

## **Cuidados cutâneos no Recém – Nascido**

Palavras – chave: recém-nascido; prematuro; pele; higiene

### **Introdução**

O período neonatal engloba os primeiros 28 dias de vida. A pele do recém- nascido (RN) sofre alterações substanciais quando passa da vida intrauterina para um ambiente seco, após o nascimento. Assim, o conhecimento da anatomia e fisiologia da pele do RN prematuro e de termo é essencial para a definição dos cuidados básicos a preconizar. Tendo em conta a tradição e factores culturais, a higiene é muitas vezes baseada na experiência da mãe e familiares. O abundante e crescente número de produtos de cosmética disponível no mercado obriga os profissionais de saúde que lidam com este grupo etário a familiarizar-se com os mesmos, a fim de recomendar os mais adequados a cada situação. Estes consensos visam estabelecer os cuidados básicos de higiene no primeiro mês de vida.

Desenvolvimento

### **Estrutura e funções da pele**

A pele cria uma barreira para minimizar a perda de fluidos e eletrólitos, proteger contra as infecções, impedir a absorção de substâncias tóxicas e permitir a termoregulação. Em relação à epiderme, o estrato córneo do RN de termo é praticamente igual ao adulto, com 4 a 6 camadas de queratinócitos. No prematuro é mais fina, com apenas 2 a 3 camadas de queratinócitos e fraca conexão da junção dermo-epidérmica, pela diminuição de hemidesmosomas e fibrilhas de ancoragem. No entanto, é na derme que as diferenças são mais acentuadas. As fibras elásticas e de colagénio são imaturas no RN e o tecido celular subcutâneo é escasso. Relativamente aos anexos, as glândulas sudoríparas apócrinas estão quiescentes até à puberdade. As glândulas écrinas estão presentes em grande número ao nascimento mas só uma pequena parte é funcional (tabela 1).

Características da pele	Adulto	Termo	Pré-termo	Importância
<b>Espessura Epidérmica</b>	50 µm	50 µm	27.4 µm	Permeabilidade a agentes tópicos ↑perda água transepidérmica
<b>Ligações celulares</b>	Normal	Normal	Diminuídas	↑ Tendência para bolhas
<b>Derme</b>	Normal	↓ Colagénio e fibras elásticas	↓↓ Colagénio e fibras elásticas	↓ Elasticidade ↑ Bolhas
<b>Melanossomas</b>	Normal	Diminuídos	1/3 dos RN de termo	↑ Fotossensibilidade
<b>Glândulas Écrinas</b>	Normal	↓ Actividade durante 7-10d ↓ Controlo neurológico por 2-3 anos	Anidrose total	↓ Resposta ao stress térmico
<b>Glândulas Sebáceas</b>	Normal	Normal	Normal	Possíveis propriedades de barreira, lubrificantes, antibacterianas
<b>Pêlo</b>	Normal	↓ Pêlo terminal	Lanugo persistente	Ajuda a determinar a idade gestacional

Tabela 1 – Diferenças estruturais e funcionais da pele do adulto, do recém-nascido de termo e pré-termo

A maturidade cutânea funcional ocorre pelas 34 semanas de gestação mas as particularidades funcionais mais importantes no RN dizem respeito a:

**Função de protecção mecânica:** pelo *vernix caseosa* e pela coesão celular; no prematuro, o menor número de ligações celulares, de fibras de colagénio e de fibras elásticas facilita a formação de lesões bolhosas, essencialmente induzidas por pequenos traumatismos (ex: repuxamento provocado pela remoção de adesivos).

**Função de protecção química e metabólica:** dependente da espessura da camada córnea, do local anatómico e fundamentalmente da elevada relação superfície cutânea/peso corporal, a concentração tecidual de uma substancia é consideravelmente maior que no adulto.

**Função de protecção térmica:** assegurada pelo filme hidrolipídico, camada córnea, tecido celular subcutâneo (escasso) e glândulas sudoríparas écrinas (presentes, mas com imaturidade funcional).

**Função de protecção contra infecções:** através do *vernix caseosa*, filme hidrolipídico, pH ácido e pela renovação celular do estrato córneo.

