

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**DA TEORIA AO CUIDADO: CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE DA MATERNIDADE SOBRE A PELE DO RECÉM-NASCIDO**

TÁBATA SIMÃO CONRADO

CURITIBA 2025

TÁBATA SIMÃO CONRADO

DA TEORIA AO CUIDADO: CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
DA MATERNIDADE SOBRE A PELE DO RECÉM-NASCIDO

Artigo apresentado ao Programa de Residência Médica do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná como requisito para a conclusão do curso de Especialização em Dermatologia Pediátrica.

Orientadora: Dra. Larissa Habib Mendonça Gois.

Co-orientadora: Dra. Vânia Oliveira de Carvalho.

CURITIBA 2025

Artigo elaborado de acordo com os requisitos do Jornal Paranaense de Pediatria

TÍTULO: Da teoria ao cuidado: conhecimentos dos profissionais de saúde da maternidade sobre a pele do recém-nascido

TITLE: From theory to practice: knowledge of maternity health professionals about newborn skin

AUTORES:

- 1- Tábata Simão Conrado, ORCID ID: 0009-0003-1100-6416
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba – Brasil
- 2 – Larissa Habib Mendonça Gois, ORCID ID: 0000-0002-5430-2309
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba – Brasil
- 3 - Vânia Oliveira de Carvalho, ORCID ID: 0000-0002-4578-8781
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba – Brasil

AUTOR CORRESPONDENTE: Tábata Simão Conrado

Endereço: Rua Francisco Torres, 143, Curitiba, Paraná, Brasil, 80.250-070.

Telefone: (31) 986861054.

E-mail: tatsconrado@gmail.com

PALAVRAS CHAVES: Recém-nascido; Pele; Cuidados neonatais; Enfermagem; Pediatria.

KEYWORDS: Newborn; Skin; Neonatal care; Nursing; Pediatrics.

NÚMERO TOTAL DE PALAVRAS: Texto:4306/Resumo:290

NÚMERO TOTAL DE GRÁFICOS E TABELAS: 5

NÚMERO TOTAL DE ANEXOS: 1

NÚMERO TOTAL DE REFERÊNCIAS: 33

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE: Nada a declarar.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar o conhecimento de profissionais de saúde de maternidades sobre os cuidados com a pele do recém-nascido (RN) e as orientações relacionadas ao uso de produtos de higiene.

MÉTODOS: Estudo observacional, transversal e descritivo realizado em duas maternidades — um hospital universitário em Curitiba e um hospital terciário em São José do Rio Preto (SJRP) —, envolvendo médicos e equipe de enfermagem. Os dados foram coletados por questionário online e analisados estatisticamente pelo teste qui-quadrado de Pearson, com significância de 5%.

RESULTADOS: A amostra de 106 profissionais foi igualmente distribuída entre médicos (50%) e enfermagem (50%). A maioria se auto avaliou como tendo bom conhecimento sobre cuidados da pele do RN (58,9% em Curitiba vs 76% em SJRP). Verificou-se predominância da recomendação de uso de sabonete líquido (85,9%), embora parte da enfermagem não indicasse nenhum produto (40% em Curitiba e 14,3% em SJRP). Houve divergência quanto ao pH ($p < 0,001$): médicos preferiram sabonetes ácidos (41,9/40,9%), enquanto a enfermagem indicou neutros (84/92%). A indicação de produtos sem substâncias irritativas e fragrâncias foi amplamente destacada, mas apenas 67% dos participantes relataram ler rótulos antes da indicação. 57,7% dos médicos recomendaram uso de hidratantes desde o nascimento; 59,6% da enfermagem não indicaram seu uso. Exposição solar foi contraindicada por 86,8% dos médicos, enquanto 28,3% da enfermagem indicam 10 a 20 min/dia. Os óleos naturais, 50% dos profissionais não recomendam (maior rejeição pela enfermagem), mas 88,7% reconhece o potencial reparador do óleo de girassol. Todos sugeriram a necessidade de implementação de protocolos institucionais.

CONCLUSÃO: Embora a maioria dos profissionais se considere preparado, há heterogeneidade nas práticas de cuidado com a pele do RN. A padronização das condutas, por meio de protocolos institucionais e atualização contínua, mostra-se essencial para garantir assistência segura e de qualidade ao RN.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the knowledge of healthcare professionals working in maternity hospitals regarding newborn (NB) skin care and guidance related to the use of hygiene products.

METHODS: This was an observational, cross-sectional, and descriptive study conducted in two maternity hospitals — a university hospital in Curitiba and a tertiary hospital in São José do Rio Preto (SJRP) — involving physicians and nursing staff. Data were collected through an online questionnaire and statistically analyzed using Pearson's chi-square test, with a significance level of 5%.

RESULTS: The sample consisted of 106 professionals, equally distributed between physicians (50%) and nursing staff (50%). Most participants self-assessed their knowledge of newborn skin care as good (58.9% in Curitiba vs. 76% in SJRP). There was a predominance of recommendations for the use of liquid soap (85.9%), although part of the nursing staff did not recommend any product (40% in Curitiba and 14.3% in SJRP). Divergence regarding pH preference was observed ($p < 0.001$): physicians preferred acidic soaps (41.9%/40.9%), whereas nursing staff indicated neutral soaps (84%/92%). The recommendation of products free from irritant substances and fragrances was widely highlighted; however, only 67% of participants reported reading product labels before recommending them. Regarding moisturizers, 57.7% of physicians recommended their use from birth, while 59.6% of the nursing staff did not recommend them. Sun exposure was contraindicated by 86.8% of physicians, whereas 28.3% of nursing staff recommended 10–20 minutes per day. Regarding natural oils, 50% of professionals did not recommend their use (with greater rejection among nursing staff), although 88.7% recognized the reparative potential of sunflower oil. All participants suggested the need for implementing institutional protocols.

CONCLUSION: Although most professionals consider themselves prepared, there is heterogeneity in newborn skin care practices. Standardization of care through institutional protocols and continuous professional education appears essential to ensure safe and high-quality care for newborns.

INTRODUÇÃO

A pele do recém nascido (RN) apresenta diferenças comparada à pele do adulto, de modo que cuidados específicos são exigidos. Contudo existe uma lacuna no conhecimento dos profissionais de saúde que prestam assistência a essas crianças¹.

A pele do RN inicia seu desenvolvimento no período fetal, entre a 4^a e 5^a semana de gestação, e continua a se desenvolver até 12 meses após o nascimento¹. Ela se diferencia da pele do adulto por ser mais fina, menos pilosa, com menor coesão entre a epiderme e derme e tem estrato córneo mais delgado, portanto é mais sensível e frágil. Além disso, a proporção entre a área de superfície corporal e o peso de uma criança pode ser até cinco vezes maior que a do adulto².

A barreira epidérmica amadurece no período pós-natal e forma o manto ácido. Ele mantém a homeostase da barreira cutânea, assim como sua integridade e coesão, além de permitir uma colonização microbiana saprofítica e inibição de microrganismos patogênicos³.

O pH alcalino da superfície da pele, por sua vez, predispõe o RN ao desenvolvimento de doenças inflamatórias da pele ao longo da infância, como a dermatite atópica, bem como colonização cutânea por microrganismos como *Staphylococcus aureus* e *Candida albicans*, o que aumenta o risco de sepse, principalmente nos prematuros³.

A função de barreira cutânea nesta faixa etária é menos efetiva, o que contribui para consequências, como: aumento da perda transepidermica de água (TEWL), maior absorção percutânea de substâncias, traumas cutâneos facilmente induzidos, propensão a infecções e dificuldades na homeostasia de fluidos^{2,4}. Por isso, cuidados específicos com a pele dos RN são essenciais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os cuidados com a pele do RN fazem parte do chamado “Cuidado Essencial do RN”⁵. E segundo Nepomuceno e colaboradores, eles são um indicador de qualidade da assistência ao recém-nascido⁶.

Os regimes de cuidados com a pele são influenciados pela cultura, região geográfica, disponibilidade de estruturas sanitárias e econômicas, além do conhecimento técnico^{10,11}. Para que sejam realizados cuidados com a pele baseados em evidências e um indicador de qualidade de assistência seja elevado é

necessário profissionais bem preparados e capacitados tecnicamente. Médicos, técnicos de enfermagem e enfermeiros são profissionais que avaliam, prescrevem e realizam cuidados com os RN, por isso conhecer sobre as condições fisiológicas, cuidados recomendados, bem como as principais afecções dermatológicas se faz necessário^{6,7}.

