pele.

4.2 Dados relacionados aos tipos de lesões de pele adquiridas durante a internação

Na população estudada, foram identificadas 230 lesões de pele dentre os 94 RN que as desenvolveram, considerando que o mesmo paciente pode ter desenvolvido mais de uma lesão de pele no período analisado.

Foram identificadas 10 diferentes tipos de lesões de pele, como mostra a Tabela 8.

TABELA 8 – Distribuição dos tipos de lesões de pele adquiridas durante a internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.

Tipo de lesão	N	%
Equimose	117	50,9
Eritema perineal	66	28,7
Monilíase	19	8,3
Infiltração	8	3,5
Hematoma	7	3,0
Erosão	5	2,2
Fissura	4	1,7
Escoriação	2	0,9
Abcesso	1	0,4
Lesões bolhosas - impetigo	1	0,4
Total	230	100,0

Na Tabela 8, constata-se que os principais tipos de lesões adquiridas durante a internação foram equimoses (117-50,9%), eritema perineal (66-28,7%) e monilíase (19-8,3%).

Além disso, foram verificadas em menor número outras lesões como infiltrações (8-3,5%), hematomas (7-3%), erosões (5-2,2%), fissuras (4-

1,7%), escoriações (2-0,9%), abcesso (1-0,4%) e lesão bolhosa por impetigo (1-0,4%).

Num estudo realizado sobre as condições do sistema tegumentar do RN no primeiro retorno ambulatorial após a alta hospitalar, evidenciou-se que de uma amostra de 40 RN, 22 (56,4%) apresentaram problemas na região das fraldas, sendo o eritema a lesão mais freqüente. (Kimura, Tsunechiro, Bonadio, 1991)

Da mesma forma, os resultados de uma pesquisa numa população semelhante, dos 100 neonatos atendidos na consulta ambulatorial após a alta hospitalar, 84% apresentaram algum tipo de erupção de pele na região abrangida pela fralda (Praça, 1993).

Cabe destacar, mais uma vez, que na literatura estudada, não foram encontrados estudos específicos em unidades neonatais, cujas características dos RN permitissem comparações com os resultados encontrados neste estudo. As pesquisas abordavam, principalmente, problemas de pele relacionados ao RN prematuro e/ou de baixo peso ao nascer em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Nas Tabelas 9, 10 e 11, são apresentadas comparações entre os principais diagnósticos de internação e as lesões de pele mais freqüentes, mostrando possíveis relações entre essas variáveis. Foi utilizado, nessa análise, o Teste Qui-Quadrado.

TABELA 9 – Distribuição da equimose segundo os principais diagnósticos médicos de internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.

Diagnósticos		Equimose				p-valor
		NÃO		SIM		
		N	%	N	%	
Desconforto respiratório precoce	NÃO	12	36,4%	53	60,2%	0,019
	SIM	21	63,6%	35	39,8%	
Risco infeccioso	NÃO	27	81,8%	61	69,3%	0,169
	SIM	6	18,2%	27	30,7%	
Icterícia Neonatal	NÃO	30	90,9%	74	84,1%	0,336 (F)
	SIM	3	9,1%	14	15,9%	

Pelos resultados da Tabela 9, quando comparados os principais diagnósticos e o desenvolvimento de lesão de pele do tipo equimose, pode-se observar que os pacientes com Desconforto Respiratório precoce desenvolveram menos lesões desse tipo ($p < 0,05$), possivelmente por apresentarem condições clínicas que demandaram um menor tempo de internação e/ou uma terapêutica menos invasiva.

TABELA 10 – Distribuição do eritema perineal segundo os principais diagnósticos médicos de internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.

Diagnósticos		Eritema perineal				p-valor
		NÃO		SIM		
		N	%	N	%	
Desconforto respiratório precoce	NÃO	25	43,1	40	63,5	0,025
	SIM	33	56,9	23	36,5	
Risco infeccioso	NÃO	48	82,8	40	63,5	0,017
	SIM	10	17,2	23	36,5	
Icterícia neonatal	NÃO	50	86,2	54	85,7	0,938
	SIM	8	13,8	9	14,3	

Em relação a presença de eritema perineal, pode-se observar que houve associação em relação à presença de desconforto respiratório precoce e ao risco infeccioso ($p < 0,05$).

Assim, há um maior percentual de pacientes com desconforto respiratório precoce entre aqueles sem a presença de eritema perineal e há

um maior percentual de pacientes com a presença de risco infeccioso entre aqueles com esse tipo de lesão.

O Risco Infeccioso demanda a investigação clínica por meio de exames laboratoriais e de tratamento com uso de antibióticoterapia, já que os sinais e sintomas iniciais de infecção no RN são inespecíficos (Brock; Krebs, 2004).

Alguns estudos sugerem que o uso de antibióticos de largo espectro é um fator agravante das dermatites de fraldas, aumentando a incidência de contaminação secundária por *Cândida Albicans* (Athernon, 2001; Gupta, Shinner, 2004; Shin, 2005).

Essa constatação pode justificar os resultados apresentados, já que o diagnóstico de Risco Infeccioso pode demandar, após investigação detalhada, o uso de antibióticos para o tratamento da infecção, suscetibilizando o neonato a adquirir infecções secundárias na região abrangida pela fralda.

TABELA 11 – Distribuição da monilíase segundo os principais diagnósticos médicos de internação na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.

Diagnósticos		Monilíase				p-valor
		NÃO		SIM		
		N	%	N	%	
Desconforto respiratório precoce	NÃO	51	50,5	14	70,0	0,116
	SIM	50	49,5	6	30,0	
Risco Infeccioso	NÃO	76	75,2	12	60,0	0,162
	SIM	25	24,8	8	40,0	
Icterícia Neonatal	NÃO	84	83,2	20	100,0	0,072 (F)

Na Tabela 11, quando comparados os principais diagnósticos entre os pacientes com e sem Monilíase, pode-se observar que não houve associação com a presença de qualquer diagnóstico ($p>0,05$).

Para a análise comparativa, foram agrupados os dados referentes à caracterização da população segundo os tipos de lesões de pele desenvolvidas, conforme mostra a Tabela 12.

TABELA 12 – Distribuição dos tipos de lesão de pele segundo a caracterização dos RN na Unidade Neonatal. HU-USP, São Paulo, 2006.

Caracterização dos RN		Tipo de lesão																Lesões bolhosas – impetigo			
		Equimose		Eritema perineal		Monilíase		Infiltração		Hematoma		Fissura		Erosão		Escoriação				Abscesso	
sexo		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
	masculino	71	60,70%	40	60,6%	12	63,2%	6	75,0%	5	71,4%	3	75,0%	2	40,0%	1	50,0%	1	100,0%		
	feminino	46	39,30%	26	39,4%	7	36,8%	2	25,0%	2	28,6%	1	25,0%	3	60,0%	1	50,0%	1	100,0%		
Classifica- ção do peso e idade gestacional	RNT-AIG- RN termo- adequado para a idade gestacional	74	63,20%	42	63,6%	15	78,9%	4	50,0%	3	42,8%	4	100,0%	3	60,0%	1	100,0%	1	100,0%		
	RNT-PIG RN termo- pequeno para a idade gestacional	13	11,10%	7	10,6%	2	10,5%	1	12,5%	2	28,6%										
	RNT-GIG RN termo-grande para a idade gestacional	11	9,40%	6	9,1%	1	5,3%	2	25,0%							1	50,0%				
	RNPT-AIG RN pré-termo- adequado para a idade gestacional	18	15,40%	11	16,7%	1	5,3%	1	12,5%	2	28,6%			2	40,0%	1	50,0%				
	RNPT-GIG RN pré-termo- grande para a idade gestacional	1	0,90%																		
			102	87,20%	58	87,9%	19	100,0%	7	87,5%	5	71,4%	4	100,0%	3	60,0%	1	50,0%	1	100,0%	
Procedên- cia	NÃO	15	12,80%	8	12,1%			1	12,5%	2	28,6%			2	40,0%	1	50,0%				
	CO – centro obstétrico	64	54,70%	30	45,5%	8	42,1%	4	50,0%	5	71,4%	2	50,0%	2	40,0%	1	50,0%				
	AC – Alojamento Conjunto	32	27,40%	24	36,4%	8	42,1%	3	37,5%	1	14,3%	2	50,0%	2	40,0%	1	50,0%				
	PSI – Pronto-Socorro Infantil	11	9,40%	8	12,1%	3	15,8%	1	12,5%	1	14,3%										
	Amb.- Ambulatório	4	3,40%	1	1,5%													1	100,0%		
	UTI – Unidade de Terapia Intensiva	6	5,10%	3	4,5%									1	20,0%						