Na pele do prematuro, as características estruturais e funcionais de imaturidade cutânea são proporcionais ao grau de prematuridade. Consequentemente, há aumento da perda de calor, da perda de água transepidermica, da absorção percutânea e, consequentemente, maior risco de infecções e de toxicidade sistémica.

Os cuidados da pele do RN podem influenciar a saúde neonatal, sendo fundamental o conhecimento básico dos diferentes constituintes dos produtos de limpeza cutânea e algumas regras práticas de higiene.

## Higiene

A higiene cutânea pressupõe a eliminação da sujidade que se encontra na superfície cutânea. Esta sujidade é essencialmente constituída por gorduras (sebo, resto de pomadas), secreções orgânicas (suor, saliva, urina e fezes), restos celulares, poeiras atmosféricas e micro-organismos.

Os produtos de higiene devem ser capazes de eliminar substâncias hidrosolúveis e liposolúveis. Embora a água possa remover substâncias orgânicas (partículas de sujidade e micro-organismos), não é capaz de remover as gorduras. Para haver uma limpeza eficaz tem de ser associada a substâncias tensoactivas, naturais ou de síntese. Substâncias tensoactivas são aquelas capazes de reduzir a tensão superficial, rodeando os elementos gordos, permitindo à água arrastá-los com os elementos hidrossolúveis. Assim, a qualidade dos produtos de limpeza vai depender do tipo e da concentração dos tensoactivos que os constituem.

São propriedades intrínsecas dos tensoactivos: aumentar a exposição de um líquido sobre a superfície, facilitar a formação de emulsões, facilitar e remover a sujidade (*poder detergente*), facilitar a dispersão e a formação de espuma.

Quimicamente os tensoactivos dividem-se em iónicos e não iónicos. Os iónicos subdividem-se em aniónicos (*sulfato alquil, sulfato lauril, e sulfato lauril éter*), que possuem bom poder detergente, fraco poder antisséptico e abundante capacidade de formação de espuma; catiónicos (*amónico quaternário*) com fraco poder detergente e bom poder antisséptico; anfotéricos (*betáinas*), que ao combinar as qualidades dos precedentes, seguem o pH do meio, são menos irritantes mas mais dispendiosos. Os tensoactivos não iónicos são bem tolerados mas têm um efeito detergente moderado, fraca capacidade em formar espuma e não possuem actividade anti-séptica.

Existem várias designações de produtos no mercado: sabões, *syndet, pain*, champô cutâneo, champô de cabelo, leite de limpeza, gel de banho, emulsão de limpeza, óleo de banho, creme lavante, *surgras, moussant...*, dos quais se faz referência aos usados mais frequentemente:

Os sabões constituem um grupo à parte pela sua forma de obtenção (hidrólise de uma gordura animal ou vegetal em meio alcalino). Têm como vantagens um bom poder detergente,

emulsionante, anti-séptico, facilidade de utilização e preço acessível. Como desvantagens, o contacto com a água leva à formação de soluções alcalinas, irritando as peles frágeis, com danificação da função barreira. Contudo, os sabões podem ser melhorados através da diminuição de aditivos, particularmente corantes e perfumes, e suavizados com óleos e humectantes. Os *pains* ou *syndets* também chamados “sabão sem sabão” foram introduzidos no mercado durante a segunda guerra mundial, devido à falta de matéria-prima (gorduras animais, para saponificação dos sabões) e simultaneamente pela marinha americana para a higiene em água salgada. Têm como vantagens respeitar o pH cutâneo e o filme hidrolipídico, sendo indiferentes à dureza das águas e compatíveis com numerosos aditivos. A maior desvantagem diz respeito ao seu custo. Os champôs cutâneos são produtos com boa aceitação no mercado, sendo semelhantes aos champôs do cabelo. As suas qualidades ou defeitos estão dependentes da escolha dos tensioactivos utilizados no seu fabrico. Os leites, geles ou emulsões de limpeza são produtos de fraca viscosidade que contêm tensioactivos de síntese.

Noções Gerais do Banho do RN

### **O primeiro banho**

No RN, o banho pode levar à hipotermia, aumento do consumo de oxigénio, alterações respiratórias e instabilidade comportamental e dos sinais vitais.