Na literatura há poucos estudos que avaliam o grau de conhecimento dos profissionais de saúde em relação aos cuidados de pele dos RN. Em revisão, encontram-se estudos, na grande maioria, relacionados aos cuidados em UTI para diminuir o índice de lesões de pele. Um estudo alemão avaliou a recomendação feita pelas parteiras às famílias em relação aos cuidados de pele dos RN com predisposição à atopia. Foram aplicados 128 questionários e observaram que as recomendações eram idênticas, independentemente se havia predisposição à atopia. Isso reforça a necessidade de uniformização dos conhecimentos dos profissionais de saúde que lidam diretamente com as famílias dos RN⁸.

No Brasil, por ser um país continental, com diferentes culturas e costumes, acredita-se que assim como nos demais países, existe uma variabilidade substancial nas práticas de cuidados com a pele realizadas nos serviços de saúde. As práticas são muitas vezes baseadas nas experiências individuais dos profissionais, variando com as regionalidades, ao invés de serem baseadas nas evidências científicas. Dessa forma, recomendações, protocolos e guias implementados em ambientes hospitalares são importantes para um manejo seguro nos cuidados com a pele do RN^{9,10,11}.

Em 2024 a Sociedade Brasileira de Pediatria publicou um guia de cuidados com a pele dos RN³. Acredita-se que apesar do documento ser de livre acesso, poucos são os profissionais que têm conhecimento sobre ele e o utilizam em sua prática clínica.

Este estudo objetivou avaliar o conhecimento dos cuidados com a pele do RN, e as orientações de produtos de higiene realizadas por profissionais de saúde de maternidades.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal e descritivo com coleta prospectiva de dados realizado em uma maternidade de hospital universitário em Curitiba e um hospital terciário em São José do Rio Preto (SJRP), no período de março de 2025 a novembro de 2025.

A coleta de dados foi mediante aplicação de questionário online no Google Forms® elaborado pelos autores (ANEXO 1), contendo perguntas objetivas e descritivas sobre os cuidados da pele do RN, bem como produtos indicados por estes profissionais.

Os recrutamentos dos participantes foram realizados através de convites diretos, enviados via e-mail ou mensagem de texto pelo WhatsApp®. Também foram elaborados cartazes, alguns com QR CODE que direcionava diretamente para o formulário. O instrumento da pesquisa foi aplicado de imediato aos indivíduos que aceitaram participar do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estima-se que 176 profissionais integrem o público-alvo do estudo.

A amostra incluiu profissionais de saúde da maternidade das duas instituições. Os dados foram digitados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®). A análise estatística foi conduzida no software R (*R Foundation for Statistical Computing*, Viena, Áustria). As variáveis categóricas foram descritas como frequências absolutas e relativas n (%). As comparações entre grupos (médicos vs. enfermagem; Curitiba vs. São José do Rio Preto) utilizaram o teste do qui-quadrado de Pearson; quando apropriado, aplicou-se a correção de Yates para tabelas 2×2. O nível de significância adotado foi $\alpha = 0,05$ (bicaudal).

A pesquisa foi conduzida em conformidade com as diretrizes de confidencialidade e responsabilidade do pesquisador, assim como com as normas da instituição, atendendo ao compromisso estabelecido no momento da submissão do projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Instituição.

RESULTADOS

A amostra compreendeu 106 profissionais, igualmente distribuídos entre equipe médica ($n=53$; 50,0%) e equipe de enfermagem ($n=53$; 50,0%). Por local de trabalho, Curitiba respondeu por $n=56$ (52,8%) e São José do Rio Preto (SJRP) por $n=50$ (47,2%). Na equipe médica havia 34 pediatras (32,1% do total), 9 neonatologistas (8,5%) e 10 residentes de Pediatria (9,4%); já na enfermagem, houve 22 enfermeiros (20,7%) e 31 técnicos de enfermagem (29,3%). Apesar da igualdade na amostra total, foram encontradas diferenças relevantes na composição profissional entre as cidades. Em Curitiba, a equipe médica representou 55,3% (vs 44,0% em SJRP) e contou com todas as ocorrências de neonatologistas (16,1% vs 0% em SJRP). Em contrapartida, SJRP apresentou maior proporção de técnicos de enfermagem (46,0% vs 14,2% em Curitiba) e proporção semelhante de pediatras (34,0% vs 30,4%) ($p=0,02$). Quanto ao tempo de atuação do profissional no serviço de Neonatologia, não se observaram diferenças significativas por cidade ($p=0,46$): <1 ano (10,7% Curitiba vs 10,0% SJRP), 1–5 anos (37,5% vs 52,0%), 6–10 anos (25,0% vs 16,0%) e >10 anos (26,8% vs 22,0%) ($p = 0,46$) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil da amostra por Curitiba e São José do Rio Preto: equipe, formação e experiência

Características	Total (n = 106)		Curitiba (n = 56)		SJRP ((n = 50)		p
	n	%	n	%	n	%	
Equipe médica	53	50,0	31	55,3	22	44,0	0,02
Pediatras	34	32,1	17	54,9	17	77,3	
Neonatologistas	9	8,5	9	29,0	0	0,0	
Residente de Pediatria	10	9,4	5	16,1	5	22,7	
Equipe de enfermagem	53	50,0	25	44,6	28	56,0	< 0,001
Enfermeiras	22	20,8	17	68,0	5	17,8	
Técnicas de enfermagem	31	29,2	8	32,0	23	82,2	
Tempo de atuação em Neonatologia (anos)							0,46
< 1	11	10,4	6	10,7	5	10,0	
1 a 5	47	44,3	21	37,5	26	52,0	
6 a 10	22	20,8	14	25,0	8	16,0	
> 10	26	24,5	15	26,8	11	22,0	

Teste qui-quadrado de Pearson. Valores apresentados como n (%) dentro de cada cidade. Variáveis: equipe (médica/enfermagem), formação/cargo (pediatra, neonatologista, residente, enfermeira, técnica) e tempo de atuação em Neonatologia (<1; 1–5; 6–10; >10 anos). Comparações entre cidades pelo qui-quadrado de Pearson (com correção de Yates quando indicado). $p<0,05$ considerado significativo.

Quanto ao autorreconhecimento de “bom conhecimento” sobre cuidados com a pele do RN, observou-se 58,9% em Curitiba (33/56) versus 76,0% em SJRP (38/50), diferença não significativa ($p=0,09$). No quesito fontes de atualização, as proporções de resposta “Sim” por cidade foram: protocolos hospitalares: 64,3% (Curitiba 36/56) vs 64,0% (SJRP 32/50); $p=1,00$; diretrizes de sociedades científicas:

64,3% (Curitiba 36/56) vs 44,0% (SJRP 22/50); p=0,05 (tendência); cursos de atualização: 28,6% (Curitiba 16/56) vs 26,0% (SJRP 13/50); p=0,93; artigos científicos: 21,4% (Curitiba 12/56) vs 24,0% (SJRP 12/50); p=0,93; experiência de especialistas: 53,6% (Curitiba 30/56) vs 40,0% (SJRP 20/50); p=0,22; informações de representantes de produtos: 0% em ambas as cidades; p=1,00 (Tabela 2).