A distribuição dos tipos de lesão de acordo com as características da população estudada mostra uma maior ocorrência de todos os tipos de lesões entre os RN de termo, com classificação de peso adequado para a idade gestacional, cuja procedência, em sua maioria, foi do Centro Obstétrico.

Assim, pode-se considerar que embora essa população não apresente, segundo suas características, um risco maior de desenvolvimento de lesões de pele, esses eventos aconteceram, provavelmente, decorrentes da assistência e/ou da terapêutica prestada.

Preservar a integridade da pele do RN é um fator importante para a enfermagem ao longo da estadia do paciente, sendo ainda mais significativo para o neonato que está se adaptando à vida extra-uterina, pois apresenta riscos de desenvolvimento de traumas e rupturas da barreira da pele, decorrentes de cuidados rotineiros como banho, desinfecção da pele e remoção de adesivos (Lund, Kuller, Lane, Lott, Raines, 1999)

O cuidado com a pele é um componente crítico na assistência neonatal. O profissional enfermeiro, especializado nessa área, deve entender a estrutura e a fisiologia da pele do RN para promover sua integridade e o cuidado adequado (Campbell, Banta-Wright, 2000)

O tempo de permanência hospitalar é um dos parâmetros que foi estudado para enfocar o surgimento das lesões de pele adquiridas.

A Tabela 13 mostra o dia de internação hospitalar em que houve o aparecimento dos tipos de lesões de pele adquiridas.

Na análise da Tabela 13, verifica-se que a maioria das lesões surgiram nos primeiros 3 dias de permanência hospitalar, sendo que dentre as equimoses, 14 (12%) ocorreram antes de completar 24 horas de permanência na unidade neonatal, sugerindo que alguns cuidados devem ser realizados para a prevenção desses eventos.

Por outro lado, lesões como monilíase, ocorreram, em sua maioria, entre o 5º e 6º dia de internação, respectivamente em 5 (26,2%) e 7 (36,8%) dos RN internados que desenvolveram algum tipo de lesão.

As infiltrações ocorreram, principalmente, entre o 1º e o 3º dia de internação na Unidade Neonatal, assim como, os hematomas, as fissuras e as erosões e as lesões bolhosas-impetigo.

Já as escoriações foram verificadas entre o 4º e o 5º dia de internação e o abscesso foi identificado no 8º dia de internação nesta unidade.

A Tabela 14 apresenta a identificação desses eventos nos registros dos impressos Diagnóstico/ Evolução/ Prescrição de Enfermagem.

TABELA 14 – Distribuição dos tipos de lesões de pele na Unidade Neonatal, segundo sua identificação pelo registro no impresso Diagnóstico/ Evolução/ Prescrição de Enfermagem. HU-USP, São Paulo, 2006.

SAE	Tipo de lesão																		Lesões bolhosas - impetigo	
	Equimose		Eritema perineal		Monilíase		Infiltração		Hematoma		Fissura		Erosão		Escoriação		Abscesso			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sim	95	81,2%	62	93,9%	15	78,9%	3	37,5%	3	42,9%	1	25,0%	1	20,0%	1	100,0%	1	100,0%		
Não	22	18,8%	4	6,1%	4	21,1%	5	62,5%	4	57,1%	3	75,0%	4	80,0%	2	100,0%				

Na Tabela 14, verifica-se o levantamento das lesões de pele realizada pelo enfermeiro nos registros dos impressos diagnóstico/ evolução/ prescrição de enfermagem do SAE. Os dados demonstram lesões como equimose (95-81,2%), eritema perineal (62-93,9%), monilíase (15-78,9%), abscesso (1-100%) e lesões bolhosas-impetigo (1-100%) que são facilmente identificadas no momento de sua ocorrência e assim, são propostas as devidas intervenções.

No entanto, lesões do tipo escoriação (2-100%), erosão (4-80%), fissura (3-75%) e hematoma (4-57,1%) foram encontradas no exame físico do RN feito pela pesquisadora e não pelo intermédio desses registros, dessa forma, não foram identificadas no dia em que apareceram.

O SAE faz com que o enfermeiro se aproxime do paciente por meio dos registros e na implementação das ações em todas as suas fases. No entanto, é preciso ter vontade consciente de não realizá-lo mecanicamente, e sim, vinculado a uma proposta de melhor qualidade de assistência ao paciente (Melleiro, 2001).

Assim, destaca-se que as lesões de pele que não foram encontradas nos impressos de Diagnóstico/Evolução/Prescrição de Enfermagem, pode representar a necessidade de capacitação dos enfermeiros para identificar minuciosamente todas as alterações ocorridas com a pele do RN durante o período de internação.

Por outro lado, esse fato pode refletir a mecanização do processo de elaboração do SAE, cuja sobrecarga diária do trabalho do enfermeiro dificulta a investigação mais detalhada das condições do paciente,

prejudicando o controle dos resultados esperados, já que o SAE permite o ajuste das necessidades do paciente por meio de registros.

As intervenções relacionadas ao RN durante a internação devem ser rápidas, a fim de minimizar o risco de complicações, pois no cuidado em unidade neonatal é imprescindível a identificação imediata dos problemas e conseqüentemente a determinação da terapêutica adequada.

Assim, a assistência de enfermagem prestada deve contribuir para a identificação precoce das anormalidades e diminuir os possíveis danos relacionados aos cuidados prestados durante o período de internação.

Os Gráficos seguintes demonstram a distribuição do número de dias de internação hospitalar segundo os principais tipos de lesão de pele adquiridos.

GRÁFICO 1 - Distribuição do número de dias de internação na Unidade Neonatal e a presença de equimoses. HU-USP, São Paulo, 2006.

GRÁFICO 2- Distribuição do número de dias de internação na Unidade Neonatal e a presença eritema perineal. HU-USP, São Paulo, 2006.

GRÁFICO 3- Distribuição do número de dias de internação na Unidade Neonatal e a presença de monilíase. HU-USP, São Paulo, 2006.

Ao analisar o número total de dias de internação hospitalar de acordo com os principais tipos de lesão adquiridas, evidenciou-se que os RN que as desenvolveram, apresentaram, em média, maior tempo de internação na Unidade Neonatal.

Essa constatação, provavelmente, deve-se ao fato de que quanto maior o tempo de internação hospitalar, maior o risco de desenvolvimento de lesões de pele decorrentes das intervenções terapêuticas e dos cuidados prestados.