Assim, o primeiro banho deve ser adiado até a temperatura e sinais cardio-respiratórios permanecerem estáveis por 2-4 horas, e não antes das 6 primeiras horas de vida. O tipo de banho eleito é o de imersão, quando exequível, dado que provoca menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais. A temperatura ideal é de 37°C e com uma duração inferior a 5 minutos. Deve ser usada apenas água fervida ou soro fisiológico. O couro cabeludo deve ser limpo da mesma forma que o resto do corpo.

Cordão umbilical – Os cuidados com o cordão umbilical variam de acordo com a cultura e tradição. Desde 1998 que a OMS recomenda o “dry cord care” (cuidados de cordão umbilical seco) – manter o cordão umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico/desinfectante ou rede/ligadura. Caso se suje, deverá ser limpo com água potável. Em zonas de fracas condições higiénico-sanitárias a água deve ser fervida e a OMS é a favor da utilização de antissépticos tópicos, como a clorhexidina a 4%, com excelente eficácia e tolerância. No entanto, numa revisão de 2004, não foi encontrado qualquer benefício nas taxas de infeção local ou sistémica com a aplicação de antissépticos ou antibióticos no coto umbilical, comparado com os cuidados de cordão umbilical seco.

Algumas culturas preferem adiar o banho completo do RN até à queda do cordão umbilical mas não há evidência que estas medidas previnam a infeção do cordão umbilical ou alterem o período de cicatrização do mesmo.

## Banhos posteriores

No prematuro o banho deve ser feito exclusivamente com água potável ou fervida, ou soro fisiológico, de 4/ 4 dias.

No RN de termo a frequência óptima situa-se no banho diário ou dias alternados adicionando ou não substâncias de acordo com os requisitos do banho pretendido. De facto, neste período as crianças vulgarmente não estão expostas à sujidade; praticamente é só a mãe que contacta com o RN e a maioria das secreções são solúveis em água.

O **banho desinfectante** é utilizado quando há infecção cutânea. Muitos anti-sépticos foram abandonados pelo seu poder irritante ou tóxico, como os compostos iodados e fenólicos. Alguns oxidantes como o permanganato de potássio, embora com grande poder antibacteriano e menor toxicidade, não está recomendado no primeiro mês de vida. A clorhexidina, apesar de não estar aprovada pela *US Food and Drug Administration* em crianças com menos de 2 meses de vida, em compressas ou em banho com esponja, é recomendada como exemplo de banho anti-séptico. Produtos que associem a clorhexidina a álcool causam maior irritação e absorção sistémica. O iodo-povidona é um antiseptico usado vulgarmente para limpar a pele antes de procedimentos cutâneos. Contudo, o iodo deve ser usado criteriosamente pois pode causar sérios problemas no RN, como necrose local e hipotiroidismo.

O **banho coloidal**, baseado em extratos de cereais, sendo a aveia o mais comum, é utilizado como anti-pruriginoso, calmante e regenerador. Estes banhos são pouco agressivos e bem tolerados. Contudo, estes cereais podem conter fracções proteicas com poder sensibilizante, embora actualmente a maioria destas substâncias já sejam preparadas de forma a minimizar o seu potencial alergénico.

Os **banhos emolientes** são capazes de amaciar a pele e reduzir a xerose cutânea. Podem ser utilizados óleos de origem vegetal ou mineral. A parafina, óleo mineral, apresenta vantagens pela sua estabilidade química e não contribui para a proliferação da microflora local. O maior inconveniente parece ser o seu potencial poder oclusivo.

Idealmente o banho deve ser dado ao fim da tarde, antes da última refeição, pelo seu efeito relaxante.

## Cuidados da pele após o banho - emolientes

Os emolientes podem ser divididos em **oclusivos** ou humectantes. Os primeiros actuam através de um filme gorduroso epicutâneo, diminuindo a perda de água transepidérmica, dos quais são exemplo a vaselina, a lanolina, a parafina, os óleos vegetais e as ceramidas. A vaselina branca é um emoliente seguro, barato e eficaz. No entanto, pela sua cosmetividade, mas acima de tudo pelo seu poder oclusivo, não pode ser utilizada em todo o corpo simultaneamente, pelo risco de provocar miliária. Os **humectantes** (ex: glicerina, propilenoglicol, lactato de sódio, sorbitol) atraem água para o estrato córneo, sendo muitas vezes usados em combinação com os emolientes oclusivos.