Tabela 2. Tempo de atuação e atualização de conhecimento por cidade de trabalho

Perguntas	Total (n = 106)		Curitiba (n = 56)				p ¹	SJRP (n = 50)				p ²	
			Médica (n = 31)		Enfermagem (n = 25)			Médica (n = 22)		Enfermagem (n = 28)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Tempo de atuação em Neonatologia (anos)													
< 1	11	10,4	5	16,1	1	4,0	0,41 ¹	4	18,2	1	3,6	0,37 ¹	0,46 ¹
1 a 5	47	44,4	12	38,8	9	36,0		10	45,5	16	57,1		
6 a 10	22	20,7	6	19,3	8	32,0		3	13,6	5	17,9		
> 10	26	24,5	8	25,8	7	28,0		5	22,7	6	21,4		
Você considera ter bom conhecimento sobre cuidados com a pele do recém-nascido?	71	68,3	18	60,0	15	60,0	1,00 ²	15	68,2	23	85,2	0,28 ²	0,09 ²
Você costuma buscar atualizações sobre cuidados com a pele do recém-nascido em quais fontes?													
Protocolos Hospitalares	68	64,1	17	54,8	19	76,0	0,17 ²	11	50,0	21	75,0	0,12 ²	0,86 ²
Diretrizes de Sociedades Científicas	58	54,7	28	90,3	8	32,0	< 0,001 ²	18	36,0	4	14,3	< 0,001 ²	0,04 ²
Cursos de Atualização	29	27,4	8	25,8	8	32,0	0,83 ²	5	22,7	8	28,6	0,75 ²	0,93 ²
Artigos Científicos	24	22,6	9	29,0	3	12,0	0,22 ²	7	31,8	5	17,9	0,13 ²	0,93 ²
Experiência de Especialistas	50	47,2	17	54,8	13	52,0	0,95 ²	15	68,2	5	17,9	< 0,001 ²	0,22 ²

¹Teste qui-quadrado de Pearson ²Teste qui-quadrado de Pearson/Yates p¹: comparação entre as equipes médica e de enfermagem p²: comparação entre as localidades de Curitiba e SJRP Valores em n/N (%), calculados dentro de cada cidade (Curitiba; São José do Rio Preto). Variáveis: tempo de atuação (<1; 1-5; 6-10; >10 anos), "bom conhecimento" (Sim/Não) e fontes de atualização (*protocolos hospitalares; diretrizes de sociedades científicas; cursos; artigos; experiência de especialistas; representantes de produtos*). Comparações entre cidades pelo qui-quadrado de Pearson (com correção de Yates quando indicado); p<0,05 considerado significativo. Denominador = respondentes do item na cidade.

Em Curitiba, a orientação predominante para o banho do recém-nascido foi após 24 h de vida (45/56; 80,4%), seguida de 6-12 h (7/56; 12,5%) e 12-24 h (4/56; 7,1%). Em São José do Rio Preto (SJRP) observou-se padrão semelhante com primeiro banho após às 24h, sendo: >24 h (44/50; 88,0%), 12-24 h (5/50; 10,0%) e 6-12 h (1/50; 2,0%) (p=0,11). Banho com técnica de encasulamento foi majoritário em Curitiba (45/56; 80,4%), seguido de imersão (8/56; 14,3%) e aspensão (3/56; 5,4%). Em SJRP, também prevaleceu imersão com enrolamento (36/49; 73,5%), seguido por imersão (11/49; 22,4%) e aspensão (2/49; 4,1%) (p=0,54). A recomendação de duração do banho foi de ≈5 minutos (40/56; 71,4%) e 5-10 minutos (16/56; 28,6%) em Curitiba; em SJRP, ≈5 minutos (30/50; 60,0%) e 5-10

minutos (20/50; 40,0%) (p=0,31). Nas duas cidades a orientação de enxaguar o sabonete após banho de banheira foi elevada e semelhante: Curitiba 50/56 (89,3%) e SJRP 46/50 (92,0%), p=0,74) (Tabela 3).

Tabela 3. Práticas de banho neonatal em Curitiba vs São José do Rio Preto

Perguntas	Total (n = 106)		Curitiba (n = 56)				p ¹	SJRP (n = 50)				p ²	
			Médica (n = 31)		Enfermagem (n = 25)			Médica (n = 22)		Enfermagem (n = 28)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
Como você orienta o tempo ideal para o primeiro banho do recém-nascido?													
Entre 6 a 12 horas	8	7,5	1	3,2	3	12,0		0	0,0	1	3,6		
Entre 12 a 24 horas	9	8,5	5	16,1	2	8,0	0,32 ¹	1	4,5	4	14,3	0,33 ¹	0,11 ¹
> 24 horas	89	84,0	25	80,7	20	80,0		21	95,5	23	82,1		
Qual tipo de banho é o mais adequado? Qual sua orientação quanto ao tipo de banho?													
Aspersão	5	4,7	3	9,7	0	0,0		2	9,2	0	0,0		
Imersão	19	17,9	7	22,6	1	4,0	0,02 ¹	10	45,4	1	3,5	< 0,001 ¹	0,54 ¹
Encapsulado	82	77,4	21	67,7	24	96,0		10	45,4	27	96,5		
Qual o tempo médio de duração do banho? (minutos)													
1	8	7,5	5	16,1	1	4,0		1	4,5	1	3,6		
2 a 3	1	0,9	0	0,0	0	0,0		0	0,0	1	3,6		
1 a 5	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0,34 ¹	0	0,0	1	3,6	0,79 ¹	0,31 ¹
5	60	56,7	17	54,9	17	68,0		12	54,5	14	50,0		
5 a 10	36	34,0	9	29,0	7	28,0		9	41,0	11	39,2		
Você orienta enxaguar o sabonete após o banho de imersão?	96	90,6	29	93,5	21	84,0	0,47 ²	20	90,9	26	92,9	0,78 ²	

¹Teste qui-quadrado de Pearson ²Teste qui-quadrado de Pearson/Yates p¹: comparação entre as equipes médica e de enfermagem p²: comparação entre as localidades de Curitiba e SJRP Dados apresentados como n (%); comparações entre equipe médica e enfermagem pelo teste qui-quadrado de Pearson (com correção de Yates quando indicado). Tempo de atuação categorizado em: <1, 1-5, 6-10 e >10 anos. Fontes de atualização: protocolos hospitalares, diretrizes de sociedades científicas, cursos, artigos científicos, experiência de especialistas e representantes de produtos (*múltiplas respostas permitidas*). p<0,05 considerado significativo.

Na análise sobre a indicação de sabonetes para RN, verificou-se predomínio da recomendação de sabonete líquido (85,9%), sendo quase universal entre médicos (100,0% em Curitiba; 95,5% em SJRP) e menos frequente entre a equipe de enfermagem (60,0% em Curitiba; 85,7% em SJRP). A opção de não indicar sabonete foi reportada apenas por profissionais da enfermagem (40,0% em Curitiba; 14,3% em SJRP) (p<0,001) e o uso de sabonete em barra foi raro (0,9%).

Quanto ao pH, observou-se divergência importante entre as equipes (p<0,001): a enfermagem priorizou pH neutro (84,0% em Curitiba; 92,9% em SJRP), enquanto a equipe médica relatou com maior frequência preferência por pH ácido (41,9% em Curitiba; 40,9% em SJRP). O pH alcalino foi pouco referido (5,7% no total).

Os critérios de escolha do sabonete também variaram. “Não conter produtos irritativos” foi amplamente mencionado (93,4%), sem diferença entre grupos. Já “não conter perfume” foi mais frequente entre médicos (87,1% em Curitiba; 95,4% em SJRP) do que entre a enfermagem (60,0% e 64,3%, respectivamente). O pH ácido

devem evitadas nas formulações dos produtos indicados para RN

Potencial irritante	103	97,2	31	100,0	24	96,0	0,91 ²	21	95,4	27	96,4	0,86 ²	0,92 ²
Potencial Alergênico	94	88,7	26	83,9	25	100,0	0,10 ²	18	81,8	25	89,3	0,73 ²	0,60 ²
Toxicidade Sistêmica	59	55,7	13	41,9	14	56,0	0,43 ²	12	54,5	20	71,4	0,34 ²	0,15 ²
Alteração da Microbiota Cutânea	89	84,0	26	83,9	22	88,0	0,95 ²	20	90,9	21	75,0	0,27 ²	0,79 ²
Disruptores Endócrinos	55	51,9	22	71,0	7	28,0	< 0,01 ²	16	72,7	10	35,7	0,02 ²	0,86 ²

¹Teste qui-quadrado de Pearson ²Teste qui-quadrado de Pearson/Yates p¹: comparação entre as equipes médica e de enfermagem p²: comparação entre as localidades de Curitiba e SJRP Valores apresentados como n (%). Itens avaliados: tipo de sabonete indicado (líquido, barra, não indicar), pH recomendado, justificativas para a escolha do produto (ausência de produtos irritativos, perfume, presença de emulsificante, pH), leitura de rótulos e substâncias a evitar nas formulações (álcool, lauril sulfato de sódio, parabenos, fragrâncias, metilisotiazolinona). Motivos para evitar substâncias: potencial irritante, alergênico, toxicidade sistêmica, alteração da microbiota cutânea e disruptores endócrinos. Comparações entre equipe médica e enfermagem por cidade (Curitiba e São José do Rio Preto) realizadas pelo teste qui-quadrado de Pearson (com correção de Yates quando indicado). p<0,05 considerado estatisticamente significativo.