4.3 Dados relacionados às localizações das lesões de pele adquiridas

As localizações das lesões foram levantadas de acordo com os seus aparecimentos, podendo assim, ser identificados locais diferentes para o mesmo tipo de lesão, como ocorreu em relação às equimoses.

Dessa forma, foi realizada a distribuição da localização das lesões segundo o seu aparecimento, considerando, separadamente, para cada lesão, os sítios de sua identificação conforme a Tabela 15.

TABELA 15 – Distribuição da localização das lesões segundo o seu surgimento. HU-USP, São Paulo, 2006.

Lesões	Localizações	N	%
Lesão (1)	Região cefálica	6	3,8
	MSD- membro superior direito	65	40,6
	MSE- membro superior esquerdo	60	37,5
	MID- membro inferior direito	7	4,4
	MIE- membro inferior esquerdo	9	5,6
	Região perineal	9	5,6
	outro	4	2,5
Lesão (2)	Região cefálica	3	3,4
	MSD- membro superior direito	17	19,1
	MSE- membro superior esquerdo	13	14,6
	MID- membro inferior direito	4	4,5
	MIE- membro inferior esquerdo	5	5,6
	Região perineal	47	52,8
Lesão (3)	Região cefálica	5	10,4
	MSD- membro superior direito	4	8,3
	MSE- membro superior esquerdo	7	14,6
	MID- membro inferior direito	4	8,3
	MIE- membro inferior esquerdo	5	10,4
	Região perineal	19	39,6
	outro	4	8,3
Lesão (4)	Região cefálica	3	15,8
	MSD- membro superior direito	1	5,3
	MSE- membro superior esquerdo	2	10,5
	MID- membro inferior direito	2	10,5
	MIE- membro inferior esquerdo	1	5,3
	Região perineal	8	42,1
	outro	2	10,5
Lesão (5)	Região cefálica	2	66,7
	MID- membro inferior direito	1	33,3
Lesão (6)	Região perineal	1	100,0

Pelos dados da Tabela 15, verifica-se que o surgimento da primeira lesão ocorreu em sua maioria, nos membros superiores, sendo 65 (40,6%) em MSD, e 60 (37,5%) em MSE, possivelmente, por serem os primeiros locais de escolha para coleta de exames de sangue e introdução de dispositivos para terapêutica intravenosa.

No processo de terapia intravenosa, vários procedimentos realizados na pele levam à quebra de sua integridade, constituindo um grande desafio à assistência, mantê-la livre de lesões (Harada, Rego, 2005).

Na localização da segunda, terceira e quarta lesão houve predominância da região perineal, sendo 47 (52,8%) na lesão 2, 19 (39,6%) na lesão 3, e 8 (42,1%) na lesão 4, ou seja, local de desenvolvimento das dermatites na região abrangida pela fralda.

As lesões 5 ocorreram na região cefálica, 2 (66,7%), em MID 1 (33,3%) e a lesão 6 em região perineal, 1 (100%).

A Tabela 16 apresenta a distribuição dos tipos de lesões de acordo com sua localização.

TABELA 16 – Distribuição dos tipos de lesões na Unidade Neonatal segundo a localização. HU-USP, São Paulo, 2006.

	Tipo de lesão															
	Equimose		Eritema perineal		Monilíase		Infiltração		Hematoma		Fissura		Erosão		Escoriação	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Região cefálica	18	8,8%													1	50,0%
MSD- membro superior direito	79	38,7%					3	37,5%	4	44,4%					1	50,0%
MSE- membro superior esquerdo	74	36,3%					2	25,0%	5	55,6%			1	20,0%		
MID- membro inferior direito	12	5,9%					3	37,5%			3	60,0%				
MIE- membro inferior esquerdo	19	9,3%									1	20,0%				
Região perineal			66	100,0%	18	90,0%							1	20,0%		
Outro	2	1,0%			2	10,0%					1	20,0%	3	60,0%	1	100,0%

Localização da lesão

Assim, verifica-se que as equimoses foram identificadas, primordialmente, nos membros superiores, bem como hematomas e infiltrações, possivelmente, associados aos problemas provenientes da terapia intravenosa e/ou da investigação diagnóstica pela coleta de exames.

As fissuras, por outro lado, aconteceram nos membros inferiores, provavelmente pelo ressecamento fisiológico da pele do neonato após o nascimento.

No lactente, pela imaturidade dos anexos à pele, em particular, a deficiência das glândulas sebáceas e do manto lipídico, a superfície cutânea torna-se mais susceptível a ressecamento e infecções fúngicas (Cucé, Okay, 2004).

4.4 Dados relacionados aos fatores de risco segundo as lesões de pele adquiridas

Além dessas variáveis, também foi levantada a presença de fatores de risco associados ao desenvolvimento desses eventos, conforme mostra a Tabela 17.

TABELA 17 – Distribuição dos tipos de lesões na Unidade Neonatal segundo os fatores de risco associados. HU-USP, São Paulo, 2006.

		Tipo de lesão																Lesões bolhosas - impetigo			
		Equimose		Eritemaa perineal		Monilíase		Infiltração		Hematoma		Fissura		Erosão		Escoriação				Abscesso	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			N	%
Fator de Risco (Ades)	NÃO	117	100,0%	66	100,0%	19	100,0%	8	100,0%	7	100,0%	4	100,0%	2	40,0%	1	50,0%	1	100,0%	1	100,0%
	SIM													3	60,0%	1	50,0%				
Fator de Risco (Med)	NÃO	18	15,4%	15	22,7%	1	5,3%			1	14,3%	4	100,0%	4	80,0%			1	100,0%	1	100,0%
	SIM	99	84,6%	51	77,3%	18	94,7%	8	100,0%	6	85,7%			1	20,0%	2	100,0%				
Fator de Risco (Oxim)	NÃO	117	100,0%	66	100,0%	19	100,0%	8	100,0%	7	100,0%	4	100,0%	5	100,0%	2	100,0%	1	100,0%	1	100,0%

O uso de adesivos foi associado ao desenvolvimento de lesões do tipo erosão (3-60%) e escoriação (1-50%), enquanto a terapêutica intravenosa apresentou correlação com a maioria das lesões identificadas como: equimose (99-84,6%), eritema perineal (51-77,3%), monilíase (18-94,7%), infiltração (8-100%), hematoma (6-85,7%) e escoriação (2-100%).

Após o nascimento, fatores significantes do meio ambiente e comportamental são colocados em jogo, podendo afetar a estrutura e função da pele. Esses fatores incluem mudanças na temperatura do ambiente, alterações no ressecamento e umidade da superfície da pele e o contato intermitente com a fricção das roupas, cobertores e fraldas (Visscher, Chatterjee, Munson, Bare, Hoath, 2000).

Dessa maneira, a internação hospitalar expõe o neonato a outros fatores relacionados ao meio ambiente, aos cuidados prestados, à investigação diagnóstica e à terapêutica medicamentosa.

Na terapêutica intravenosa, o conhecimento das complicações é de crucial importância, incluindo a definição de incidências, fatores de risco associados, além do estabelecimento de protocolos de cuidados e documentação, visando minimizar suas conseqüências (Harada, Rego, 2005).

Já as erupções cutâneas na região abrangida pela fralda, possuem fatores de risco multicausais, como a exposição da pele às fezes e urina, fricção e umidade e aos microorganismos que provocam infecções secundárias (Shin, 2005; Visscher, Chatterjee, Munson, Bare, Hoath, 2000).

Assim, não é possível associar esse tipo de lesão a apenas um fator de risco.

Já o uso de sensor de oximetria de pulso, não apresentou relação com as lesões encontradas, possivelmente por ser rodiziado periodicamente, conforme determina a prescrição de enfermagem.

