



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 4



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 4

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná

Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Msc. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Msc. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Msc. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
 Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
 Prof. Msc. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
 Prof. Msc. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
 Prof^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Msc. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
 Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof^a Msc. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Prof^a Msc. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Prof^a Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Msc. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Msc. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Msc. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Prof^a Msc. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

D539 Diário da teoria e prática na enfermagem 4 [recurso eletrônico] /
Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta
Grossa, PR: Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-81740-33-7

DOI 10.22533/at.ed.337201402

1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática.
I. Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.

CDD 610.73

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “*Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 3*” aborda uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 27 capítulos, o volume II aborda, dentre outros assuntos, a Enfermagem como atuante na promoção e assistência à saúde nos variados níveis de atenção e ramos de atuação, desde a academia até a prática profissional em si.

As pesquisas realizadas trazem temáticas que envolvem a atuação do enfermeiro como instrumento de formação e qualificação profissional, assim como atuante na atenção básica, domiciliar e hospitalar. Dentre alguns trabalhos citamos eixos de pesquisa envolvendo assistência de enfermagem em auditoria, ética e bioética, saúde mental, doenças infectocontagiosas, auditoria, segurança no trabalho, dentre outras.

Portanto, este volume é dedicado tanto aos usuários do sistema de saúde quanto aos profissionais atuantes na assistência, docentes da área e discentes, que desejam adquirir conhecimento e informações atualizadas nos diversos eixos de atuação, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde aos mais variados públicos.

Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da saúde, desde a atuação assistencial propriamente dita, até a prática dos docentes formadores e capacitadores, buscando cada vez mais a excelência na assistência, disseminando práticas promotoras da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que cuidam da saúde.

Isabelle C. de N. Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE DOR PARA A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE	
Mariana Stefenoni Ribeiro	
Renzo Stefenoni Finamore Simoni	
Juliana Pelição Moraes	
Luisa Schilmann Frisso	
Ricardo de Castro Resende	
Maria Ingrid Barbosa Passamani	
Maria Cecília Fontoura de Aquino	
Thayna dos Santos Batista	
João Vitor Elizeu Cerqueira	
Gabriel Lima Barbosa	
Alhender Salvador Bridi	
Carla Vasconcelos Cáspar Andrade	
DOI 10.22533/at.ed.3372014021	
CAPÍTULO 2	13
A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER	
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão	
Rita de Cássia Cunha Carvalho	
Loidiana da Silva Maia Alves	
Mônica Lopes Santos	
Regiane dos Santos Silva	
Polyana Sousa dos Santos	
Jeane Figueiredo	
Rock Herbeth Alves Brandão	
Diego Raí de Azevedo Costa	
Benedita Célia Leão Gomes	
DOI 10.22533/at.ed.3372014022	
CAPÍTULO 3	27
ABORDAGEM GRUPAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAPS GERAL DE GUAIÚBA	
Hortência Gueve da Fonseca	
Eysler Gonçalves Maia Brasil	
Albertina Antonielly Sydney de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.3372014023	
CAPÍTULO 4	38
AÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	
Cintia Regina Silva Pimentel	
Karla Mota de Matos	
Nisiane dos Santos	
Janaína Amorim Barros	
Viktória Ribeiro da Silva Santini	
Rafael Mondego Fontenele	
DOI 10.22533/at.ed.3372014024	

CAPÍTULO 5 50

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DIFICULDADES E DESAFIOS DO ENFERMEIRO

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Joelma de Jesus Oliveira
Benedita Célia Leão Gomes
Keile de Kassia de Oliveira Mendes

DOI 10.22533/at.ed.3372014025

CAPÍTULO 6 61

ASPECTOS LEGAIS DA VACINAÇÃO COMPULSÓRIA

Juan Felipe Nascimento da Silva
Nathalia Moreira Lima de Freitas

DOI 10.22533/at.ed.3372014026

CAPÍTULO 7 63

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Taciane Aparecida Dias dos Santos
Andreia Lima Oliveira
Raimundo Nonato Pereira de Sousa
Francisco Lucas de Lima Fontes
Anderson de Assis Ferreira
Hallyson Leno Lucas da Silva
Karine do Nascimento Miranda Martins Granjeiro
Naasson Damasceno Silva
Alexsandra Maria Ferreira de Araújo Bezerra
Luanna Sousa de Moraes Lima
Marina Ribeiro da Fonseca
Adriana Maria de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.3372014027

CAPÍTULO 8 71

DIALOGANDO SOBRE GÊNERO E DIVERSIDADE NO CAMPO DA EDUCAÇÃO

Mariana Teles da Silva
Andreza Maria de Souza Santos
Adriana da Silva
Aline Moraes Venancio de Alencar
Andriela dos Santos Pinheiro
Anna Carla Terto Gonçalves
Ariadne Gomes Patrício Sampaio
Halana Cecília Vieira Pereira
João Edilton Alves Feitosa
José Nairton Coelho da Silva
Nayara Thuany Camilo Oliveira
Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.3372014028

CAPÍTULO 9 82

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE UMA POLICLÍNICA REGIONAL

Yasmin Saba de Almeida
Emillia Conceição Gonçalves dos Santos
Eliete Aparecida Teodoro Amaral
Danilo da Silva Amaral
Sabrina Edwirges Gomes Garzedim

Ana Beatriz Iannuzzi Nora
Luciano Godinho Almuinha Ramos
Thayla Cristine Espíndola Junger
Ana Beatriz Poleça dos Santos
Lucas Nobre Garrido
Jéssica Baptista Vieira
Vitória Viana Gomes Pinto
Caroline Aparecida Ferreira Reis
Daniele Ferreira Barbosa Rodrigues
Julianna Costa Bela
Julianna Ferreira Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.3372014029

CAPÍTULO 10 96

ÉTICA E BIOÉTICA: UMA ABORDAGEM SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À MORTE

Mateus Dall Agnol
Maria Eduarda da Silva
Victória Vieira Hertz
Rosana Amora Ascari

DOI 10.22533/at.ed.33720140210

CAPÍTULO 11 107

FATORES DE RISCOS DA LESÃO POR PRESSÃO E A APLICAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PROFILAXIA

Camila Brito Sousa
Jennyfer Sousa Brito
Nayra Samyra Rodrigues Ferreira
Paloma Fontoura dos Santos
Vanessa Costa de Almeida Viana
Layane Mota de Souza Jesus

DOI 10.22533/at.ed.33720140211

CAPÍTULO 12 112

GRADUAÇÃO X DEPRESSÃO: SAÚDE MENTAL DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Cíntia Pereira Ferreira
Franciany Marçal Assis Barros
Beliza Xavier da Silva Pinto Barbosa
Gladstone Duarte Miranda
Juliana da Silva Bispo
Mirian Batista Rodrigues

DOI 10.22533/at.ed.33720140212

CAPÍTULO 13 121

FATORES DE RISCO RELACIONADOS À COINFEÇÃO PELA TUBERCULOSE/HIV – REVISÃO DA LITERATURA

Cassius Herrera
Fernando Brockestayer Cortez Pereira
Filipe Toribio Mendes
Gabriel Barroso Silva Brito
Lucas Vieira Pinto
Loise Cristina Passos Drummond
Marcela Souza Lima Paulo