No que se refere à exposição solar, a maioria dos participantes (68,9%) relatou não recomendar banho de sol para RN. Essa conduta foi significativamente mais frequente entre médicos (86,8%) do que entre profissionais de enfermagem (50,9%; p<0,001). Entre os que recomendam, 15,1% sugeriram 10–20 minutos/dia com roupa e 16,0% sem roupa, sendo essa última orientação mais prevalente na enfermagem (28,3% vs 3,8% entre médicos; p<0,05).

Quanto ao uso de hidratantes, observaram-se diferenças marcantes entre as equipes (p<0,001). A maioria dos médicos orientou iniciar logo ao nascer (57,7% - 30/52), enquanto a enfermagem concentrou-se em “não indicar hidratantes” (58,4% 31/53) ou “usar apenas em caso de lesão cutânea” (26,9% - 14/53). No total, 30,8% recomendaram iniciar logo ao nascer, 15,4% após uma semana, 19,2% apenas na presença de lesão e 34,6% não indicaram. Entre os que recomendam, 70,7% apontaram que a formulação ideal deve contemplar todas as características desejáveis (sem corantes/fragrâncias, presença de agentes oclusivos, emolientes e umectantes, e perfil lipídico adequado), sem diferenças significativas entre grupos (p=0,11).

Para o coto umbilical, o padrão predominante foi lavar com sabonete infantil durante o banho e manter seco (61,3%), seguido da aplicação de álcool 70% a cada troca de fraldas (28,3%). Outras condutas, como não utilizar nada (2,8%) ou empregar antissépticos específicos, foram raras. Não houve diferenças significativas entre médicos e enfermagem (p=0,79).

Em relação ao uso de óleos naturais, 50,0% dos respondentes afirmaram que não devem ser recomendados, sendo essa orientação mais comum na enfermagem (62,3% vs 37,7% nos médicos; p=0,01). Apesar disso, houve consenso quase unânime (97,2%) de que óleos vegetais puros e prensados a frio podem ser indicados, sem diferença entre grupos. O óleo de girassol foi amplamente reconhecido pelo potencial de reparo cutâneo (88,7%), enquanto 55,7%

mencionaram o óleo de oliva como potencialmente irritante, sem diferenças estatísticas relevantes.

No ambiente hospitalar, os principais fatores iatrogênicos identificados como prejudiciais à pele do RN prematuro foram: assepsia com clorexidina (69,8%, mais citada por médicos: 84,9% vs 54,7% na enfermagem; $p < 0,01$), limpeza abrasiva do períneo ($\approx 85\%$ em ambas as equipes), uso de micropore (92,4%) e sensores de monitorização (oxímetro e cardíaco; 66–76%).

Quanto à avaliação dos serviços, 68,9% consideraram que a prevenção de lesões de pele é adequada, sendo essa percepção maior na enfermagem (79,2%) do que entre médicos (58,5%; $p = 0,03$). As sugestões de melhoria foram pouco frequentes, incluindo treinamentos (10,4%), atenção ao uso de adesivos (6,6%) e aumento do número de profissionais (3,8%), sem diferenças entre equipes. Houve quase unanimidade quanto ao potencial benefício de um protocolo institucional de cuidados com a pele: 100% dos médicos e 98,1% da enfermagem concordaram que sua implementação melhoraria a assistência ($p \approx 1,00$) (Tabela 5).

Tabela 5. Conhecimento e práticas das equipes médica e de enfermagem em relação aos cuidados com a pele do recém-nascido: exposição solar, uso de hidratantes, coto umbilical, óleos naturais, fatores iatrogênicos e avaliação do serviço em Curitiba e São José do Rio Preto

Perguntas	Total (n = 106)		Curitiba (n = 56)				p ¹	SJRP (n = 50)				p ²	
			Médica (n = 31)		Enfermagem (n = 25)			Médica (n = 22)		Enfermagem (n = 28)			p ¹
	n	%	N	%	n	%		n	%	n	%		n
Orientação em relação ao banho de sol													
Não indico expor ao sol	73	68,9	25	80,6	9	36,0		21	95,4	18	64,3		
10-20 minutos de exposição ao sol por dia, com roupa	16	15,1	4	12,9	8	32,0	< 0,01 ¹	1	4,5	3	10,7	0,02 ¹	
10-20 minutos de exposição ao sol por dia, sem roupa	17	16,0	2	6,4	8	32,0		0	0,0	7	25,0		
Momento de início do uso de cremes hidratantes													
Não indico	36	34,6	4	12,9	14	56,0		1	4,8	17	63,0		
logo ao nascer	32	30,8	11	35,5	1	4,0	< 0,001 ¹	19	90,5	1	3,7	< 0,001 ¹	
após uma semana de vida	16	15,4	10	32,3	3	12,0		1	4,8	2	7,4		
somente com lesão cutânea	20	19,2	6	19,3	7	28,0		0	0,0	7	25,9		

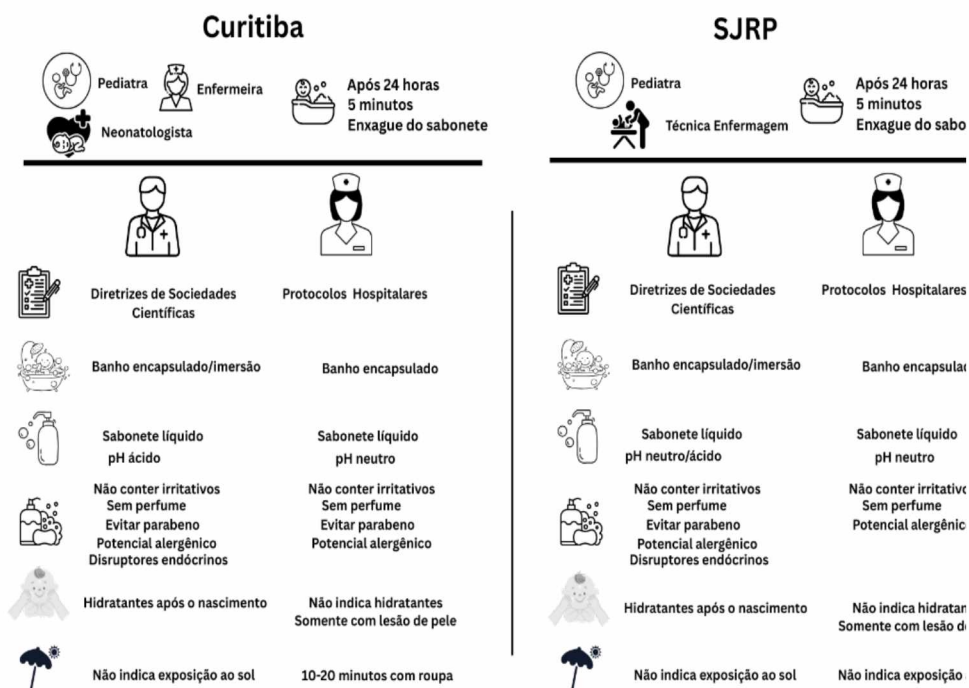
Tabela 5. Conhecimento e práticas das equipes médica e de enfermagem em relação aos cuidados com a pele do recém-nascido: exposição solar, uso de hidratantes, coto umbilical, óleos naturais, fatores iatrogênicos e avaliação do serviço em Curitiba e São José do Rio Preto