O oxímetro de pulso é um aparelho capaz de determinar a saturação do oxigênio no sangue arterial por meio de emissores de luz transmitida através do tecido e captada do outro lado pelos sensores fotônicos. O uso de sensores em RN prematuros pode ocasionar traumatismos ou necrose local, quando a pressão aplicada for grande e por tempo prolongado (Silva Filho, 2004)

4.5 Proposta de Programa de Treinamento e Desenvolvimento para o pessoal de enfermagem

Os resultados encontrados neste estudo possibilitaram a elaboração de uma proposta de programa de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos da Unidade Neonatal do HU-USP, com a finalidade de capacitar o pessoal de enfermagem que atua diretamente nos cuidados relacionados à manutenção da integridade da pele do RN.

Assim, a adoção do indicador de qualidade relacionado às lesões de pele do RN como parâmetro para a avaliação da assistência prestada, permitiu o levantamento das necessidades para mudanças no cenário estudado, norteando as ações a serem desenvolvidas para a capacitação do pessoal de enfermagem.

O desenvolvimento de pessoas na organização por meio de programas advindos das necessidades do pessoal de enfermagem colabora para facilitar mudanças comportamentais e melhorar a satisfação no trabalho (Tanaka, Leite, 2001).

O treinamento e desenvolvimento devem ser potencializados a fim de promover não só a capacitação técnica específica dos trabalhadores, mas a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes como a visão crítica dos problemas contemporâneos, a responsabilidade social e a cooperação dentro e fora do ambiente de trabalho (Castilho, 2000)

Outro autor destaca ainda que os programas de educação no trabalho devem estar voltados para o desenvolvimento integral do trabalhador na perspectiva de torná-lo melhor como pessoa, e não apenas favorecendo-o

tecnicamente para o aprimoramento do trabalho (Matos, Pierezan, Scheineider, May, Sandoval, 2001)

Dessa forma, os programas de treinamento e desenvolvimento devem estar fundamentados na compreensão das necessidades e competências a serem alcançadas, na adequada aplicação de métodos disponíveis e na concretização e manutenção do interesse dos treinados pelo aprendizado (Peres, Leite, Gonçalves, 2005)

A definição de competência está apoiada nas Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional, definidas pelo Conselho Nacional de Educação, que caracterizam competência profissional como aquela capacidade individual do cidadão trabalhador para “articular e mobilizar e colocar em ação valores, habilidades, atitudes e conhecimentos necessários ao desempenho eficiente e eficaz das atividades requeridas pela natureza do trabalho e pelo desenvolvimento tecnológico” (Zarifian, 2003).

Para a elaboração de um Programa de Treinamento e Desenvolvimento, apoiado nesses conceitos, faz-se necessário um planejamento com metas congruentes com a política da organização sendo construídas de modo participativo, integrando o mentor do programa, seus executores e os treinados (Peres, Leite, Gonçalves, 2005)

Dessa forma, para a o planejamento pressupõe-se a aplicação de princípios que devem contemplar reflexões relacionadas ao Diagnóstico Situacional, aos Objetivos e Metas, à Metodologia e Estratégias, à Avaliação de todo o processo, e à Análise dos Recursos e dos Custos necessários para sua concretização (Peres, Leite, Gonçalves, 2005).

4.5.1 Estrutura do Programa

De acordo com estes pressupostos teóricos e os dados captados nesta pesquisa, elaborou-se uma proposta de programa de treinamento e desenvolvimento de pessoas voltado para a realidade do cenário estudado.

O Programa foi estruturado com a finalidade de capacitar enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem da Unidade Neonatal estudada, para a manutenção da integridade da pele do neonato internado, segundo uma proposta participativa, buscando o desenvolvimento de competências técnico-científicas, sócio-educativas e ético-políticas. Esses enfermeiros serão agentes multiplicadores junto à equipe de enfermagem.

Para tanto, o programa foi elaborado, com finalidade didática, segundo diferentes momentos que visam facilitar o processo de capacitação. São eles:

- ❖ 1º momento – Diagnóstico Situacional
- ❖ 2º momento – Definição dos objetivos segundo as competências consideradas
- ❖ 3º momento – Elaboração do Programa e Definição das Estratégias
- ❖ 4º momento – Implementação do Programa
- ❖ 5º momento - Avaliação do Programa

1º momento – Diagnóstico Situacional

Como já mencionado, os resultados encontrados neste estudo constituem a etapa inicial para o desenvolvimento do Diagnóstico Situacional, sendo necessário uma ampla discussão desses achados, com os membros da equipe de enfermagem.

Cabe ressaltar que a pesquisa tem sido apontada como um instrumento que auxilia na validação de práticas já consagradas e na transformação crítica do cotidiano pela possibilidade de direcionar no sentido das mudanças necessárias (Castilho, 2000)

Com essa proposta, para a elaboração do programa, deverá ser adotada a metodologia participativa que favoreça a reflexão crítica, a criatividade, abandonando técnicas prescritivas, preocupando-se também em individualizar o processo de ensino aprendizagem (Peres, Leite, Gonçalves, 2005).

Nessa direção, inicialmente, foram identificadas as lesões de pele que surgiram nos neonatos durante o período de internação na Unidade Neonatal do HU-USP como um indicador de qualidade da assistência prestada. Os resultados apontaram para a necessidade de serem revistos aspectos relacionados à manutenção da integridade da pele do RN, junto aos integrantes da equipe de enfermagem.

Segundo pressupostos da gerência participativa, os profissionais envolvidos deverão ser estimulados a participar da busca de soluções alternativas, contribuindo pelo compartilhamento de experiências vividas

para o crescimento pessoal, profissional e coletivo, possibilitando a transformação da realidade.

Após essa etapa, tornar-se-á possível a identificação das reais necessidades de capacitação da equipe relacionada aos resultados desse indicador de qualidade e assim, viabilizar a definição dos objetivos e metas a serem alcançados.

2º momento – Definição dos objetivos segundo as competências

Os objetivos a serem definidos visam a capacitação do pessoal de enfermagem da Unidade Neonatal do HU-USP, para a manutenção da integridade da pele do RN, de acordo com as competências técnico-científicas, sócio-educativas e ético-políticas necessárias a essa assistência.

Para a definição dos objetivos, serão realizadas oficinas de trabalho com a participação dos enfermeiros dessa unidade e do Serviço de Educação Continuada da instituição, na tentativa de se discutir alternativas viáveis de trabalho e de se definir uma proposta de capacitação a ser desenvolvida.

De forma preliminar, o objetivo geral é que ao final desse programa, o pessoal de enfermagem desenvolva competências técnico-científicas, ético-políticas e sócio-educativas, visando o desenvolvimento a equipe e o melhoramento da qualidade da assistência de enfermagem prestada na Unidade Neonatal.

Diante disso, os objetivos específicos são:

Quanto às Competências técnico-científicas:

- conhecer a Anatomia e a Fisiologia da pele do RN de termo e do prematuro;
- identificar os fatores de risco para lesões de pele;
- identificar precocemente as lesões de pele;
- conhecer as intervenções necessárias diante do risco e/ou das lesões identificadas e
- conhecer as formas de avaliação de qualidade da assistência prestada.

Quanto às Competências sócio-educativas:

- sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à importância da manutenção da integridade da pele;
- rever os padrões e critérios estabelecidos na assistência de enfermagem;
- promover situações de reflexão que estimulem a equipe para melhorar a qualidade da assistência prestada;

Quanto às Competências ético-políticas:

- desenvolver a capacidade de analisar criticamente os cuidados prestados
- reorganizar os padrões, critérios e condições institucionais estabelecidas para a manutenção da integridade da pele do RN;
- elaborar políticas educacionais para a capacitação de pessoal voltadas para as necessidades pesquisadas nessa unidade.