DOI 10.22533/at.ed.33720140213

CAPÍTULO 14 130

FITOTERAPICOS UTILIZADOS NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Cibele Lopes da Silva
Ana Raiany de Lima Agostinho
Bruna Bandeira Oliveira Marinho
Fernanda Pereira Brito
Isabelita de Luna Batista Rolim
Maria Welinadia Tavares Figueiredo
Marlene Meneses de Sousa Teixeira
Shura do Prado Farias Borges
Taila Alves Cardoso Martins
Talita Alencar de Melo
Thais Queiroz Correia Feitosa

DOI 10.22533/at.ed.33720140214

CAPÍTULO 15 139

INFECÇÃO HOSPITALAR E SUA RELAÇÃO COM A NEGLIGÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Jullia Alvarino da Silva Santos
Gabrielly Pontes Ribeiro
Kamila Bodart Coelho
Manuela Lirio Prates Pimentel
Nathália Soares de Barros
Marcela Souza Lima Paulo
Loise Cristina Passos Drumond

DOI 10.22533/at.ed.33720140215

CAPÍTULO 16 147

INTEGRAÇÃO ENSINO - SERVIÇO PARA AS PRÁTICAS DE AUDITORIA NO AMBIENTE HOSPITALAR

Ângela Barichello
Fabiane Pertille
Jane Tavares Gomes

DOI 10.22533/at.ed.33720140216

CAPÍTULO 17 151

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO: PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NEUROPSICOLÓGICAS EM PACIENTES LÚPICOS

Thainara Araujo Franklin
Pâmala Barreto Cambuí
Juliane Oliveira Santos
Vitória Marques da Silva
Morganna Thinesca Almeida Silva
Nádja Shirley de Andrade Cavalcante
Marcos Vinicius Oliveira Carneiro
Noaci Madalena Cunha Loula

DOI 10.22533/at.ed.33720140217

CAPÍTULO 18 161

O APORTE DA DISCIPLINA DE PATOLOGIA GERAL NO CUIDADO DE LESÕES CUTÂNEAS: UMA REVISÃO NARRATIVA

Karine Regina Reinehr
Renata Mendonça Rodrigues
Danielle Bezerra Cabral

CAPÍTULO 19 167

O IMPACTO E A IMPORTÂNCIA DA LIGA ACADÊMICA PARA ALUNOS DE MEDICINA E PARA COMUNIDADE ATRAVÉS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Renzo Stefenoni Finamore Simoni
Guilherme Maia Costa Varejão Andrade
Mariana Stefenoni Ribeiro
Maria Ingrid Barbosa Passamani
Amanda Castro de Bone
Nemer Emanuel Crevelario da Silva
Gustavo Binda Gouvêa
João Vitor Elizeu Cerqueira
Gabriel Lima Barbosa
Erick Freitas Curi

DOI 10.22533/at.ed.33720140219

CAPÍTULO 20 175

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Fabiana Pereira da Silva
Diana Alves de Oliveira
Benedita Célia Leão Gomes
Maria Rute Gonçalves Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33720140220

CAPÍTULO 21 186

PROMOÇÃO DA SAÚDE: DICOTOMIA ENTRE PÚBLICO E PRIVADO

Rinaldo Caetano da Silva
Maristela Dalbello-Araujo
Maria Carlota de Resende Coelho
Paula de Souza Silva Freitas

DOI 10.22533/at.ed.33720140221

CAPÍTULO 22 207

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ACADÊMICO DE ENFERMAGEM SOBRE O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL NA UNIDADE DE SAÚDE

Karla Virgínia da Nóbrega Novais Vieira
Ellen Giovanna Silva de Menezes
Iraneide Izabel da Silva
Janaína da Graça Bezerra Silva
Jayemili Gizellia Elias da Silva
Jhenefer Moreira da Silva
José Victor Machado Coraciara
Layane de Lima Góis
Luis Carlos Gomes Júnior
Maria Clara da Silva Santos
Rayanne Nayara da Silva
Júlia Adriely Oliveira da Silva Cavalcanti

DOI 10.22533/at.ed.33720140222

CAPÍTULO 23 212

SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Vanessa de Jesus Guedes Dias

Ingrid Jamille Miranda de Paulo
Layrla Fernandes Pereira
Francisca Moura dos Santos
Linielce Portela Nina da Silva
Mariana da Cunha Costa
Patricia da Silva Pereira dos Reis
Ana Paula Cunha Duarte
Laís Daniela dos Santos Viana
Jucelia Lima Sousa
Amanda Cristina de Sousa Costa
Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão

DOI 10.22533/at.ed.33720140223

CAPÍTULO 24 222

SEPSE EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Bruna da Conceição Fernandes da Silva
Giulliana Carvalho de Albuquerque
Isaac de Sousa Araújo
Ítalo Vinicius Lopes Silva
Josélia Santos Oliveira Evangelista
Monique Oliveira Silva
Pedro Henrique Vieira Nunes
Rayane Moreira de Alencar
Rainara Gomes de Sousa
Sara Amy da Silva Alves dos Santos
Tonny Emanuel Fernandes Macedo
Woneska Rodrigues Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.33720140224

CAPÍTULO 25 232

SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO: DO APRENDIZADO A VIVÊNCIAS PROFISIONAIS

Adriana da Silva
Aline Moraes Venancio de Alencar
Andriela dos Santos Pinheiro
Andreza Maria de Souza Santos
Anna Carla Terto Gonçalves
Ariadne Gomes Patrício Sampaio
Halana Cecília Vieira Pereira
João Edilton Alves Feitoza
Leonardo Araújo Sampaio
Mariana Teles da Silva
Nayara Thuany Camilo Oliveira
Rodolfo dos Santos Alves de Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.33720140225

CAPÍTULO 26 240

TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS UTILIZADAS NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM À PARTURIENTE

Debora Alencar Teixeira Gomes
Helen Dayane Oliveira da Silva Souza
Janaina dos Santos Silva
Leila Diniz Viana dos Santos
Tereza Vitória Virginio Linhares
Bruna Caroline Rodrigues Tamboril
Lara Helen Sales de Sousa
Francisco Walter de Oliveira Silva

Assunção Gomes Adeodato
Luis Adriano Freitas Oliveira
Larissa Natale dos Santos
Nayana Kelly Maia Alcoforado Rios

DOI 10.22533/at.ed.33720140226

CAPÍTULO 27 251

SUORTE BÁSICO DE VIDA EM REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR: CONHECIMENTO DE ENFERMEIROS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Andrezza Gabrielle Pereira da Nóbrega
Cíntia de Lima Garcia
Cibele do Nascimento
Felipe Eufrosino de Alencar Rodrigues
Thauane Luara Silva Arrais
Rafaella Alcantara Bezerra Moreira
Maria de Lourdes de Macêdo Bernardo

DOI 10.22533/at.ed.33720140227

SOBRE A ORGANIZADORA..... 265

ÍNDICE REMISSIVO 266

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO AO PACIENTE COM SÍNDROME DE FOURNIER

Data de aceite: 05/02/2020

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Rita de Cássia Cunha Carvalho

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Loidiana da Silva Maia Alves

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Mônica Lopes Santos

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Regiane dos Santos Silva

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Polyana Sousa dos Santos

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Jeane Figueiredo

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Rock Herbeth Alves Brandão

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Diego Raí de Azevedo Costa

Faculdade Pitágoras São Luís, Departamento de Enfermagem.
São Luís-MA

Benedita Célia Leão Gomes

Instituto Florence de Ensino, Pós Graduação em Nefrologia.
São Luís-MA.