Perguntas	Curitiba (n = 56)						p ¹	SJRP (n = 50)				p ²	
	Total (n = 106)		Médica (n = 31)		Enfermagem (n = 25)			Médica (n = 22)		Enfermagem (n = 28)			p ¹
	n	%	N	%	n	%		n	%	n	%		
O que deve conter em sua formulação													
Sem corantes e fragrâncias	27	25,5	5	16,1	7	28,0	0,52 ¹	4	18,2	11	39,3	0,18 ¹	0,49 ²
Menos ácidos oléicos/mais linoleicos	1	0,9	0	0,0	0	0,0		0	0,0	1	3,6		
Com substância oclusiva, emoliente e umectante	3	2,8	1	3,2	1	4,0		0	0,0	11	39,3		
Todas as respostas acima	75	70,7	25	80,6	17	68,0		18	81,8	15	53,6		
Cuidados com o coto umbilical?													
Nada	3	2,8	0	0,0	2	8,0	0,35 ¹	1	4,5	0	0,0	0,07 ²	0,03²
Lavar com sabonete infantil no banho e manter seco	65	61,3	15	48,4	13	52,0		19	86,4	18	64,3		
Lavar com sabonete antisséptico	2	1,9	0	0,0	0	0,0		1	4,5	1	3,6		
Aplicar álcool 70% uma vez ao dia	6	5,7	3	9,7	1	4,0		1	4,5	1	3,6		
Aplicar álcool 70% nas trocas de fralda	30	28,3	13	41,9	9	36,0		0	0,0	8	28,6		
Todas as respostas acima	103	97,2	43	139,3	35	136,0		39	177,3	48	171,4		
Em relação aos óleos naturais													
Não devem ser recomendados	53	50	9	29,0	13	52,0	0,14 ²	11	50,0	20	71,4	0,20 ²	0,03²
Indicar óleos vegetais puros, prensado a frio	103	97,2	6	19,3	1	4,0	0,18 ²	5	22,7	5	17,9	0,94 ²	0,43 ²
Óleo de girassol tem potencial de reparo	94	88,7	18	58,1	13	52,0	0,85 ²	8	36,4	5	17,9	0,24 ²	< 0,01²
Óleo de oliva pode ser irritante a pele	59	55,7	5	16,1	1	4,0	0,30 ²	1	4,5	2	7,1	0,82 ²	0,60 ²
A nível hospitalar, o que você acredita que compromete a integridade da pele do recém-nascido prematuro?													
Assepsia com clorexidina	74	69,8	26	83,9	17	68,0	0,93 ²	19	86,4	12	42,98	< 0,01²	< 0,01¹
Assepsia com álcool	1	0,9	1	3,2	0	0,0	0,91 ²	0	0,0	0	0,0	1,00 ²	0,95 ²
Não usar creme de barreira no perineo	32	30,2	10	32,3	4	16,0	0,27 ²	11	50,0	7	25,0	0,12 ²	0,30 ²
Limpeza de fralda com gaze e limpadores abrasivos	90	84,9	26	83,9	23	92,0	0,61 ²	20	90,9	21	75,0	0,27 ²	0,60 ²
Uso de micropore	98	92,4	30	96,8	22	88,0	0,45 ²	20	90,9	26	92,9	0,78 ²	0,84 ²
Uso de adesivos inadequados	3	2,8	1	3,2	2	8,0	0,84 ²	0	0,0	0	0,0	1,00 ²	0,28 ²
Uso de sensor de oxímetro	73	68,9	23	74,2	19	76,0	0,87 ²	15	68,2	16	57,1	0,61 ²	0,21 ²
Uso de sensores de monitorização cardíaca	73	68,9	24	77,4	21	84,0	0,78 ²	16	72,7	12	42,9	0,06 ²	0,01²
Uso de material de curativo	1	0,9	0	0,0	1	4,0	0,91 ²	0	0,0	0	0,0	0,96 ²	0,95 ²
No seu serviço a prevenção de lesões de pele em recém-nascidos é adequada?	73	68,9	20	64,5	18	72,0	0,75 ²	11	50,0	24	85,7	0,01²	0,97 ²
O que poderia melhorar													
Treinamentos	11	10,4	2	6,4	5	20,0	0,26 ²	3	13,6	1	3,6	0,43 ²	0,66 ²
Quantidade de profissionais	4	3,8	1	3,2	3	12,0	0,45 ²	0	0,0	0	0,0	0,90 ²	0,15 ²
Atenção a adesivos	7	6,6	2	6,4	4	16,0	0,47 ²	0	0,0	1	3,6	0,90 ²	0,15 ²
Substituir a gaze por algodão na higiene de perineo	4	3,8	3	9,7	1	4,0	0,76 ²	0	0,0	0	0,0	0,95 ²	0,15 ²
Você acredita que a implementação de um protocolo de cuidados com a pele do RN poderia melhorar a assistência e prevenção de lesões cutâneas?	104	99,0	31	100,0	24	96,0	0,92 ²	22	100,0	28	100,0	1,00 ²	0,96 ²

¹Teste qui-quadrado de Pearson ²Teste qui-quadrado de Pearson/Yates p¹: comparação entre as equipes médica e de enfermagem p²: comparação entre as localidades de Curitiba e SJRP Valores apresentados como n (%). Itens avaliados: orientação quanto à exposição solar (não recomendar; 10–20 min/dia com ou sem roupa), início do uso de hidratantes (ao nascer; após uma semana; somente em caso de lesão; não indicar), características desejáveis das formulações (ausência de corantes/fragrâncias; presença de agentes oclusivos, emolientes e umectantes; perfil lipídico favorável), cuidados com o coto umbilical (manter seco após banho; aplicação de álcool 70% diário ou a cada troca de fraldas), opinião sobre óleos naturais (não recomendar; indicar óleos vegetais puros prensados a frio; óleo de girassol com potencial reparador; óleo de oliva como irritante), fatores iatrogênicos hospitalares (clorexidina, limpeza abrasiva do perineo, micropore, sensores), avaliação da prevenção de lesões cutâneas no serviço e sugestões de melhoria. Comparações entre médicos e enfermagem, por cidade (Curitiba e São José do Rio Preto), realizadas pelo teste qui-quadrado de Pearson (com correção de Yates quando indicado) ou teste exato de Fisher. p<0,05 considerado estatisticamente significativo

O infográfico resume as principais características de práticas de cuidados neonatais com a pele nas duas cidades estudadas (Figura 1).

Figura 1. Infográfico do perfil das equipes por cidade (Curitiba vs São José do Rio Preto)



DISCUSSÃO

O estudo, com 106 profissionais de saúde (médicos e enfermagem) de Curitiba e São José do Rio Preto, revelou perfis distintos: Curitiba concentrou mais médicos (55,3%) e todos os neonatologistas (16,1%), enquanto São José do Rio Preto teve maior proporção de técnicos de enfermagem (46%). Apesar dessas diferenças na composição por categoria profissional e especialidade, o tempo de atuação em Neonatologia foi semelhante entre os participantes de ambas as cidades, indicando um nível similar de experiência geral na área.

A maioria dos profissionais se considerou preparada para os cuidados com a pele do RN, e as principais fontes de atualização foram protocolos hospitalares e diretrizes de sociedades científicas. No entanto, observou-se discrepâncias relevantes entre as recomendações da literatura e as condutas dos profissionais.

Sabonetes e pH: No uso de sabonetes, a maioria dos profissionais indicou sabonete líquido, embora uma parcela significativa da enfermagem não recomende nenhum produto. Diferenças importantes surgiram na escolha do pH: médicos indicaram sabonetes com pH ácido, enquanto a enfermagem priorizou pH neutro.

Segundo Mendes *et al.*(2016), os sabonetes em barra infantis apresentam pH mais alcalino, o que provoca rompimento do estrato córneo e o ressecamento, favorecendo infecção e desenvolvimento de doenças inflamatórias^{12,13}. Topan *et al.*(2022), afirmaram que o sabonete infantil líquido específico para RN causa menos eritema, ressecamento, descamação e menor alteração no pH fisiológico cutâneo¹⁴. Já os *syndets* (detergentes sintéticos) são produtos de limpeza, formulados a partir de tensoativos sintéticos que têm bom efeito detergente, pH tendendo a ácido, com menor poder irritativo³. Assim a literatura preconiza o uso de sabonetes líquidos com pH ácido ou *syndets* por serem menos irritativos e mantêm o pH fisiológico da pele, diminuindo o risco de colonização por patógenos. Embora o sabonete líquido tenha sido amplamente indicado, a justificativa da escolha baseada no pH adequado não foi unânime. A postura da enfermagem que não recomenda sabonetes, apesar de visar evitar substâncias agressivas, diverge das evidências que apoiam o uso de produtos específicos e menos irritativos.