Os emolientes tópicos com um balanço fisiológico de lípidos (3:1:1:1 de colesterol, ceramida, palmitato e linoleato) podem contribuir para a formação de uma barreira epidérmica funcional saudável. Apesar de não estar provado que os emolientes previnam as infeções no RN, protegem o estrato córneo e potencialmente ajudam na maturação e reparação da barreira cutânea.

**Área da fralda** A irritação na área da fralda é causada pelo contacto prolongado com urina e fezes (substâncias químicas e enzimas), pelo calor, pela humidade e pela fricção. Manter a área da fralda seca é a chave para a prevenção das dermatoses desta zona. A eficácia das fraldas super-absorventes é superior às de algodão e no período neonatal não devem ser utilizados toalhetes.

## **Banho**

**RN prematuro – só água potável ou fervida ou soro fisiológico**

**RN termo – água potável ou água com substância aditiva (óleo ou gel...) sem fragrâncias ou conservantes – exceção – banho específico de acordo com o pretendido (*ver infra*)**

Cordão umbilical – mantê-lo limpo e seco (*ver infra*)

## **Emoliente**

**RN prematuro - se necessário, vaselina esterilizada (*ver infra*)**

**RN termo – vaselina ou emoliente sem fragrâncias ou conservantes – composição o mais simples possível, de acordo com o pretendido (*ver infra*)**

## **Alerta:**

**Cuidado com emolientes muito oclusivos – risco de miliária**

**Cuidado com a absorção percutânea de componentes tóxicos**

## **Intervenientes**

**Manuela Selores**

**Susana Machado**

**Cristina Godinho**

**Email:** [dermat@sapo.pt](mailto:dermat@sapo.pt)

## **Bibliografia:**

1. Ness MJ, Davis DMR, Carey WA. Neonatal skin care: a concise review. *International Journal of Dermatology*, 2013, 52: 14-22.
2. Higiene e cosmética infantil  
M Selores  
*Nascer e Crescer*, 1999, vol.8(3): 149-151
3. World Health Organization. Care of the umbilical cord. Maternal and newborn health/safe motherhood.  
World Health Organization; Geneva, Switzerland:1998
4. Karumbi J, Mulaku M, Aluvaala J, English M, Opiyo N. Topical umbilical cord care for prevention of infection and neonatal mortality.  
*Pediatr Infect Dis J*. Jan 2013; 32(1): 78-13
5. Mullany LC, Darmstadt GL, Tielsch JM. Safety and impact of chlorhexidine antiseptic interventions for improving neonatal health in developing countries.  
*Pediatr Infect Dis J*. 2006;25:665-675. (Pub Med).
6. Mullany LC, Arifeen S EL, Winch PJ, Shah R, Mannan I, Rahman SM, Rahman MR, Darmstadt GL, Ahmed S, Santosham M, Black RE and Baqui AH. Impact of 4.0% chlorhexidine cleansing of the umbilical cord on mortality and omphalitis among newborns of Sylhet, Bangladesh: design of a community-based cluster randomized trial. *BMC Pediatrics*. 2009, 9:67

7. Zupan J, Garner P, Omari AA. Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;CD001057. (Pub Med).
8. Afsar FS. Skin care for preterm and term neonates. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2009, 34: 855-858.
9. Blencowe H, Cousens S, Mullany LC, Lee A CC, Kerber K, Wall S, Darmstadt G L and Lawn J E. Clean birth postnatal care practices to reduce neonatal deaths from sepsis and tetanus: a systematic review and Delphi estimation of mortality effect. *BMC Public Health*. 2011: 11(suppl 3): S11.
10. Dermatite das fraldas  
Rocha N ,Selores M.  
Nascer e crescer revista do hospital de crianças Maria Pia; 2004; vol XIII (3): 206
11. Fernandes ZD, Machado MCR, Oliveira ZNP. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol* 2011; 86(1): 102-10.
12. Blume-Peyatavi U, Hauser M, Stamatias GN, Pathirana D, Bartels NG. Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric Dermatology*. 2012, 29 (1): 1-14
13. Dyer JA. Newborn skin care. *Seminars in perinatology*. 2013, 37: 3-7