RESUMO: Trata-se de uma revisão bibliográfica cujo objetivo foi conhecer a importância da equipe de enfermagem no tratamento da síndrome de Fournier e tem como objetivos específicos compreender as características que permitem identificar claramente a síndrome de Fournier, listar os fatores de risco no acometimento da síndrome de Fournier e descrever os tipos de tratamento e curativos ao paciente com síndrome de Fournier. A metodologia utilizada baseou-se em pesquisa realizada por meio eletrônico na base de dados SCIELO, LILACS, BVS, BIREME, na qual foram obtidos 40 estudos publicados no período 2009 a 2017 de acesso livre em língua portuguesa, dos quais após serem lidos foram selecionados,

com critério de inclusão utilizou-se 25 artigos, que retratam o tema proposto e parecer pertinente à abordagem da pesquisa e 15 artigos como exclusão dos quais não haviam parecer pertinente à abordagem. Os resultados mais significativos são os estudos onde podemos aprimorar os cuidados de enfermagem, bem como planejamento e implementação da assistência da equipe de enfermagem, proporcionando uma menor taxa de incidências.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Fournier; Fatores de Risco; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT: This is a bibliographic review whose objective was to know the importance of the nursing team in the treatment of Fournier's syndrome and its specific objectives are to understand the characteristics that allow the clear identification of Fournier's syndrome, to list the risk factors in the involvement of the syndrome. Fournier and describe the types of treatment and dressings to the patient with Fournier syndrome. The methodology used was based on research conducted electronically in the database SCIELO, LILACS, VHL, BIREME, in which were obtained 40 studies published in the period 2009 to 2017 of free access in Portuguese, from which after reading were selected The inclusion criteria were 25 articles, which portray the proposed theme and opinion relevant to the research approach and 15 articles as exclusion of which there was no opinion relevant to the approach. The most significant results are studies where we can improve nursing care, as well as planning and implementation of nursing team care, providing a lower incidence rate.

KEYWORDS: Fournier Syndrome; Risk factors; Nursing care.

1 | INTRODUÇÃO

A síndrome de Fournier, uma fascíte necrosante polimicrobial (infecção bacteriana destrutiva e rapidamente progressiva do tecido subcutâneo), que envolve o períneo e/ou genitália externa com sinergismo para parede abdominal (CRUZ, et al., 2015).

Caracterizada por uma endarterite obliterante (inflamação da camada interna de uma artéria que obstrui e fecha gradativamente), seguido de falta de suprimento sanguíneo (isquemia) e coagulação do sangue em veias subcutâneas (trombose), resultando em necrose da pele e hipoderme adjacente (MEHL et al., 2015).

Como parte justificável deste, apesar de todos os avanços terapêuticos, é uma patologia consideravelmente com altos índices de mortalidade, com uma progressão de 2,5 cm²/h, e é de evolução rápida e causa necrose dos tecidos. Contudo, a observação e o diagnóstico precoce coadjuvante ao tratamento que é agressivo e invasivo.

A assistência clínica pela equipe de enfermagem, deve desempenhar o

seu papel com responsabilidade durante os cuidados, requerendo mais atenção, quando diagnosticado. E estudos mais específicos relacionados aos cuidados de enfermagem referentes à Síndrome de Fournier mostram-se imprescindíveis, nos quais os profissionais devem estar em permanente conhecimento e habilitação para desenvolverem o seu papel fundamental para o paciente acometido, diminuindo suas complicações e/ou agravos.

Levando em conta o bem-estar do paciente, para fins de um tratamento positivo na linha de cuidados assistenciais de enfermagem, o sucesso do tratamento implica diretamente em maior qualidade de vida para os pacientes e até o reestabelecimento da autoestima. É nessa lacuna, que essa pesquisa se insere, ou seja, na necessidade de se analisar o desempenho da atuação de cada profissional, na abordagem multidisciplinar em relação ao tratamento.

Essa perspectiva permite a problematização da enfermidade em uma dimensão sistêmica, fora das análises tradicionais, que apenas, costumam descrever os sintomas e efeitos da doença, sem, contudo, repensá-la em termos de multidisciplinaridade. É nessa dimensão que o presente trabalho se insere.

Devido ao elevado número de acometimento de pacientes, tem como relevância ser um problema de saúde hospitalar, caracterizada por várias complicações, exigindo atenção redobrada da equipe de enfermagem na assistência. Com base no exposto qual o papel da enfermagem na avaliação, no tratamento e controle.

2 | A SÍNDROME DE FOURNIER E SUAS CARACTERÍSTICAS

A síndrome de Fournier foi mencionada pela primeira vez em 1764 por Baurienne, historicamente descrita pelo urologista francês Jean Alfred Fournier, especializado nos estudos de doenças venéreas. "O pesquisador francês descreveu com particularidades em dois trabalhos editados" (GODOY, CASSITAS, 2014).

Caracterizada por uma infecção simultânea de microrganismo anaeróbios e aeróbios que atuam em conjunto e determinam uma fascite necrotizante que acometem as regiões genitais, perineal e perianal (EBERHARDT et al., 2011).

Segundo BALBINOT et al., (2015), três características foram relatadas por Fournier, com início repentino em jovens, rápida evolução e patógenos, sem especificidade, no entanto não é mais vista como uma patologia sem causa. A causa microbiana estimula uma sequência complexa de reações químicas que resultam na formação de coágulo diretamente ou indiretamente, impulsionando a produção de citocinas pró-inflamatórias e consecutiva relevância do agente tissular da camada celular, que forra interiormente os vasos orgânicos e nos monócitos, ativando a coagulação com evolução progredindo para trombose dos vasos sanguíneos, sendo

sua principal característica.

Segundo Filho et al. (2017) pode ascender qualquer segmento do corpo, mas com hegemonia na região perineal e no sexo masculino. A porta de entrada pode ser resolvida através de uma assistência minuciosa, com delimitação no trato urogenital, no trato digestivo ou afecções cutâneas.

Trata-se de uma patologia agressiva, com evolução acelerada e que pode levar a óbito, e sempre ser digna de suspeição quanto as manifestações das características diagnóstico-laboratoriais. É de grande relevância distinguir que traumas nos membros superiores, no pescoço e no tronco, implicam uma assistência suprema devido sua ação injuriosa.

Os microrganismos isolados afetam os tecidos subcutâneos e profundos em partes moles. São identificados como bactérias Gran positivas e Gran negativas. A disseminação desses microrganismos ocasiona a diminuição do oxigênio dos tecidos, causando isquemia tecidual, trombose dos vasos subcutâneos, que conseqüentemente vão causar necrose da pele e tecidos adjacentes. A bactéria *Escherichia Coli* pode, no entanto, ser causada por diferentes organismos anaeróbicos, por Enterobactérias, por Estafilococos e por Estreptococos hemolíticos, Clostrídios (produtor de gases), Bacteroides, *Klebsiella pseudomonas* e *Proteus*. (MELLO et al., 2014).