Ingredientes de Produtos e Leitura de Rótulo: A leitura de rótulos por parte dos profissionais de saúde foi subótima (67%), com similaridade entre categorias profissionais e instituições. Embora a evitação de álcool e perfumes seja

amplamente reconhecida, observa-se uma discrepância estatisticamente significativa ($p=0,01$) na preocupação com parabenos, sendo mais prevalente entre médicos do que na equipe de enfermagem. Tal achado sugere variações no conhecimento ou na prática clínica referente a ingredientes específicos. As demais substâncias como lauril sulfato (43,4%) e metilisotiazolinona (36,8%) tiveram frequências intermediárias e iguais entre os grupos. Os riscos atribuídos às substâncias em produtos de higiene mais citados foram potencial irritante (97,2%), potencial alergênico (88,7%) e alteração da microbiota cutânea (84,0%), sem diferenças significativas entre os profissionais de saúde. A preocupação com a toxicidade sistêmica foi manifestada por uma parcela considerável dos profissionais (55,7%). Contudo, notou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) na percepção de risco associada a disruptores endócrinos, sendo esta preocupação substancialmente mais prevalente entre médicos (aproximadamente 72%) do que entre a equipe de enfermagem (cerca de 32%). Tal disparidade pode refletir distinções na formação acadêmica, acesso à informação científica atualizada ou prioridades de atenção clínica entre as diferentes categorias profissionais no que tange a riscos toxicológicos de longo prazo.

A higiene do RN deve ser realizada de maneira cuidadosa, com produtos sem substâncias tóxicas ou abrasivas, especialmente nas áreas constantemente manuseadas, como a região de fraldas. Deve-se evitar produtos que contenham em sua composição perfumes, corantes, conservantes e sensibilizantes, pelo potencial de provocar irritação local e dermatite de contato alérgica. São exemplos destas substâncias: lauril sulfato de sódio, triclosan, parabenos e metiltiazolinona, encontradas com frequência em lenços umedecidos, hidratantes e pomadas de uso comum nesta faixa etária¹⁵.

A absorção percutânea de drogas e agentes tópicos é influenciada tanto pelas propriedades da barreira cutânea, quanto pelas características físicas e químicas inerentes às substâncias¹⁶. Esta absorção pode ocorrer por meio de duas vias principais: transepidérmica, ou seja, pelas células do estrato córneo e da camada epidérmica, e através dos apêndices cutâneos².

Os parabenos são utilizados como conservantes encontrados em produtos de higiene pessoal, alimentos e fármacos, e são desreguladores endócrinos que agem modulando diretamente receptores de hormônios sexuais. Podem atravessar a barreira cutânea imatura da criança, sendo detectados em plasma e urina pouco

tempo após a aplicação. Ao interferirem no sistema endócrino, aumentam o risco de puberdade precoce, infertilidade, alterações na tireoide e obesidade¹⁷. As evidências de estudo in vivo e epidemiológicos que relacionam a exposição destes ao câncer de mama são limitadas^{18,19}. Já o lauril sulfato de sódio tem sido o surfactante mais utilizado pela indústria nos sabonetes, com potencial de alterar as funções da barreira cutânea, pois é capaz de solubilizar os lipídios da membrana, o que aumenta a permeabilidade da pele. Ele também se liga à queratina e outras proteínas teciduais, resultando em edema do estrato córneo e destruição tecidual.^{13,20} Assim, a maior rejeição pelos médicos dos parabenos está alinhada com a literatura, em contraste com o pouco reconhecimento da equipe de enfermagem. Quanto ao lauril sulfato, ambos os grupos parecem ter pouca percepção do seu potencial agressivo.

Ainda no campo das substâncias presentes em produtos infantis, destaca-se o perfume (Parfum), cuja presença também foi amplamente rejeitada pelos profissionais (91,5%), o que demonstra conhecimento dos riscos. Perfume é um ingrediente natural ou sintético produzido por uma mistura de substâncias para exalar aroma agradável ou para melhorar o odor da fórmula cosmética. Normalmente sua composição não é revelada pelo fabricante, porém podem conter ingredientes com potencial alérgico, desreguladores endócrinos e outros efeitos nocivos à saúde humana²¹. Os ftalatos normalmente presentes na composição dos perfumes permitem a evaporação lenta da fragrância. Uma revisão feita por Pinkas *et al.*(2017), mostrou correlação dos ftalatos com neurotoxicidade: déficit de atenção, hiperatividade, e alterações cognitivas em crianças expostas no útero ou na primeira infância²². Além disso, estes são conhecidos por serem disruptores endócrinos e haptenos (alérgico potencial)^{18,23}. Uber *et al.*(2023), analisaram 398 cosméticos infantis à venda em farmácias e mercados brasileiros e encontraram *Parfum* em 74,1% do total, e em 78,3% dos sabonetes líquidos, demonstrando a necessidade de atenção e cuidado na prescrição pediátrica.³ Dessa forma, em relação a evitar fragrâncias/perfumes, os profissionais demonstraram estar alinhados com a literatura, sendo o que desafio aqui talvez seja na transmissão dessa orientação de forma prática e padronizada aos cuidadores.

Hidratantes e Óleos Vegetais: Sobre o uso de hidratantes, houve divergência: os médicos tendem a indicar logo ao nascer, e a enfermagem, a não recomendar ou limitou a pacientes com lesão cutânea. Os hidratantes formam uma

camada oclusiva protetora na superfície da pele e ajudam a reter a umidade. A TEWL pode ser reduzida em 40% com uso de hidratantes²⁴. Em uma revisão feita por Salam *et al.*, 2013, o uso de emolientes à base de óleo de girassol, coco, soja e mineral em ambientes hospitalares nos RN prematuros reduziu a mortalidade e as infecções hospitalares, além de melhorar o peso. Os estudos foram realizados em países em desenvolvimento, incluindo Brasil, Índia, Paquistão, Bangladesh, o que aumenta a generalização dos resultados, visto que são países que ainda mantêm taxas de mortalidade e infecção neonatal elevadas em algumas regiões²⁵.

O uso de hidratantes para evitar condições como a dermatite atópica não está totalmente esclarecido, porém seu uso é seguro em formulações adequadas, sendo utilizados nas massagens, estimulando a interação mãe-filho³. Dessa forma, a não utilização sistemática por parte de alguns profissionais não encontra respaldo na literatura, visto que há evidências de seus múltiplos benefícios em seu uso precoce no cuidado neonatal^{3,26,27}.

De forma complementar aos hidratantes, os óleos vegetais também tiveram percepções divergentes entre os profissionais: metade dos profissionais não recomenda, mas quase todos aceitaram o uso de óleos vegetais puros prensados a frio; o óleo de girassol foi reconhecido pelo potencial de reparo, e o de oliva como irritante. Este dado demonstra que os profissionais têm conhecimento do efeito benéfico de alguns óleos vegetais. Os óleos são utilizados mundialmente durante o banho como emolientes e para lubrificar durante a massagem infantil, que possui efeitos benéficos como melhorar a icterícia e ganho de peso²⁸. Contudo, alguns óleos comumente utilizados como azeite de oliva e óleo de mostarda podem ser prejudiciais à pele do RN²⁶. Eles podem ser irritantes, além de serem substratos para o crescimento da levedura *Malassezia spp*, podendo exacerbar condições como dermatite seborreica e pustulose cefálica neonatal³. Por outro lado, o óleo de coco e girassol melhoram a função da barreira da pele, com redução significativa da TEWL^{3,26,27}.

Exposição solar: a exposição solar foi outro ponto de divergência entre médicos e enfermagem: 86,6% dos médicos não recomendam exposição solar, enquanto parte da enfermagem ainda sugere 10–20 minutos de exposição ao dia (28,3%). Bebês e crianças são mais suscetíveis a danos causados pela radiação ultravioleta devido à camada epidérmica mais fina e produção reduzida de melanina. A exposição solar na primeira infância está associada a queimaduras solares e ao

aumento do risco de câncer de pele²⁶. A exposição solar intencional com objetivo de suplementar a vitamina D não é recomendada, sendo no Brasil orientado a suplementação de vitamina D para todo RN a termo, desde a primeira semana de vida até os 18 anos³. Por isso, a conduta médica está mais próxima das diretrizes, enquanto parte da enfermagem ainda mantém recomendações ultrapassadas e com risco de causar dano aos RN.