3º momento – Elaboração do Programa e Definição das Estratégias

Dessa forma, a elaboração do programa deve considerar os aspectos relacionados ao 1º e o 2º momento, utilizando como estratégia o desenvolvimento de agentes multiplicadores.

Cabe salientar que o planejamento do programa deverá corresponder aos objetivos propostos, definindo para isso, o conteúdo programático, as estratégias de trabalho e os recursos a serem utilizados.

No conteúdo programático estão integrados aspectos relacionados à manutenção da integridade da pele do neonato, como a fisiologia e anatomia, cuidados e intervenções para a prevenção de lesões, assim como, aspectos relacionados aos principais tipos de lesões encontradas nesse estudo. Além disso, poderão ser desenvolvidas noções sobre avaliação de qualidade da assistência de enfermagem em neonatologia e a aplicação de indicadores de qualidade.

As estratégias de trabalho devem promover a participação efetiva dos membros da equipe, permitindo a reflexão crítica da realidade, para promover sua transformação, acreditando que a esta se constrói na interagindo com o ambiente (Sallum, Prado, 2000).

Nessa direção, o processo de desenvolvimento de recursos humanos tem sido facilitado pela ação de agentes multiplicadores como estratégia de trabalho. Para isso, profissionais de uma determinada área são responsáveis pelo treinamento e desenvolvimento da equipe dessa área. O agente multiplicador pertence ao grupo, o que favorece a troca de informações, estimulando a motivação e a cooperação entre os membros e facilitando

todo o processo (Bicudo, Silva, Cunha, 2004; Peres, Leite, Gonçalves, 2005).

Outras autoras também destacam a importância da participação de outros profissionais no processo educativo, não somente enfermeiros da educação continuada, mas profissionais atuantes no campo de trabalho (Siqueira, Kurcgant, 2004)

Dessa forma, poderá ser selecionado um enfermeiro em cada turno de trabalho que atuará como agente multiplicador na equipe de enfermagem, estruturando um grupo de enfermeiros interessados no desenvolvimento desse tema. Esses enfermeiros serão capacitados para a execução do programa e ficarão responsáveis pelo treinamento e desenvolvimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem do seu turno de trabalho.

Assim, para atuação dos agentes multiplicadores poderão ser desenvolvidas oficinas de trabalho e o acompanhamento do funcionário durante sua jornada de trabalho, visando a identificação de problemas relacionados ao tema proposto, trazendo assim, benefícios para a implementação da proposta.

Nas oficinas de trabalho, poderão ser incluídos cursos, palestras, seminários e jornadas desenvolvidas na instituição, para o aprofundamento teórico do tema, sendo realizadas na própria Unidade Neonatal, dividindo em grupos de 4 ou 5 pessoas, facilitando, dessa forma, a interação e o compartilhamento das experiências vividas.

Os recursos materiais devem se adequar à estratégia adotada, com critérios definidos para sua seleção, podendo ser recursos visuais, auditivos ou audiovisuais e, até mesmo, recursos de multimídia.

4º momento – Implementação do Programa

A implementação do programa ocorrerá após sua aprovação pelos pares e pelas instâncias superiores da instituição.

Cabe ressaltar que a facilidade de aprovação do programa, será proporcional ao grau de participação das pessoas e coerência com a cultura e necessidades das pessoas e da organização (Peres, Leite, Gonçalves 2005).

Para isso, faz-se necessário o estabelecimento de um planejamento formalizado e estruturado, com a definição de todas as etapas para a execução do plano proposto, contendo um cronograma de atividades e o tempo que será dispensado para a execução de cada um dos momentos.

5º momento - Avaliação do Programa

A avaliação do programa deverá ocorrer durante todo o processo, na tentativa de se adequar os conteúdos e as estratégias adotadas para o alcance dos objetivos propostos, proporcionando assim, os ajustes necessários.

Pela avaliação, verifica-se a pertinência dos conteúdos propostos, a adequação das estratégias e dos recursos de ensino adotados, devendo incluir também a avaliação dos resultados, verificando-se o custo-benefício do investimento (Peres, Leite, Gonçalves, 2005).

Para isso, há necessidade de registros e controles eficientes e contínuos que servirão como parâmetros para a aferição dos custos e para a avaliação do desempenho futuro dos participantes do programa com a finalidade de mostrar o impacto, desse treinamento, e conseqüentemente, o retorno de futuros investimentos (Jericó, Castilho, 2004).

Dessa forma, deverá ser elaborado um instrumento que possibilite a avaliação dos investimentos obtidos e dos resultados, por intermédio do registro sistemático dos dados.

Posteriormente, o mesmo indicador de qualidade relacionado à manutenção da integridade da pele do RN, poderá ser quantificado e seus resultados comparados aos achados deste estudo, permitindo a avaliação da efetividade do programa proposto e a construção de séries históricas para o acompanhamento desse indicador.

5 CONCLUSÕES

5 CONCLUSÕES

O presente estudo foi desenvolvido com a finalidade de propor um programa de capacitação do pessoal de enfermagem focalizado no indicador qualidade da assistência de enfermagem e na manutenção da integridade da pele do RN.

Para tanto, foram estudadas variáveis que permitem concluir que:

- ❖ Dos 121 RN estudados, a maioria 83 (68,9%) foi classificado como termo adequado para a idade gestacional, cuja procedência foi principalmente, do Centro Obstétrico do HU-USP, 67 (55,4%), ou seja, foram internados na Unidade Neonatal logo após o nascimento.
- ❖ Os principais diagnósticos médicos de internação foram: Desconforto Respiratório Precoce, Risco Infeccioso e Icterícia Neonatal;
- ❖ Foram identificadas 230 lesões de pele em um total de 732 pacientes/dia, 94 neonatos desenvolveram algum tipo de lesão durante sua internação, ou seja, 77,7% da população estudada;
- ❖ Das 230 lesões adquiridas durante a internação, 117 (50,9%) foram equimose, 66 (28,6%) foram eritema perineal e 19 (8,3%) monilíase;
- ❖ Em menor número, foram identificadas outras lesões, como infiltrações, hematomas, erosões, fissuras, escoriações, abscesso e lesão bolhosa por impetigo;
- ❖ A maioria das lesões surgiram nos primeiros 3 dias após a internação hospitalar;

- ❖ Os RN que desenvolveram os principais tipos de lesões de pele identificadas apresentaram, em média, maior tempo de internação comparado com os que não as desenvolveram.
- ❖ Ao se comparar os principais diagnósticos de internação hospitalar com o desenvolvimento dos tipos de lesões mais freqüentes, verificou-se que:
 - há um maior percentual de pacientes com desconforto respiratório precoce entre aqueles que não desenvolveram equimoses;
 - há um maior percentual de pacientes com desconforto respiratório precoce entre aqueles que não desenvolveram eritema perineal;
 - há um maior percentual de pacientes com a presença de risco infeccioso entre aqueles que desenvolveram eritema perineal.
 - não houve associação entre o diagnóstico médico de admissão e o desenvolvimento de monilíase;
- ❖ Cabe ressaltar que as erupções cutâneas que ocorreram na região abrangida pela fralda, possuem múltiplas variáveis associadas, dificultando o estabelecimento de uma correlação direta com o fator causal. No entanto, podem estar associadas à terapêutica instituída, ou seja, administração de antibióticos de largo espectro e estabelecimento de cuidados relacionados à higiene da pele e a freqüência da troca de fraldas.
- ❖ O surgimento da primeira lesão ocorreu, em sua maioria, nos membros superiores, e foram associadas a lesões do tipo hematomas e infiltrações, possivelmente por serem os primeiros locais de escolha para

coleta de exames de sangue e introdução de dispositivos para terapêutica intravenosa;