Segundo Dornellas et al. (2012), existem uma diversidade de microrganismos encontrados em cultura do exsudato de feridas com tecido morto, que apresentam flora agrupada na maior parte dos casos, na quais são encontradas as bactérias gram negativas e gram positivas, anaeróbias e aeróbias.

O quadro clínico se caracteriza através de algia intensa, eritema, edema, e necrose dos testículos ou da região perineal e perianal. A síndrome de Fournier manifesta-se através de uma infecção aguda, de progressão fulminante e grave, que conseqüentemente pode levar a morte. Apresenta sintomas como: dor, febre, eritema, edema, que vão se agravando e após três ou quatro dias ocorre o rompimento tissular local com exteriorização de exsudato (RIGONI, 2012).

3 | FATORES DE RISCOS

Diversas condições podem gerar sua evolução: o rompimento de bexiga, lesão de uretra e outros acontecimentos generalizados como o diabetes mellitus, levando a magnitude da enfermidade e quanto mais senil for o paciente. Observou-se ainda a importância de uma diagnose prévia, o tratamento correto e os cuidados da enfermagem com uma interferência imperativa (SIZA, 2009).

Segundo Dias e Popov (2009), relatam que seu início pode estar relacionado

a eventos do trato urinário, anal, drogas injetáveis, fissuras do períneo e tumores perineais.

De acordo com Mehl et al. (2010), diversas pesquisas da atualidade copulam para reconhecer condições que provocam e ocasionam a manifestação da síndrome de Fournier.

O diabetes mellitus apresenta-se como uma das patologias mais corriqueiras, condizendo com 40% a 60% dos que apresentam essa patologia, o etilismo habitual apresenta-se em 25% a 50% dos eventos. Outras condições que podem estar relacionadas e compreendem: o sexo masculino, pessoas com idade avançada, imunossuprimidos, tratamento com corticoides, lesão renal aguda e hepática, hipertensão, excesso de peso e dentre diversas situações menos usual (MEHL et al., 2010).

Eberhardt, Moraes e Mastella (2011), afirmam que os principais fatores de riscos estão ligados ao Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, tabagismo, imunossupressão como SIDA, quimioterapia e leucemia, ocorrendo infecções anexas. De modo geral o limiar para entrada, é a região urogenital, digestivo e/ou alteração da pele.

Para Dornellas et al. (2012), endossam que indivíduos de 20 a 60 anos de idade, condizente com os fatores de riscos que são: malignidade, sarampo, quimioterapia, pós-cirurgia com uso de instrumentos urológicos, cirurgia de hérnia, de varizes, hemorroidas, testículos e próstata, utilização de entorpecentes por via endovenosa, traumatismos (local, mecânico, técnico, químico, mordeduras, arranhões, intercuro anal, coito), estados debilitantes (sepse e desnutrição) ou imunossupressoras (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial).

Segundo Rocha et al. (2012), ambos contrastam com outros autores supracitados que afirmam que entre os fatores de riscos estão a idade entre 50 a 70 anos, mas em concordância com os fatores predisponentes como: o diabetes mellitus, o alcoolismo e os pacientes imunossuprimidos.

A síndrome de Fournier pode estar relacionada a patologias sistêmicas ou a uma infecção, dentre elas estão o etilismo, lúpus eritematosos e HIV. Evidenciando o trato urogenital, podendo ter como indicativo e fator evidenciado, o estreitamento uretral, turgência renal e escrotal, inflamação no saco músculo cutâneo, litíase, cateter vesical de demora, atrito e biópsia prostática. Tratando-se do trato digestivo as causas percorridas foram em abcesso perianal, câncer do cólon e reto, apendicite e diverticulite, doença de Cronh, hérnia e perfuração do reto (TOLEDO et al., 2013).

Alves e Alves (2013), estendeu os relatos em que outros fatores predisponentes relacionados a síndrome de Fournier são: trauma local, efusão de urina, cirurgia perirretal ou perianal, aumento de contágio periuretral, acúmulo de secreção no reto e ânus, infecção no aparelho genital e urinário, portadores do vírus da

imunodeficiência humana, tendo preferência por pessoas em idade avançada, diabéticos, alcoolistas, mirrados, pessoas com defesa imunológicas baixa, obesas e de classe socioeconômica baixa.

Para Cordeiro et al. (2014), o Diabetes Mellitus é de causa mais recorrente para sua evolução, existindo outras complicações, dentre elas estão: a doença progressiva do fígado, insuficiência cardíaca, doença inflamatória crônica de origem autoimune, insuficiência adrenal crônica, dentre outras. Os autores destacam que outros aspectos que levam ao risco e estão relacionados à ausência de higiene, trombose, diminuição do fluxo sanguíneo localizado na genitália, trauma com desenvolvimento de equimose, prega na epiderme que concentram microrganismo, ingestão exagerado de antibiótico que combatem infecção, com presença de inchaço, rubor repentino, escurecimento da região perineal com apresentação de emanação necrótica, promovendo a apoptose.

Segundo Eberhardt et al. (2014), concordam conjuntamente com as afirmações supracitadas de que, os estudos demonstram como fator principal para o desenvolvimento da síndrome Fournier o Diabetes Mellitus, no entanto, outras condições destacam-se: HAS, paralisia dos membros inferiores, quadriplégica, nicotínismo, etilismo, senilidade, adiposidade e um pequeno número de ocorrências com ausência de causas. O ponto originário da enfermidade normalmente está pertinente a um ferimento na extensão do períneo, ânus e da região geniturinária.

Segundo Cordeiro et al. (2014) a síndrome de Fournier está relacionada a afecções crônicas, influenciando na progressão dos casos com responsabilidade direta, podendo levar o paciente a ter complicações rotineiras como (problemas renais, respiratório, cardíaco, pneumonia, hemorragia, cerebral, coagulopatia, acidose, o avanço ao abdômen, distúrbio hepático e disseminação de abscessos que na maioria das vezes estão relacionadas com sepse. E pode atingir homens e mulheres, apesar de sua incidência ser maior nos homens, podendo se manifestar após cirurgia de prótese peniana, anais e ginecológicas.

Em concordância com outras literaturas a gênese se dá com a inflamação nos testículos, hidropisia do escroto, vasectomia, cateter vesical, carcinoma de bexiga, infecção no epidídimo, inflamação da glândula e do prepúcio, iscúria dentre outros (SANTOS et al., 2014).

Para Godoy e Cassitas (2014), a infecção proveniente de microrganismos pode ser de causa desconhecida, tendo como fatores de risco a imunossupressão, a contusão, a cirurgia, o lúpus, o carcinoma e a falência dos rins. E Lamberty et al. (2014), ambos mantêm a afirmação, ressaltando também a deficiência urológica e de colos-retais.

Há um grande litígio em relação da origem, de maneira original aludiu eventos em que algumas das literaturas revisadas, mencionou cerca de 25% das ocorrências,

que até então se apresentam de causa desconhecida.