Coto Umbilical: O cuidado com o coto umbilical foi predominantemente correto em ambos os hospitais e por todos os profissionais, com predomínio de mantê-lo seco após o banho. Este achado está alinhado com as recomendações atuais, que advogam o tratamento a seco para o coto umbilical²⁸. Estudos demonstram que antissépticos tópicos como clorexidina e álcool 70% podem prolongar o tempo de queda do coto e causar efeitos adversos como toxicidade percutânea, depressão do sistema nervoso central e necrose da pele²⁹⁻³². Um grande estudo de não-inferioridade (n=8.698) não encontrou diferença significativa na infecção neonatal tardia entre o tratamento a seco e o uso de antissépticos³³. Portanto, a prática de manter o coto limpo e seco é a abordagem preferencial, reduzindo riscos e infecções neonatais^{24,29}.

Contexto hospitalar e Necessidade de Protocolo: No contexto hospitalar, clorexidina foi reconhecida como a substância com potencial de lesar a pele de forma mais grave, especialmente por médicos, enquanto outros elementos, como micropore e sensores, foram amplamente reconhecidos por ambas as equipes. Cerca de 70% avaliaram que a prevenção de lesões cutâneas é adequada em seu ambiente hospitalar, com maior concordância entre a enfermagem. Houve consenso quase unânime entre os profissionais pesquisados neste estudo de que a implementação de um protocolo institucional de cuidados com a pele melhoraria a assistência prestada, e sua necessidade fica clara nos dados obtidos no presente estudo, sendo que a padronização é essencial para reduzir práticas heterogêneas e garantir maior segurança assistencial.

CONCLUSÃO

Concluimos que embora a maioria dos profissionais de saúde se declarem bem preparados para os cuidados com a pele do RN, ainda existem divergências relevantes nas práticas adotadas por médicos e pela equipe de enfermagem, bem como entre as duas instituições analisadas. Observou-se heterogeneidade quanto à indicação de sabonetes, pH ideal, uso de hidratantes, exposição solar e condutas em relação ao coto umbilical e óleos naturais.

Apesar da ampla concordância sobre a importância de evitar substâncias irritantes e fragrâncias, parte significativa dos profissionais ainda recomenda condutas não respaldadas pelas evidências atuais, como o uso de sabonetes neutros ou a exposição solar para RN. Além disso, verificou-se baixa taxa de leitura de rótulos dos produtos prescritos.

Esses achados reforçam a necessidade de maior padronização e atualização das condutas, especialmente por meio da implementação de protocolos institucionais e da ampla divulgação das diretrizes recentemente publicadas pela Sociedade Brasileira de Pediatria. A uniformização dos cuidados pode contribuir para reduzir riscos, promover práticas baseadas em evidências e melhorar a qualidade da assistência prestada ao RN.

LIMITAÇÕES

A amostra foi restrita a duas instituições públicas, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões do Brasil, dada a diversidade cultural e socioeconômica do país. Além disso, embora estimasse a participação de 176 profissionais, apenas 106 responderam ao questionário. É possível que os não respondentes representem justamente aqueles com menor conhecimento sobre o tema, o que poderia introduzir um viés de seleção e reforça a importância de estudos com amostras maiores. A utilização de questionário online, embora prática, pode estar sujeita a vieses de resposta, uma vez que depende da auto percepção do profissional e não necessariamente reflete sua prática real no ambiente assistencial.

Outro ponto a ser considerado é que, por se tratar de estudo transversal, não é possível estabelecer relações de causa e efeito entre o nível de conhecimento e as práticas adotadas. Ademais, o número de participantes, embora adequado para análises comparativas, ainda é relativamente reduzido quando se pensa na heterogeneidade das maternidades brasileiras.

Apesar dessas limitações, os resultados trazem contribuições importantes ao evidenciar lacunas de conhecimento e divergências de condutas entre diferentes categorias profissionais, apontando caminhos para melhorias na formação e na padronização dos cuidados com a pele do RN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dyer JA. Newborn skin care. *Seminars in perinatology*. 2013;37(1):3-7. Epub 2013/02/20.
2. Paller, Amy,, and Anthony J. Mancini. *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology: A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence*. Fifth edition.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Guia Prático de Atualização: Cuidados com a pele e anexos do recém-nascido: da higienização e hidratação ao tratamento*, SBP; 2024.
4. Mancini AJ. *Skin*. *Pediatrics* 2004;113:1114–19.
5. Albahrani Y, Hunt R. Newborn Skin Care. *Pediatr Ann*. 2019;48(1):e11-e15.
6. Nepomuceno, L. M. R., & Kurcgant, P. (2008). Uso de indicador de qualidade para fundamentar programa de capacitação de profissionais de enfermagem. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 42(4), 665–672. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000400008>
7. Fontenele, F. C., Pagliuca, L. M. F., & Cardoso, M. V. L. M. L.. (2012). Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. *Escola Anna Nery*, 16(3), 480–485. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300008>
8. Taubach-Renz P, Schulz S, Weyer-Elberich V, Peveling-Oberhag A, Zimmer S, Wegner J, Sohn A, Mann C, Lang BM. Hebammen als Influencer bei der Hautpflege atopisch prädisponierter Neugeborener : Eine Umfrage zu den aktuellen Empfehlungen von Hebammen [Midwives as influencers in skin care for newborns at risk of atopic diseases : Survey of midwives' current recommendations]. *Dermatologie (Heidelb)*. 2024 Jul;75(7):548-553. German. doi: 10.1007/s00105-024-05334-7. Epub 2024 Apr 19. PMID: 38639765; PMCID: PMC11224080.
9. Gupta P, Nagesh K, Garg P, Thomas J, Suryawanshi P, Sethuraman G, Hazarika RD, Verma RJ, Kumar CS, Kumari S, Taneja S, Chavhan V, Thakor P, Pandita A. Evidence-Based Consensus Recommendations for Skin Care in Healthy, Full-Term Neonates in India. *Pediatric Health Med Ther*. 2023 Aug 25;14:249-265. doi: 10.2147/PHMT.S414091. PMID: 37654800; PMCID: PMC10465361.
10. Garcia Bartels N, Scheufele R, Prosch F, Schink T, Proquitté H, Wauer RR, Blume-Peytavi U. Effect of standardized skin care regimens on neonatal skin barrier function in different body areas. *Pediatr Dermatol*. 2010 Jan-Feb;27(1):1-8.

- doi: 10.1111/j.1525-1470.2009.01068.x. Erratum in: *Pediatr Dermatol*. 2010 Mar 1;27(2):221. PMID: 20199402.
11. Wilborn D, Amin R, Kottner J, Blume-Peytavi U. Skin Care in Neonates and Infants: A Scoping Review. *Skin Pharmacol Physiol*. 2023;36(2):51-66. doi: 10.1159/000529550. Epub 2023 Feb 7. PMID: 36750047.
 12. B.R. Mendes, D.M. Shimabukuroi, M. Uber, K.T Abage. Critical assessment of the pH of children's soap. *J Pediatr (Rio J)*, 92 (2016), pp. 290-295
 13. Wilborn D, Amin R, Kottner J, Blume-Peytavi U. Skin Care in Neonates and Infants: A Scoping Review. *Skin Pharmacol Physiol*. 2023;36(2):51-66. doi: 10.1159/000529550. Epub 2023 Feb 7. PMID: 36750047.
 14. Topan LHMG, Carvalho VO, Abage KT. Randomized trial with soaps - what happens to a newborn baby's skin? *J Pediatr (Rio J)*. 2022 Mar-Apr;98(2):204-211. doi: 10.1016/j.jpmed.2021.05.005. Epub 2021 Jun 23. PMID: 34174212; PMCID: PMC9432187.
 15. Railan D, Wilson JK, Feldman SR, Fleischer AB. Pediatricians who prescribe clotrimazole-betamethasone dipropionate (Lotrisone) often utilize it in inappropriate settings regardless of their knowledge of the drug's potency. *Dermatol Online J*. 2002 Oct;8(2):3.
 16. Fernandes JD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol*. 2011;86(1):102-10.
 17. MARTÍN-POZO, Laura; GÓMEZ-REGALADO, María del Carmen; MOSCOSO-RUIZ, Inmaculada; ZAFRA-GÓMEZ, Alberto. Analytical methods for the determination of endocrine disrupting chemicals in cosmetics and personal care products: A review. *Talanta*, v. 234, p. 122642, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.talanta.2021.122642>.
 18. Hager E, Chen J, Zhao L. Minireview: Parabens Exposure and Breast Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 8;19(3):1873. doi: 10.3390/ijerph19031873. PMID: 35162895; PMCID: PMC8834979.
 19. Panico A, Serio F, Bagordo F, Grassi T, Idolo A, DE Giorgi M, Guido M, Congedo M, DE Donno A. Skin safety and health prevention: an overview of chemicals in cosmetic products. *J Prev Med Hyg*. 2019 Mar 29;60(1):E50-E57. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.1.1080. PMID: 31041411; PMCID: PMC6477564.
 20. Salomon G, Giordano-Labadie F. Surfactant irritations and allergies. *Eur J Dermatol*. 2022 Nov 1;32(6):677-681. doi: 10.1684/ejd.2022.4290. PMID: 36856374; PMCID: PMC10195118.