- ❖ Ao se comparar a presença de lesão, com o registro desses dados em impressos Diagnóstico/Evolução/Prescrição de Enfermagem do SAE, verificou-se que foram levantadas pelo enfermeiro, lesões do tipo equimoses, eritemas perineais e monilíases;
- ❖ Lesões do tipo escoriação, erosão, fissuras e hematomas, não haviam sido registradas nos impressos Diagnóstico/Evolução/Prescrição do SAE no momento da coleta dos dados, sugerindo a mecanização desse processo e/ou a necessidade de capacitação desses profissionais para a identificação precoce dessas lesões;
- ❖ Quanto aos fatores de risco estudados:
 - o uso de adesivos foi associado a lesões do tipo erosão e escoriação, provavelmente pela dificuldade na sua remoção da pele;
 - a terapêutica intravenosa apresentou correlação com a maioria das lesões identificadas, estando associada ao desenvolvimento de lesões do tipo equimoses, infiltrações, hematomas, erosão, infiltração e erupções cutâneas na região abrangida pela fralda;
 - o uso do sensor do oxímetro não apresentou relação com as lesões encontradas.

Dessa forma, os achados desse estudo sugerem que a manutenção da integridade da pele do RN durante a internação hospitalar, pode prevenir a ocorrência de efeitos adversos das terapêuticas instituídas, melhorando a qualidade da assistência de enfermagem.

As variáveis estudadas constituem dados concretos que referendam a necessidade de se propor programas de capacitação de pessoal de enfermagem, com a finalidade de desenvolver pessoas/profissionais e de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem prestada.

A base teórica desse Programa está apoiada nos princípios da elaboração de um planejamento coletivo e no desenvolvimento de competências técnico-científicas, sócio-educativas e ético-políticas da equipe de enfermagem;

Para a elaboração desse Programa foi definida como estratégia participativa, a realização de oficinas de trabalho e a formação de agentes multiplicadores, que vivenciam a assistência nessa Unidade.

A implementação de um Programa de capacitação nessa vertente, contribui para o desenvolvimento dessas competências, utilizando estratégias participativas que favoreçam o pensamento crítico sobre essa realidade.

Na elaboração do Programa, foram considerados 5 momentos: 1º Diagnóstico Situacional, 2º Definição dos Objetivos segundo as competências demandadas, 3º Elaboração do Programa e Definição das Estratégias, 4º Implementação e 5º Avaliação.

Finalmente, a quantificação das variáveis relativas ao indicador de qualidade “à integridade da pele do recém-nascido”, poderá servir como parâmetro para a avaliação do Programa de capacitação, estabelecendo assim, possíveis mudanças nos padrões de qualidade da assistência de enfermagem prestada e construindo séries históricas para acompanhamento desse indicador.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de recursos humanos faz parte de uma política organizacional pela busca da excelência da qualidade dos serviços prestados, como estratégia para as empresas se manterem competitivas no mercado de trabalho.

No setor da saúde, essa política tem gerado uma preocupação constante com a melhoria da assistência prestada ao paciente, exigindo maiores investimentos na qualificação dos trabalhadores.

Essa qualificação deve estar voltada para o desenvolvimento do ser humano de forma integral e para o atendimento das necessidades identificadas em uma realidade de trabalho específica, utilizando para isso, uma estratégia participativa.

Desenvolver pessoas e melhorar a qualidade da assistência à saúde, beneficia tanto os trabalhadores como os pacientes, considerando seus direitos como cidadãos e contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Dessa forma, a realização deste estudo explicita como 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, subsidia a elaboração de um programa de capacitação do pessoal de enfermagem.

Esse programa, com a finalidade de melhoria da qualidade da assistência prestada ao RN, permite o desenvolvimento da equipe de

enfermagem segundo competências técnico-científicas, sócio-educativas e ético-políticas.

Inegavelmente, o investimento na capacitação do pessoal de enfermagem contribui para a diminuição dos índices desse indicador de qualidade, garantindo a melhoria da qualidade da assistência ao RN na Unidade Neonatal, beneficiando tanto o paciente quanto a equipe de enfermagem.

A realização do atual estudo e de outras pesquisas possibilitarão a validação da efetividade da proposta elaborada, pela comparação entre os resultados nos diferentes trabalhos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Adami NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2000;13(n. esp):190-6.
- Adami NP, Yoshitome, AY. Métodos de avaliação de resultados da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2003;56(1):52-6.
- Athernon DJ. The aetiology and management of irritant diaper dermatitis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 2001;15(1):1-4.
- Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG. Neonatologia: fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
- Bicudo AMC, Silva MCM, Cunha ICKO. Percepção das enfermeiras que atuam como agentes multiplicadores no treinamento da equipe de enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(3):305-10.
- Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev Adm Saúde.* 2001;12 (3):21-8.
- Bohomol E, D’Innocenzo M, Kowal IC, Cunha O. Indicadores de qualidade: conceitos e sistemas de monitoramento. *Cadernos. Centro Universitário São Camilo.* 2005;11(2):75-81.
- Brock RS, Krebs VLJ. Sepsis neonatal. In: Diniz EMA, Okay Y, Tobaldini R, Costa Vaz FA. *Manual do Médico Residente.* São Paulo: Atheneu; 2004. cap. 41. p. 212-8.
- Brock RS, Sadeck LSR. Diagnóstico diferencial do desconforto respiratório em recém-nascidos. In: Diniz EMA, Okay Y, Tobaldini R, Costa Vaz FA. *Manual do Médico Residente.* São Paulo: Atheneu; 2004. cap. 30. p. 144-7.
- Campbell JM, Banta Wright AS. Neonatal skin disorders: a review of select dermatologic abnormalities. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2000;14(1):63-83.
- Castilho V. Educação continuada em enfermagem: a pesquisa como possibilidade de desenvolvimento de pessoal. *Mundo Saúde.* 2000;24(5):357-60.
- Cucé LC, Okay JR. Terapêutica tópica. In: Marcondes E, Costa Vaz FA; Ramos JLA, Olay Y. *Pediatia básica.* 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2004. cap.1. p. 651-2.
- CQH. Programa de Controle da Qualidade do Atendimento Médico-Hospitalar: manual de orientação aos hospitais participantes. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2001.

CQH. Programa de Qualidade Hospitalar: manual de indicadores de enfermagem NAGEH. São Paulo: APM/CREMESP; 2006.

De Luna ML, Nartinez J, Weisman M. Lesiones dermatologicas relacionadas con la moderna asistencia neonatal. *Rev Arg Dermatol*. 1985;66(3):223-9.

Denser CPAC. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: Bork AMT, organizador. *Enfermagem de excelência: da visão à ação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. cap. 6. p. 89-100.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990;114(11):1115-8.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assesment and assurance. *Qual Rev Bull*. 1992b;20(6):975-92.

Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(2):213-9.

Ferreira VR, Madeira LM. Lesões em recém-nascidos na unidade de Terapia intensiva neonatal e a assistência de enfermagem. *Rev Min Enf*. 2004;81(1):165-252.