Nas particularidades da síndrome de Fournier são visivelmente o acesso para a entrada dos micróbios. Porém esta doença não é mais classificada como idiopática, na maioria das vezes decorrem de afecções ou mecanismos urológicos e do colo e reto englobando problemas operatórios de hérnia abdominal, cirurgia de hemorroidas, castração, interrupção cirúrgica dos canais deferentes e retirada do prepúcio. Sua fisiopatologia, expõe-se três condições: lesão local, que contribuem para invasão dos patógenos pela derme lesionada, contaminação do trato urinário e genital, com alcance dos planos intrínsecos, contaminação do períneo e do ânus ou da extensão situada atrás do peritônio. (BALBINOT et al., 2014).

Diante do proposto, a derme do saco escrotal destaca-se a ausência de limpeza, pouca valotização da transpiração, os refolhos da pele que dificultam a circulação, diminuindo a resistência à infecção. A despeito de variadas vezes a motivação continua uma incógnita, alguns aspectos favorecem para o surgimento da síndrome de Fournier, tais como: comorbidade, fatores que diminua a imunidade, enfermidade do colo e reto, das genitálias e lesões causadas por pancadas (QUEIROZ et al., 2014).

Cruz et al. (2016), os fatores predisponentes estão entre os abscessos anorretal, cirrose, doença vascular periférica, cirurgias orificiais, vasectomia, trauma perineal, estenose uretral, neoplasia colorretal avançada, neoplasias reumatológicas, radioterapia, diverticulite aguda, úlcera duodenal perfurada e doença inflamatória. Informações de sequencias recentes apontam que a síndrome de Fournier, propende acometer entre 2^a e a 6^a década de existência, com manifestações de associações de doenças.

4 | TRATAMENTO

Estudos discorrem, que a oxigenoterapia hiperbárica como terapia isolada não surte um bom efeito, porém, conjuntamente com os processos cirúrgicos e a antibioticoterapia de largo espectros, inibe visivelmente os números de óbitos (SIZA, 2009).

Clinicamente, a terapêutica deve ser de imediato na reparação da desordem dos eletrólitos, ácido básico hemodinâmico, terapia medicamentosa para inibir a evolução, já na terapêutica cirúrgica incluem os desbridamento extenso de todo tecido necrótico (DIAS e POPOV, 2009).

Segundo Mehl et al. (2009), as intervenções devem ser feitas imediatamente através de uma intensa ação para reabilitação do paciente e a estabilização dos distúrbios hidroeletrólíticos, antibioticoterapia endovenosa de largo espectro, para bactérias gram-positivas da derme, gram-negativas do trato gastrointestinal e

urinário, intenso desbridamento cirúrgico de tecidos desvitalizados para remoção do mesmo, até encontrar o tecido saudável.

Para Candelária et al. (2009), a terapêutica usada envolve vários esquemas de antibioticoterapia, mas os resultados não foram tão positivos como o esperado, já os processos cirúrgicos, como, retirada dos tecidos desvitalizados de imediato e violento foram essenciais para uma boa evolução da gangrena, pois esse procedimento indicará se há necessidade de um novo processo cirúrgico.

De acordo com Mehl et al. (2010), o principal tratamento tem como base a intervenção cirúrgica, envolvendo desde uma drenagem comum até a retirada total dos tecidos extenuados, de forma agressiva e com ou sem excrementos fecais ou de urina. Subsequente ou não de giro de retalhos e o uso de antimicrobianos de largo espectro que são condutas de apoio. Como medidas adjuvantes, a oxigenoterapia hiperbárica ajuda na regressão do tecido desvigorado, diminuindo os sinais sistêmicos de contaminação aumentando a sobrevivência do tecido isquêmico.

O objetivo da terapêutica é o equilíbrio isotônico, ácido básico, regulação hemodinâmica, com antibiótico de amplo espectro conjuntamente com a remoção cirúrgica do tecido necrótico. A antibioticoterapia é um auxiliar de suma importância para exterminar uma variedade de patógenos, sendo necessário início empírico com adequação da medicação de acordo com a necessidade clínica do cliente ao fazer o antibiograma e cultura (EBERHARDT et al., 2011).

De acordo com Rocha et al. (2012), o uso de antibióticos, a retirada cirúrgica dos tecidos mortos, cuidados sistemáticos, um intenso cuidado com a lesão e uma assistência de uma equipe multidisciplinar, são métodos relevantes para uma terapêutica pertinentes ao cliente. Atualmente já se usa a oxigenoterapia hiperbárica como uma terapêutica complementar o tratamento.

Para Dornellas et al. (2012), inicialmente os antibióticos de largo espectro são indicados desde a diagnose até total reabilitação do paciente, em dosagens altas para alcançar bactérias gram-positivas e gram-negativas e anaeróbios, inserido também a oxigenoterapia hiperbárica que tem ação coadjuvante na terapêutica, removendo secreção, estimulando o revestimento da lesão, promovendo angiogênese e diminuindo a disseminação de microrganismo.

Rigoni (2012), o método terapêutico constitui-se no desbridamento dos tecidos necrosados, onde a antibioticoterapia não alcançam, devendo ser de largo espectro, pois há uma variedade de microrganismos responsáveis pela evolução da síndrome.

O planejamento para o tratamento, inicia-se com a terapia da algia durante e antes dos curativos, que serão realizados diariamente, com acompanhamento de uma equipe multiprofissional, com estímulo e melhoria na dieta calórica de acordo com a sugestão do nutricionista e assistência da equipe de enfermagem para uma melhor evolução da cicatrização da lesão (SOARES et al., 2012).

Para controlar é preciso um aporte clínico apropriado, com inclusão de antibióticos de largo espectro, equilíbrio isotônico, sendo necessário ainda a retirada cirúrgica de tecidos debilitados, até atingir as bordas dos tecidos saudáveis. Nos eventos em que atingem a região perianal, se faz necessário uma colostomia para desvio do trânsito intestinal e também uma cistostomia para evitar uma infecção através dos insumos urinários (ALVES e ALVES, 2013).

Após o diagnóstico é indispensável o início da terapia medicamentosa, com restituição da volemia, remoção de tecidos desvitalizados em cirurgia e o uso de antibioticoterapia de profuso espectro, como terapia ajudadora aos cuidados relatados anteriormente, usa-se a oxigenoterapia hiperbárica, com efeito de alterar a pressão parcial de oxigenação nas fâscias hipóxicas, enquanto retém o oxigênio nos tecidos. A ligação entre a remoção cirúrgica o antibiótico e a oxigenoterapia hiperbárica favorecem bons resultados a terapêutica (TOLEDO et al., 2013).

Segundo Cordeiro et al. (2013), a intervenção preconizada e o desbridamento cirúrgico, que podem ser feitos quantas vezes se fizerem necessário até o controle total da necrose, junto a esse procedimento sugere-se a terapia com antibióticos e a assistência a ferida. Vários escritores recomendam a oxigenoterapia hiperbárica com o intuito de reduzir a dimensão da lesão diminuindo de morbidades e óbitos.