21. Uber M, Morgan MAP, Schneider MC, Gomes IRR, Imoto RR, Carvalho VO, et al. Frequency of perfume in 398 children's cosmetics. *J Pediatr (Rio J)*. 2023. Nov 24:S0021-7557(23)00138-9.
22. PINKAS, Adi; GONÇALVES, Cinara Ludvig; ASCHNER, Michael. Neurotoxicity of fragrance compounds: A review. *Environmental Research*, v. 158, p. 342-349, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2017.06.035>.
23. DUMYCZ, Karolina; KUNKIEL, Katarzyna; FELESZKO, Wojciech. Cosmetics for neonates and infants: haptens in products' composition. *Clinical and Translational Allergy*, v. 9, p. 15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13601-019-0257-8>.
24. Aksucu G, Azak M, Çağlar S. Effects of Topical Oils on Neonatal Skin: A Systematic Review. *Adv Skin Wound Care*. 2022 Dec 1;35(12):1-9. doi: 10.1097/01.ASW.0000891088.69828.2e. PMID: 36409192.
25. Salam RA, Das JK, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Emollient therapy for preterm newborn infants--evidence from the developing world. *BMC Public Health*. 2013;13 Suppl 3(Suppl 3):S31. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S31. Epub 2013 Dec 20. PMID: 24564550; PMCID: PMC3878124
26. Johnson E, Hunt R. Infant skin care: updates and recommendations. *Curr Opin Pediatr*. 2019;31(4):476-81.
27. Horn D, Ehret D, Gautham KS, Soll R. Luz solar para a prevenção e tratamento da hiperbilirrubinemia em neonatos a termo e pré-termo tardio. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021, Edição 7. Art. Nº: CD013277. DOI: 10.1002/14651858.CD013277.pub2. Acessado em 3 de outubro de 2025.
28. Blume-Peytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, Ryumina I, Stalder JF, Torrelo A, et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Ped Dermatol*. 2016;33(3):311-21.
29. Mullany LC, Darmstadt GL, Khatry SK, et al. Impact of umbilical cord cleansing with 4.0% chlorhexidine on time to cord separation among newborns in southern Nepal: a cluster-randomized, community-based trial. *Pediatrics* 2006; 118:1864.
30. Mullany LC, Shah R, El Arifeen S, et al. Chlorhexidine cleansing of the umbilical cord and separation time: a cluster-randomized trial. *Pediatrics* 2013; 131:708.
31. Pezzati M, Biagioli EC, Martelli E, et al. Umbilical cord care: the effect of eight different cord-care regimens on cord separation time and other outcomes. *Biol Neonate* 2002; 81:38.

32. Gras-Le Guen C, Caille A, Launay E, et al. Cuidados a seco versus antissépticos para cuidados com o cordão umbilical: um estudo randomizado em cluster. *Pediatrics* 2017; 139.
33. Organização Mundial de Saúde. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: OMS; 2017.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Estudo: Conhecimento de profissionais de saúde sobre cuidados da pele de recém-nascidos: uma verdade universal?

Data: ___/___/___

1. Qual a sua idade? _____ (anos). Sexo: _____

2. Formação acadêmica?

- Pediatra
- Neonatologista
- Enfermeira
- Outra especialidade: _____

3. Você considera ter bom conhecimento sobre cuidados com a pele do recém nascido?

- Sim
- Não

4. Como você orienta o tempo ideal para o primeiro banho do recém-nascido?

- < 6 horas
- entre 6 e 12 horas
- entre 12 e 24 horas
- > 24 horas

5. Qual tipo de banho é o mais adequado? Qual sua orientação quanto ao tipo de banho?

- imersão
- aspensão
- com esponjas
- imersão e enrolado em uma fralda de pano, desenrolando-o lentamente

6. Qual tipo de sabonete costuma indicar?

- líquido
- em barra
- não indico
- outros, especifique _____

7. Como deve ser o pH do sabonete?

- pH alcalino
- pH ácido
- pH neutro
- não sei

8. O que justifica a escolha do sabonete (pode marcar mais de uma alternativa).

- pH alcalino
- pH ácido
- presença de emulsificante
- não conter produtos irritativos a pele do RN
- não conter perfume
- outro: _____

9. Qual o tempo médio de duração do banho?

- 1 minuto
- 5 minutos
- 5 a 10 minutos
- outro: _____

10. Você lê os rótulos dos produtos antes de indicar para os pacientes?

- sim
- não

11. Dentre as substâncias abaixo, quais devem ser evitadas nas formulações dos produtos indicados para RN:

- lauril sulfato de sódio
- triclosan
- parabenos
- metiltiazolinona
- Parfum/fragrância/perfume

12. Dentre os itens abaixo, marque quais justificam a não recomendação das substâncias no item anterior: (pode marcar mais de uma)

- podem causar dermatite de contato
- podem sensibilizar a pele do RN
- são disruptores endócrinos

13. O que você orienta em relação ao banho de sol para os pacientes?

- 10-20 minutos de exposição ao sol por dia, sem roupa
- 10-20 minutos de exposição ao sol por dia, mas com roupa
- sem horário limitado para exposição ao sol por dia
- não indico expor ao sol

14. Em que momento devemos iniciar o uso de cremes e outros cuidados com a pele do recém nascido?

- logo ao nascer
- somente se apresentar alguma lesão cutânea
- após uma semana de vida
- não indico uso de hidratantes

15. Caso seja optado pela família iniciar o seu uso, o que deve conter em sua formulação:

- conter uma substância oclusiva, emoliente e umectante
- menor quantidade de ácidos oléicos e mais linoleicos
- não conter corantes e fragrâncias
- todas as respostas acima

16. Como você orienta os pacientes quanto aos cuidados com o coto umbilical?

- aplicar álcool 70% uma vez ao dia
- aplicar álcool 70% sempre que realizar a troca de fralda
- lavar com sabonete antisséptico
- lavar com sabonete infantil no banho e manter seco
- nada

17. Em relação aos óleos naturais:

- não devem ser recomendados
- óleo de oliva pode ser irritante a pele
- óleo de girassol tem potencial de reparo
- indicar óleos vegetais puros, prensado a frio

18. A nível hospitalar, o que você acredita que compromete a integridade da pele do recém-nascido prematuro? Pode marcar mais de uma alternativa.

- sensor de oxímetro
- sensor de monitorização cardíaca
- uso de micropore
- assepsia com clorexidine
- limpeza de fralda com gaze e limpadores abrasivos
- não usar creme de barreira no períneo
- outros, especificar _____

19. No seu serviço prevenção de lesões de pele em recém-nascidos é adequada?

- Sim
- Não.

O que poderia melhorar? _____

20. você acredita que a implementação de um protocolo de cuidados com a pele do RN poderia melhorar a assistência e prevenção de lesões cutâneas?

- Sim
- Não