Florentino LC, Soares AVN, Souza TM, Spir EG, Andreoni S, Bálsamo AC. Elaborando e desenvolvendo padrões e critérios de qualidade na assistência perinatal. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM. *C&Q Indicadores de Qualidade: uma abordagem perinatal*. São Paulo: Ícone; 1998. cap. 5. p.77-137.

Focault M. *Microfísica do poder*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2001. O Nascimento do Hospital; cap. 6. p. 99-111.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial das unidades de internação do HU-USP. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(1):72-8.

Gaiva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(3):469-76.

Garvin DA. *Gerenciando a qualidade: uma visão estratégica e competitiva*. Rio de Janeiro: Qualimark; 1992.

Gualda DMR. Organização do departamento de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo: filosofia e pressupostos acadêmicos-assistenciais. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005. cap. 6. p. 93-108.

Gupta AK, Shinner AR. Management of diaper dermatitis. *Int J Dermatol*. 2004;43(11): 830-4.

Gurgel GD Jr, Vieira MMF. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2002;7(2):1-10.

Harada MJC, Rego RC. Manual de terapia intravenosa em pediatria. São Paulo: Maria Harada; 2005. Aspectos anatômicos e fisiológicos das veias periféricas. cap.3. p.46.

Hashimoto MRK. Estudo retrospectivo das condutas de enfermagem para assaduras na região abrangida pelas fraldas de recém-nascidos. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1997.

Izatt SD. Cuidados com a pele. In: Cloherty JP, Stark AR. Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Medsi; 2000. cap.34, p.669-79.

Jericó MC, Castilho V. O investimento financeiro em recursos humanos: uma experiência em hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(5):707-12.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Accreditation Manual for Hospital. *Nurs Care*. 1992;79-85.

Kamada I, Scochi CGS, Rocha SMM. Assistência ao recém-nascido e sua organização a nível hospitalar. Revisão de literatura. *Rev Paul de Hosp*. 1990;38 (5-8): 65-73.

Kimura AF, Tsunechiro MA, Bonadio IC. Condições do sistema tegumentar do recém-nascido no primeiro retorno ao ambulatório após a alta hospitalar. *Rev Paul Enferm*. 1991;10(3):96-102.

Kobayashi R, Leite MMJ. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2004;12(2):221-7.

Leitão RHR. A qualidade nos serviços de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Leitão RER, Kurcgant P. Qualidade na prática gerencial da enfermagem: as duas faces da mesma moeda. Niterói: Intertexto; 2004.

Lorencette, DAC. A importância e proposta de indicadores para avaliação dos serviços de educação continuada – segundo gerentes dos serviços de enfermagem. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Lund C, Kuller J, Lane A, Lott JW, Raines DA. Neonatal Skincare: The scientific basis for practice. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1999; 28(3):241-54.

Matos E, Piereszaqn CP, Scheineider DG, May LE, Sandoval RCB. Proposta de Educação no Trabalho no contexto da divisão de enfermagem de emergência e ambulatório do Hospital Universitário. *Texto Contexto Enferm*. 2001; 10(1):145-56.

Mellerio MM, Fugulin FMT, Rogenski NMB, Gonçalves VLM, Tronchin DMR. A evolução do sistema de assistência de enfermagem do HU-USP: uma história de 20 anos. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências*. 3ª ed. São Paulo: Ícone; 2005. cap. 7. p. 109-30.

Melleiro MM, Tronchin DMR, Andreoni S. O processo de cuidar na perspectiva de enfermeiros de um hospital ensino. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM. *C&Q Indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal*. São Paulo: Ícone; 1998. cap. 4. p.55-76.

Melo AMAGP. Icterícia do recém-nascido. In: Diniz EMA; Okay Y; Tobaldini R; Costa Vaz FA. *Manual do Médico Residente*. São Paulo: Atheneu; 2004. cap. 39. p. 201-7.

Melo C, Fagundes N. Discutindo a avaliação de um programa de capacitação para enfermeiros. *Rev Bras Enferm*. 1999;52(1):37-42.

Melo JB, Camargo MO. *Qualidade na Saúde. Práticas e Conceitos. Normas ISO nas áreas médico hospitalar e Laboratorial*. São Paulo: Best Seller; 1998.

Mendes VLPS. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. *Rev Bras Enferm*. 1993;46(3-4):211-25.

Meraviglia M, Becker H, Grobe SJ, King M. Maintenance of skin integrity as a clinical indicator of nursing care. *Adv Skin Wound care*. 2002;15(1):24-29.

Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*. 4ª ed. Brasília (DF); 2003.

Nogueira RP. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

Novaes HM. *Mortalidade neonatal e avaliação da qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido no município de São Paulo*. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 1999.

Novaes HM, Paganini JM. Garantia de qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 1992. (Série SILOS).

Oguisso T. Educação Continuada como fator de mudança: visão mundial. *Nursing*. 2000 3(20):22-9. [edição brasileira]

Padilha KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque da qualidade. *Rev. Latino- Am Enfermagem*. 2005;11(2)75-81.

Padilha MICS. A prática da educação em serviço na instituição privada. *Enfoque*. 1991;19(3)7-10.

Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação Continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. São Paulo: Guanabara Koogan 2005; cap. 7. p. 139-49.

Pirollo RP, Nicolos JT, Sampaio PSS, Arriero GC, Freitas MA, Richtman R, et al. Indicadores de qualidade na assistência de enfermagem relacionados à lesão de pele em unidade de terapia intensiva neonatal. In: Livro resumo do XVIII Congresso Brasileiro de Perinatologia; 2004 nov 13-6; São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria de São Paulo; 2004. p. 74.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Praça NS. Determinantes domiciliares das condições de pele da região abrangida pela fralda de recém-nascidos que utilizaram o Sistema de Alojamento Conjunto. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1993.

Redshaw ME, Harris A. Training and education for nurses working in neonatal care. *J Adv Nurs*. 1994; 20(6):1023-9.

Salum NC, Prado ML. Educação Continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador(a) de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2000;9(2):298-311.

Sampaio SAP, Rivitti EA. *Dermatologia*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

Schiesari LMC, Kisil M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Rev Adm Saúde*. 2003;5(18)7-17.

Scochi CGS, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. *Rev Paul Enferm*. 1996;9(n. esp):91-101.

Shin HT. Diaper dermatitis that does not quit. *Dermatol Ther.* 2005;18(2):124-35.

Silva Filho LVRF. Monitorização não invasiva de gases sangüíneos. In: Marcondes E, Costa Vaz FA; Ramos JLA, OKay Y. *Pediatia básica*. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 2004. Seção 2. cap. 7. p. 184-5.

Silva SH. Controle da qualidade assistencial em enfermagem: implementação de um modelo. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1994.

Siqueira ILCP, Kurcgant P. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, 2005;39(3):251-7.

Sistemas de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH). [texto na internet] São Leopoldo: UNISINOS; 2005. [citado 2005 jan. 21]. Disponível em: <<http://www.economicas.unisinos.br/sipageh/home.php>>.

Soboll MLMS, Carvalho AO, Eduardo MBP, Tanaka OY. Sistemas de informação em saúde, mecanismo de controle, de auditoria e de avaliação. In: Westphal MF, Almeida ES organizadores. *Gestão de serviços de saúde-descentralização, municipalização do SUS*. São Paulo: EDUSP; 2001. cap. 8. p. 205-54.

Tanaka LH, Leite MMJ. O significado do termo desenvolvimento de pessoas na visão das enfermeiras de Educação Continuada. *Acta Paul Enferm.* 2001;14(3):52-9.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EdUSP; 2001.

Teixeira JDR, Camargo FA, Tronchin DMR, Melleiro MM. A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(2):271-8.