A maioria dos casos evoluem como emergência cirúrgica, no entanto a terapêutica medicamentosa deve ser imediatista afim, de estabilizar hemodinamicamente o cliente para uma administração antimicrobianos e o processo cirúrgico. O tratamento da infecção requer uma multidisciplinaridade, segundo a conveniência de cada evento, a finalidade do desbridamento cirúrgico é a retirada da necrose e conter a evolução da infecção e a intervenção com a oxigenoterapia hiperbárica contribui para controlar o contágio e agilizar a cicatrização (AZEVEDO et al., 2014).

Se o manejo for inapropriado, leva a sepse com morte progressiva dos órgãos e ao óbito. A intervenção efetuada por meio da imediata reparação da desordem hidroeletrólítica, ácido-base, hemodinâmica, antibiótico de grande espectro e remoção cirúrgica dos tecidos extenuados, promovem oportunidade de vida para o cliente (LAMBERTY et al., 2014).

De acordo com Queiroz et al. (2014), destacam a relevância da emergência no processo cirúrgico como tratamento emergencial e estabelecido, sendo que os clientes que não forem submetidos ao desbridamento vão a óbito numa porcentagem igual a 100.

Os cuidados se constituem de medidas como o uso de terapia antibacteriana e cirurgia, removendo os tecidos desvigorado. Se a síndrome evoluir, é indispensável a intervenção cirúrgica novamente. E como tratamento adjuvante a oxigenoterapia hiperbárica melhora o suporte de antibióticos diminuindo os edemas (GODOY e

CASSITAS, 2014).

Para ter uma boa evolução e diminuir o elevado índice de óbito exige da equipe multiprofissional um reconhecimento prévio, a terapêutica clínica, o imediato desbridamento e as intervenções imediatas, como: a remoção cirúrgica da necrose e a administração de antibióticos de largo espectro, ambas são pertinentes a essas intervenções que em conjunto com a interpelação da equipe são determinantes no manejo da enfermidade (EBERHARDT et al., 2014).

O uso de papaína auxilia no desbridamento auto lítico e age na infecção aumentando o processo de cicatrização de acordo com sua concentração, os triglicerídeos de cadeia media (MCT) como óleo de girassol complementa o tratamento, também se acrescenta suporte nutricional, administração do hormônio do crescimento que ajuda no processo de cicatrização mais eficácia da lesão (SANTOS et al., 2014).

Em uma dimensão geral, no tratamento ocasionalmente pode haver a necessidade de uma colostomia e uma cistostomia para proteger a lesão em tratamento, como um tratamento relevante tem-se a oxigenoterapia hiperbárica que é indicada para combater a infecção, especialmente pelos microrganismos anaeróbios, que proporciona uma melhora na fagocitose dos neutrófilos eleva a propagação dos fibroblastos e angiogênese, diminui o inchaço e eleva a fabricação e a condução intracelular de radicais livres de oxigênio, resultando em um melhor prognóstico (MELLO et al., 2014).

Para Neumann et al. (2016), o subsídio ineficaz de nutrientes ou mudanças metabólicas em pacientes, provocam alterações na situação nutricional. Entretanto, o método de reparo tecidual, acham-se numerosos coeficientes que induzem de aspecto favorável, como a situação nutricional adequada, que assiste na maneira de regeneração, já que para formação tissular é necessário carga de macro e micronutrientes, e o uso de imunonutrientes, que executam papéis peculiares e essenciais, como diminuição da decomposição de proteínas, conserva a integridade do bloqueio intestinal evitando translocação microbiana e possível septicemia.

Em vários estudos o tratamento está relacionado a procedimentos cirúrgicos ressaltando literaturas que discorrem sobre procedimentos com uso de retalhos de derme para substituir o tecido necrosado e prejudicado (CRUZ et al., 2016).

O auxílio inadequado de nutrientes ou alterações metabólicas em pacientes causam alterações em seu estado nutricional. Durante o processo de reparo tecidual, existem inúmeros fatores que influenciam de forma positivo, como o estado nutricional adequado, que auxilia no processo de cicatrização, já que para formação tecidual é necessário energia de macro e micronutrientes, e o uso de imunonutrientes, que desempenham papéis específicos e fundamentais, como redução da degradação de proteínas, mantém a integridade da barreira intestinal evitando translocação

bacteriana e possível septicemia em pacientes com a síndrome.

Segundo Siza (2009), após diversos procedimentos cirúrgicos, são efetuados curativos usando sulfadiazina de prata em algumas regiões e em outros locais usa-se hidrocoloide com intuito de fazer o desbridamento autolítico, sendo a equipe de enfermagem responsável pela realização dos curativos que são demorados e necessitam de atenção especial, o procedimento deve ser limpo para evitar a disseminação da infecção para outros clientes e os locais com regressão da infecção.

Com a regressão da contaminação, o processo de desbridamento será autolítico com uso de colagenase liofilizada tópica, sendo utilizada até duas vezes diariamente em clientes com imensas deformações da pele até a reconstituição final, a colagenase liofilizada é uma diástase que digere e remove a necrose (MEHL et al., 2010) Para Dornellas et al. (2010), os curativos da região da lesão constituem-se de higienização com clorexidina degermante e uso de antibactericida tópico (sulfadiazina de prata)

Para a realização dos curativos podem ser aplicados uma diversidade de produtos como colagenase, que destrói os tecidos necrosados, carvão ativado, sacarose, mel papaína hidróxido de magnésio, tendo como fator importante a higienização mecânica com cloreto de sódio (EBERHARDT et al., 2011).

Os curativos realizados diariamente com uso de papaína a 6% e assepsia da ferida, devido a formação da necrose e do exsudato e uso também do carvão ativado composto com prata, suga a secreção e elimina odor fétido atuando sobre as bactérias (SOARES et al., 2011).

A papaína é uma das indicações para o desbridamento autolítico, também tem a função na evolução da cicatrização e na construção de tecidos granulados e com um custo inferior aos revestimentos industrializados (LEITE et al., 2012).

O método corretivo foi embasado em procedimentos simples para cada ocorrência, sendo assim, perdas insignificantes foram ajustadas com rafia das extremidades ou auto implante de derme, diversos tipos de remendos foram recomendados para a interpelação, dentre esses o fasciocutâneo do membro inferior que vai do quadril ao joelho, que ostenta boa espessura, podendo externo e circunflexo, fazendo o remendo mais seguro, excepcionalmente em clientes diabéticos (DORNELAS et al., 2012).

Os vários tipos de produtos usados na terapêutica da lesão são os seguintes; hidrogel que proporciona a retirada de pústulas ou tecido necrótico da lesão aberta por meio da remoção auto lítico, AGE (ácido graxo essencial) proporciona a quimiotaxia e angiogênese preserva o ambiente molhado e agiliza o mecanismo de granulação dos tecidos, iruxol realiza a remoção auto lítico dos tecidos desvitalizados, por conta da saída em grande quantidade de exsudato com perfuração usa-se uma lamina de carvão ativado e prata para sugar o exsudato e diminuir a putrefação da ferida

(RIGONI, 2012).

Estudos listam uma demanda elevada que demonstram produtos como, colagenase liofilizada, carvão ativado, açúcar, papaína e hidróxido de magnésio que irão otimizar a cicatrização da ferida com a contenção da infecção na região da lesão que requer cuidados precisos (TOLEDO et al., 2013).