Tronchin DMR. Intubação orotraqueal em recém-nascido pré-termo: a fixação e estabilidade da cânula. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1999.

Tronchin DMR. A experiência de tornarem-se pais de recém-nascido prematuro. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. cap. 4. p. 74-87.

Tronchin DMR, Toma E. Estrutura e organização da unidade neonatal. Aspectos de Enfermagem. In: Leone CR, Tronchin, DMR. A assistência integrada ao recém-nascido. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 3-21.

Visscher MO, Chatterjee R, Munson KA, Bare DE, Hoath SB. Development of diaper rash in the newborn. *Pediatr Dermatol*. 2000;17(1):52-7.

Zago MMF. O papel do enfermeiro hospitalar no ensino de paciente. *Rev Esc Enferm USP*. 1992;26(3):359-454.

Zanon U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão de indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: Medsi; 2001.

Zarifian P. O modelo da competência: trajetória e desafios atuais e propostas; Trad de Eric Roland René Heneault. São Paulo: Senac; 2003.

Wong DL. Waley & Wong: enfermagem pediátrica: elementos essenciais para prática clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. Promoção da saúde do recém-nascido e da família; cap. 8. p. 158-94.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP

São Paulo, 16 de dezembro de 2005.

Ilmo(a). Sr(a).

Profa. Dra. Paulina Kurcgant

Departamento de Orientação Profissional

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Avaliação do indicador de qualidade da assistência relacionado à integridade da pele do recém-nascido como subsídio para a capacitação do pessoal de enfermagem” - **Registro CEP: 623/05**

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 16 de dezembro de 2005, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, item IX.2 letra c.

O primeiro relatório está previsto para 16 de dezembro de 2006.

Atenciosamente,

Dra. Maria Teresa Zulini da Costa
Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/USP

ANEXO B – Instrumento de coleta de dados

Etiqueta do paciente

I DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO RN

- a) Data de admissão _____ Data de nascimento _____ Hora _____
- b) _____ Nome _____ da mãe _____
- c) Peso de nascimento _____ Sexo M ou FIG _____ cor _____
- e) Classificação do peso e idade gestacional _____
- f) Procedência- CO AC PSI Amb. UTI _____
- g) Diagnóstico médico _____ de _____ Internação _____
- h) Dia de vida no momento da internação _____
- h) Total de dias de internação _____
- i) Houve alguma lesão de pele adquirida na internação 1) Sim
0) Não

II LESÕES DE PELE ADQUIRIDAS DURANTE A INTERNAÇÃO

LESÃO n° 1

- a) Tipo de Lesão I _____
- b) Tempo de internação que apareceu esta lesão _____ /dia de vida _____
- c) Localização 1) Região Cefálica
2) MSD
3) MSE
4) MID
5) MIE
6) Região Perineal
7) Outro – especificar _____
- d) SAE 0) Não
1) Sim

e) Fatores de risco associados à lesão desenvolvida relacionados à terapêutica

- adesivos 1) Sim
 0) Não
- Medicamento intravenoso 1) Sim
 0) Não
- Uso do sensor de oxímetro de pulso 1) Sim
 0) Não
- Outro –especificar _____

LESÃO nº 2**a) Tipo de Lesão II** _____**b) Tempo de internação que apareceu esta lesão** _____ /dia de vida**c) Localização** 1) Região Cefálica

2) MSD

3) MSE

4) MID

5) MIE

6) Região Perineal

7) Outro – especificar _____

d) SAE 0) Não

1) Sim

e) Fatores de risco associados à lesão desenvolvida relacionados à terapêutica

- adesivos 1) Sim
 0) Não
- Medicamento intravenoso 1) Sim
 0) Não
- Uso do sensor de oxímetro de pulso 1) Sim
 0) Não
- Outro –especificar _____

LESÃO nº 3**a) Tipo de Lesão III** _____**b) Tempo de internação que apareceu esta lesão** _____ /dia de vida**c) Localização** 1) Região Cefálica

2) MSD

3) MSE

4) MID

5) MIE

6) Região Perineal

7) Outro – especificar _____

- d) **SAE** 0) Não
1) Sim

e) **Fatores de risco associados à lesão desenvolvida relacionados à terapêutica**

- adesivos 1) Sim
0) Não
- Medicamento intravenoso 1) Sim
0) Não
- Uso do sensor de oxímetro de pulso 1) Sim
0) Não
- Outro – especificar _____

MEMENTO

Classificação das lesões de pele de acordo com Avery, Fletcher, Mac Donald (1999):

Eritema: mancha avermelhada por vaso-dilatação que desaparece pela dígito ou vitropressão;

Pápula: lesão sólida, circunscrita, elevada menor que 1 cm;

Vesícula: elevação superficial e circunscrita da pele até 1 cm, com líquido claro;

Bolha: elevação superficial e circunscrita da pele maior que 1 cm, com líquido claro;

Pústula: elevação superficial e circunscrita da pele com pus, de até 1 cm;

Abscesso: formação circunscrita, de tamanho variável, proeminente ou não, por líquido purulento na pele ou tecidos adjacentes. Há calor, dor e flutuação e, eventualmente rubor;

Infiltração: alteração na espessura e aumento da consistência da pele, com menor evidência nos sulcos, limites imprecisos e, eventualmente de cor rósea; pela vitropressão, surge no fundo a cor café-com-leite. Resulta da presença de infiltrado celular na derme, às vezes com edema e vaso-dilatação;

Hematoma: coleção líquida de formação circunscrita, tamanho variável, proeminente ou não, por derrame de sangue na pele e tecidos adjacentes, inicialmente da cor vermelha, e na evolução arroxeadada e verde-amarelada;

Equimose: mancha causada pelo extravasamento de hemáceas na derme que não desaparece na vitropressão, inicialmente da cor vermelha, e na evolução arroxeadada e verde-amarelada;

Petéquia: mancha de cor vermelho vivo ou púrpura, causada pelo extravasamento de hemáceas na derme que não desaparece na vitropressão, até 1 cm de tamanho, pode sugerir maior tendência ao sangramento.

Erosão: lesão superficial da epiderme sem sangramento;

Ulceração: perda circunscrita de epiderme e derme, podendo atingir a hipoderme e tecidos adjacentes;

Úlcera: ulceração crônica;

Fissura: perda linear da epiderme e derme, no contorno de orifícios naturais ou em área de prega ou dobras e

Escoriação: erosão traumática, geralmente por arranhadura.

Na região abrangida pela fralda, as lesões foram classificadas como:

Eritema perineal: neste estudo adotou-se esse termo para descrever a lesão primária ocorrida na região da fralda, caracterizada pela irritação da pele que se apresenta com vermelhidão ao longo de sua superfície, podendo ocorrer maceração e descamação na região afetada, já que dermatite de fralda é um termo inespecífico usado para descrever quaisquer erupções cutâneas na região abrangida pela fralda (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999; Shin, 2005).

Monilíase ou Candidíase: lesão causada por *Candida sp* com presença de erupções vesiculares, inicialmente com pápulas eritematosas; a pele se apresenta úmida, vermelho brilhante, macerada na região da fralda, podendo também ocorrer presença de aftas na cavidade oral, com placas brancas na língua e palato (Avery, Fletcher, Mac Donald, 1999).

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial da presente obra, por meio convencional ou eletrônico, desde que seja citada a fonte.

Nome da autora: Lilian Mara Rondello Nepomuceno

Assinatura:_____

Instituição: Hospital Universitário

Local: Universidade de São Paulo

Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565

E-mail: lirondello@yahoo.com.br