Foram relatados a promoção de tratamentos específicos para a cobertura da ferida e manejo das bactérias, esse tratamento faz a contenção e a regressão dos sintomas, tal como a infecção, secreção, tecidos desvitalizados e putrefação. Ressaltam que a utilização dessas substâncias realiza a angiogênese, eliminam odor fétido e atuam sobre as bactérias e realizam a remoção auto lítico do tecido necrosado, nesse sentido essas coberturas têm grande relevância na terapêutica (RIBEIRO, 2014).

5 | CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou compreender as características, os fatores de risco e os tipos de tratamentos e curativos ao paciente. Tendo em consideração a problemática em estudo e os objetivos definidos, centramos por uma revisão literária, qualitativa e descritiva, para melhor compreensão.

Estudos relatam que a equipe de enfermagem tem um papel fundamental no diagnóstico precoce e tratamento. A frequência ou inexistência de eventos antagônicos são formas de avaliar a intensidade do cuidado de enfermagem, entretanto, concluímos que se faz necessário que a enfermagem una sua sapiência sobre anatomia, fisiologia, microbiologia e farmacologia, salvo a busca constante por inovações e melhorias, através de medidas didáticas, granjeando dessa forma, prática e competência.

Concluímos também que para o êxito da gerência na síndrome de Fournier, a ausência das complicações agregadas é de suma importância bem como, à assistência clínica pela equipe de enfermagem, devendo desempenhar o seu papel com responsabilidade durante os cuidados dele, requerendo mais atenção, quando diagnosticado.

Portanto, é relevante proporcionar um atendimento ao cliente coadjuvadamente e essencialmente ataviados a uma boa prática e conscientização de cada profissional de enfermagem em suas condutas preventivas no seu cotidiano.

As ações educativas permanentes na qualificação da assistência entre os diferentes contextos da prática de enfermagem concernem no reconhecimento precoce das implicações.

Neste ângulo a observação se torna uma ferramenta imperiosa na sinalização do cuidado prestado. Pois, compreender a atuação da equipe de enfermagem

quanto as características, fatores de riscos, tratamentos e curativos, foi de grande ganho e enriquecimento acadêmico, que seguirá em toda jornada profissional. É de fundamental relevância aplicação de novos estudos relacionados a essa temática para que novos conhecimentos sejam inseridos promovendo saúde à sociedade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo José; ALVES, Sulley Sheila Teixeira. Reconstrução escrotal com retalho súpero - medial da coxa após síndrome de fournier. Rev. Bras. Cir. Plást. Crato - CE. 2013. Correspondência: Rua Pedro Cardoso Sobreira, Nº 10, Aptº 201, Lagoa Seca. Juazeiro do Norte – CE, Brasil.

AZEVEDO, Cassius Clay S. F.; ARAÚJO, Ana Paula L. De; MARIN, Caroline V.; BALDI, Djullian; ALVES, Joaquim P. F. Síndrome de Fournier: Um Artigo de Revisão. Rev. Eletrônica Da UNIVAG. Varzea – MT. 2014.

BALBINOT, Priscila; ASCENÇO, Adriana Sayuri Kurogi; NASSER, Isis Juliane Guarezi; BERRI, Dirlene Thaisa; JUNIOR, Ivan Maluf; LOPES, Marlon Camara; BODANESE, Tiago; FREITAS, Renato da Silva. Síndrome de Fournier: Reconstrução de bolsa testicular com retalho fasciocutâneo de região interna de coxa. Rev. Bras. Cir. Plást. Curitiba-PR. 2015.

CANDELARIA, Paulo De Azeredo Passos; KLUG, Wilmar Artur; CAPELHUCHHNIK Chia Bin Fang. Síndrome de Fournier: Análise dos fatores de mortalidade. Rev. Bras. Coloproct. Ribeirão Preto - SP. 2009.

CHEN, Shih-Yi MD; FU, JU-PENG MD; WANG, Chih-Hsin MD; LEE, Tzu-Peng MD; CHEN, Shyi-Gen MD. Fournier Gangrena: uma revisão de 41 pacientes e estratégias para reconstrução. Anais de Cirurgia Plástica. Taiwan. 2010.

CORDEIRO, Técia Maria Santos Carneiro e; FREITAS, Giselle Borges de; BRAGA, Vanessa Sales; REIS, Tânia Silva; CASTRO, Thaís Vilas Boas de. Síndrome de Fournier: diagnósticos de enfermagem segundo NANDA. Rev. Epidemiológica e Controle de Infecção. Santra Maria-RS. Out/Dez 2014.

CRUZ, Ronny Anderson de Oliveira; ANDRADE, Lidiane Lima De; ARRUDA, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes de. Produção Científica sobre Gangrena de Fournier eos Cuidados de Enfermagem: Revisão Integrativa. Rev. Enf. UFPE. Recife- PB -2016. Email: ronnyufpb@gmail.com

DIAS, Maria de Lourdes dos Santos; POPOV, Débora Cristina da silva. Síndrome de Fournier: Alerações do Portador. Rev. Enfer. UNISA. Bahia. 2009.

DORNELLAS, Marilho Tadeu; CORREA, Marília de Pádua Dornellas; BARRA, Felipe Marcellos Lemos; CORREA, Lívia Dornellas; SILVA, Eveline Cristina da; DORNELLAS, Gabriel Victor; DORNELLAS Marcília da Cássia. Síndrome de Fournier: 10 anos de avaliação. Ver. Bras Cir Plast. Juíz de Fora- MG. 2012.

EBERHARDT, Ana Cristina; MORAES, Fernanda; MASTELLA, Rosane C. Gonçalves. Gangrena de Fournier; Estudo de Caso. Revista Contexto e Saúde. Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Jan/Jun 2011.

FILHO, Nivaldo Cardozo; PATRIOTA, Gyoguevara; FALCÃO, Rodrigo; MAIA, Roberto; DALTO, Gildásio; ALENCAR, Daniel. Relato de Caso; Tratamento da Grangrena de Fournier na cintura escapular. Rev. Bras. Ortop. Salvador- BA. 2017.

GODOY, Caroline Bagaiolo; CASSITAS, Matheus Fernandes. A síndrome de fournier. Rev. Med. Res. Arapongas - PR. 2013.

LAMBERTY, Cristiane; VETORRATO, Elisângela Salete. Gangrena de Fournier. XVI Jornada de Extensão. UNIJUÍ. Porto Alegre- RS, 2014.

LEITE, Andréa Pinto; OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista de; SOARES, Maria Ferreira; BARROCAS, Desirée Lessa Rodrigues. Uso e Efetividade da Papaína no Processo de Cicatrização de Feridas uma revisão Sistemática. Rev. Gaúcha Enferm. Niterói-RJ. 2012.

MEHL, Adriano Antônio; FILHO, Dorivam celso Nogueira; MANTOVANI, Lucas Marques; GRIPPA, Michele Mamprim; BERG, Ralf; KRAUSS, Denise; RIBAS, Denise. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. Rev. Col. Bras. Cir. Curitiba-PR, 2010.

MELLO, Larissa Scardini de; MALUF, Maira Marranghello; NASRALA, Ana Flávia Soares; HENRY, Pedro. Síndrome de Fournie. Revista Científica do Hospital Santa Rosa. 2014. Corresp. Rua Adel Maluf, 119, Jardim Mariana, Cuiabá-MT.

MONTARGIL Gabriela; Ribeiro Silvia Cristina Batista Cruz. Assistência De Enfermagem Ao Paciente Portador Da Síndrome De Fournier: Revisão De Literatura. Salvador – BA. 2014.

NEUMANN, Karine Rodrigues da Silva; BERNARDI, Ludmila Soares Antunes; MORAIS, Paloma Benigno; RODRIGUES, Carla Pereira Fiuza; SANTANA, Laís Isaias; AZEVEDO, Regiane Rodrigues. Suplementação com Glutamina: Uma Estratégia no Tratamento Nutricional de Pacientes com Síndrome de Fournier. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro - Minas Gerais. Novembro/2016.

QUEIROZ, Joliane Cardoso; SILVA, Lucijane Frota da; CARDOSO, Tarcísio Viana; SILVA, Karla Patrícia Moreira da. Síndrome de Fournier: Conhecimento dos enfermeiros frente esta Patologia. Guanambi-BA - 2014.

RIGONI, Ana Paula. Assistência de Enfermagem ao Paciente com Síndrome de Fournier em UTI: Relato de Experiência. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba- PR, 2012.

ROCHA, Sander Tessaro; FILHO, João De Bona Castelan; PETRY, Mari Sandra; BERNARDI, Roberto Meister; BUENO, Gervani B.; WARMLING, Carolini Zanette. Experiência inicial da terapia hiperbárica na síndrome de Fournier em um hospital de referência no sul catarinense. Arq. Catarin. Med. São Jose-Criciúma - SC. 2012.

SANTOS, Érick Igor dos; VALE, Amanda Luiza Vasconcellos Vertulli; REIS, Isabel Cristina Peixoto Marinho dos; NEVES, Priscila Benevides; PONTES, Cristiane Marinho; CAMARA, Sarita Gonçalves de Campos. Evidências científicas brasileiras sobre gangrena de Fournier. Rev. Rene. Rio das Ostras – RJ. 2014.

SIZA, Maria Auxiliadora Freire. Intervenções de Enfermagem no Tratamento da Gangrena de Fournier: Relato de Caso. 2009. João Pessoa -PB.

SOARES, Rhea Silva de Avila; SAUL, Aleksandra Real; FARÃO, Elaine Miguel Delvivo; LIMA, Suzinara Beatriz Soares; SILVA, Fernanda Stock; FINGER, Adriane. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente com Síndrome de Fournier. Santa Maria - RS. 2011.

TOLEDO, Alexandre Sousa; OLIVEIRA, Marcia Silva; SALDANHA, Rosana Regina; SOUSA, Gutemberg Delfino. A atuação do biomédico no diagnóstico da síndrome de founrier. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde. Valinhos - SP. 2013.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos de enfermagem 6, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 164, 166
Ação cicatrizante 131, 134, 135, 138
Acolhimento 30, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 76, 78, 91, 92, 241, 245
Adesão ao tratamento 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 151, 158, 160
Administração 21, 22, 83, 87, 88, 123, 149, 150, 182, 257
Administração hospitalar 150, 257
Alunos 6, 7, 72, 74, 76, 78, 79, 94, 101, 118, 119, 167, 169, 236, 253
Analgesia 2, 3, 4, 6, 9
Assistência à saúde 44, 45, 46, 48, 84, 141, 146, 150, 176, 177, 197, 203, 205, 229, 246
Auditoria de enfermagem 148, 150, 175, 177, 178, 180, 183, 184, 185

C

Centros de saúde 47, 83
Conhecimento 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 26, 33, 41, 43, 45, 48, 52, 68, 69, 72, 78, 79, 83, 84, 96, 97, 101, 104, 107, 110, 117, 132, 148, 149, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 181, 184, 189, 190, 198, 199, 211, 225, 229, 233, 236, 237, 240, 242, 246, 249, 251, 253, 254, 259, 260, 261, 262, 263
Controle de infecção 25, 39, 40, 42, 43, 48, 49, 69, 140, 141, 143, 144, 146
Cuidados de enfermagem 14, 15, 25, 39, 41, 50

D

Depressão 8, 100, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 218
Dificuldades 35, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 65, 66, 114, 117, 118, 143, 155, 165, 180, 246
Doenças autoimunes 152, 154
Dor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 110, 133, 155, 156, 246, 247, 248

E

Enfermagem 6, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 60, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 72, 77, 82, 83, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 130, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 227, 229, 230, 233, 235, 236, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 251, 252, 253, 257, 263, 265
Ensino-aprendizagem 72, 113, 148, 150, 166
Equipe de assistência ao paciente 2, 4
Eritematoso sistêmico 151, 152, 153, 154, 159, 160

Estudos de avaliação como assunto 83

F

Fatores de risco 13, 14, 18, 24, 31, 43, 49, 64, 69, 121, 122, 124, 125, 126, 127, 128, 164, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 235

Ferida cirúrgica 131, 134

Fitoterápicos 131, 132, 133, 134, 135, 138

G

Gênero 71, 72, 73, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 154, 228, 244, 248, 249

H

Higiene das mãos 43, 48, 140, 141, 144

Hipertensão 17, 31, 63, 64, 65, 69, 70, 87, 109

I

Imperícia 140

Infecção hospitalar 39, 40, 42, 43, 45, 49, 139, 140, 141, 142, 144, 145, 146, 229

Infecções hospitalares 38, 39, 41, 44, 48, 49, 141, 142, 143, 144, 145, 223

Infecções oportunistas relacionadas com a AIDS 122, 268

Insegurança 79, 102, 113, 116, 118, 213, 218

L

Lesão por pressão 107, 108, 109, 110, 111

Lúpus 17, 18, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 160

M

Manejo da dor 2, 4, 6, 11

Movimento contra vacinação 61

O

Organização 30, 40, 51, 58, 83, 84, 88, 93, 94, 112, 113, 119, 123, 140, 141, 142, 146, 158, 181, 189, 191, 195, 198, 199, 203, 234, 238, 261, 262

P

Pessoal de saúde 140

Preconceito 9, 72, 73, 74, 77, 79, 80

Profilaxia 107, 109, 131, 134

Promoção da saúde 27, 28, 31, 32, 33, 37, 68, 69, 186, 187, 188, 189, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 238, 249, 265

S

Saúde mental 27, 28, 29, 32, 33, 36, 37, 86, 91, 112, 113, 115, 116, 119, 200, 206

Saúde pública 3, 11, 59, 61, 64, 118, 129, 170, 187, 188, 194, 195, 203, 204, 206, 212, 227, 234, 239, 246, 249, 257, 265

Serviços de saúde mental 28

Síndrome de fournier 13, 14, 15, 25, 26

T

Tuberculose 86, 87, 90, 91, 121, 122, 123, 126, 127, 128, 129

U

Unidades de terapia intensiva 39, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 108, 226, 228, 229, 230

 **Atena**
Editora

2 0 2 0